



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Tatiane Araújo dos Santos

O VALOR DA FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMEIRA

Salvador
2012



NE ARAÚJO DOS SANTOS

O VALOR DA FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Linha de Pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Cristina Maria Meira de Melo

Salvador
2012



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA

S237 Santos, Tatiane Araújo dos Santos
Valor da força de trabalho da enfermeira / Tatiane Araújo
dos Santos. ó Salvador, 2012.
113 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Cristina Maria Meira de Melo

Dissertação (Mestrado) ó Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2012.

1. Enfermagem. 2. Enfermeira. 3. Trabalho. I. Melo,
Cristina Maria Meira de. II. Universidade Federal da Bahia. III.
Título.

CDU 616-083

TATIANE ARAÚJO DOS SANTOS

O VALOR DA FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”.

Aprovada em 06 de novembro de 2012.

COMISSÃO EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo – Orientadora *Cristina Meira*
Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria da Graça Druck de Faria *Maria da Graça Druck de Faria*
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas e Professora da Universidade Federal da Bahia

Norma Carapiá Fagundes *Norma Carapiá Fagundes*
Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia e Professora da Universidade Federal da Bahia

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos *Silvone Santa Bárbara da Silva Santos*
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Às mulheres que me ensinaram pela palavra e pelo exemplo:

Minha mãe

Cristina Melo

Norma Fagundes

GRADECIMENTOS

São muitos. E como sou dada a músicas, poemas e poesias, todas serão precedidas de trechos que simbolizam a minha relação com essas pessoas.

õAndar com fé eu vou, que a fé não costuma falharö (Gilberto Gil). A Deus, esta força infinita que me guia.

õBusquei vocês no fundo, busquei vocês no mundo, no amor pra me embalar. Busquei vocês no mundo, busquei vocês em tudo, até quando quis negarö (Daniela Mercury). Obrigada, minha mãe, irmãs, irmãos, sobrinhos e cunhados por todo o apoio dado.

õEntre as coisas mais lindas que eu conheci, só reconheci suas cores belas quando eu te viö (Nando Reis). Aos meus sobrinhos maravilhosos, que preenchem meus dias de alegria.

õDe todo amor que eu tenho, metade foi tu que me deu, salvando minh´alma da vida, sorrindo e fazendo meu euö (Maria Gadú). A minha mãe, que sempre buscou viabilizar meus sonhos.

õTenho amigos para saber quem souö (Oscar Wilde). A Joilson, Handerson, Débora, Silvinha, Sócrates, Elaine Torres, Clarissa Campos, Cristina, Norma, Heloniza, João Paulo, Rafaela Espinheira e Cidia. Sem vocês eu não saberia quem sou eu. Obrigada por tudo!

õE a vida vai tecendo laços, quase impossíveis de romper: tudo que amamos são pedaços vivos de nosso próprio serö (Manoel Bandeira). A Joilson, meu amigo no sentido mais íntimo que esta palavra possa significar. Obrigada pelo apoio!

õEnquanto houver você do outro lado aqui do outro eu consigo me orientarö (Fernando Anitelli). A Handerson, confidente, conselheiro, psicólogo, enfim, companheiro de tantas jornadas que percorri durante o mestrado. Obrigada pela escuta atenta e palavra amiga sempre.

õEscolho meus amigos pela cara lavada e alma expostaö (Oscar Wilde). À Débora, amiga do tipo que embarca com você no seu sonho e que nunca se esconde da vida. Rir e chorar com você é a certeza de que a amizade é para o que der e vier.

õÀs vezes as coisas são difíceis minha amiga, mas você sabe enfrentar a beleza desta vidaö (Renato Russo). A sua serenidade foi muitas vezes inspiração. Obrigada pelo apoio, Silvinha!

õSó enquanto eu respirar, vou me lembrar de vocêö (Fernando Anitelli). A Sócrates, pela amizade construída aos pouquinhos, revelando-se aqui e ali. Pela confiança e por acreditar em mim, e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

isso que eu te digo, mas é muito bom saber que eu tenho um grande amigo (Roberto Carlos). À Elaine Torres, amiga-irmã, presente da vida! Obrigada por todo apoio!

Meus amigos são todos assim: metade bobeira, metade seriedade (Oscar Wilde). À Clarissa Campos, personificação deste trecho do poema de Oscar Wilde. Obrigada por torcer e orar por mim.

Abre o olho com ela meu rapaz, ela é quase tudo que se diz (Ana Carolina). À Cristina. Sou grata todos os dias por ter te conhecido e por você ter se tornado esta parceira de projetos e de sonhos. Ame-a ou deixe-a, ninguém sai do mesmo jeito depois de te conhecer.

Quem traz na pele esta marca possui a estranha mania de ter fé na vida (Milton Nascimento). À Norma. Obrigada pelo apoio, conselhos, encorajamento e tanto mais! Valeu!

O que ela quer da gente é coragem (Guimarães Rosa). À Heloniza. Obrigada pelo apoio e pelas contribuições na qualificação e pelos papos no corredor e na sua sala que sempre me ensinaram sobre habilidade política para conduzir os processos mais complexos.

Achei um 3x4 seu e não quis acreditar que tinha sido há tanto tempo atrás, um bom exemplo de bondade e respeito (Renato Russo). A João Paulo, Rafaela Espinheira e Cidia. Essa dissertação também é fruto das caraminholas que vocês plantaram na minha cabeça nas noites de debate no DA (risos).

É tudo novo de novo (Moska). Aos amigos Lúcio, Clarissa, Wilker, Dani, Tássia, Marina, Evanildo, Dora, Igor, Tásio, Ana Carina, Melissa. A amizade por vocês e com vocês cresce a cada dia. Valeu a torcida!

Já sonhamos juntos semeando as canções no vento, quero ver crescer nossa voz no que falta sonhar (Beto Guedes). Às minhas colegas e à professora Cristina das disciplinas Sobre o Trabalho e Sobre o Trabalho da Enfermeira. O aprendizado com vocês foi intenso e para mim é gratificante saber que tenho como colegas de profissão pessoas como vocês. Esta dissertação também é fruto das nossas tardes de debate.

Eles querem te vender, eles querem te comprar, querem te matar (a sede), eles querem te sedar. Quem são eles? Quem eles pensam que são? (Humberto Gessinger). Aos meus colegas de leituras sobre o Capital e ao professor Mauro pela disponibilidade e atenção. Ler O Capital com vocês foi fundamental para a compreensão do que eu queria.

Um mais um é sempre mais que dois (Beto Guedes). Minha gratidão aos meus companheiros do grupo de pesquisa Gerir, em especial a Cristina, Norma, Heloniza, Handerson, Nildo, Bárbara, Clarissa, Melissa, Joana, Enoy. Neste grupo aprendi mais que lições de pesquisa, e sim lições para vida.



*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

lhados no caminho, verdes, planta e sentimentoö (Milton Nascimento). À Bárbara e Clarissa, pelo apoio e questionamentos juvenis que me fizeram redescobrir a minha profissão.

õSerá que você vai saber o quanto penso em você com o meu coração?ö (Renato Russo). A todas as pessoas que passaram na minha vida, deixaram algo e levaram alguma coisa: Rita, Valfredo, Priscila, Edvaldo, Lucas, Raimundo, Cristina França, Franclin, Fernanda, Mavy, Martinha, Elaine Soares, Rubia, Iuri, André Araújo, Ana Carina. Mesmo não convivendo com vocês na intensidade que gostaria, o que aprendi com cada um se renova todos os dias.

õA gente quer é ter todo respeitoö (Gonzaguinha). Às enfermeiras que prosseguem na luta pela profissão. Coragem!



Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

*E o fruto do trabalho é mais que sagrado, meu amor
A massa que faz o pão vale a luz do teu suor*
Beto Guedes e Ronaldo Bastos (1978)

RESUMO

SANTOS, Tatiane Araújo dos. **O valor da força de trabalho da enfermeira.** 2012. 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) ó Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

Trata-se de uma análise teórica, cujo objetivo foi compreender como se conforma o valor da força de trabalho da enfermeira, embasada na teoria do valor de Karl Marx. A categoria de análise central é o valor da força de trabalho da enfermeira e as variáveis identificadas para a sua compreensão foram o trabalho feminino; o tempo de formação para o trabalho; a divisão parcelar do trabalho; e o tempo do trabalho. A estratégia adotada para a construção dos capítulos foi a revisão sistemática da literatura sobre as variáveis selecionadas, e para a discussão dos achados utilizou-se o método dialético. A análise aponta que a força de trabalho da enfermeira é constituída por elementos que aportam maior valor, como a crescente qualificação e a natureza assistencial-gerencial do seu trabalho, que a capacita para articular os diversos processos de trabalho na saúde. Contudo, os elementos que aportam menor valor à força de trabalho são preponderantes, o que em parte é explicado pela conjuntura social brasileira contemporânea, caracterizada pelo trabalho flexibilizado e precarizado. Contribui ainda para esse cenário a incipiente organização das enfermeiras enquanto classe trabalhadora, o que as torna mais vulneráveis ao trabalho precarizado, uma vez que as iniciativas individuais para negociação da jornada de trabalho e salário contribuem para a redução do valor da força de trabalho; a competição entre as enfermeiras, o que colabora para o aumento da intensidade da jornada de trabalho e a diminuição do salário; a competição no campo da enfermagem, com a entrada de mão de obra complementar; o modelo assistencial hegemônico na saúde, o modelo biomédico, expresso no trabalho da enfermeira com foco nos aspectos técnicos do trabalho em detrimento dos aspectos políticos; e os fatores relacionados com os determinantes de gênero no mercado de trabalho e no campo da enfermagem, principalmente em seus aspectos subjetivos, que mantêm entre as enfermeiras um sistema de valores morais que remetem ao período pré-profissional. Por fim, considera-se que a compreensão do valor da força de trabalho da enfermeira não se reduz a sua dimensão econômica, sendo as relações estabelecidas na sociedade os principais fatores que explicam a contradição existente na conformação desse valor.

Palavras-chave: Valor. Trabalho. Enfermeira.

ABSTRACT

SANTOS, Tatiane Araújo dos. **The value of the nursing workforce.** 2012. 113 f. Dissertation (Master's in Nursing) at School of Nursing. Federal University of Bahia (*Universidade Federal da Bahia: UFBA*), Salvador, 2012.

This is a theoretical analysis that aims to understand the way the value of the nursing workforce is configured, using Karl Marx's theory as a basis. The central category of analysis is the value of the workforce and the variables identified in order to understand this were: female work; time spent on work training; division of labour; and time spent working. The strategy used to construct the chapters was a systematic review of literature regarding the variables and a discussion of the findings utilizing the dialectic method. The analysis indicates that, although the nursing workforce features aspects that confer greater value, such as the increasing number of qualifications and the care-management nature of the work, which enables coordination across a range of health work processes, elements that confer less value on the workforce predominate; this is in part explained by the work situation in contemporary Brazilian society, which is flexible and precarious. Other elements that contribute to this situation are: the still incipient and fragile organization of nurses as a class of workers, which makes them more vulnerable to precarious work, since individual initiatives to negotiate wages and working hours contribute to reductions in workforce value; competition between nurses, which leads to an increasingly intense working day and wage reductions; competition within the field of nursing, with the entry of a complementary workforce; the hegemonic health care model, which reinforces the tendency for nursing work to focus solely on technical aspects, to the detriment of policy; and issues of gender both in the work market and within the profession, principally due to subjective elements, whereby the nurses maintain a set of moral values that refers back to the pre-professional period. Finally, we consider that an understanding of the value of the nursing workforce should not be reduced to economic aspects and that relationships established in society are the main factors that explain the existing contradictions in the way the value of this workforce is configured.

Key words: Value. Work. Nursing.

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	ó	Comparação entre o fordismo, taylorismo e o toyotismo	39
Gráfico 1	ó	Remuneração média da enfermeira, diretores e gerentes de operações em empresas de serviços de saúde, Brasil, 2005-2010	73
Gráfico 2	ó	Remuneração média da enfermeira e salário mínimo necessário, Brasil, 2005-2010	73
Gráfico 3	ó	Remuneração média das categorias de Enfermagem, ACS e cuidadores, Brasil, 2005-2010	84
Gráfico 4	ó	Índice salarial das categorias de Enfermagem, ACS e cuidadores, Brasil, 2005-2010	84
Gráfico 5	ó	Remuneração média segundo sexo, categoria enfermeira, Brasil, 2005-2010	88
Gráfico 6	ó	Remuneração média enfermeira, farmacêutico, fisioterapeuta e nutricionista, Brasil, 2005-2010	94
Gráfico 7	ó	Jornada de trabalho semanal, Enfermeiras, Brasil, 2003-2010	97

ISTA DE TABELAS

Tabela 1	ó	Salário médio, média salarial por hora trabalhada e índice salarial, segundo a natureza jurídica do estabelecimento, Brasil, 2005-2010	17
Tabela 2	ó	Faixa de horas contratuais por semana, Brasil, 2003-2010	18
Tabela 3	ó	Remuneração média da enfermeira, salário mínimo nominal, Brasil, 2005-2011	74
Tabela 4	ó	Número de concluintes, remuneração média, média salarial por hora trabalhada e índice salarial, enfermeiras, Brasil, 2005-2010	77

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MÉTODO	24
2.1	PLANO DE ANÁLISE	26
3	TRABALHO E VALOR	30
4	VALOR E FORÇA DE TRABALHO	35
5	TRABALHO E VALOR NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	41
6	O TRABALHO NO SETOR SAÚDE	51
7	A FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NAS RELAÇÕES SOCIAIS DE PRODUÇÃO E NO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE	60
8	O VALOR DA FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMEIRA	71
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
	REFERÊNCIAS	108

O trabalho, tal qual o concebemos hoje, surge com o desenvolvimento do modo de produção capitalista. De acordo com Marx (1996) a principal diferença entre o capitalismo e os demais modos de produção que o antecederam é a instituição do trabalho assalariado, que transformou a força de trabalho em uma mercadoria, e o trabalhador, possuidor da força de trabalho, em trabalhador assalariado.

É importante observar a diferença que Marx (1996) estabelece entre trabalho e força de trabalho. O trabalho é a ação realizada pelo indivíduo, dirigida a uma finalidade. Nesse aspecto, o ato de trabalhar não é diferente nos distintos modos de produção, dado que o trabalho destina-se, enquanto atividade essencial do ser humano, a produzir valores de uso. A força de trabalho é justamente essa capacidade para o trabalho, ou seja, é a força física, mental e psíquica que o trabalhador utiliza para produzir os bens necessários à sua manutenção. Cabe ressaltar que é essa capacidade que o capitalista compra e transforma em mercadoria, quando paga um salário em troca do cumprimento de uma determinada jornada de trabalho.

A jornada de trabalho é o tempo em que o trabalhador e a trabalhadora disponibilizam ao empregador o uso da sua força de trabalho. Uma jornada de trabalho se faz pelo tempo de trabalho necessário, em que o trabalhador produz o equivalente ao valor da sua força de trabalho, e pelo tempo de trabalho não pago, quando o trabalhador produz, mas não recebe o equivalente pelo produto do seu trabalho. A relação salarial, portanto, mascara a situação de exploração do trabalhador, visto que parece que o pagamento recebido corresponde a totalidade da jornada executada, o que é falso (MARX, 1996).

A mercadoria força de trabalho tem como especificidade o fato que o seu valor de uso é a criação de valor durante o processo de trabalho. É deste valor produzido de forma excedente que o capitalista se apropria (MARX, 1996).

O valor atribuído a uma mercadoria no capitalismo designa uma relação de equivalência entre esta mercadoria e todas as demais, relação essa expressa em unidades de uma mercadoria padrão, com a qual todas as mercadorias são permutáveis ó o dinheiro¹. Deste modo, o valor atribuído a uma mercadoria expressa quanto cada uma delas é permutável pelas outras, em proporções determinadas pela sua relação de equivalência. De acordo com Marx (1996, p. 219)

¹ Cabe ressaltar que Marx distingue dinheiro de moeda. Para outros aprofundamentos, ver O Capital, Livro I.

As mercadorias, enquanto valores, trabalho humano objetivado e para si comensuráveis, elas podem medir seus valores em comum, na mesma mercadoria específica e com isso transformar esta última em sua medida comum de valor, ou seja, dinheiro. Dinheiro, como medida de valor, é a forma necessária de manifestação da medida imanente do valor das mercadorias: o tempo de trabalho.

A expressão do valor de uma mercadoria em dinheiro nos revela qual o seu preço e não qual o seu valor. O preço é, de acordo com Marx (1996, p. 225), a denominação monetária do trabalho objetivado na mercadoria. Contudo, esse mesmo autor sinaliza que preço e valor podem não se equivaler, encerrando uma contradição qualitativa, de modo que o preço deixa de todo de ser a expressão do valor (MARX, 1996, p. 226). No caso da mercadoria força de trabalho, o seu preço só pode estar acima, abaixo ou corresponder ao seu valor².

O valor pode ser compreendido como a forma social adquirida pelos produtos do trabalho no contexto de determinadas relações de produção entre as pessoas (RUBIN, 1980, p. 83). Isto significa que o valor não pode ser determinado antes e nem fora do processo de troca e das relações de produção, pois só nestes processos é que se estabelecem as conexões entre os produtores independentes, permitindo que a produção se torne um fenômeno social. Assim, se assegura que o valor constituído durante a troca se configure na aparência de, e somente deste, determinado trabalho, considerado como socialmente necessário à produção de uma dada mercadoria (MARX, 1996; RUBIN, 1980).

As relações sociais de produção entre as pessoas se dão por meio das mercadorias que elas possuem. Formalmente, esses agentes da produção são independentes uns dos outros; desta forma a relação de produção direta entre eles tem de ser estabelecida em uma relação de compra e venda (RUBIN, 1980). No caso da mercadoria força de trabalho, é no mercado de trabalho que se processam relações entre os próprios trabalhadores e proprietários da força de trabalho e entre estes e seus empregadores e proprietários dos meios de produção, com a finalidade da compra e venda da força de trabalho.

É preciso destacar neste contexto que existe uma relação entre o trabalho e o valor. Para Marx (1996), o trabalho capaz de criar valor é aquele tido como produtivo, ou seja, que reproduz o capital quanto trocado por salário e que é capaz de gerar mais valor, dado à exploração da força de trabalho. Outros tipos de trabalho, ainda que exista a mesma exploração do trabalhador e da sua força de trabalho, se não são trocados pela parte variável

² Isto acontece com qualquer mercadoria no capitalismo, de modo que Marx (1996) admite que determinada mercadoria pode ter preço e não ter valor e ter valor e não ter preço. Contudo, aqui nos deteremos somente na mercadoria força de trabalho.

r outras formas de redistribuição e não geram mais valor, são classificados como improdutos.

Para Marx (1996), um mesmo trabalho pode ser produtivo ou improdutivo, dependendo de para quem se processa a venda da força de trabalho. Assim, não é o fato de um determinado trabalho ser executado na indústria ou no setor de serviços que define o seu caráter produtivo ou improdutivo. O que o define é quem compra esta força de trabalho e sob quais condições de exploração (se para geração de mais valor ou não) este trabalhador é submetido.

O valor da força de trabalho ão é o valor dos meios de subsistência necessários à manutenção do seu possuidor (MARX, 1996, p. 288). Além disso, entra no cômputo do valor da força de trabalho

[...] o elemento histórico moral, vinculado ao desenvolvimento cultural da sociedade e correlacionado aos hábitos e aspirações de vida do trabalhador, seus custos de desenvolvimento, que se modificam com o modo de produção e sua diferença natural, se masculina ou feminina, se madura ou imatura. (MARX, 1996, p. 288).

Soma-se a isso o fato de que o trabalhador deve assegurar, por meio da venda da sua força de trabalho, não só a sua manutenção, mas a reprodução daquele que futuramente o substituirá no mercado.

O valor da força de trabalho também é condicionado pela extensão da jornada de trabalho, pela intensidade do trabalho e pela força produtiva do trabalho. Essas variáveis se influenciam mutuamente de modo que o valor da força de trabalho não se altere senão pela modificação da composição da jornada, da intensidade do trabalho e da sua força produtiva (MARX, 1996).

O trabalho da enfermeira, no contexto do capitalismo brasileiro, possui as características para que uma atividade possa ser classificada como portadora de uma racionalidade econômica: cria valor de uso; é produzido tendo em vista a troca mercantil; é produzido na esfera pública, em um tempo que pode ser medido e com o maior rendimento possível. Isto faz do trabalho da enfermeira uma atividade socialmente útil e criadora de um valor de uso reconhecido como tal (GORZ, 2007).

A força de trabalho da enfermeira é tida, no campo da Enfermagem, como mão de obra qualificada, pois demanda na sua formação tempo social superior ao das técnicas e auxiliares de enfermagem. O tempo necessário para a formação de uma enfermeira no Brasil tem aumentado continuamente. A partir de abril de 2009, o Ministério da Educação

de 4.000 horas e 5 anos de duração para o curso superior em Enfermagem (BRASIL, 2009a). Comparando-se com o curso de graduação em Medicina, que possui carga horária mínima de 5.400 horas e o tempo mínimo de conclusão de 6 anos, nota-se que a diferença do tempo socialmente necessário para formação da força de trabalho do médico e da enfermeira é de 1.400 horas ou de 1 ano.

Esse aumento no tempo de formação das enfermeiras reflete características do mercado de trabalho em saúde, no qual existe uma demanda intensiva por mão de obra diversificada, com incorporação de conhecimento, saberes e tecnologias que não substituem os trabalhadores, mas exige a qualificação destes. Além disso, as mudanças tecnológicas recriam novos perfis profissionais, exigindo-se um trabalhador polivalente e com competências básicas ampliadas, ao passo em que nos serviços de alta complexidade demanda-se por profissionais mais qualificados e especializados (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010).

É reservada privativamente à enfermeira, por ser mais qualificada, a execução do trabalho dito mais complexo e intelectual no campo da Enfermagem, conforme pode ser observado na Lei do Exercício Profissional em Enfermagem:

- direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem; consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- consulta de Enfermagem;
- prescrição da assistência de Enfermagem;
- cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. (BRASIL, 1986, p. 3-4).

Pode-se observar na Lei do Exercício Profissional em Enfermagem que o trabalho da enfermeira é de natureza assistencial-gerencial, sendo a maior parte das atribuições correspondente à atividade de um gerente intermediário. A ação assistencial pela enfermeira é exercida em casos bem definidos na divisão técnica do trabalho, como a execução de procedimentos técnicos complexos, ou em situações quando o paciente apresenta um estado clínico grave, a exemplo do que ocorre na unidade de tratamento intensivo.

Mesmo caracterizado como trabalho intelectual qualificado, é preciso destacar que o trabalho de um gerente intermediário é em si contraditório: por um lado este é um trabalhador

Por outro lado, suas atribuições são vinculadas ao comando e à apropriação do trabalho alheio, pois o lugar ocupado pelo gerente, no capitalismo, situa-se entre a categoria dos trabalhadores e dos proprietários do capital (HADDAD, 1997).

Embora a qualificação e a natureza do seu trabalho contribuam para aportar maior valor à força de trabalho da enfermeira, esses atributos não se convertem em elevação do preço da sua força de trabalho, conforme observado no índice salarial descrito na Tabela 1.

Tabela 1 – Salário médio, média salarial por hora trabalhada e índice salarial, segundo a natureza jurídica do estabelecimento, Brasil, 2005-2010

Ano	Remuneração média (R\$)			Média salarial por hora trabalhada (R\$)			Índice salarial % (salário/hora do médico = 100)		
	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total
2005	2.197,66	2.367,19	2.276,87	15,30	15,50	15,40	59	50	56
2006	2.342,09	2.382,70	2.360,92	16,30	15,65	15,99	58,31	48,14	55
2007	2.482,79	2.461,44	2.472,90	17,30	16,18	16,77	56,64	46,48	53,11
2008	2.698,00	2.585,00	2.643,00	18,90	16,90	17,90	53,90	42,30	49,30
2009	2.940,00	2.720,00	2.835,00	20,30	17,80	19,00	52,10	38,60	46,90
2010	3.236,30	2.866,84	3.055,49	22,44	18,78	20,60	45,78	33,96	40,70

Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011).

Agrega-se a esse cenário o aumento da duração da jornada e da intensidade do trabalho da enfermeira, o que, em certa medida, explica a queda no preço da sua força de trabalho. Atualmente as enfermeiras possuem uma carga horária semanal de trabalho que varia entre 30 e 44 horas. Nos serviços públicos predomina o regime de 30 horas semanais, principalmente nos hospitais universitários. Contudo, para as enfermeiras que trabalham em serviços privados a carga horária é definida de acordo com os interesses da organização, dado que não há regulamentação da jornada de trabalho nesta profissão.

Na Tabela 2 observa-se que os empregos que possuem menor carga horária (de 12 e 30 horas semanais) estão em decréscimo, enquanto crescem os empregos com jornada de 31 e 40 horas semanais, seguidos da faixa de 41 e 44 horas semanais. Esses fatos também explicam a queda no preço pago pela hora de trabalho da enfermeira.

por semana, Brasil, 2003-2010

Jornada	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 12h	696	0,83	775	0,84	1.304	0,99	1.110	0,95	1.451	1,12	1.314	0,94	1.432	0,9	1.374	0,77
13 a 15h	45	0,05	46	0,05	59	0,06	76	0,07	80	0,06	71	0,05	78	0,05	87	0,05
16 a 20h	1.902	2,26	2.059	2,22	2.419	2,32	2.666	2,29	3.435	2,66	3.744	2,67	4.078	2,55	5.120	2,86
21 a 30h	16.910	20,09	19.230	20,72	20.418	19,54	24.132	20,69	24.875	19,23	26.690	19,01	26.507	16,57	30.968	17,31
31 a 40h	44.605	53	49.626	53,47	57.768	55,29	62.598	53,67	70.354	54,39	74.885	53,33	90.099	56,32	100.336	56,07
41 a 44h	20.001	23,77	21.073	22,71	22.786	21,81	26.046	22,33	29.155	22,54	33.721	24,01	37.769	23,61	41.057	22,94
Total	84.159	100	92.809	100	104.484	100	116.628	100	129.350	100	140.425	100	159.963	100	178.942	100

Fonte: RAIS (BRASIL, 2011a).

ador o maior número de horas possível no trabalho, pode-se também atribuir a eles mais funções, aumentando assim a intensidade do seu trabalho, sem que isso mantenha uma relação direta com a duração da jornada de trabalho. Um exemplo do aumento da intensidade no trabalho da enfermeira é quando esta profissional tem que assumir, por insuficiência quantitativa de profissionais, a coordenação de duas unidades de produção de serviços de saúde na mesma organização e no mesmo turno de trabalho. Ou quando coordena equipes de enfermagem composta por um número de trabalhadoras inferior ao parâmetro preconizado no dimensionamento de pessoal de enfermagem ou às necessidades do serviço. Nos serviços de atenção básica também se espera da enfermeira que articule e coordene o processo de trabalho e assuma outras atribuições gerenciais, mesmo quando tais processos não são descritos formalmente como da enfermeira, a exemplo do que ocorre nas unidades de Saúde da Família.

Quanto à relação da jornada de trabalho com o salário, esta é inversamente proporcional, obrigando a trabalhar mais horas quem recebe um salário menor (MARX, 1987, 1996). Pelos dados apresentados, nota-se que o preço da força de trabalho da enfermeira é baixo, o que obriga esta profissional a trabalhar mais horas e estabelecer diversos vínculos de trabalho. Partindo da premissa marxiana de que o preço flutua em torno do valor, podendo ser pago abaixo, acima ou equivalente a este, a análise desses dados indica que ou o valor da força de trabalho da enfermeira é baixo e, portanto, o preço pago corresponde ao seu valor, ou existe uma contradição entre o preço e o valor da força de trabalho da enfermeira, de modo que o preço se distancia negativamente e cada vez mais do valor.

Dado que se trata de uma força de trabalho qualificada, e que executa o trabalho intelectual no seu campo profissional, é pertinente observar que outras variáveis são requeridas para explicar a situação contraditória entre o valor e o preço pago pela força de trabalho da enfermeira. Desse modo, é preciso buscar na história dessa profissão os fatos que indicam como se processou a sua inserção no capitalismo e sob quais relações sociais esse trabalho é exercido.

O trabalho da enfermeira, desde a sua origem, é exercido majoritariamente por mulheres. Atualmente, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (2010), mais de 80% da profissão é composta por mulheres, com destaque para a divisão parcelar do trabalho nesse campo de atuação. O lugar da origem social da prática da enfermeira é o domicílio, pois era nele que se desenvolvia o cuidado aos doentes. Mesmo com a organização do hospital moderno na Inglaterra, no início do século XIX, as famílias mais abastadas cuidavam dos seus enfermos em casa e para tal contratavam enfermeiras domésticas. Assim, o trabalho

do é vinculado aos afazeres domésticos e ao cuidado da família, e é historicamente atribuído às mulheres (COLLIÈRE, 1999). Cabe destacar que o trabalho realizado no âmbito doméstico é tido, no modo de produção capitalista, como improdutivo, pois, mesmo quando assalariado, não gera mais-valia, dado que sua venda não é feita diretamente para o capital.

O trabalho desenvolvido pelas mulheres foi desde então identificado como um não-trabalho, pois se relacionava com atividades de manutenção das condições para a execução do trabalho no âmbito público. Mesmo com a entrada das mulheres nos setores produtivos do capitalismo, o valor do seu trabalho continuou atrelado ao valor do trabalho no ambiente doméstico, e a assunção da mulher à esfera pública acontece como um estranhamento, como se ela não tivesse que estar ali (MARCONDES et al, 2003).

Desse modo, a imagem da dona de casa é projetada sobre a trabalhadora, com a incorporação da mulher no capitalismo associada às habilidades adquiridas no lar: paciência, destreza, movimentos finos e detalhados e docilidade. Contudo, como estas características são atribuídas ao feminino, e não possuem *status* de qualificação para o trabalho assalariado (MARCONDES et al, 2003), o trabalho feminino é incorporado ao modo de produção capitalista com um preço menor em relação ao trabalho masculino.

No que se refere à divisão parcelar do trabalho, o objetivo desta, com o mesmo número de pessoas, é produzir um volume maior de trabalho, barateando a força de trabalho. E, uma vez que a força de trabalho pode desempenhar funções mais simples ou mais complexas, pode-se também hierarquizar o seu valor e também estabelecer uma escala de salários (MARX, 1996). Portanto, quanto mais repartido em funções simples for um trabalho, mais baixo será o seu preço e menor o valor atribuído à força de trabalho.

No campo da Enfermagem brasileira, no século XXI, a divisão parcelar revela-se na divisão do trabalho entre enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, na qual se assegura que a prestação da assistência seja realizada, majoritariamente, pelas trabalhadoras de nível médio, força de trabalho quantitativamente maior e com menor qualificação e, portanto, com menor valor.

Pesquisas realizadas entre 2006 e 2011 (LIMA; MAGALHÃES, 2006; FAKIH; CARMAGNANI; CUNHA, 2006; SILVA, C. et al, 2009; ROSSETTI; GAIDZINSKI, 2011) apontam o déficit de enfermeiras em contraposição ao número disponível de técnicas/auxiliares de enfermagem nos hospitais. Isso pode significar que, durante a realização do trabalho, as técnicas e auxiliares executam atribuições que deveriam ser feitas somente pelas enfermeiras.

uências para essa situação: a primeira é que as técnicas e auxiliares, ao executarem as atribuições das enfermeiras por um menor preço, acabam se convertendo em um exército de reserva da categoria das enfermeiras. O impacto desse exército de reserva, que compete indiretamente com a enfermeira, dado que as categorias profissionais são diferentes, é o aumento da concorrência pela venda da força de trabalho da enfermeira e a conseqüente redução do seu preço.

O exército de reserva ou superpopulação relativa é a massa de trabalhadores desempregada ou parcialmente empregada. Este funciona como um fundo de reserva de trabalho para o capital e regula o nível dos salários, quase sempre abaixo do valor da força de trabalho (MARX, 1996). Ainda de acordo com este autor, o exército de reserva é o produto necessário do processo de acumulação de riqueza no capitalismo, tornando-se assim, uma alavanca desta forma de acumulação e uma das condições necessárias para a manutenção do capitalismo, dado que este modo de produção³ baseia-se na compra da força de trabalho e na exploração do trabalhador.

A segunda consequência se traduz na anulação, na prática, da diferença entre as atribuições exercidas pela enfermeira e pelas técnicas de enfermagem. Dado que a trabalhadora considerada como menos qualificada pode executar o trabalho atinente à trabalhadora mais qualificada, como, por exemplo, a execução de procedimentos com maior complexidade técnico-científica, isto significa que, pelo menos no âmbito assistencial, o tempo de qualificação não pesa para o estabelecimento do preço da força de trabalho em enfermagem. E, dado que o capital visa continuamente maior lucro, na prática o que observamos é a proximidade cada vez maior entre o salário da técnica de enfermagem e da enfermeira.

Com base no exposto, pode-se notar que o valor da força de trabalho da enfermeira é constituído por elementos que ora contribuem para aumentar esse valor, ora para sua diminuição. Desse modo, este estudo tem por objetivo compreender como esses elementos se relacionam para conformar o valor da força de trabalho da enfermeira.

Parte-se da hipótese de que os elementos que contribuem para a atribuição de um menor valor da força de trabalho são preponderantes aos que contribuem para um maior valor e, dada às características do trabalho no mundo contemporâneo, esta diferença tende a acentuar-se de forma desfavorável às enfermeiras.

³ Cabe destacar que existem outros modos de produção, porém neste trabalho utilizaremos esta terminologia sempre nos referindo ao modo capitalista.

s como pertinentes na conformação do valor da força de trabalho da enfermeira ó natureza do trabalho, divisão parcelar do trabalho, jornada, qualificação e trabalho feminino ó têm sido alvo de estudos no campo da Enfermagem, principalmente a partir da década de 1980, e já originaram obras que se tornaram marco teórico para esse campo profissional, a exemplo dos estudos realizados por Melo (1986), Silva (1986), Pires (1989) e Germano (1993). No entanto, esses elementos ainda não foram analisados sob a perspectiva do valor.

Portanto, a contribuição deste estudo consiste na sistematização da relação entre os elementos para a compreensão do valor da força de trabalho da enfermeira. Abordar tal tema significa compreender o trabalho da enfermeira dentro das relações sociais de produção na sociedade contemporânea, contrapondo-se ao fetiche construído pelas enfermeiras, no Brasil, sobre a natureza do seu trabalho e o seu papel no modo de produção econômico.

Além disso, demarcar o lugar da força de trabalho da enfermeira no modo de produção econômico e no setor saúde é reafirmar que este trabalho é relevante para a recuperação dos corpos doentes e para a manutenção da vida na sociedade contemporânea, pois garante as condições para que as ações e serviços de saúde sejam prestados. Portanto, a hegemonia dos elementos que contribuem para a atribuição de um menor valor da força de trabalho, em relação aos que aportam maior valor, é conveniente para o modo de produção capitalista. Ao ter como sua base a produção da mais-valia por meio da exploração da força de trabalho, o modo de produção capitalista pode manter em seu *staff* uma força de trabalho que, embora devidamente qualificada para responder as demandas do sistema, pode ser comprada por um preço baixo.

Ao evidenciar elementos para compreender o valor da força de trabalho da enfermeira no Brasil, este estudo pode subsidiar as trabalhadoras da enfermagem sobre os pontos críticos relacionados com o reconhecimento social desta profissão e, por conseguinte, esclarecer para a sociedade a natureza do trabalho da enfermeira e a razão do preço baixo do seu trabalho.

Esta dissertação é composta por oito capítulos. Logo após a introdução, apresentamos o método adotado para a construção deste estudo.

Os capítulos **Trabalho e Valor** e **Valor da Força de Trabalho** constituem-se de uma revisão nas obras de Karl Marx e de outros autores da corrente marxista sobre os conceitos que dão suporte ao estudo, de modo a evidenciar como se processa a relação entre o trabalho e a criação de valor, e como é atribuído valor à força de trabalho no capitalismo.

lho e valor na sociedade contemporânea, aborda-se as transformações ocorridas no mundo do trabalho a partir do toyotismo e como se processa a produção de valor com base nesta reestruturação produtiva.

Com o objetivo de compreender as transformações realizadas a partir do toyotismo no setor saúde, apresentamos no capítulo **O trabalho no setor saúde** as características específicas do trabalho neste setor, a força de trabalho que a compõe e como este setor se reestruturou para a produção de valor e para atender aos novos paradigmas do mundo do trabalho. Abordamos ainda as consequências do toyotismo para a força de trabalho no campo da saúde.

Os capítulos seguintes se detêm na questão central deste estudo. Assim, tratam especificamente da força de trabalho da enfermeira e das relações entre os elementos que conformam o seu valor. No capítulo **A força de trabalho da enfermeira nas relações sociais de produção e no modelo assistencial em saúde**, abordamos as transformações no trabalho da enfermeira com base no capitalismo, a natureza do seu trabalho e o seu papel no modo de produção e no modelo assistencial biomédico e como este trabalho contribui para a produção de valor.

E, por fim, no capítulo **Valor e força de trabalho da enfermeira** analisamos como o trabalho feminino, a jornada de trabalho, a divisão parcelar e a natureza do trabalho e a qualificação se relacionam na sociedade contemporânea para a conformação do valor da força de trabalho desta profissional. Refletimos ainda sobre as consequências do toyotismo para o valor dessa força de trabalho e sobre o sistema simbólico e ideológico que influencia as relações de produção em que se insere a enfermeira e que contribuem para a manutenção do valor e do preço atribuídos a sua força de trabalho.

Trata-se de uma análise teórica e empírica, que parte dos estudos de Karl Marx sobre trabalho, valor e valor da força de trabalho para compreender como estes elementos se conformam em relação à força de trabalho da enfermeira. Este estudo foi composto por três momentos.

Momento 1: Identificação da categoria de análise e das variáveis.

A categoria de análise deste trabalho é o valor da força de trabalho da enfermeira. Para identificarmos as variáveis necessárias para a compreensão desta categoria, realizamos leituras das obras *O Capital* (Marx, 1996), principalmente o Livro I, e *Salário, Preço e Lucro* (Marx, 1987). Da leitura, identificamos como variáveis centrais para a determinação do valor da força de trabalho: as mercadorias necessárias para a manutenção do trabalhador; os seus custos de desenvolvimento, ou seja, a qualificação necessária para o trabalho; a divisão parcelar do trabalho; a diferença natural ó se masculina ou feminina; o fator histórico moral; a jornada e a intensidade do trabalho; e o desenvolvimento das forças produtivas.

Ainda como parte desse momento, realizamos uma revisão sobre os conceitos de trabalho, valor, valor da força de trabalho nas obras de Marx citadas e na obra *A Teoria Marxista do Valor*, de Rubin (1980). O resultado dessa revisão está expresso nos capítulos 3 e 4.

Momento 2: Definição das variáveis para o estudo do valor da força de trabalho da enfermeira.

Após o levantamento dessas variáveis nas obras de Marx (1987, 1996), procedemos a leitura de obras do campo da Enfermagem, que foram escolhidas pela proximidade com o objeto deste estudo. Assim, foram lidas as obras: *Divisão social do trabalho e Enfermagem* (MELO, 1986); *Enfermagem profissional: análise crítica* (SILVA, 1986); *Mercado e condições de trabalho da Enfermagem* (ALVES, D., 1987); *Hegemonia médica e Enfermagem* (PIRES, 1989); *Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil* (GERMANO, 1993); *Promover a Vida* (COLLIÈRE, 1999).

Analisando as variáveis identificadas nas obras marxianas com essas produções do campo da Enfermagem, identificamos como variáveis centrais para a compreensão do valor da força de trabalho da enfermeira:

- (i) O trabalho feminino: traduz o elemento que Marx (1996) denominou de diferença natural ó se masculina ou feminina. Buscamos compreender como o valor da força de trabalho da enfermeira é influenciado pelo valor que é atribuído à força de trabalho

ção capitalista;

- (ii) O tempo de formação necessário para a produção de mão de obra qualificada;
- (iii) A divisão parcelar do trabalho e a reestruturação do trabalho da enfermeira na sociedade contemporânea;
- (iv) O tempo do trabalho: analisando a jornada de trabalho e a intensidade do trabalho da enfermeira e de que modo estes fatores influenciam no valor da sua força de trabalho.

Momento 3: A estratégia para a construção dos capítulos.

A estratégia adotada para a construção deste trabalho foi a revisão de literatura contínua e sistemática sobre as variáveis apresentadas. O material consultado é composto por livros, artigos, dissertações, notas e relatórios técnicos, leis e portarias.

A escolha dos livros utilizados foi explicitada nos momentos 1 e 2. Além das obras já citadas, foram utilizadas outras do campo da sociologia para a construção do capítulo 5, por tratarem de aspectos do trabalho contemporâneo.

A busca de artigos deu-se nas bases de pesquisa Scielo e Lilacs. Utilizamos como descritores: trabalho, valor, valor da força de trabalho, trabalho da enfermeira, trabalho em enfermagem, mercado de trabalho em enfermagem, mercado de trabalho da enfermeira, que foram combinados entre si de modo a refinar a busca. Os critérios de inclusão foram: artigos em texto completo, que tratassem do tema pesquisado e que tivessem sido publicados nos últimos 20 anos. Os critérios de exclusão foram: artigos com texto incompleto ou que não tratassem do tema pesquisado mesmo apresentando os descritores em seu resumo.

No total foram lidos 35 artigos do campo da sociologia que tratam dos temas trabalho, valor e valor da força de trabalho. Destes foram utilizados quatro, por se aproximarem do objetivo deste estudo.

Sobre o trabalho na saúde foram lidos 20 artigos, dos quais selecionamos sete, por subsidiarem o objeto desta pesquisa.

Sobre o trabalho e o valor da força de trabalho da enfermeira foram identificados 25 artigos correlacionados com o estudo, e após a leitura foram utilizados 17 artigos.

A busca das dissertações deu-se no acervo da Biblioteca Universitária da Saúde da Universidade Federal da Bahia, onde foi localizada a dissertação de Mendes Gonçalves (1979), e por meio de sites de outras bibliotecas universitárias, nos quais foram localizadas as demais dissertações usadas neste trabalho. Cabe ressaltar que o uso desse material é permitido, desde que citada a fonte, o que foi cumprido neste trabalho.

notas técnicas se fez por meio do buscador livre *Google*.

Para tal, foram inseridos os termos necessários, como, por exemplo, Lei do Exercício Profissional em Enfermagem, e selecionados *sites* para a busca do documento. Utilizando dessa mesma estratégia, conseguimos também localizar notas técnicas sobre o trabalho em saúde do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.

Os relatórios técnicos e parte dos dados sobre mercado de trabalho da enfermeira e em saúde (salário, jornada, tipo de vínculo, quantidade de profissionais) foram encontrados por meio de buscas nos *sites* do Observatório de Recursos Humanos em Saúde/Estação de Pesquisa Sinais de Mercado/Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 2011); da Estação de Trabalho IMS/UERJ (UERJ, 2011) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2010).

Outros dados sobre o mercado de trabalho da enfermeira foram acessados por meio das bases de dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED) (BRASIL, 2011b) e Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) (BRASIL, 2011a). Cabe ressaltar que os dados provenientes dessas duas bases referem-se somente aos vínculos formais de emprego. Desse modo, os valores informados são limitados, visto que não refletem o mercado informal de trabalho da enfermeira.

2.1 PLANO DE ANÁLISE

A análise baseia-se na teoria do valor de Marx e adotamos o método dialético na discussão. A teoria do valor é, na obra marxiana, o que permite explicar a relação de troca entre a força de trabalho e o capital variável, eixo do capitalismo. Esta relação de troca é institucionalizada no contrato de trabalho como, ao mesmo tempo, mecanismo de regulação de um processo de reprodução autorregulado e como uma relação de reflexão, que faz emergir a totalidade do processo de acumulação como um processo de exploração anônimo e coisificado (OLIVEIRA, 1990).

Por meio da teoria do valor, Marx demonstra que na sociedade capitalista a relação entre os produtores independentes se dá por meio do valor de troca. Assim, as relações sociais se processam por meio das mercadorias que eles possuem, tornando-se relações coisificadas. Nesse sentido, a relação entre quem possui a mercadoria força de trabalho e quem detém os meios de produção se dá pela venda da força de trabalho. Esta relação coisificada mascara as relações sociais existentes, e a venda da força de trabalho esconde e revela,

desigualdade entre as classes e de exploração do trabalhador.

Segundo Oliveira (1990, p. 106), a força de trabalho constitui, na obra de Marx, o lugar de encontro entre os imperativos da integração social e da integração sistêmica: enquanto ação, ela pertence ao mundo vivido dos produtores, enquanto obra, ela se insere na conexão funcional do sistema capitalista como um todo. Desse modo, a força de trabalho, embora mercadoria, não é como qualquer outra mercadoria, pois não pode ser separada de quem a possui, só pode ser posta em produção por seu proprietário e, principalmente, é a única capaz de aportar valor no processo de produção. A monetarização da força de trabalho permitiu a Marx identificar que a capacidade da força de trabalho em produzir valor é diferente do valor que esta possui, e nisso consiste um dos pilares do capitalismo.

Para esta pesquisa, assumimos as relações estabelecidas por Marx entre o valor e trabalho e nos elementos que determinam o valor da força de trabalho, buscando identificar na sociedade contemporânea como estas relações se estabelecem no trabalho da enfermeira.

O método dialético implica em reflexão crítica e totalizante sobre o tema, pois submete à análise toda interpretação previamente existente sobre o objeto de estudo em questão (IANNI, 1988). Portanto, é necessária a revisão crítica dos conceitos existentes, com a finalidade de serem incorporados ou superados criticamente. Assim, a primeira etapa de análise deste trabalho constituiu-se da identificação do que, da teoria marxiana, ainda é considerado válido para a nossa sociedade, e o que já foi superado sobre a relação valor e força de trabalho, com base na leitura e análise de autores que tratam do tema.

O método dialético, embora baseado na contradição de ideias, não é um processo linear de causa-efeito, mas sim uma construção constituída de avanços e recuos, rupturas e continuidades, utilizando de elementos conflitantes para explicar o resultado contraditório da realidade. A proposta da dialética é que, ao se decompor a realidade ou o conhecimento, deve-se chegar a uma síntese, que deve ser reelaborada em uma busca constante não por uma verdade absoluta, mas pelas verdades históricas sobre determinado objeto. Seus elementos básicos são a tese-afirmação, antítese-negação ou oposição e síntese-resultado contraditório dos demais elementos (IANNI, 1988; HAGUETTE, 1990).

Para tal, o caminho proposto por Marx (2008) na sua obra *Contribuição à crítica da Economia Política* é que se inicie do que há de mais simples no objeto de estudo até se chegar ao que é mais abstrato e depois fazer o percurso inverso, e ao se retornar chegar ao que é concreto, ou seja, evidenciar quais as determinações e relações diversas que compõe este objeto. Assim, a síntese é o resultado e ao mesmo tempo o ponto de partida desse processo.

or da força de trabalho da enfermeira, foi preciso que se buscasse não este valor em si, mas as categorias simples que formam este concreto ó categorias mais complexas. Portanto, partimos da compreensão do trabalho, categoria mais simples, e, identificando quais as determinações do trabalho da enfermeira, chegamos à compreensão sobre o seu valor. E ao realizarmos o percurso contrário nos foi possível identificar que o valor da força de trabalho é o resultado de um conjunto de relações *sobre* e *no* trabalho da enfermeira.

Marx (2008) também pontua que, embora esse exercício do pensamento produza categorias abstratas válidas, elas estão limitadas pelas condições históricas que permitiram o seu desenvolvimento. Embora as categorias mais simples das quais partimos contemplem, de certo modo, o trabalho da enfermeira em muitas regiões do mundo, é importante observar que a análise do conjunto das relações que conformam esse valor é válida somente para a sociedade brasileira, já que este foi o cenário assumido neste estudo. Assim, o limite para tudo o que foi levantado é que o resultado deste estudo é válido para as condições dadas no Brasil, e não podemos, neste momento, dimensionar o quanto isto é próximo ao que ocorre em outros contextos. E, ainda assim, é importante observar que nem sempre foi possível contemplarmos toda a complexidade das relações de produção na sociedade brasileira que contribue para o valor da força de trabalho da enfermeira.

Para que se chegasse do trabalho ao valor da força de trabalho da enfermeira e feito o caminho inverso, a análise das categorias partiu da perspectiva da totalidade, própria ao método dialético, mantendo-se durante toda a análise a visão do conjunto, pois assim é que se pode avaliar a dimensão de cada elemento que compõe o todo. De acordo com Konder (1990, p. 36-37)

a totalidade é mais do que a soma das partes que a constituem [...] Na maneira de se articularem e de constituírem uma totalidade, os elementos individuais assumem características que não teriam, caso permanecessem fora do conjunto.

Não obstante o esforço metodológico empreendido para a compreensão desse objeto complexo, este trabalho apresenta algumas limitações. Assim, não serão considerados na análise alguns dos elementos apontados por Marx (1987, 1996) como determinantes do valor da força de trabalho, em razão do desenho metodológico adotado. Não analisaremos o total de mercadorias necessárias à manutenção e reprodução do trabalhador e nem os fatores histórico-morais. Tal análise dependeria de uma metodologia capaz de elencar todas as mercadorias necessárias à manutenção e reprodução da força de trabalho da enfermeira, bem como seus hábitos de consumo, o que foge ao objetivo deste trabalho.



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

na categoria tempo do trabalho a força produtiva, o terceiro elemento indicado por Karl Marx (1996) como influente no valor da força de trabalho, em conjunto com a jornada e a intensidade do trabalho. Essa opção se explica pelo argumento desse autor, visto que este fator influencia o valor da força de trabalho quando atinge os setores responsáveis pela produção de mercadorias básicas para a manutenção e reprodução do trabalhador, o que também foge ao escopo deste estudo.

O trabalho, enquanto ato de transformação da natureza pelo homem, é o dispêndio de energia voltado para a produção de mercadorias para o atendimento a uma necessidade. Nesse sentido, a mercadoria possui valor de uso, que se realiza no seu consumo (MARX, 1996). É importante salientar que a utilidade independe da tangibilidade da mercadoria, e mesmo uma mercadoria imaterial, a exemplo do que ocorre na prestação de um serviço, é produzida por que é útil.

Todavia, no capitalismo, as mercadorias não são produzidas somente por sua utilidade, mas porque são destinadas para a troca. Para que a troca ocorra é necessário que se identifique nas mercadorias um elemento comum, que possibilite a comparação entre as mesmas, já que cada uma delas se destina a uma utilidade específica. O que todas as mercadorias, materiais e imateriais, têm em comum é o fato de serem produto do trabalho. É essa massa social de trabalho, trabalho abstrato, que é confrontada durante a troca. Ao serem constituídas pela mesma massa social de trabalho, as mercadorias são qualitativamente iguais como produto do trabalho, mas quantitativamente diferentes, pois precisam de tempo de trabalho diverso para sua produção (MARX, 1996).

Portanto, é preciso observar que a mercadoria encerra em si um valor de uso ó ou seja, o fim a que se destina ó e um valor. Isto o é porque o trabalho que produz esta mercadoria também possui duplo caráter: primeiro, existe o trabalho que se destina a produzir utilidades, com um objetivo determinado. Este é o trabalho concreto. Por outro lado, qualquer trabalho pode ser separado de suas características específicas e assim compor a massa humana de trabalho em geral, o trabalho abstrato (MARX, 1996).

Marx ainda destaca que a relação entre o trabalho abstrato e as mercadorias não se dá pela mercadoria produzida em si, mas

que as mercadorias só tem um caráter objetivo como valores na medida em que são todas expressões de uma substância social idêntica, o trabalho humano (...) seu caráter objetivo como valor é, portanto, puramente social (MARX, 1996, p. 168).

Desta forma, Marx evidencia que só através do processo de troca das diversas mercadorias é que os trabalhos privados que as originou se torna trabalho social. Também afirma que o valor atribuído ao trabalho social o é, portanto, pela própria sociedade num dado tempo histórico.

Observa-se que existe uma relação entre valor e trabalho. O trabalho concreto produz valor de uso e o trabalho abstrato produz valor. Em todas as sociedades existe o trabalho

lade capitalista se observa o trabalho abstrato, pois as mercadorias são produzidas tendo por finalidade a troca. Além disso, no capitalismo acentua-se a divisão do trabalho e os produtores independentes só são articulados no ato da troca por meio dos produtos do seu trabalho. Nesse sentido, o valor é a forma social adquirida pelos produtos do trabalho no contexto de determinadas relações de produção entre as pessoas (RUBIN, 1980, p. 83). Assim, o valor é a objetivação do trabalho abstrato.

Marx (1996) analisa o valor sob três aspectos: magnitude, forma e substância. A magnitude do valor está relacionada à divisão social do trabalho e ao tempo necessário à produção das mercadorias. Como já foi observado, durante a troca não é a qualidade de ser produto do trabalho que confere maior ou menor valor a uma mercadoria. Se não é a sua qualidade como produto do trabalho um atributo do seu valor, as mercadorias têm um valor diferenciado baseado na quantidade necessária de trabalho dispensada na sua produção. Portanto é o tempo de trabalho socialmente necessário à produção de uma dada mercadoria que corresponde à magnitude do valor. Assim, quanto mais tempo de trabalho abstrato uma mercadoria encerra em si, maior o seu valor. O tempo de trabalho não é definido pelos produtores, mas medido pelo tempo médio de trabalho necessário à produção, que está condicionado à evolução das forças produtivas e ao processo técnico material do trabalho (MARX, 1996).

Contudo, durante a troca, a magnitude do valor não aparece diretamente como unidade de medida das mercadorias. O que ocorre é que cada produto é trocado por seu equivalente, que pode ser representado pelo montante de outras mercadorias ou pelo equivalente geral, o dinheiro. Destarte, a forma do valor, que na sociedade contemporânea pode assumir o formato de moeda, crediário ou outra, possibilita que diversos tipos de mercadorias sejam comparados por meio da única coisa que possuem em comum, o trabalho abstrato, substância do valor.

A forma do valor revela ainda as relações existentes entre as pessoas por meio dos produtos do trabalho (MARX, 1996), que são relações de produção entre proprietários de mercadorias. Estas possuem valor quando possibilitam ao seu proprietário manter relações de troca com outros. De imediato, temos a relação de compra e venda entre proprietários da força de trabalho e dos meios de produção; em outro plano temos as relações entre os próprios vendedores da força de trabalho, que se confrontam no mercado de trabalho pela venda da sua mercadoria; e, por fim, temos as relações entre os detentores dos meios de produção. Portanto ao invés de observarmos relações sociais entre os indivíduos, temos relações materiais entre as pessoas e relações sociais entre as coisas, o que Marx denominou de fetichismo da mercadoria.

or, o trabalho pode ser classificado como produtivo ou improdutivo. Vale ressaltar que tanto o trabalho produtivo quanto o improdutivo participam do processo de produção. No entanto, o trabalho produtivo valoriza o valor, diferentemente do trabalho improdutivo.

O trabalho produtivo é o trabalho assalariado que, trocado pela parte variável do capital, o salário, reproduz essa porção do capital e produz o trabalho não pago que é apropriado pelo capitalista. Já o trabalho improdutivo é todo aquele cuja venda da força de trabalho não é executada para o capital, e desta forma não reproduz o capital variável, e, conseqüentemente, não produz valor excedente. É importante observar que os trabalhadores improdutivos também recebem salário, mas nesse caso o salário é o resultado de outras formas de redistribuição do capital. Os exemplos clássicos para Marx são os trabalhadores domésticos e os trabalhadores do Estado.

Tal divisão não encontra suporte na sociedade contemporânea, pois, dada a difusão do capitalismo, todo e qualquer trabalho é direta ou indiretamente produtor de mais-valia. Por exemplo, o que as trabalhadoras domésticas possibilitam, em última análise, é que seu empregador disponha de mais tempo livre para executar a venda da sua própria força de trabalho. E os trabalhadores do Estado, outra categoria tradicionalmente classificada como improdutiva, também funcionam para a manutenção do capital, dado que o Estado é, na perspectiva marxista, a representação da elite burguesa e financeira. Assim, a força de trabalho do Estado contribui para possibilitar ao capital as condições ideais para que se desenvolva.

Além disto, é preciso destacar que, na atualidade, a lógica do funcionamento do setor privado tem sido cada vez mais incorporada ao setor público, no caso brasileiro principalmente após a Reforma do Aparelho do Estado. Esta Reforma é um processo decorrente da mundialização da economia neoliberal. O modelo econômico neoliberal inicia-se na Inglaterra e estende-se por outros países, a começar pelos ditos países desenvolvidos. O neoliberalismo se sustenta na prerrogativa da supremacia do mercado para regular as atividades econômicas e sociais. Este atua como fonte de captação de recursos, distribuição de bens, serviço e renda (MORAES, 2002).

No Brasil, a Reforma define quatro áreas de atuação do Estado: núcleo estratégico; atividades exclusivas; atividades não-exclusivas e setor de produção de bens e serviços. Além disto, a Reforma do Aparelho Estatal é essencialmente estrutural, com as principais mudanças introduzidas na forma de gestão do Estado, implantando-se o modelo da administração pública gerencial em substituição ao modelo burocrático de gestão (BARRETO, 1999). Com

e confirmam maior autonomia e flexibilidade na forma de gerir seus serviços. Para tal, novos entes jurídicos são criados como as Organizações Sociais (OS), Organizações Civis de Interesse Públicos (OSCIP), além da terceirização direta da gestão de atividades consideradas como públicas não-estatais, como saúde, educação e cultura.

Deste modo, o Estado tem se valido cada vez mais da terceirização dos seus serviços para alcançar a eficiência e a eficácia preconizadas pelo mercado. Com isto, embora os serviços continuem em certa medida públicos e gratuitos para o público usuário, é preciso lembrar que uma empresa terceirizada busca, em última instância, o lucro. Soma-se a isto o fato de que, mesmo quando mantém a gestão pública de seus serviços, o Estado tem utilizado intensivamente de mecanismos de precarização da força de trabalho e de sucateamento do aparato público, que se por um lado não permitem a produção direta de mais valor, por outro cirmam as condições ideais para a terceirização.

Assim, assumimos neste estudo que mesmo os empregados do Estado, tidos em outras épocas e por diversos autores como improdutivos, são atualmente tão produtivos quanto os empregados do setor privado, dado que estão submetidos à mesma lógica de precarização e flexibilização do trabalho que colabora para a produção de mais valor na contemporaneidade. Além disto, o Estado tem atuado incisivamente a favor do capital, favorecendo a sua manutenção e reprodução em detrimento dos trabalhadores, a exemplo da crise econômica que ocorre mundialmente deste 2008 e que encontra a sua representatividade maior no continente europeu.

Beluche (2002) pontua ainda as seguintes semelhanças entre os trabalhadores do Estado e os demais: os trabalhadores do Estado, assim como os demais, também são despossuídos dos meios de produção; são obrigados a vender a sua força de trabalho; não determinam as condições e nem o ritmo do seu trabalho. Este autor pontua que ainda que os trabalhadores do Estado não possam ser considerados produtivos no sentido marxista do termo, ajudam a produzir as condições gerais da produção, aumentando, portanto, a produção capitalista.

O setor de serviços, que já despertou discussões sobre o seu caráter produtivo ou improdutivo, é também submetido à lógica capitalista e produz mercadorias materiais ou imateriais tal como as produzidas na fábrica. Assim, o capitalismo financeiro e globalizado anula a separação entre trabalho produtivo e improdutivo e coloca a seu serviço no processo de produção de valor qualquer tipo de força de trabalho.

relação de produção entre pessoas que toma a forma de propriedade das coisas e representa uma determinada forma social de organização do trabalho, na qual o produto do trabalho desempenha a função social de elo entre produtores mercantis isolados, como um portador das relações de produção entre as pessoas (RUBIN, 1980, p. 84). O valor adquirido pelo produto do trabalho irá então representar este trabalho no modo de produção capitalista.

A mercadoria que representa o trabalhador nas relações coisificadas do sistema capitalista é a sua força de trabalho. Embora mercadoria, esta não é uma mercadoria qualquer, pois não pode ser separada e posta em uso fora do seu proprietário, e a sua produção e reprodução se dá fora do âmbito da produção capitalista. Dessa forma, o valor dessa mercadoria difere das demais e é isto que abordaremos no próximo capítulo.

ALHO

A força de trabalho é a própria capacidade que o indivíduo tem para o trabalho. Na sociedade capitalista é essa mercadoria que permite ao trabalhador assalariado participar das relações sociais de produção. É a sua disposição para o trabalho, ou seja, o vigor físico, mental e, atualmente, cada vez mais intelectual, que o trabalhador põe à venda no mercado de trabalho. Enquanto mercadoria, a força de trabalho possui, como todas as demais mercadorias no capitalismo, valor de uso e valor (MARX, 1996).

Para que execute a venda da sua força de trabalho, é necessário assegurar que o trabalhador disponha desta força diariamente e em perfeita condição de uso. Assim, um primeiro componente do valor da força de trabalho diz respeito aos itens necessários à subsistência do trabalhador. Entretanto o trabalhador deve assegurar não só a sua sobrevivência, mas dos membros da sua família, visto que a mercadoria força de trabalho tem um limite vital e precisa ser reposta no mercado. Então o valor da força de trabalho corresponde às mercadorias e bens necessários à manutenção e reprodução do trabalhador e sua família (MARX, 1996). A esse primeiro rol de itens corresponde, por exemplo, as despesas com alimentação, moradia, vestuário, transporte, saúde.

Marx (1987, 1996) adiciona a essas mercadorias e bens o fator histórico e moral, que corresponde aos itens que se relacionam com o nível de desenvolvimento cultural, científico e tecnológico de cada país. Desse modo, esses itens são socialmente construídos, e na sociedade brasileira contemporânea, podemos listar os gastos com lazer e bens como computador, acesso à internet, celular etc. Soma-se a isto o fato de que a força de trabalho precisa ser qualificada. Desse modo, entram também no cômputo do seu valor os gastos com a qualificação do trabalhador. Quanto mais qualificada, maior o valor da mercadoria força de trabalho.

Marx, no livro I de O Capital, parte da suposição de que a força de trabalho é paga por seu valor e em algumas situações é paga acima deste. Visto que o salário é o preço da força de trabalho, este deve corresponder à soma de todos os itens apresentados de modo que o trabalhador possa utilizar da sua força de trabalho em condições normais. Contudo Marx admite que o preço da força de trabalho pode ser pago abaixo do seu valor, e todas as vezes que isto ocorre o trabalhador só pode se desenvolver de forma limitada.

Marx (1987) constatou que o valor da força de trabalho e o uso desta força são elementos distintos, e é justamente nesta diferença que consiste o valor de uso da força de trabalho. Ao celebrar o contrato de trabalho, o empregador adquire o direito de dispor da força

não somente pelo tempo que corresponde à produção do salário. Assim, mesmo que um trabalhador só necessite de quatro horas para produzir o equivalente a seu salário, ele trabalha por oito horas, pois possui capacidade para tal. São essas horas restantes que correspondem à criação de valor, ao trabalho que não é pago e do qual o capitalista se apropria. Desse modo, a relação salarial mascara a situação de exploração do trabalhador.

Para Marx (1987) o valor da força de trabalho corresponde a uma relação de troca de equivalentes ó força de trabalho por salário. Contudo o seu uso produtivo corresponde à esfera produtiva, e é por isto que o trabalhador não recebe por toda a jornada de trabalho, o que não está em desacordo com a lei de troca de equivalentes que analisamos no capítulo anterior. Assim, o valor de uso da força de trabalho só se realiza quando esta é posta em produção, e a força de trabalho realiza o seu valor para o trabalhador se este consegue vendê-la no mercado de trabalho.

Para que consiga vender a sua força de trabalho, principalmente na sociedade contemporânea, o trabalhador precisa qualificar-se. No que se refere aos custos de formação, Marx (1987, p. 56) constata que ãassim como diferem os custos de produção de força de trabalho de diferente qualidade, assim têm que diferir, também, os valores das forças de trabalho aplicadas nas diferentes indústriasö. Isso significa que a igualdade de salários é utópica, já que o tempo socialmente necessário para formar diferentes forças de trabalho é distinto. Sendo assim, a equivalência salarial em uma área que comporte diversos tipos de trabalhadores não é possível, pois os custos com a formação dos trabalhadores são diferentes, e o valor da força de trabalho de cada um deles também será diferenciado. Na saúde, isso pode ser observado na diferença salarial existente entre as várias categorias profissionais e entre as diversas especialidades de uma mesma categoria.

Assim como difere a qualificação do trabalhador, também irá diferir se ele é capaz de realizar um trabalho mais simples ou mais complexo e, de acordo com o tipo de trabalho realizado, também irá variar o valor da força de trabalho. Marx (1996) menciona que o trabalho simples é todo aquele que é executado sem a necessidade de um adestramento especial da força de trabalho, e é este tipo de trabalho que serve como parâmetro para o trabalho complexo, ou seja, aquele que necessita de uma preparação maior da força de trabalho. De acordo com Marx (1996, p. 173), òtrabalho mais complexo vale apenas como trabalho simples potenciado ou, antes, multiplicado, de maneira que um pequeno *quantum* de trabalho complexo é igual a um grande *quantum* de trabalho simplesö.

o complexo é transformado em trabalho simples, como unidade padrão de medida, se dá por meio de um processo social por trás das costas dos produtores e lhes parecem, portanto, ser dadas pela tradição (Marx, 1996, p. 174). Em todo processo de produção de valor, refere Marx, o trabalho complexo deve ser reduzido a trabalho simples. Assim, uma jornada de trabalho complexo deve ser reduzida a tantas jornadas de trabalho simples quantas lhe caibam. Contudo, para o processo de valorização, pouco importa ao capitalista se a força de trabalho que ele compra é simples ou complexa, pois se o trabalho é mais complexo, ele terá como resultado produtos com maior valor.

Uma vez que a força de trabalho pode desempenhar funções mais simples ou mais complexas, pode-se também hierarquizar o seu valor e logo também estabelecer uma escala de salários (MARX, 1996). Portanto quanto mais repartido for um trabalho em funções simples, mais baixo será o seu preço, e menor o valor da força de trabalho. É importante observar também que quando se reparte um trabalho em muitas funções simples, ele perde a sua especificidade e torna-se um trabalho ao alcance de todos; e um trabalho que pode ser executado por todos não resulta em um produto que tenha muito valor no mercado, necessitando assim de uma grande quantidade deste produto para poder se processar a troca. Desse modo, a divisão parcelar do trabalho destrói as ocupações, reduz o valor da força de trabalho e serve para o capitalista também como um redutor dos custos com a força de trabalho (BRAVERMAN, 1981).

Além das mercadorias necessárias à sobrevivência e o tempo de qualificação, outro aspecto que conforma o valor da força de trabalho diz respeito à extensão e a intensidade da jornada de trabalho. Marx (1996), partindo do critério de que o preço da força de trabalho é pago, ocasionalmente, acima de seu valor, mas nunca abaixo, formulou quatro pressupostos nos quais o valor da força de trabalho irá variar de acordo com a jornada e a intensidade do trabalho⁴:

(1) Grandeza da jornada de trabalho e intensidade do trabalho constantes e força produtiva do trabalho variável. A força produtiva do trabalho varia em sentido inverso ao valor da força de trabalho, ou seja, quanto maior a produtividade do trabalho, menor o valor da força de trabalho.

(2) Jornada de trabalho e força produtiva do trabalho constantes, intensidade do trabalho variável. A intensidade do trabalho relaciona-se com a forma como o trabalho é realizado, o que reflete no quanto de energia física ou intelectual é despendida pelo

⁴ Destacaremos dos pressupostos formulados por Marx somente o que interessa a este estudo. Para maiores aprofundamentos, ler o capítulo XV do livro I de O Capital.

lade. Esse dispêndio de energia aparece nos resultados do

trabalho

[...] quando se trata de trabalho físico, os resultados aparecem em medidas tais como o número de veículos montados por dia por pessoa etc. Quando o trabalho não é físico, mas de tipo intelectual ou emocional, os resultados podem ser encontrados na melhoria da qualidade e na quantidade de serviços. (ROSSO, 2006, p. 69).

A intensidade do trabalho aumentada pode conduzir a uma queda do preço da força de trabalho abaixo do seu valor se o preço pago não compensar o desgaste ao qual o trabalhador é submetido.

(3) Força produtiva e intensidade do trabalho constante, jornada de trabalho variável. Se a jornada de trabalho for prolongada, o preço da força de trabalho pode cair abaixo do seu valor, mesmo que este preço suba em termos absolutos. Segundo Marx (1996, p. 154), isto é possível porque o valor diário da força de trabalho é calculado sobre a sua duração média, ou seja, sobre a duração normal da vida de um trabalhador. De acordo com este autor, o desgaste da força de trabalho provocado pelo aumento da jornada pode até ser compensado momentaneamente; depois, visto que as condições normais de atuação do trabalhador são destruídas, o desgaste passa a ser maior e destrutivo para a força de trabalho.

(4) Variações simultâneas de jornada, força produtiva e intensidade do trabalho. Das duas situações apresentadas por Marx neste pressuposto, nos interessa a que se refere à intensidade e à força produtiva do trabalho crescente, com simultânea redução da jornada de trabalho. Essa situação traria como consequência redução do tempo necessário para a produção material, possibilitando mais tempo livre. Contudo isso só é possível se o trabalho for distribuído de forma equânime entre os trabalhadores, e se existirem mais pessoas trabalhando⁵. Nesse contexto, o limite de redução da jornada é a distribuição do trabalho.

Marx (1996) aponta mais duas situações capazes de reduzir o valor da força de trabalho: a entrada de mão de obra complementar no mercado de trabalho e a evolução das forças produtivas.

De acordo com esse autor, a entrada de mulheres e crianças no mercado de trabalho reduz o valor da força de trabalho, pois se antes um trabalhador adulto tinha que ter um salário correspondente aos bens para a sua subsistência e de sua família, com a incorporação desta força complementar este valor passa a ser dividido por todos os membros da família. É preciso ressaltar que a mão de obra feminina é incorporada ao processo produtivo como renda

⁵ Isso acontece em todas as classes sociais, pois o não trabalho em uma classe significa mais trabalho para outra, necessariamente para a classe subalterna.

lino. Assim, o seu preço é menor quando comparado ao deste.

A evolução das forças produtivas provoca a redução do valor da força de trabalho em três aspectos. O primeiro diz respeito a quando essa evolução atinge os setores responsáveis pela produção dos bens e mercadorias necessários à manutenção e reprodução do trabalhador, e permite que estes sejam produzidos em menor tempo e com o custo também reduzido. Ao se reduzir o tempo e o custo dessas mercadorias, também se reduz o tempo de trabalho necessário à produção do salário, restando mais tempo para a execução do trabalho que não é pago (MARX, 1996).

Soma-se a isso o fato de que o uso de maquinaria substitui a força de trabalho e outros métodos incorporados ao processo produtivo também podem dispensar mão de obra, o que impacta no seu valor e preço. Por exemplo, na área da saúde, se na primeira metade do século XX eram necessárias mais trabalhadoras em enfermagem para fazer os controles precisos dos sinais vitais, principalmente de pacientes críticos, atualmente, no século XXI, uma única máquina é capaz de fazer isto, necessitando somente de uma trabalhadora com habilidade para lidar com os parâmetros ideais para regular a máquina. Porém, isto não significa necessariamente que a evolução da tecnologia na saúde leve ao desaparecimento das profissões desta área, e sim a uma nova divisão do trabalho, onde os trabalhadores precisam se qualificar mais para lidar com a tecnologia, de modo que algumas ocupações se transformam em outras mais qualificadas, a exemplo do que ocorreu com as atendentes de enfermagem, qualificadas no próprio trabalho e certificadas como auxiliares de enfermagem, na segunda metade dos anos de 1990 e hoje entre as auxiliares de enfermagem, qualificando-se como técnicas. Inclusive, aponta-se hoje no Brasil para extinção da categoria das auxiliares de enfermagem.

A redução da mão de obra necessária cria um contingente de trabalhadores sem inserção no mercado, o que Marx (1996) denomina de exército industrial de reserva. Este funciona como um fundo de reserva de trabalho para o capital, à espera que o processo de acumulação requeira mais força de trabalho e origine novos empregos. Esse exército também regula o nível dos salários, impedindo que estes se elevem acima do valor da força de trabalho e, por vezes, forçando a sua manutenção abaixo deste. Quanto maior o exército de reserva, menor o salário, pois mais trabalhadores disputam entre si a venda da sua capacidade de trabalho, submetendo-se a jornadas de trabalho mais longas, tanto na duração quanto na intensidade, e a salários menores.

aspecto da mercadoria força de trabalho que também a distingue das outras: a sua produção ocorre fora da esfera produtiva. Assim sempre haverá um *quantum* de trabalho social não computado e não remunerado no seu valor. Se fôssemos observar todo o processo por meio da lente capitalista, então deveria entrar no valor da força de trabalho toda atividade exercida para que o trabalhador esteja em condições adequadas de atuação, como banhar-se, alimentar-se, praticar exercícios físicos etc., mas este tipo de discussão foge ao escopo deste estudo.

Do que foi exposto nota-se que o valor da força de trabalho pode ser objetivamente traçado, mas existem fatores decorrentes da relação de compra e venda desta mercadoria que interferem igualmente no seu valor e no seu preço. É preciso também não perder de vista que o valor é uma forma socialmente adquirida dos produtos do trabalho e que por meio destes os produtores são conectados. É, portanto, pelo valor da força de trabalho que é **definida** qual parte do processo produtivo cabe ao trabalhador e qual lugar na sociedade ele pode ocupar.

TRABALHO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Nas relações de produção capitalista, o capital controla o trabalho, pois por meio da compra da força de trabalho submete o trabalhador a um processo produtivo cuja finalidade é a extração de trabalho não pago. O controle do trabalho pelo capital no século XXI é expresso pelo trabalhador polivalente e multifuncional, na substituição do trabalho estável e regulamentado por modalidades flexíveis e precárias de relações de trabalho e a desconcentração do espaço físico produtivo (ANTUNES, 2010).

As principais diferenças entre o trabalho do século XXI, organizado com base nas premissas do toyotismo, e do trabalho do século XIX e XX, embasado nos preceitos do taylorismo e do fordismo, podem ser observadas no Quadro 1.

Quadro 1 ó Comparação entre o fordismo, taylorismo e o toyotismo

	Fordismo/Taylorismo	Toyotismo
Forma de produção	Em série e em massa	Conduzida pela demanda, variada, diversificada e pronta para suprir o consumo ó <i>just in time</i> e <i>kanban</i> .
Processo produtivo	Um homem/uma máquina. Padronização do tempo e movimento	Polivalente. Um trabalhador, várias máquinas; trabalhador multifuncional.
Forma de organização da produção	Parcelar e hierarquizada	Em equipe, com flexibilização na organização do trabalho.
Áreas produtivas de atuação	Integração vertical ó a empresa composta por diversos departamentos	Horizontalização e redução do âmbito da produção, com repasse a empresas terceirizadas de funções antes executadas.
Relação trabalhista	Estável	Direitos flexíveis com diversas formas de contratação.

Fonte: Antunes (2010, p. 23-44).

Embora o capitalismo contemporâneo seja marcado pelo processo de acumulação flexível e o trabalho esteja organizado sob as bases do toyotismo, é preciso não perder de vista que também vivemos um período de transição, e formas antigas e novas de trabalho existem conjuntamente, mas todas se pautam pela precarização social do trabalho (DRUCK, 2011). O processo de precarização do trabalho ocorre de maneira diferenciada entre os diversos tipos de

sível em algumas áreas como a indústria e o setor de telemarketing. A área da saúde, localizada no setor serviço, é igualmente atingida pela precarização do trabalho, principalmente no que se refere aos vínculos e às jornadas de trabalho, embora ainda mantenha para os seus trabalhadores as prerrogativas da forma de organização do trabalho advinda do taylorismo.

Nos últimos 40 anos, a esfera financeira passou a sobrepor-se aos outros setores produtivos, rompendo com o padrão fordista de produção e adotando a flexibilidade e precarização do trabalho como diretrizes para a mundialização do capital. O predomínio do setor financeiro impõe uma nova lógica de organização do trabalho e da vida, na qual o ganho no curto prazo, a velocidade do tempo social, a efemeridade e o caráter descartável de tudo que se produz passam a ser os novos valores sociais. Nesse contexto, o Estado, que em alguns países desenvolvidos assegurava o bem-estar social, passa a ter função de regulador, atuando diretamente na desregulamentação do mercado financeiro e do trabalho (DRUCK, 2011). No Brasil, em razão da ausência desse Estado como provedor do bem-estar social, os impactos da precarização do trabalho são ainda mais profundos que nos países centrais, pois é posta em cheque a incipiente política de proteção ao trabalho.

Druck (2011) afirma que não somente as mercadorias tornam-se descartáveis nesse paradigma do capital, mas sobretudo os trabalhadores, substituindo-se o antigo trabalhador de emprego estável por outros que possam se submeter a qualquer condição de trabalho que seja necessária ao atendimento das rápidas mudanças. Isso implica troca do emprego estável por formas flexíveis de contratação e demissão e exploração das capacidades física e mental do trabalhador, com aumento não só da extensão da jornada de trabalho, como também da sua intensidade.

Ainda de acordo com essa autora,

A perda do emprego ou a perda da condição de uma inserção estável no emprego cria uma condição de insegurança e de um modo de vida e de trabalho precários, nos planos objetivo e subjetivo, fazendo desenvolver a ruptura dos laços e dos vínculos, tornando-os vulneráveis e sob uma condição social fragilizada, ou de *desfiliação* social. (DRUCK, 2011, p. 43, grifo do autor).

Druck (2011, p. 430) destaca que a flexibilização e a precarização do trabalho são frutos de uma vontade política e não de uma fatalidade econômica, com a precarização expressando um regime político baseado na instabilidade e na sensação generalizada de insegurança, o que mantém o trabalhador submisso às situações de exploração, já que seus vínculos são cada vez mais precários e o emprego estável escasso.

exto, a ampliação do trabalho imaterial, o que aprofunda a subordinação do trabalho ao capital, pois o trabalhador pensa e executa pelo e para o capital, caracterizando uma nova forma de apropriação do saber fazer intelectual do trabalhador. Antunes e Alves (2004) referem a existência do engajamento estimulado, em que o capital buscar enlaçar parcerias com o trabalhador, de forma a captar subjetivamente o seu trabalho, quando o trabalhador por vezes torna-se o seu próprio alçoz em processos de trabalho nos quais prevalece a produtividade e a autogestão. Desse modo, mais do que em outras épocas, o capital realiza a subsunção real do trabalho e torna ainda mais fetichista a relação entre o trabalhador e seu trabalho.

Como resultado dessa nova forma de apropriação do trabalho, está em curso uma alteração qualitativa na forma de ser do trabalho, que de um lado impulsiona para uma maior qualificação do trabalho e, de outro, para uma maior desqualificação (ANTUNES, 2010, p. 52-53). A maior qualificação do trabalho deve-se, segundo esse autor, ao crescimento científico e tecnológico, o que tem possibilitado que o trabalhador assuma a função de supervisor e regulador do processo de produção, pois em razão das inovações da tecnologia é possível que um único trabalhador controle, via maquinaria, todo um processo produtivo. Assim, cresce o peso da dimensão mais qualificada do trabalho, e o trabalhador tem de produzir-se o tempo todo para o mercado, o que o leva a usar toda a sua capacidade e habilidade para o mundo do trabalho, inclusive aquelas que ele adquire fora do mercado.

A dimensão da desqualificação do trabalho, de acordo com Antunes (2010), refere-se à substituição dos profissionais especializados pelos trabalhadores multifuncionais. Esse processo tem como resultado a diminuição do saber profissional sobre a produção e o aumento da intensidade do trabalho. O resultado desse processo de qualificação/desqualificação é a superqualificação em alguns ramos produtivos e a desqualificação em outros.

Nesse cenário, com nova forma de divisão sexual do trabalho, as funções de concepção mais qualificadas são realizadas majoritariamente pelos homens, enquanto as relacionadas com maior trabalho intensivo e exigindo menor qualificação são preferencialmente destinadas às mulheres. Embora uma das características do trabalho no século XXI seja a feminilização do mercado de trabalho, as mulheres são cada vez mais incorporadas ao processo produtivo de modo precário, seja em regime temporário de trabalho ou outras formas atípicas (ANTUNES, 2010; HIRATA; KERGOAT, 2007).

Outra característica do trabalho no século XXI é o crescimento do setor de serviços, o que tem levado diversos autores a classificar a nossa sociedade como sociedade de serviços

Entanto Alves, G. (2007) pondera que, mesmo com o crescimento do setor de serviços, ele continua dependente do setor industrial. Se antes a lógica de produção de mercadorias dizia respeito somente à indústria, hoje esta se disseminou pelas atividades de serviços, conduzindo desse modo toda a produção de mercadorias imateriais. Segundo esse autor, a premissa básica do capitalismo é o trabalho abstrato e a produção de valor é nunca esteve tão intensa, sendo um desvaneio ideológico referir-se a uma sociedade pós-industrial.

Desse modo, o que presenciamos não seria a depreciação da indústria em relação ao setor de serviços, mas a substituição do trabalho material pelo trabalho imaterial como fonte de criação de valor, de modo que até mesmo nas indústrias observa-se o crescimento de setores como de pesquisa e inovação em contrapartida à diminuição do contingente de trabalhadores nas linhas de montagem. E, no setor de serviços, que cresce em parte por conta da retração da indústria, incorpora-se a lógica do toyotismo de modo que as mercadorias imateriais são produzidas tal qual são produzidas as mercadorias materiais pela fábrica.

O setor de serviços é caracterizado como aquele em que há interação entre o produtor e o cliente. Nessa seara, a educação, a hotelaria, os restaurantes e os serviços de saúde podem ser classificados como representantes típicos do setor. No entanto a evolução da tecnologia estimula de forma que boa parte dos serviços seja acessada diretamente pelo usuário, sem a necessidade de que o produtor estabeleça uma relação direta com o cliente. Como exemplo citam-se os setores bancários, de telefonia e uma gama de serviços oferecidos pela internet. Além disso, quase sempre um bem material vem acompanhado de serviços acoplados, seja a oferta de uma garantia ou de um seguro. Desse modo, criam-se os serviços de consumo, que dizem respeito a uma dimensão em que se estabelece a relação direta com o usuário e os serviços de produção, que são os relacionados à produção e circulação das mercadorias, a exemplo do comércio, transporte, bancos etc. (SALERNO, 2001).

Tal como ocorreu na indústria, também o setor de serviços reestruturou-se. Nesse processo, setores como o da saúde subordinam-se à máxima mercadorização (ANTUNES, 2007, p. 5), na qual os procedimentos, consultas e outras intervenções em saúde são submetidos à racionalidade econômica, quantificados e vendidos como qualquer outra mercadoria.

Todas as transformações do mundo do trabalho é flexibilização, terceirização, precarização, crescimento do setor de serviços e aumento da participação feminina é podem ser observadas no contexto brasileiro.

o, tomaremos por base o trabalho de Druck (2011), que analisa a precarização do trabalho no Brasil através da seguinte tipologia da precarização:

- a) **Vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdade social.** Em 2009, 59% das pessoas economicamente ativas se encontravam em situação precária no que se refere aos direitos do trabalho assalariado. Isso significa que 43,5 milhões de trabalhadores exerciam sua função sem carteira assinada, e destes, 80% não contribuíam para a previdência social. Nesse mesmo ano também permaneceu elevado o nível de desigualdade e discriminação no mercado de trabalho, no qual se observa que a taxa de desemprego era de 11,1% para as mulheres e 8,3% para os homens; 18,8% para jovens negros e 16,5% para jovens brancos. No fator geracional, observa-se o aprofundamento do desemprego entre os jovens: em 2009 a taxa de desemprego era de 8,3%, e os jovens de 15 e 24 anos correspondiam a 18%; o que se agrava quando observado o gênero, já que 22,4% das mulheres jovens estavam desempregadas. Além disso, 2,1 milhões de jovens não estudavam nem trabalhavam.
- b) **Intensificação do trabalho e terceirização.** A intensificação do trabalho revela-se pela adoção de metas difíceis de alcançar, prolongamento da jornada de trabalho e exigência de que o trabalhador seja polivalente. Tudo isso se sustenta também na discriminação criada pela terceirização e pode ser visualizado pelo aumento de casos de assédio moral denunciados à Justiça do Trabalho e Ministério Público do Trabalho. Os setores mais representativos da terceirização foram os setores bancário, *call center*, petroquímico, petroleiro, energia elétrica, comunicações e serviços de saúde. As formas de precarização prevalentes nessas áreas dizem respeito ao tipo de contrato, remuneração, condições de trabalho e representação sindical.
- c) **Insegurança e saúde no trabalho.** Resultado direto da forma de gestão do trabalho disseminada no país, em que não se cumpre o treinamento necessário para a função, sonegam-se as informações sobre o risco e as medidas preventivas dos acidentes. Isso pode ser observado no aumento do número de registros de acidente de trabalho, que passou de 340,3 mil em 2001 para 723,5 mil acidentes em 2009, representando um aumento de 126%. Soma-se a esse cenário a psicopatologia da precarização, em que a imposição da polivalência e do engajamento estimulado leva o trabalhador a esquecer de seus limites físicos e mentais em uma situação na qual não são garantidos seus direitos, o que tem levado a uma diversidade de patologias mentais.
- d) **Perda da identidade individual e coletiva.** Relaciona-se com a ameaça permanente de perda do emprego, estratégia que tem se demonstrado eficaz na

trabalho. A perda da dimensão de pertencimento ao local de trabalho e a ameaça constante de demissão a qual os trabalhadores são submetidos afeta a solidariedade entre a classe trabalhadora, conduzindo a uma concorrência desenfreada entre os próprios trabalhadores. Assim, cada trabalhador é individualmente responsabilizado pela sua situação de empregabilidade, cabendo somente a ele o seu sucesso ou fracasso na obtenção de colocação no mercado.

e) **Fragilização da organização dos trabalhadores**, representada pela pulverização dos sindicatos e pela dificuldade de organização dos trabalhadores. O trabalho caracterizado com polivalente, flexível e terceirizado aumenta a concorrência entre os próprios trabalhadores, além de colaborar para uma heterogeneidade e fragmentação da classe trabalhadora. Esse impacto para a classe que vive do trabalho (ANTUNES, 2010) pode ser evidenciado por meio de números: menor número de greves na década 2000; aumento do número de centrais sindicais (atualmente são onze, oito sendo criadas nesta década); queda da taxa de sindicalização, que entre 2008 e 2009 obteve um déficit de um milhão de trabalhadores (DRUCK, 2011).

f) **Condenação e descarte do direito do trabalho**. Significa a fragilização da proteção social ao trabalho, visando a redução da regulamentação dos direitos trabalhistas por parte do Estado. Para o caso brasileiro, isso significa a flexibilização da Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943), de modo a reduzir os encargos sociais e trabalhistas. Soma-se, nesse cenário, o crescimento do trabalho escravo, prática combatida pelo Ministério Público do Trabalho e pela Polícia Federal. Esse fato revela que o Estado, quando assim se propõe, pode por limites à exploração dos trabalhadores pelo capital.

Todas essas transformações no trabalho conduzem também a transformações da classe trabalhadora. Se antes essa classe tinha o seu representante no operário industrial, na década de 2000 a classe trabalhadora fragmentou-se e tornou-se mais complexa. Antunes (2010, p. 200) retrata esta situação por meio do termo *classe que vive do trabalho*, que compreende o total de trabalhadores, vendedores de sua força de trabalho, estáveis e precários, empregados, desempregados, subempregados, homens, mulheres, jovens, idosos, nacionais, imigrantes, qualificados, desqualificados, brancos, negros, produtivos, improdutivos, proletário rural, o moderno proletário fabril e de serviços.

Essa fragmentação da classe trabalhadora impõe novos desafios para sua organização. Hoje, os sindicatos tem que compatibilizar anseios diversificados, visto que é comum encontrar nas empresas trabalhadores regulamentados e terceirizados exercendo a mesma

s trabalhadores é que não se tornem rivais, de modo a não favorecer a competição que o capital estimula entre aqueles que vivem do trabalho.

As transformações no trabalho ocorridas no mundo e no Brasil demonstram a capacidade de renovação do sistema capitalista em busca da produção de valor. Por um lado, em razão da financeirização do capital, observa-se a separação cada vez maior da produção de mercadorias e da produção de valor. Se antes podíamos observar a fórmula D-M-D' (dinheiro-mercadoria-capital) (MARX, 1996), atualmente é cada vez mais comum a redução desta fórmula a D-D', ou seja, valor que gera valor, sem a intermediação da produção de mercadorias e da exploração do trabalho (ALVES, G., 2007).

Por outro lado, observa-se a transformação na forma do trabalho. Nos séculos XIX e XX ela era predominantemente material, com a representação máxima na indústria. No século XXI desponta o trabalho imaterial, que é todo trabalho que dá origem a produtos e mercadorias imateriais, vinculado às atividades de pesquisa, propaganda, marketing, comunicação, cultura, entre outros (ALVES, G., 2007). Como pode ser observado, o setor que mais agrega o trabalho imaterial é o setor de serviços. Gorz (2005, p. 19) destaca que

[...] o fornecimento de serviços, esse trabalho imaterial, torna-se a forma hegemônica de trabalho; o trabalho material é remetido à periferia do processo de produção ou abertamente externalizado. Ele se torna um momento subalterno desse processo, ainda que permaneça indispensável ou mesmo dominante do ponto de vista qualitativo. O coração, o centro da criação de valor, é o trabalho imaterial.

Embora o trabalho imaterial e a produção de serviços estejam cada vez mais submetidos à lógica capitalista de produção e valorização, Gorz (2005) destaca que o trabalho imaterial não se conforma completamente aos padrões já estabelecidos pelo capitalismo. Um exemplo é a magnitude do valor, que no trabalho material é representado pelo número de horas de trabalho incorporado ao produto. Quanto ao trabalho imaterial, ele perde esta característica, passando a predominar não o número de horas, mas a quantidade de conhecimento, de pesquisa e de inovação incorporada à mercadoria.

Contudo é preciso destacar que mesmo no setor de serviços essa transformação da magnitude do valor não se processa em todas as áreas. Em segmentos como o da saúde, a magnitude ainda continua atrelada, em boa medida, à quantidade de horas trabalhadas. Essa transformação da magnitude do valor pode ser mais bem observada em segmentos vinculados à criação de tecnologia e inovação.

Outra diferença apontada por este autor é o fato de que o produto do trabalho imaterial não é completamente separado do trabalhador. Embora leis de patentes protejam a

pertença ao capitalista, o saber que originou o produto, e que é a base da produção, pertence e permanece com o trabalhador. Sendo assim, a apropriação pelo capital desse tipo de trabalho tem sido mais difícil, o que não significa que não esteja ocorrendo.

Nesse sentido, Alves, G. (2007, p. 69, grifo do autor) refere que

Apesar de formalizar (e mecanizar/automatizar) algumas atividades de serviços, ele (o capital) não consegue fazê-lo com outras, detendo-se diante dos nichos de *novo saber*. O fato de se *deter* não significa que não os incorpore.

Assim, a crise da produção de valor do capitalismo dos últimos 30 anos é

Uma crise de desmedida, isto é, o novo saber imaterial é irredutível à *medida* (a necessidade de *quantificar* própria da lógica do valor); ou ainda, *crise de inadequação*, ou seja, a exacerbação das contradições intrínsecas à formamercadoria, contradição entre conteúdo (de valor de uso) e forma social do capital (a lógica do trabalho abstrato). (ALVES, G., 2007, p. 70).

Embora o trabalho imaterial ganhe a centralidade do processo de produção, é preciso esclarecer que tanto o trabalho material quanto imaterial refere-se a formas concretas de trabalho. No entanto, dado que se aprofunda a subsunção do trabalhador ao processo de valorização, ao aumento da divisão do trabalho e a difusão do trabalho salariado, o que notamos nos últimos 40 anos é a ampliação do trabalho abstrato. Ainda que esta ampliação esteja ocorrendo, em igual medida observamos crises mais constantes do sistema de produção do valor e, conseqüentemente, do trabalho abstrato.

Segundo Alves, G (2007), duas determinações são fundamentais para a atual crise do trabalho abstrato: a substituição progressiva do trabalho vivo por trabalho morto (alterção da composição do capital) e a conseqüente passagem da subsunção formal para a subsunção real do trabalho ao capital; e a constituição do novo saber advindo do trabalho imaterial, que resiste as determinações do trabalho abstrato, embora, conforme já salientamos, esteja sendo cada vez mais incorporado a lógica de produção de valor.

Outra vertente dessa crise é a determinação do valor da força de trabalho. As transformações apontadas ao longo deste capítulo tornam esta determinação mais complexa, visto que os antigos parâmetros de estabelecimento do valor e, conseqüentemente, do preço estão em fase de transição, o que significa que, na ausência de um novo paradigma para o valor da força de trabalho, mesclam-se os antigos e os novos.

cidade contemporânea a força de trabalho feminina já tenha deixado de ser renda complementar à renda do trabalhador masculino, esta característica social ainda permanece, o que mantém as diferenças salariais, em diversos setores, mesmo quando mulheres executam o mesmo trabalho que homens. Além disso, ainda que a força de trabalho feminina seja a que mais cresce e é incorporada aos setores produtivos, ainda o é nos setores menos qualificados, embora atualmente seja a mão de obra que também mais cresce em qualificação. Nesse caso, as diferenças de gênero agravam as transformações advindas com o toyotismo, o que mantém as mulheres em uma situação desigual no mercado em relação aos homens.

Um dos fatores que mais amplia sua dimensão no valor da força de trabalho é o crescimento da complexidade do trabalho, representado na interação do trabalhador com a tecnologia e na produção de conhecimento. Tal fato reflete diretamente nas exigências de qualificação, e mesmo o trabalho que pode ser classificado como mais simples exige um padrão mínimo de qualificação do trabalhador. Desse modo, contemporaneamente, quanto mais um trabalho exige de incorporação e produção de conhecimento e tecnologia, mais qualificado e maior é o valor desta mão de obra.

Em contrapartida, o desenvolvimento da tecnologia e da dimensão mais qualificada do trabalho também tem se revertido no aumento da intensidade do trabalho, dado que as funções que antes se limitavam ao espaço físico do escritório ou da fábrica podem ser executadas em qualquer lugar e a qualquer momento. Soma-se a isso o fato de que na nova divisão do trabalho o trabalhador é seu próprio supervisor no cumprimento das metas estabelecidas pelas organizações, o que, de fato, o leva a trabalhar mais para alcançar metas cada vez mais árduas.

Como estamos em uma fase transitória, essa realidade é mais bem observada em setores vinculados à tecnologia, marketing, criação e inovação. Para outros setores, vivencia-se o aumento da grandeza da jornada de trabalho, e em alguns, como o setor saúde, associa-se o aumento da grandeza da jornada com o aumento da intensidade do trabalho. Tal situação tem conduzido o trabalhador a um desgaste maior da sua força de trabalho, conforme exemplificado no decorrer deste capítulo, o que contribui para a redução do valor da força de trabalho, pois o preço pago, mesmo que em alguns caso exista um compensação financeira momentânea, não compensa o desgaste físico e, cada vez mais, o desgaste mental ao qual estão submetidos os trabalhadores.

O desenvolvimento da tecnologia e da ciência também tem impacto no valor da força de trabalho por meio do aumento do exército industrial de reserva, pois hoje, em razão do

...as, o trabalhador tem ocupado cada vez mais o papel de regulador do processo de trabalho, dado que através do desenvolvimento da maquinaria, um único trabalhador pode coordenar processos de trabalho diversos e complexos somente pela interação com a tecnologia. Todavia, como nem todos alcançam a qualificação necessária para tal, e visto que essa nova posição demanda por menos trabalhadores, isto significa que muitos trabalhadores têm sido expulsos da condição do trabalho formal. Nesse cenário, os jovens e as mulheres são os mais atingidos.

Além disso, como já destacado no texto, a nova gestão do trabalho, baseada na flexibilidade e precarização, contribui para a redução do valor da força de trabalho ao impulsionar os trabalhadores para aceitar salários menores, pelo aumento da concorrência entre os próprios trabalhadores pela venda da sua mão de obra e pela escassez de emprego estável. Contudo é bom lembrar que, como já afirmado por Druck (2011), essa nova forma de gestão é fruto mais de vontade política do que de uma fatalidade econômica.

Portanto, embora o desenvolvimento da tecnologia e o crescimento da dimensão qualificada do trabalho possam aportar mais valor, nos novos arranjos da gestão do trabalho, advindas com o toyostismo, esses aspectos, somados a todos os demais descritos, tem contribuído para a redução do valor da força de trabalho. No próximo capítulo analisaremos como isso acontece no setor saúde.

Situado no campo dos serviços, o setor da saúde envolve diferentes trabalhadores, processos de trabalho e atividades. Por isso, antes de abordarmos as transformações do trabalho contemporâneo nesse setor, faz-se necessário definir alguns termos e caracterizá-lo.

O processo de trabalho em saúde é composto, assim como qualquer trabalho, por uma atividade voltada a um fim, por objeto, por instrumentos ou meios de trabalho e por aqueles que o executam. Mendes Gonçalves (1979) foi um dos primeiros a analisar as premissas marxistas sobre processo de trabalho em saúde, ainda que somente para o trabalho do médico. Assim, baseando-se no conhecimento estabelecido por esse autor, ampliaremos o escopo da discussão para outras profissões da saúde.

No que se refere à atividade voltada a um fim, esta irá variar de acordo com a profissão. Por exemplo, na assistência, para o médico e o odontólogo, as atividades são diagnosticar e instituir a terapêutica com a finalidade da cura. Já para as enfermeiras, é executar uma série de procedimentos técnicos, de inter-relação e de outra natureza visando ao acompanhamento do paciente/usuário nas suas necessidades. Quando na gerência, a finalidade do trabalho da enfermeira é garantir a articulação necessária entre os diversos processos de trabalho e os insumos para que a assistência seja prestada.

O objeto de trabalho, de acordo com Mendes Gonçalves (1979), são as necessidades humanas de saúde, que, no entanto, não existem fora de quem a possui. Assim, reconhece que o objeto de trabalho é o corpo socialmente referenciado, situado no modo de produção econômico capitalista e no modelo assistencial hegemônico denominado modelo biomédico.

É preciso destacar que o objeto de trabalho irá variar de acordo com a atividade desenvolvida. Desse modo, o corpo adoecido é o objeto de trabalho todas as vezes que presenciamos um processo de trabalho assistencial. No caso do processo de trabalho gerencial assumido pela enfermeira, o objeto de trabalho será o corpo produtivo das trabalhadoras em enfermagem e/ou de outros profissionais da saúde. Esse aspecto será novamente discutido no capítulo sobre o trabalho da enfermeira.

Os meios e instrumentos de trabalho na saúde podem ser materiais ó equipamentos, material de consumo, medicamentos etc. ó e não materiais, que são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos e os instrumentos materiais, e se constituem nas principais ferramentas do trabalho de natureza intelectual. Os saberes permitem a apreensão do objeto de trabalho pelo trabalhador (MENDES GONÇALVES, 1979).

saúde é iminentemente coletiva, e o seu produto é, na maioria das vezes, imaterial (MEHRY, 2002). O trabalho coletivo é necessário quando estão presentes pelo menos dois fatores: a complexidade do objeto de trabalho e a intensa divisão do trabalho, em que as atividades estão repartidas entre diversos profissionais e trabalhadores da saúde.

O produto imaterial do trabalho em serviços de saúde se dá por este ser um trabalho vivo, produzido e consumido em ato, embora existam interações com a tecnologia (MERHY, 2002). Assim, mesmo que o usuário tenha um produto material como resultante da interação com a tecnologia, a exemplo de resultados de exames, o produto final esperado é sempre o atendimento, mesmo que paliativo, de sua necessidade de saúde. E o alcance desse objetivo depende, em todos os casos, da interação existente entre usuário e profissional.

A força de trabalho em saúde corresponde, de acordo com Girardi e Maas (2011), a todos os trabalhadores que direta ou indiretamente atuam na prestação de serviços e atividades de saúde. Para esses autores, a situação empregatícia não é um critério excludente para essa definição. Assim, o total da força de trabalho em saúde corresponde aos que em um determinado período estão prestando serviços de saúde ou procurando trabalho neste setor.

Desse modo, o total da força de trabalho em saúde abrange trabalhadores com diversos tipos de qualificação. Por exemplo, podemos encontrar, em um mesmo serviço de saúde, trabalhadores com grau de instrução elementar e os muito especializados. Dessa forma, a força de trabalho em saúde corresponde a

Profissionais de saúde: trabalhadores com formação ou capacitação específica em saúde, ocupados ou procurando trabalho em serviços e atividades de saúde ou em outros setores da economia.

Outros trabalhadores da saúde: trabalhadores sem formação ou capacitação específica em saúde, ocupados ou procurando trabalho em serviços e atividades de saúde. (GIRARDI, MAAS, 2011, p. 7).

As profissões de saúde no Brasil possuem autorregulação por meio de seus conselhos profissionais e legislação específica sobre o seu exercício profissional. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) as profissões de saúde de nível superior regulamentadas são assistente social, biólogo, biomédico, dentista, educador físico, enfermeira, farmacêutico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, médico, médico veterinário, nutricionista, psicólogo. As profissões de nível médio são diversas, por isso neste estudo destacaremos apenas as relativas ao campo profissional da Enfermagem: técnica de

m e parteira, de acordo com a Lei 7.498/86 (BRASIL, 1986), que regulamenta o exercício profissional em Enfermagem.

A diversidade da força de trabalho que compõe o setor saúde aponta outra característica, que é a demanda intensiva por mão de obra. Segundo Merhy e Franco (2006), a incorporação da tecnologia no setor saúde, ao contrário de outros setores, não significa a dispensa de profissionais, mas o aumento pela demanda da qualificação destes. Além disso, a criação de novas tecnologias não implica, necessariamente, na substituição de tecnologia preexistente.

Enquanto ramo econômico, em 2009, o setor da saúde representou, no Brasil, 10% da massa salarial do setor formal, 3,9 milhões de postos de trabalho, sendo 2,6 milhões de vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos. No que se refere às profissões da saúde de nível superior, são acrescentados a cada ano no mercado de trabalho em saúde aproximadamente 10 mil médicos, 8,3 mil dentistas, 32 mil enfermeiras, 11,9 mil farmacêuticos, 7,7 mil nutricionistas e 16 mil fisioterapeutas (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010).

Machado, Oliveira e Moyses (2010) apontam como as transformações mais importantes que o mercado de trabalho da saúde sofreu nos últimos 20 anos no Brasil a expansão da capacidade instalada, municipalização dos empregos, ambulatorização dos atendimentos, a maior qualificação da equipe, a feminização da força de trabalho e a flexibilidade e precarização dos vínculos. A caracterização do mercado de trabalho em saúde no Brasil descrita a seguir é baseada no trabalho desses autores.

Comparando-se os anos de 1992 e 2005, nota-se que a quantidade de serviços de saúde cresceu 55%, com destaque para a esfera pública municipal que obteve um incremento de 128% na sua rede de serviços. O setor privado cresceu 41,3% e o setor público estadual e federal decresceram 78,8% e 24,7%, respectivamente. Esse aumento na esfera municipal, e consequente decréscimo das esferas públicas estadual e federal deve-se à transferência de serviços estaduais e federais aos municípios, resultante da municipalização da saúde. Com a transferência de serviços para a esfera municipal, e com a criação da Estratégia Saúde da Família em 1994, o setor municipal responde pela maioria dos empregos públicos, o que representou, em 2005, um total de um milhão de empregos.

Ao contrário de outros setores, nos quais a incorporação da tecnologia culmina com a substituição de trabalhadores, o setor saúde apresenta crescimento de 78,4% na geração de empregos, o que equivaleu, em 2005, à criação de 1.127.986 postos de trabalho. O setor

representando 1.069.44 dos empregos e o setor privado correspondeu a 826.734 dos empregos em 2005.

A implantação do Sistema Único de Saúde trouxe como consequência para o mercado de trabalho em saúde a ambulatorização dos empregos. Em uma década, os empregos ambulatoriais no Brasil dobraram, passando de 512.299 em 1992 para 1.226.714 em 2005. Quando comparados os empregos hospitalares e ambulatoriais, nota-se que o primeiro apresentou variação de 44,6% entre 1992 e 2005, ao passo que para o segundo houve um crescimento de 139,5% no mesmo período. Os principais acontecimentos que levaram a essa mudança de cenário foi a instituição da Estratégia Saúde da Família, dos Centros de Apoio Psicossocial e do Programa Saúde Bucal, dentre outros.

Também nesse período registra-se a maior qualificação da equipe de saúde. Excluindo-se os empregos administrativos, o mercado de trabalho da saúde apresentava, em 1992, 43,6% de sua força de trabalho de nível superior, 30% de nível técnico/auxiliar e 26,4% de nível elementar. Em 2005, esses percentuais se alteram, passando para 45,6%, 39% e 15,3%, respectivamente. Isso se deve a dois fatos. Primeiro, aumentou o quantitativo de profissionais de nível superior, a exemplo do número de médicos e dentistas que cresceu 72%, e de enfermeiras, que obteve um acréscimo de 179,8% no número de profissionais entre 1992 e 2005.

O outro fator foi o Programa de Formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem (Profae), cujo objetivo era o de qualificar auxiliares de enfermagem para que se tornassem técnicos de enfermagem. O impacto dessa ação foi redução do quantitativo de atendentes e auxiliares de enfermagem em 68%. Visto que a força de trabalho em enfermagem representa quase 80% da força de trabalho em saúde, pode-se dizer que mais de 80% da força de trabalho em saúde possui escolaridade compatível com as funções complexas que exercem (MACHADO, OLIVEIRA, MOYSES, 2010).

Seguindo a tendência do mercado de trabalho em geral, também no mercado de trabalho em saúde observou-se, na última década, a feminização dos postos de trabalho. Segundo Machado, Oliveira e Moyses (2010), em 2005, a força de trabalho em saúde era 61,7% feminina. Destes, 35,9% são médicas, 50,9% são dentistas, 90% são enfermeiras e 95,3% nutricionistas. Entre profissões de nível médio, observam-se índices ainda maiores de feminização, com 73,77% da força de trabalho constituída por mulheres. No que se refere ao campo da Enfermagem, 86,6% de sua mão de obra de nível médio são compostos por mulheres. Esse percentual elevado de mulheres no setor saúde está vinculado à natureza do trabalho, que em parte reproduz o trabalho doméstico de cuidado com outras pessoas.

mercado de trabalho em geral, observa-se também no mercado de trabalho da saúde a flexibilização e precarização dos vínculos. Esse processo acentua-se com a Reforma do Aparelho de Estado Brasileiro (BRASIL, 1997), quando se introduziram novas formas de gestão do trabalho, por meio de organizações sociais, fundações privadas de apoio, terceirização da gerência de hospitais e de unidades básicas de saúde, e terceirização de atividades assistenciais nos hospitais mediante contratação de cooperativas de profissionais de saúde. Essa modalidade de gestão da força de trabalho em saúde atinge tanto o setor privado quanto o estatal, e um dos seus reflexos é aumento e incorporação cada vez maior de vínculos precários nos serviços de saúde.

Nogueira (2000) aponta nesse processo diversos tipos e formas de contratação da mão de obra na saúde, sendo as mais comuns a contratação comissionada, diversos tipos de terceirizações (por grupos profissionais, empresas, fundações e outros órgãos, cooperativas), contratações temporárias, credenciamento, contrato individual de prestação de serviços, bolsa trabalho, celetistas e regime estatutário. Soma-se a esse cenário o fato de que a maior parte dos municípios adotou contratos precários de trabalho para os profissionais na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Pierantoni (2001) identifica como formas de remuneração dos trabalhadores da saúde desencadeadas com a Reforma do Estado: pagamento por procedimentos, complementação salarial por produtividade ou qualidade, pagamento por resultados, pagamento por captação livre, formas mistas e salários definidos pelo Plano de cargo, carreiras e salários. O resultado disso é a insegurança dos profissionais, alta rotatividade, comprometimento da qualidade dos serviços e da dedicação dos profissionais, principalmente no que diz respeito à ESF, que tem como pressuposto a vinculação do profissional com a população da sua área de responsabilidade.

Em resposta a esse panorama, o Ministério da Saúde criou, em 2006, o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, mas, contraditoriamente, continuam dominando formas precárias de relações de trabalho na saúde. O mais recente exemplo de privatização das formas de gestão na saúde é a criação, em dezembro de 2011, pelo governo federal, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Ela deve, mediante contratos de gestão com as universidades públicas federais, assumir a gestão dos hospitais universitários e congêneres, submersos numa crise financeira, com seu subfinanciamento desde os anos 1980, e de gestão de pessoal, com a contratação de pessoal por meio de fundações de apoio e não realização de concurso público.

setor privado, não há medidas públicas para a sua desprecarização. Nota-se o aumento da intensidade do trabalho, a precarização dos vínculos e a redução dos salários. Estudo realizado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2006) aponta que os profissionais mais propensos a acumular vínculos são os que procuram uma fonte de renda adicional ao emprego principal em decorrência dos baixos salários. Isso significou, em 2004, mais de 10% da força de trabalho do setor saúde exercendo jornada de trabalho de mais de 58 horas semanais.

O DIEESE também aponta que

Tais profissionais, ao vivenciarem intensidade de trabalho tão distante dos limites apontados pela legislação que visa proteger o trabalhador no Brasil, sem dúvida, tornam-se ainda mais vulneráveis a doenças ocupacionais. Nesse caso, em especial, a interpretação dada às informações torna-se fundamental, pois, sabe-se que os trabalhadores da saúde, pela natureza de sua atuação, estão entre as categorias mais expostas ao sofrimento no trabalho. Assim, não apenas se colocam em risco, o que já é grave, como submetem esses efeitos à população que atendem. (DIEESE, 2006, p. 10).

O aumento da intensidade do trabalho, a precarização, a flexibilidade dos vínculos são características do toyotismo que atingiram não só a indústria, mas igualmente o setor de serviços e, conseqüentemente, a área da saúde. Os produtos e mercadorias advindos do trabalho na saúde são igualmente quantificados e vendidos como qualquer produto de outro segmento econômico. E os profissionais da saúde, assim como os trabalhadores em geral, são submetidos à política da precarização do trabalho (DRUCK, 2011), o que resulta em baixa qualidade não só dos serviços prestados, como a própria qualidade de vida destes profissionais, o que coloca em risco a população atendida.

O trabalho desenvolvido na saúde contribui para a criação de valor e gera valor para o sistema capitalista de três formas: primeiro, ao recuperar a força de trabalho adoecida, de modo que esta possa novamente ficar em condições de ser vendida no mercado de trabalho. Atuando sobre a recuperação da força de trabalho, esse setor possibilita a continuidade da exploração do trabalhador. Segundo, como em qualquer trabalho, seus trabalhadores são submetidos à produção de mais valor. E, dado que a área da saúde comporta muitos trabalhadores qualificados, o produto de seu trabalho possui maior valor e pode ser vendido por um preço mais caro pelo capitalista. Terceiro, o setor saúde tem alto poder de gerar demanda por consumo de ações, serviços e produtos em seus usuários, como novas formas de tratamento, medicamentos, exames, entre outros, o que contribui para manter e ampliar a indústria farmacêutica e de insumos e equipamentos.

Arque que o trabalho na saúde também é um mecanismo para ampliação dos direitos e consumo das classes subalternas (MENDES GONÇALVES, 1992), o que funciona como atenuante das desigualdades sociais, pois operacionaliza no setor saúde a ideologia da igualdade, o que não significa que todos são iguais no acesso e no consumo na saúde, mas iguais no direito em acessá-las.

O valor da força de trabalho na saúde pode ser considerado elevado em razão da natureza do trabalho executado e a qualificação exigida dos profissionais. Por exemplo, para os profissionais de nível superior, além da formação na graduação é requerida cada vez mais a especialização, além de atualização e de inserção em processos de educação permanente.

Além disso, a força de trabalho na saúde cada vez mais interage com a tecnologia e o trabalho desenvolvido pelos profissionais de nível médio e superior, e este se torna cada vez mais complexo, em parte por causa desta interação com a tecnologia, mas também porque as necessidades de saúde do consumidor tornaram-se mais complexas. Há muito tempo que ser considerável saudável deixou de ser sinônimo de ausência de doença, e o usuário da saúde busca não só um profissional capaz de atenuar uma patologia específica, mas capaz de informá-lo sobre os avanços científicos e orientá-lo não só na melhoria e controle da doença, mas para o alcance de qualidade de vida.

Contudo, o maior valor da força de trabalho repercute pouco no preço pago para algumas das profissões da saúde, a exemplo da profissão da enfermeira, que acumula vínculos, como demonstrado na introdução, de modo a obter um rendimento maior. Certamente a profissão que mais consegue elevar o seu valor e o seu preço é a do médico, por razões históricas e políticas. No entanto é importante ressaltar que mesmo a categoria médica não escapou à proletarização, ao assalariamento e a precarização do trabalho, conforme demonstra o estudo de Donnangelo (1975), já na década de 1970, e o trabalho produzido por Sobrinho et al (2006).

A elevação constante da precarização do trabalho de outros profissionais tidos como liberais no setor saúde, como os dentistas, se processa principalmente pelo credenciamento dos mesmos aos planos de saúde e por outras formas, como as cooperativas. Observa-se que a prática liberal destes profissionais tende a desaparecer, prevalecendo o assalariamento e a precarização (BLEICHER, 2011). O antigo modelo do consultório particular, atrelado ao pagamento em espécie, decaiu na medida em que cresce o peso dos planos de saúde no mercado como forma de acesso aos serviços por parte dos usuários.

Assim, embora profissionais como médicos e dentistas mantenham o seu espaço físico produtivo o consultório o seu trabalho é cada vez mais regulado pelos planos de saúde que

preço dos atendimentos que podem ser realizados, além de controlar o tempo de trabalho destes profissionais. No entanto, dentre as profissões da saúde, o médico é quem desenvolve os mecanismos mais eficazes de pressão política para minimizar as consequências das transformações do mundo do trabalho sobre o seu próprio trabalho.

Outro aspecto que contribui para um maior valor e que incide sobre o preço da força de trabalho em saúde é o caráter insalubre deste trabalho. De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943), artigo 189, considera-se atividades insalubres

Aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixada em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição a seus efeitos.

De acordo com Bejgel e Barroso (2001), a insalubridade é uma gratificação que visa compensar a possibilidade de dano, e não a morte, a doença ou a lesão ocasionada pelo trabalho. As atividades da saúde são classificadas em grau de insalubridade máximo e intermediário, conforme pode ser observado no anexo 14 da Norma Regulamentadora nº 15 (NR 15) do Ministério do Trabalho e Emprego

Insalubridade grau máximo: trabalhos ou operações em contato permanente com pacientes em isolamento por doenças infecto-contagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados [...].

Insalubridade grau médio: trabalhos ou operações, em contato permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagioso em: hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados ao cuidado da saúde humana (aplica-se unicamente ao pessoal que tenha contato com os pacientes, bem como os que manuseiam objetos de uso desses pacientes, não previamente esterilizados) [...] (BRASIL, 1978).

A NR 15 (BRASIL, 1978) também fixa os índices de adicional de insalubridade incidente sobre o salário base do trabalhador, sendo estes:

- 40% (quarenta por cento), insalubridade grau máximo.
- 20% (vinte por cento), insalubridade grau médio.
- 10% (dez por cento), insalubridade grau mínimo.

Desse modo, nota-se que a força de trabalho em saúde tem valor maior pela sua qualificação e um maior preço tanto pela qualificação quanto pela condição do trabalho. Embora todas as profissões tenham e apórtem mais valor ao sistema capitalista, dado ao

do trabalho, todos os profissionais da saúde, e aqui destacamos a que é nosso objeto de estudo ó a enfermeira

Não possui qualquer independência econômica ou ocupacional; é empregado pelo capital e afiliados; não possui acesso algum ao processo de trabalho ou meios de produção fora do emprego e deve renovar seus trabalhos para o capital incessantemente a fim de subsistir. (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 439).

No entanto, existem graus diferenciados de precarização entre as profissões da saúde, tendo esta se manifestado mais fortemente nas profissões que figuram, no modelo biomédico, como subsidiárias à prática do médico, dado que essa profissão é a que consegue estabelecer estratégias mais eficazes para o enfrentamento da precarização e da flexibilização do trabalho. Assim, ainda que precarizado, o médico consegue manter elevado tanto o valor quanto o preço da sua força de trabalho. A precarização do trabalho médico é percebida em relação a extensão da jornada, tipo de vínculo, associação aos planos de saúde, pouco domínio do tempo de trabalho, etc.). As demais profissões, com destaque para a enfermeira, não conseguem manter estratégias que façam frente aos diversos aspectos da precarização do trabalho.

A ENFERMEIRA NAS RELAÇÕES SOCIAIS DE PRODUÇÃO E NO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

Até o momento examinamos as determinações gerais que confluem para o valor da força de trabalho no capitalismo. A partir da compreensão de que o trabalho em um setor específico como a saúde não é imune às bases que regem o trabalho em geral; que a força de trabalho em saúde é também subordinada às prerrogativas do toyotismo; e que essa subordinação ao toyotismo se mescla com aspectos advindos do taylorismo, ambas regendo as relações entre trabalhadores e detentores dos meios de produção na contemporaneidade, neste capítulo, o objeto de análise é a força de trabalho da enfermeira.

Para tal, é preciso observar essa força de trabalho em duas perspectivas complementares: nas relações sociais de produção e no setor saúde, tomando como referencia o modelo assistencial. Dessa dupla abordagem, procuraremos delimitar os elementos no contexto atual das relações de produção que contribuem para o *status quo* do valor da força de trabalho da enfermeira. Essa separação é útil apenas para efeito didático, pois é somente com o entendimento global da interação entre essas duas esferas que se pode compreender o que conforma o valor da força de trabalho da enfermeira, o que trataremos em capítulo próprio.

No modo de produção capitalista, as relações sociais de produção são dadas com base na propriedade econômica das forças produtivas⁶, sendo este o critério que determina o lugar ocupado por cada produtor independente (MARX, 1996). O trabalhador, como possuidor da mercadoria força de trabalho, ocupa o lugar de vendedor desta mercadoria, sendo assim trabalhador assalariado.

Desse modo, a enfermeira, possuidora da mercadoria força de trabalho, ocupa nas relações sociais de produção capitalista o lugar de trabalhadora assalariada. Isso significa que, para sobreviver, precisará continuamente vender a sua força de trabalho ao capital, pois não possui a propriedade dos meios de produção ou outra forma de detenção do capital. Assim, com o advento do capitalismo, ocorre uma mudança qualitativa para a força de trabalho desta profissional: a enfermeira religiosa abnegada, vocacionada, que exercia um dom em busca da salvação da sua alma, e que geralmente não recebia um pagamento, dá lugar à enfermeira trabalhadora assalariada, vendedora da sua força de trabalho.

Nesse sentido, Araújo e Rotenberg (2011, p. 134) afirmam que

⁶ São os meios de produção e a força de trabalho (Marx, 1996).

ao lado de uma estrutura de formação técnica que passou a vigorar, a ruptura com o sentido caritativo do cuidado aos doentes, embora tenham se mantido praticamente intactos os sistemas de valores que sustentavam as ações de caridade e que, ainda hoje, conferem certo caráter religioso às práticas de enfermagem.

Mesmo demarcando a sua entrada na esfera pública pela formação e pelo trabalho assalariado, permanecerá convenientemente estruturado o sistema de valores morais que vinculam a prática da enfermeira à vocação, docilidade e obediência, atributos femininos que, segundo Brito (2000), embora utilizados na esfera produtiva, não agregam valor à força de trabalho da mulher.

Na esfera produtiva, antes a enfermeira exerceu a venda da sua força de trabalho no domicílio e depois no hospital, que foi reorganizado no início do século XIX, deixando de ser o lugar para o atendimento dos desvalidos e transformando-se no espaço organizado para a recuperação dos corpos dos trabalhadores (SOBOLL, 2003). Assim, ao ser reestruturado na lógica capitalista, o espaço do hospital agrupa médicos, pacientes, insumos, material e equipamentos, além dos outros trabalhadores da saúde, o que exigiu a presença de uma profissional que articulasse as ações e serviços necessários à assistência. Essa lógica do hospital expande-se para os outros serviços de saúde.

Essa trabalhadora também deveria assegurar a vigilância e o controle sobre o corpo dos doentes, para garantir que estes seguiriam a terapêutica prescrita pelo médico, e sobre o corpo dos demais trabalhadores da saúde, de modo que estes cumprissem os objetivos da organização hospitalar. Assim, essa trabalhadora deveria executar um trabalho contínuo que subsidiasse o trabalho pontual do médico, que atua para o diagnóstico e para a cura/contenção/afastamento da doença. Sendo a característica desse trabalho a permanência, vigilância e continuidade, não interessa, no modo de produção econômico capitalista, que ele seja executado pelo médico, já que a força de trabalho deste profissional, pelo tempo necessário a sua formação, possui maior valor e preço.

Por outro lado, esse trabalho não poderia ser executado por um trabalhador não qualificado, pois é preciso que, ao exercer atividades que dão suporte ao trabalho médico, essa trabalhadora tenha a qualificação necessária para manipular os instrumentos, executar procedimentos complexos, coordenar os insumos, equipamentos e vigiar doentes e trabalhadores. Destarte, o modo de produção econômico demandou pela qualificação das enfermeiras, para que estas pudessem, por um preço da sua força de trabalho inferior a do médico, executar as atividades necessárias para que o trabalho médico pudesse ser exercido e resultasse em um sucesso prático.

ao trabalho médico, a enfermeira executa, em razão da lógica de organização do modo de produção capitalista, um trabalho que é de natureza assistencial-gerencial. Assim, o processo de trabalho da enfermeira envolve instrumentos, finalidade e objetos que correspondem a essa dupla natureza do seu trabalho. No processo de assistência, o seu objeto de trabalho é o corpo adoecido, socialmente referenciado com base no modo de produção econômico e no modelo assistencial biomédico; a finalidade é a realização da assistência, ou seja, a execução de técnicas e procedimentos que contribuam para recuperação desses corpos; os instrumentos de trabalho são materiais e não materiais. No processo de trabalho na gerência, o objeto de trabalho da enfermeira é o corpo das profissionais da enfermagem e dos demais profissionais e trabalhadores da saúde; a finalidade é garantir a realização da assistência por meio da articulação entre os trabalhadores e profissionais da saúde e da mobilização dos insumos necessários para tanto, e os instrumentos de trabalho são também materiais (neste caso, papel, telefone, caneta, computador, planilhas, escala de serviço etc.) e não materiais (discussão, reunião, tomada de decisão etc.), que correspondem ao modelo de organização do trabalho, que no campo de trabalho em Enfermagem ainda é muito direcionado pelo modelo taylorista.

A natureza assistencial-gerencial do trabalho da enfermeira não se separa no processo de trabalho desta profissional, sendo falsa a concepção dicotômica de que a enfermeira assiste ou gerencia. O que pode ocorrer é que, durante o processo de trabalho, por um determinado tempo, um desses elementos se sobreponha ao outro, exigindo assim da enfermeira que execute ações de características assistenciais ou gerenciais numa quantidade e intensidade variada, ambas direcionadas a uma mesma finalidade: produzir ações e serviços.

Na sociedade brasileira contemporânea, a enfermeira exerce o seu trabalho em uma vasta gama de unidades de produção de serviços e de organizações de saúde. Também a natureza do seu trabalho tornou-se mais complexa: quando assistencial, pela gama de tecnologias materiais e não materiais que precisa dominar para colaborar, no processo de trabalho coletivo da saúde, com a saúde do usuário; quando gerencial, dado a diversidade de profissões e de ações executadas em uma organização de saúde (hospital, unidade básica de saúde, unidade de pronto-atendimento etc.), o trabalho da enfermeira coopera com o trabalho médico e mantém interface com o trabalho dos demais profissionais e trabalhadores.

Ocupando um lugar ímpar nas organizações de saúde e no modo de produção econômico, visto que é a única profissional cujo processo de trabalho abrange a assistência-gerência, a enfermeira articula no cotidiano dos serviços de saúde o reestabelecimento da força de trabalho, o uso racional e adequado dos insumos, o controle dos trabalhadores e

o de procedimentos que subsidiam, complementam ou viabilizam a prática médica e dos demais profissionais da saúde.

Uma vez demarcado o lugar da enfermeira na relação social de produção capitalista, é preciso compreender o seu lugar no trabalho no setor saúde, que é também delimitado pelo modelo assistencial, entendido como

Combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde, historicamente definidas. Portanto, não se trata de normas ou exemplos a serem seguidos, mas sim de racionalidades diversas que informam as intervenções em saúde. (PAIM, 2003, p. 568).

O modelo assistencial hegemônico no Brasil é o modelo biomédico. Neste, o agente de produção central é o médico; os instrumentos de trabalho são determinados pelo desenvolvimento tecnológico no campo da medicina e da saúde; o objeto de trabalho é o corpo doente; e os saberes dominantes são os relacionados ao saber médico especializado (PAIM, 2003). Embora hegemônico, o modelo biomédico disputa com outros modelos a organização das ações e serviços de saúde. Paim (2003) aponta como modelos assistenciais alternativos no Brasil: as Ações Programáticas em Saúde; a Vigilância da Saúde; a Estratégia Saúde da Família; e a Promoção da Saúde. Esses modelos alternativos têm como base, segundo esse autor, o enfoque epidemiológico para o controle dos problemas de saúde; níveis intermediários e locais de saúde com autonomia relativa para reformular planos operativos e adequar normas em razão das situações de saúde ou elaborar normas novas; planejamento voltado para garantir certa racionalidade dos recursos, alcance de objetivos definidos e participação dos segmentos sociais interessados.

Nesses modelos alternativos, o sujeito passa a ser a equipe de saúde e a população; o objeto são os danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde; os instrumentos são os de tecnologia de comunicação social, de planejamento e médico-sanitários; e a forma de organização são políticas públicas saudáveis, ações intersetoriais, intervenções específicas e operações sobre problemas (PAIM, 2003).

O lugar do médico no modelo biomédico é resultante das características do seu trabalho, que detém como ato profissional o diagnóstico e a prescrição do tratamento a ser seguido; do controle, delegado pelo Estado, que exerce sobre seu próprio trabalho; e do controle que exerce sobre a divisão do trabalho na saúde (FREIDSON, 2009). O médico também acumula a tarefa de ordenador do consumo de serviços e ações, impulsionando a

r a demanda necessária por medicamentos, insumos e procedimentos.

Essa hegemonia do trabalho médico não é decorrente nem do trabalho exercido e nem pelo conhecimento acumulado nesta profissão, mas pelo lugar de poder que o médico ocupa, e pelo controle que ele exerce sob as demais profissões na divisão técnica do trabalho em saúde. Este controle revela-se por meio da formação dos demais profissionais da saúde, na qual o conhecimento técnico aprendido é, geralmente, aquele que foi descoberto e aprovado pelo médico, ou que se tornou aplicável através dos atos médicos. O trabalho nas demais profissões de saúde (com exceções observadas na odontologia e medicina veterinária) é voltado, predominantemente, a prestar assistência do que a substituir a decisão do médico no diagnóstico e tratamento, e o trabalho das demais profissões é feito com base na demanda criada a partir do trabalho médico (FREIDSON, 2009).

Desse modo, a força de trabalho do médico possui maior valor e preço não só pela sua qualificação, mas pelo lugar que ele ocupa no modelo assistencial biomédico. As demais profissões da saúde foram então definidas como paramédicas, ou seja, complementares à prática médica, pois

Sua autonomia é sempre parcial, porque ela é apenas uma parte e é limitada pela profissão dominante. Este é um critério irredutível que mantém estas ocupações na condição paraprofissional, apesar de chegarem a alcançar muitos dos atributos institucionais da profissão. (FREIDSON, 2009, p. 98).

Para esse autor, uma profissão tem autonomia legitimada, organizada e reconhecida deliberadamente quando adquire o direito de controlar o próprio trabalho, o que inclui determinar quem pode, legitimamente, fazer o seu trabalho e como deve ser feito (FREIDSON, 2009, p. 95). Uma profissão conquista essa autonomia quando consegue persuadir a sociedade, especificamente as elites, do valor positivo do seu trabalho, e isto se dá por diversos processos políticos e técnicos.

Todavia, segundo Friedson (2009), as relações que se conformam entre o trabalho exercido pelo que ele chama de paraprofissão e o desempenhado pela profissão dominante constitui um fator decisivo para autonomia profissional. O autor observa também que essas relações são resultantes mais de um processo político e social do que técnico, em que o poder e a retórica persuasiva têm um peso maior do que o conteúdo objetivo da formação e do trabalho (FREIDSON, 2009, p. 101).

realmente difere uma profissão de uma paraprofissão é a capacidade que aquela tem de eliminar a concorrência e manter sob o seu controle as demais profissões que, embora sejam fundamentais para o desenvolvimento do seu trabalho, ameacem, de alguma forma, este controle. Em todos os demais aspectos (formação, trabalho, regulamentação etc.) não encontramos outro argumento que dê suporte à divisão entre profissão e paraprofissão. Com isso, contrapomos-nos a idéia do autor, e reconhecemos que a profissão da enfermeira não é uma paraprofissão, mas uma profissão que, como outras da saúde, estão subordinadas ao controle médico. A profissão do médico não permite, portanto, que todas as outras se aproximem do seu trabalho, a não ser em posição subordinada, de modo a garantir o controle do processo de trabalho coletivo na saúde. É preciso destacar que, no Brasil, a denominação paramédico não é mais utilizada, sendo substituída pelo termo *profissionais da saúde*. Tal fato demonstra que, mesmo no modelo assistencial hegemônico, e mesmo diante do lugar de poder ocupado pela categoria médica, as demais profissões tem conseguido avançar no reconhecimento social de seu trabalho.

O rompimento desse ciclo vicioso não seria a assunção de uma nova profissão dominante, mas a quebra da hegemonia na saúde de qualquer um dos grupos profissionais que atuam neste campo. Mesmo no modelo biomédico, as relações estabelecidas entre os médicos e os demais profissionais não o é como em uma hierarquia militar, principalmente por ser uma exigência do trabalho coletivo, característica fundamental do trabalho em saúde. Assim, as demais profissões têm conseguido se contrapor à lógica de organização dos serviços e sistemas de saúde a partir da prática médica, mas não a sua hegemonia. Além disso, a promoção da saúde tem adquirido uma dimensão cada vez maior nas necessidades de saúde⁷, e outras profissões têm conseguido, com organização política e social, demonstrar o impacto da sua prática profissional e assumir maior controle sobre o seu trabalho, embora o reconhecimento social obtido não se reverta no valor e preço do mesmo.

No modelo assistencial biomédico as ações da enfermeira são para dar suporte ao trabalho médico e aos demais profissionais da saúde, pois parte do seu trabalho consiste em gerenciar os insumos, equipamentos, a força de trabalho em enfermagem e articular ações e serviços; é o seu trabalho que mantém interface com o trabalho de todos os demais,

⁷ Segundo Stotz (1991, p. 449-450), necessidades de saúde são mais do que a falta de algo para se ter saúde. Limitadas a esta dimensão, reduzem-se aos aspectos fisiopatológicos, ao corpo (e mente) disfuncional ou inadaptado. Pelo contrário, as necessidades de saúde, enquanto necessidades sociais dos indivíduos, como expressão histórica de movimento que assumem como iníquas certas condições sociais, são potencialidades. E são potencialidades na medida em que as carências comprometem, motivam, mobilizam as pessoas.

assegurar o sucesso prático das ações, principalmente na organização hospitalar.

Nesse modelo, a finalidade do trabalho da enfermeira, assim como o dos demais profissionais, também é o afastamento da doença. Tal como os médicos, as enfermeiras desenvolvem um saber especializado e focalizado na doença, mas seu lugar na divisão do trabalho desenvolve-se em torno da profissão médica, sem que assuma a mesma posição estrutural do médico (FREIDSON, 2009, p. 98). Assim, o que a enfermeira executa nesse modelo assistencial é um aparato de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento (AYRES, 2004, p. 74).

Segundo Collière (1999, p. 125), no modelo assistencial biomédico

A prática de enfermagem⁸ organiza-se em torno de diferentes tarefas, prescritas pelo médico para investigar, tratar e vigiar a doença. É a doença que conduz a ação da enfermagem e dá um sentido às tarefas a realizar [...] Os cuidados aos doentes passam a ser a técnica e depois, os cuidados técnicos. É a doença que os determina, que os orienta.

Nesse sentido, as práticas em enfermagem passam a valorizar a tecnicidade, sem, contudo, a dominar, e sem ter acesso ao processo que gerou a multiplicação das tecnologias médicas. As tarefas executadas pela enfermeira giram em torno da prescrição médica de tarefas ligadas a exames de investigação e ligadas à vigilância de tratamentos (COLLIÈRE, 1999, p. 126). Assim, o trabalho da enfermeira volta-se para o preparo do paciente para exames, cirurgias etc. no âmbito hospitalar. Na Atenção Básica concentra-se também na execução de técnicas e o seguimento de protocolos que inclusive respaldam a ação da enfermeira para a prescrição de medicamentos e solicitação de exames.

Sendo um cuidado centrado na execução de técnicas, os instrumentos de trabalho da enfermeira são os mesmos utilizados pela tecnologia médica. Collière (1999) classifica esses instrumentos como de exploração da doença e de reparação ou tratamento, cuja finalidade é estabelecer o diagnóstico médico e a reparação terapêutica. Ainda segundo essa autora, a prática da enfermeira

⁸ É importante salientar que a autora refere-se a prática da enfermeira na França, onde a denominação Enfermagem refere-se a profissão da enfermeira, dado que neste país não existem outras categorias profissionais no campo da enfermagem. No Brasil, tal denominação seria incorreta, pois o campo profissional da Enfermagem é composto de três categorias: enfermeira, técnica e auxiliar de enfermagem, que são as agentes de ações e serviços. Fazemos essa ressalva, pois é comum na produção científica brasileira a referência à Enfermagem como agente da ação, e, no entanto, esta é a denominação para o campo de trabalho e de produção de saber e conhecimento.

vez mais, ao conhecimento de todos esses instrumentos técnicos, o médico, preparando-lhe todo o material necessário a um exame e assistindo-o durante ele, seja para preparar o doente para um exame, ou ainda para utilizar ela própria um destes instrumentos para um cuidado, como por exemplo, a seringa para uma injeção medicamentosa. São estes cuidados técnicos prestados pela enfermeira que são designados cuidados de enfermagem (COLLIÈRE, 1999, p. 130).

A posição que a enfermeira ocupa no modelo assistencial biomédico, próximo à profissão dominante, mas sem igualar-se a esta, tem contribuído para a atribuição de menos valor a sua força de trabalho. Isso porque a profissão da enfermeira, nesse contexto, é percebida para o conjunto de membros da sociedade como um trabalho sem autonomia, que cumpre o que é estabelecido pelo médico. Soma-se a isso o fato de que, em razão do trabalho da enfermeira ser de natureza assistencial-gerencial-assistencial, parte do seu trabalho relaciona-se a uma atividade que é meio, ou seja, que assegura as condições para que o trabalho coletivo na saúde ocorra da melhor maneira possível. Como qualquer atividade meio, esse trabalho só se torna visível quando falha.

Além disso, visto que nesse modelo assistencial a finalidade é a cura e o afastamento da doença, o médico é o agente socialmente referenciado e acreditado para tal. Assim, embora a cura ou o afastamento da doença seja o resultado de uma série de processos de trabalho de diversos profissionais e trabalhadores da saúde, será o médico o elemento reconhecido como o executor de tal feito, por deter a posição hegemônica no processo de trabalho.

Visto que o modelo biomédico se sustenta na produção e consumo intenso de tecnologias, insumos e medicamentos, ele consegue operacionalizar a produção de mais valor. Além disso, como já referido, o modelo biomédico consegue, por meio de seu principal agente, o médico, gerar a demanda necessária para o consumo no campo da saúde, o que sustenta o complexo médico-industrial da saúde⁹. Portanto, o preço e o valor da força de trabalho, nesse modelo, também se vinculam à capacidade que o profissional tem de gerar demanda, pois quanto maior for esta demanda, maior será o consumo e a produção da mais-valia. Além disso, a separação entre trabalho manual e intelectual, em decorrência da divisão técnica do trabalho em saúde, favorece ao médico, que se apropriou do trabalho intelectual, o que atribui maior valor para sua força de trabalho.

Nessa direção, o trabalho da enfermeira subjaz no modelo biomédico como subsidiário ao trabalho do médico e não possui o poder de gerar demanda de consumo. Além disso, falta

⁹ De acordo com Vianna (2002, p. 376), o complexo médico industrial da saúde é um produto histórico e particular da evolução do sistema de saúde. É um estágio onde, devido à necessidade de reprodução dos capitais investidos, as práticas capitalistas privadas tornam-se hegemônicas e determinantes das funções, papéis e relações de cada ator no interior do próprio sistema.

aspecto que foi fundamental aos médicos para que se estabelecessem como profissão hegemônica: demonstrar à sociedade qual o benefício da sua prática e por que mais ninguém pode assegurar esses benefícios senão ela. Por isso que a apropriação de tecnologias, a superespecialização ou mesmo a disputa pelo poder prescricional (que, lembremos, é limitado, já que o médico é o único que é legitimado para prescrever em toda e qualquer circunstância) não têm garantido às enfermeiras maior reconhecimento social e mesmo maior valor para sua força de trabalho.

Uma alternativa a esse cenário é a reversão do modelo assistencial biomédico. No Brasil, embora o modelo biomédico seja hegemônico, existem outros modelos que são concorrentes a este, e embora ainda não tenham conseguido prevalecer, pois vão de encontro ao paradigma do consumismo, da utilização excessiva da tecnologia dura e da superespecialização, têm conseguido conformar experiências que demonstram que outra racionalidade na produção de ações e serviços de saúde é possível.

Vivemos um período de transição, em que a disputa pela hegemonia entre os diversos modelos assistenciais torna-se mais acirrada e a transição epidemiológica e demográfica da população brasileira demanda por respostas que não são produzidas no modelo biomédico. Como em todo período de transição, as características do modelo hegemônico e dos modelos alternativos se mesclam, e embora estes possam demonstrar alguns avanços quanto à reestruturação do processo de trabalho na saúde, ainda não se conseguiu destituir a hegemonia do médico, que continua, mesmo nos modelos assistenciais alternativos, a exercer o controle sobre as demais profissões.

Além disto, a precarização do trabalho que atinge a todas as profissões da saúde também pode atuar como um dos fatores para a reversão do modelo assistencial, pois a precarização e a flexibilização do trabalho agem, contraditoriamente, como elementos que aproximam todas as profissões da saúde. Dado que mesmo no modelo biomédico o médico começa a perder a autonomia sobre o seu trabalho, é possível questionar se a ideologia predominante neste modelo assistencial favorece mesmo a alguma categoria, no contexto do trabalho flexibilizado e precarizado, ou só contribui para mascarar a situação de exploração ao qual a profissão até então hegemônica também está submetida.

Para as demais profissões de saúde, o modelo biomédico agrava a situação de precarização do trabalho, dado que limita o processo de trabalho destes profissionais em relação à profissão hegemônica e não permite a valorização econômica e social dessa força de trabalho. Neste sentido, a mudança do modelo assistencial favoreceria a todas as profissões de saúde.

assistenciais alternativos o desafio para a enfermeira é, na prática técnica, social e política, estabelecer novos fundamentos para a sua práxis, em que o cuidado em enfermagem, como hoje é compreendido, supere a execução de procedimentos e técnicas e contribua para uma vida plena do usuário no seu processo saúde-doença (ANTUNES; EGRY, 2001).

Para tal, é preciso romper com o modelo hegemônico, redefinindo seus instrumentos e objeto de trabalho (LUCENA et al, 2006). Nesse sentido, as autoras referem que

Um dos caminhos a serem trilhados pelo enfermeiro seria assumir esse novo desafio na sua prática cotidiana, superando a utilização predominante dos conceitos do modelo biomédico e de sua tecnologia no tratamento da doença, no cuidado de enfermagem dispensado aos usuários dos serviços de saúde. É claro que as representações hegemônicas pesam nesta opção, onde muitos enfermeiros têm se sentido valorizados ao serem responsáveis por tomadas de decisões com a clientela, no que tange às abordagens clínicas. Mas será por aí o caminho? Ou estar-se-á assim, a reforçar o modelo tradicional? (LUCENA et al, 2006, p. 296).

Para tal, é necessário construir novos conhecimentos, que ultrapassem a perspectiva da doença. O momento é propício para o trabalho com a comunidade, para a elaboração de estratégias resolutivas não apenas na perspectiva da doença, mas para a promoção da saúde, o que não se limita ao espaço da Atenção Básica (LUCENA et al, 2006). As referidas autoras ainda salientam que a construção desse novo conhecimento está ocorrendo na prática da enfermeira, porém de forma improvisada, sendo preciso que esta construção seja potencializada pelo posicionamento crítico diante dos fatos e do conhecimento produzido. Além disso, é necessária a documentação desse conhecimento, de forma a possibilitar o crescimento científico da profissão.

Os modelos assistenciais alternativos podem significar maior valorização da força de trabalho da enfermeira, pois se pretende nestes modelos a repartição do poder entre as profissões e a superação da dicotomia do trabalho intelectual/manual. E, visto que o foco deixa de ser a doença, perde-se também a centralidade do consumo de tecnologias e a especialização passa a ser complementar à prática genérica. Além disso, como os modelos assistenciais alternativos são arranjos a serem construídos, a enfermeira pode reestruturar o seu trabalho e desenvolver meios para demonstrar como e por que este é essencial e quais os efeitos terapêuticos da sua prática.

Certamente a mudança do modelo assistencial não será possível sem uma mudança estrutural na sociedade. Portanto, para que outra perspectiva prevaleça na organização da produção de ações e serviços de saúde, é necessária a disputa pelo modelo de sociedade que

enfermeiras e demais trabalhadores da saúde não é somente a construção do conhecimento específico, mas o engajamento político a fim de mudar a sociedade e em consequência mudar a lógica de organização e funcionamento do sistema de saúde.

Em síntese, discutimos neste capítulo a posição da enfermeira nas relações sociais de produção e no modelo assistencial hegemônico. Nesse cenário, a enfermeira atua como força de trabalho assalariada e subsidiária à prática médica. Embora o assalariamento não signifique, *a priori*, um menor valor da força de trabalho, o modelo assistencial hegemônico, o biomédico, potencializa os elementos sociais que reduzem o valor da força de trabalho da enfermeira ao situá-la como secundária à prática médica, com pouca autonomia e cujo conhecimento utilizado é produzido predominantemente pelo campo da medicina. E o modo de produção econômico potencializa esses aspectos no modelo assistencial biomédico ao manter intacto o sistema de valores morais que situam a força de trabalho feminina como portadora de menor preço e valor em comparação à força de trabalho masculina. Desse modo, embora se utilize dos atributos femininos da paciência, destreza, movimentos finos, entre outros, não reconhece estes como parte da qualificação necessária para o trabalho. Além disso, a nova forma de organização do trabalho ó o toyotismo ó tende a desvalorizar ainda mais a força de trabalho feminina, ao situá-la na periferia do processo de produção, e ao reduzir o valor da força de trabalho em geral, ao submetê-la a jornadas de trabalho intensas, em que o ganho financeiro não compensa o desgaste do trabalhador.

No próximo capítulo abordaremos como o trabalho feminino, a qualificação, a jornada de trabalho e a nova divisão do trabalho em enfermagem afetam, no contexto do toyotismo, o valor da força de trabalho da enfermeira.

BALHO DA ENFERMEIRA

A enfermeira, como qualquer trabalhador possuidor da mercadoria força de trabalho, precisa vendê-la de modo a realizar o seu valor de uso, e como resultado desta venda obter as mercadorias necessárias para que possa, diariamente, retornar ao mercado de trabalho e renovar a sua venda ao capital. Como proprietária dessa mercadoria, a enfermeira produz mais valor para o sistema capitalista, já que não é paga por todo o valor que produz, condição comum a todos os trabalhadores.

Além disso, o trabalho da enfermeira contribui para a produção de valor no sistema capitalista por que: colabora como membro da equipe de saúde para o restabelecimento da saúde do trabalhador, e conseqüentemente da sua força de trabalho; exerce o trabalho assistencial-gerencial-assistencial, que colabora para a extração de mais trabalho dos profissionais a ela subordinados; coordena e racionaliza o uso de equipamentos e insumos nas organizações de saúde; articula diversos processos de trabalho na produção de serviços de saúde.

Desse modo, uma única enfermeira é capaz de exercer mais de uma atividade, significando aumento da intensidade do trabalho e, na prática, a dispensa de contratação de mais uma trabalhadora, seja para trabalhar na gerência intermediária, seja na assistência. Não à toa a enfermeira é considerada uma profissional polivalente nos serviços de saúde: controla, assiste e gerencia, com diversas pesquisas demonstrando o caráter acumulativo do trabalho executado (BARBOSA et al, 2009; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR, 2010; MAURO et al, 2010; MEDEIROS et al, 2006; PINHO; ARAÚJO, 2007; SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008; SANTOS; OLIVEIRA; MOREIRA, 2006; SOUZA et al, 2009).

Mesmo executando um trabalho qualificado e caracterizado como trabalho intelectual no seu campo profissional, o que se observa é que estas características não parecem aportar maior preço à força de trabalho da enfermeira, embora lhe empreguem maior valor. Recordando que o preço flutua em torno do valor, podendo ser pago equivalente a, abaixo, acima ou desvinculado deste valor, deixando de ser seu reflexo (MARX, 1996), podemos compreender como se conforma o valor, ou seja, quais são as relações sociais que estão por trás da relação salarial da enfermeira, pois

Os sistemas salariais são sistemas de símbolos que, utilizando a linguagem universal da moeda, ditam a visibilidade e a invisibilidade das competências, sua legitimidade e, no fim das contas, a verdade dos atores e das relações de força nas negociações. (DAUNE-RICHARD, 2003, p. 76).

De modo a facilitar o debate sobre o valor da força de trabalho da enfermeira, partiremos do fenômeno imediato ó o seu preço, o salário ó para daí extrairmos as considerações sobre o valor. Ressaltamos novamente que sendo o preço a expressão monetária do valor, pode ser pago abaixo, acima, equivalente ou desvincular-se completamente do valor.

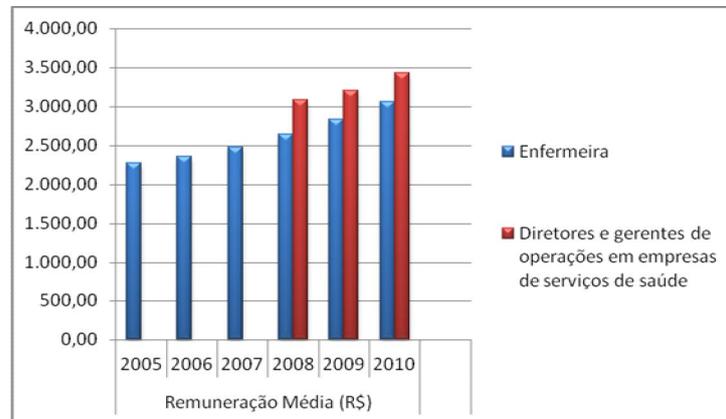
Schutz (2007), ao analisar o preço e o custo da força de trabalho da enfermeira em unidades de tratamento intensivo (UTI), observou que, em uma unidade com 10 leitos e com um mês de trabalho equivalendo a 15 plantões (considerando a escala 12x36 horas) somente pelas ações gerenciais¹⁰ de seu trabalho a enfermeira deveria receber o total de R\$ 1.225,50. Para o trabalho assistencial, o valor mensal deveria corresponder a R\$ 1.426,20, caso cada procedimento assistencial fosse realizado uma única vez para cada paciente em cada plantão¹¹. Essa autora observa que, na unidade hospitalar onde o estudo foi realizado, o salário pago a enfermeira ó R\$ 1.218,60 ó não correspondia nem à execução do trabalho assistencial nem do trabalho gerencial. Somando-se os preços do trabalho assistencial e gerencial, a enfermeira deveria receber R\$ 2.651,70, o que ainda deve ser acrescido de outros percentuais como periculosidade e insalubridade.

Ao compararmos o salário da enfermeira com o de diretores e gerentes de operações de empresas em saúde (Gráfico 1), observamos que mesmo que considerássemos somente o componente gerencial do trabalho da enfermeira, ainda assim esta trabalhadora estaria recebendo um salário abaixo do que é pago para outras atividades com alguma similaridade com a sua.

¹⁰ A autora considera como ações gerenciais na UTI: receber plantão, visitar os leitos, ler o livro de ocorrências, verificar prescrições, realizar escala de cuidado, conferir materiais do setor, aprazar as prescrições, realizar requisição de materiais e medicamentos, repor material no setor, realizar ronda junto a equipe médica, inspecionar equipamentos, acompanhar visita da família ao leito, acompanhar técnico de laboratório, conferência do carro de emergência, rodar ECG, conferir balanço hídrico, conferir anotações dos técnicos de enfermagem, fornecer informações telefônicas, supervisionar a mudança de decúbito dos clientes, supervisionar o preparo de medicação realizado pela equipe, supervisionar banho no leito, acompanhar técnico de Raio X, preparar leito para admissão de clientes, fazer relatório geral.

¹¹ A autora considera como ações assistenciais na UTI: cateterismo vesical de demora, aspiração traqueal, cateterismo enteral, punção venosa periférica, cateterismo gástrico, cateterismo vesical de alívio, curativo médio.

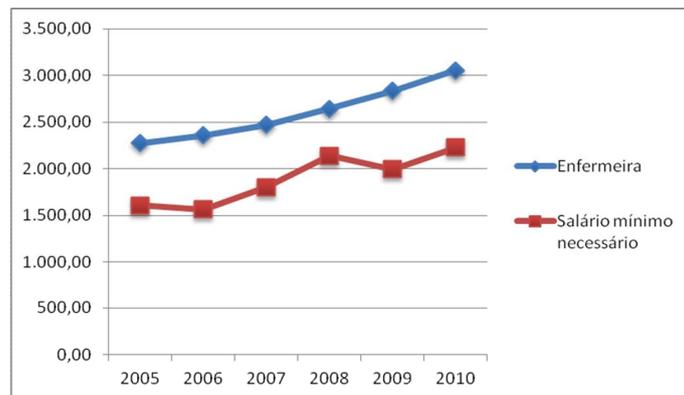
da enfermeira, diretores e gerentes de operações em empresas de serviços de saúde, Brasil, 2005-2010



Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011).

Comparando-se a média salarial da enfermeira com o salário mínimo necessário¹² para que o trabalhador possa garantir as suas despesas básicas, conforme o que está determinado na Constituição Federal, calculado pelo DIEESE, nota-se que o salário da enfermeira mantém-se acima do mínimo necessário (Gráfico 2).

Gráfico 2 ó Remuneração média da enfermeira e salário mínimo necessário, Brasil, 2005-2010



Fonte: DIEESE (2012); Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011).

No entanto, cabe discutirmos alguns aspectos da situação. Primeiro é preciso destacar que o salário mínimo cumpre a função de suprir o trabalhador nas suas necessidades básicas. Contudo, além dessas necessidades básicas, importa ao valor da força de trabalho, o que deve

¹² Para calcular o Salário Mínimo Necessário, o DIEESE considera o preceito constitucional de que o salário mínimo deve atender às necessidades básicas do trabalhador e de sua família e que é único para todo o país. Usa como base também o Decreto Lei n. 399, que estabelece que o gasto com alimentação de um trabalhador adulto não pode ser inferior ao custo da Cesta Básica Nacional. A família considerada para o cálculo é composta por 2 adultos e 2 crianças, que por hipótese consomem como 1 adulto. DIEESE (1993, p. 6-7).

pecto histórico e moral, ou seja, os elementos vinculados ao desenvolvimento produtivo, cultural e social que agregam novas necessidades de consumo ao trabalhador.

Na sociedade brasileira contemporânea, podemos citar como fatores históricos e moral, por exemplo, o acesso às tecnologias como computador e internet; o lazer, cada vez mais vinculado à dimensão do consumo ó acesso a cinema, teatro, viagens, livros etc.; acesso à televisão paga e à telefonia móvel etc. Soma-se a isso a exigência de permanente qualificação dos trabalhadores pelo mercado de trabalho, acrescentando-se aos itens necessários ao trabalhador do campo da saúde, por exemplo, o acesso a cursos de línguas estrangeiras; pós-graduação *stricto e lato sensu*; atualização no seu campo de especialização etc.

Portanto, levando-se em conta todos esses fatores, e comparando-se, a título de exemplo, o salário médio da enfermeira em 2010 com o salário mínimo necessário neste mesmo ano, nota-se que a diferença é de R\$ 827,96. Com isso, se, hipoteticamente, o salário da enfermeira é suficiente para suprir as suas necessidades básicas, não se pode afirmar o mesmo quando acrescidos o fator histórico e moral e os custos com a qualificação permanente. Além disso, é preciso lembrar que esse salário deve ainda suprir as necessidades da família da enfermeira.

Quando comparamos a média salarial da enfermeira com o salário mínimo nominal (Tabela 03), tomando-se como referência os últimos seis anos, observamos que a relação quantitativa correspondente entre o salário mínimo e o salário da enfermeira está decrescendo, com destaque para o ano de 2010, quando se revela a perda salarial da enfermeira.

Tabela 3 ó Remuneração média da enfermeira, salário mínimo nominal, Brasil, 2005-2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Remuneração média da enfermeira (R\$)	2.276,87	2.360,92	2.472,90	2.643,00	2.835,00	3.055,49
Salário mínimo nominal, em dezembro (R\$)	300,00	350,00	380,00	415,00	465,00	510,00
Remuneração média da enfermeira/salário mínimo nominal	7,6	6,7	6,5	6,4	6,1	6,0

Fonte: DIEESE (2012); Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011)..

corrigido levando-se em conta as perdas do período, e a remuneração média da enfermeira equivale a cada vez menos salários mínimos, isso permite afirmar que não existe ganho real para o salário da enfermeira nesse período, ou esse ganho é muito baixo. Portanto o salário da enfermeira tem, ao longo do tempo, se aproximado do limiar para o suprimento das necessidades básicas, pois a cada ano corresponde a uma proporção menor de salários mínimos¹³.

O limite mínimo do valor da força de trabalho é dado pela soma das mercadorias necessárias à manutenção do trabalhador em condições adequadas. Se o preço da força de trabalho aproxima-se desse limite, cai abaixo do seu valor e, assim, não permite o pleno desenvolvimento do trabalhador (MARX, 1996). Conforme podemos observar na Tabela 3, o preço da força de trabalho da enfermeira está se aproximando deste limite, e assim o seu salário está abaixo do seu valor.

As leis gerais que influenciam o patamar salarial são: (1) A concorrência entre os empregadores, que faz subir o preço da força de trabalho. Isso pode ocorrer quando, por exemplo, existe escassez de mão de obra para o desempenho de determinada função. (2) A concorrência entre os trabalhadores, que faz baixar o salário. Isso pode ser observado quando existe um número excedente significativo de trabalhadores no mercado. (3) A concorrência entre trabalhadores e empregadores, os primeiros pela venda com o mais alto preço possível da sua força de trabalho e os segundos pela compra com o mais baixo preço possível (MARX, 1987).

Passemos à análise dessas leis gerais em relação ao preço da força de trabalho da enfermeira, para que possamos compreender o seu valor.

Segundo os dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2010), o percentual de enfermeiras registradas no Brasil em 2010 era de 19,81%. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), o número ideal de profissionais enfermeiras é de um profissional para cada 500 habitantes. Para o ano de 2010, segundo dados do Cofen (2010), a proporção enfermeira/população era de 0,75, o que indica que não se atingiu o patamar mínimo de número de profissionais enfermeiras recomendado pela OMS. Assim, poderíamos afirmar que a primeira lei geral dos salários é válida para as enfermeiras, e que existe uma

¹³ É preciso fazer ponderações sobre os dados utilizados nos gráficos e tabelas: primeiro, os dados que apresentamos para a remuneração da enfermeira é uma média, portanto, comporta as distorções pertinentes a este tipo de medida; e para que o salário da enfermeira fosse mais fidedigno à realidade, é preciso levar em consideração a perda salarial do período, a inflação e outros índices que incidem sobre o salário e que dão a dimensão do salário real do trabalhador. Contudo, como a intenção deste estudo é problematizar e refletir sobre o valor da força de trabalho, esses dados, mesmo com os limites apontados, contribuem para esse objetivo.

dores, o que elevaria o preço da sua força de trabalho acima do seu valor.

Uma das características do mercado de trabalho em saúde é que o número de profissionais é regulado pelas corporações profissionais antes do seu ingresso no mercado, na tentativa de equilibrar a oferta da mão de obra. Esse tipo de regulação é mais rigoroso para a categoria médica, com o objetivo de conter a expansão do exército de reserva, que é o contingente de trabalhadores que não consegue colocação no mercado e por isso atua como mais um elemento na definição dos salários e da jornada de trabalho. Quanto maior o exército de reserva, maior a concorrência entre os trabalhadores, já que a existência daquele pressiona estes a se submeterem a uma venda mais baixa da sua força de trabalho, pois podem ser facilmente substituídos.

No que se refere à categoria das enfermeiras, observa-se que a regulação da entrada de profissionais no mercado não é intensiva, o que é revelado no aumento do número de cursos de graduação presencial em enfermagem, que entre 2000 e 2010 aumentou de 176 cursos para 799. O mesmo se observa quanto ao número de concluintes, que em 2000 era de 5.386, passando para 42.853 em 2010, portanto um aumento de 795% no número de pessoas formadas como enfermeiras (INEP, 2011).

Projeções feitas pela Fundação Oswaldo Cruz (2012), apontam que, dado a tendência entre a demanda de empregos e a oferta de graduados medida pelo número total de matriculados atualmente, até 2022-2030, os graduando em enfermagem passarão a encontrar dificuldades para obter colocação no mercado. O número de enfermeiras por habitante passaria dos atuais 0,7 para valores entre 2,4 e 4,0 por 1.000 habitantes.

Amâncio Filho, Vieira e Garcia (2006, p. 166), destacam como fatores favoráveis ao crescimento dos cursos e egressos em enfermagem

O conjunto de normalizações efetivadas nos últimos anos, relacionadas, principalmente, à alocação de enfermeiros em serviços, a flexibilização do mercado de trabalho em geral, as políticas públicas de saúde, que vêm ampliando substancialmente o mercado de trabalho setorial, e às políticas do setor de educação, que flexibilizaram seu sistema formador.

O aumento do número de concluintes, agregado com outros fatores da macroesfera econômica, tem contribuído para a formação do exército de reserva da enfermeira. Conforme já explicitado, esse exército funciona como um fundo de reserva de trabalho para o capital, atuando também na regulação dos salários (Tabela 4). No caso das enfermeiras, a formação do exército de reserva tem seu impacto negativo potencializado pela frágil organização

as obriga, individualmente, a cederem às pressões do capital (menor salário, maior jornada), pois coletivamente não conseguem manter uma organização capaz de fazer frente a estas pressões.

Tabela 4 ó Número de concluintes, remuneração média, média salarial por hora trabalhada e índice salarial, enfermeiras, Brasil, 2005-2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Número de concluintes	19.968	25.775	32.616	39.299	41.126	42.853
Remuneração média	2.276,87	2.360,92	2.472,90	2.643,00	2.835,00	3.055,49
Média salarial por hora trabalhada	15,4	15,99	16,77	17,9	19	20,6
Índice salarial	56	55	53,11	40,3	46,9	40,7

Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011); INEP (2011).

Nesse ponto é preciso resgatar o que Antunes (2010) refere sobre o artifício utilizado pelo capitalismo contemporâneo para incitação à concorrência entre os trabalhadores. Uma categoria com uma organização política incipiente está mais propensa a se desestruturar pela busca de postos no mercado de trabalho, pois cada trabalhador procura, sozinho, responsabilizar-se pela sua colocação, e quando a consegue busca, isoladamente, negociar, quando possível, salário e jornada.

No caso das enfermeiras, a dificuldade da organização política advém também da composição feminina da profissão. É sabido que historicamente o espaço da política foi proibido às mulheres, e sua conquista é lenta e conflitiva. Esse cerceamento do direito político às mulheres criou uma cultura de que a política é reservada aos homens. Assim é legítimo que homens decidam, questionem e disputem espaços de poder. Uma profissão composta majoritariamente por mulheres revela mais dificuldade para sua organização, pois primeiro deve romper com a inércia política de suas integrantes e, ao mesmo tempo, capacitar-se para a disputa política, tendo em vista que só o exercício da política em todos os espaços ó desde o microespaço cotidiano do trabalho e das organizações profissionais, até macroespaços como organizações de mulheres e partidos políticos ó pode permitir o acúmulo necessário para a transformação da situação atual das trabalhadoras enfermeiras.

se cenário a fragmentação e complexificação da classe-que-vive-do-trabalho (ANTUNES, 2010), o que para as enfermeiras significa principalmente a ruptura com a divisão social do trabalho na profissão. Agrega-se a isso o fenômeno de que as classes sociais que antes se destinavam a ocupar os espaços do trabalho nas profissões de técnicas e auxiliares de enfermagem estão tendo acesso, predominantemente pela expansão do curso superior de enfermagem nas faculdades privadas, à graduação em Enfermagem. Outro fator relevante é a entrada cada vez maior dos homens na profissão, o que ainda não é o suficiente para descaracterizá-la como feminina, mas se constituiu em um fenômeno a ser estudado no campo do trabalho. Junte-se a isso a diversidade dos vínculos trabalhistas que divide os trabalhadores em campos distintos de direitos e deveres dentro de uma mesma instituição.

Todas essas mudanças trazem como desafio à organização política da profissão a junção de expectativas por parte de seus membros, e será preciso buscar um caminho de coesão, que diminua os pontos de conflito. Desde a primeira década do século XXI que a luta pela regulamentação da jornada de trabalho e do piso salarial tem cumprido, parcialmente, esse papel, mas e depois? É preciso formular um projeto político para a enfermeira e para o campo de trabalho em Enfermagem que não se limite a reivindicações pontuais sobre seu trabalho.

Portanto, da análise da primeira premissa da lei geral dos salários, consideramos que a formação do exército de reserva em enfermagem contribui para a redução do preço da força de trabalho da enfermeira abaixo do seu valor, visto que não existe no mercado a concorrência entre os empregadores para a contratação da força de trabalho da enfermeira. Essa situação é agravada pela incipiente organização política das enfermeiras, que ainda não conseguiram superar as determinações do gênero na sociedade brasileira, principalmente no que diz respeito à organização sindical, o que as mantém fragilizadas individual e coletivamente contra as investidas do capital, por exemplo, para redução do salário e aumento da jornada.

Um dos caminhos para a reversão desse quadro está no maior controle sobre a qualidade dos cursos de enfermagem. A abertura indiscriminada tem servido para a formação de profissionais despreparadas técnica e politicamente, o que compromete a qualidade da assistência e a consolidação política da categoria. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional favoreceu a criação de cursos e a adoção dos pressupostos do neoliberalismo e sua concepção de Estado mínimo incentivou a privatização do ensino superior. Contudo, é preciso reafirmar que o Estado deve ser o regulador e ordenador da abertura de novos cursos (AMÂNCIO FILHO; VIEIRA; GARCIA, 2006). A regulação na abertura e a fiscalização

r via Estado, não cabendo a nenhum órgão ou instituição representativa de qualquer categoria. Contudo essas instâncias podem contribuir e pressionar o governo pela criação e aplicação de critérios mais consistentes para a fiscalização dos cursos.

O fortalecimento político da categoria também passa pela formação e pela inserção da enfermeira na sociedade onde vive. Melo e Santos (2007, p. 432) constataram que embora a formação da enfermeira contribua para o desempenho técnico das suas atividades, não parece contribuir de forma sólida para o seu desempenho político. Assim, a enfermeira não agrega o posicionamento crítico a sua prática, e costuma privilegiar o aspecto técnico da sua prática em detrimento do político. Melo e Santos (2007, p. 432) referem que

[...] o que falta à enfermeira não é somente um posicionamento político consistente, e sim que as pessoas que constituem esta profissão se reconheçam como sujeitos históricos, entendendo que onde quer que se exerça um trabalho, a participação política é uma decorrência de uma conquista e não uma concessão.

Uma saída que se aponta é a Educação Permanente, entendida como um processo político pedagógico de enfrentamento dos problemas no trabalho. Para tanto é preciso que a Educação Permanente ultrapasse o caráter técnico dos problemas dos serviços de saúde e torne-se uma estratégia para repensar o contexto social e político do trabalho e da sua organização. Tal demanda não ocorre sem conflitos, pois não existe posicionamento que não confronte os diversos interesses dos atores envolvidos. Além disso, é preciso superar a visão ingênua que as enfermeiras possuem sobre a disputa política, conscientizando-se que em espaços de disputa de interesses, inclusive no cotidiano do trabalho, perdas e ganhos são parte do processo, e que os ganhos emergem a partir de acúmulos e quase nunca imediatamente. Contudo, estes dependem da coesão e da contínua mobilização que uma categoria consegue manter (ou não).

Quanto a análise da segunda premissa das leis gerais do salário, a concorrência entre os trabalhadores que faz baixar o salário, para as enfermeiras essa concorrência se dá pelo menos de duas formas: com a formação do exército de reserva, que já tratamos, e a concorrência com a mão de obra complementar.

No Brasil, o campo de trabalho em Enfermagem comporta as seguintes categorias (COFEN, 2010):

- a) Enfermeira: 287.119 profissionais.
- b) Técnica de enfermagem: 625.863 profissionais.

m: 533.422 profissionais.

d) Parteira: 106 profissionais (categoria em extinção).

Nota-se que as categorias que detêm o maior número de profissionais são as da técnica e auxiliar de enfermagem, que, juntas, correspondem a 79,98% da força de trabalho em Enfermagem. As atribuições para cada categoria profissional se estabelecem, de acordo com a Lei do Exercício Profissional em Enfermagem (BRASIL, 1986), pelo grau de habilitação da profissional, revelado principalmente pelo tempo de formação e pelo grau de complexidade das atividades assumidas, baseado na lógica do modelo assistencial biomédico.

A divisão técnica do trabalho em Enfermagem no Brasil determina que, no hospital, a assistência ao paciente seja prestada majoritariamente pelas técnicas e auxiliares de enfermagem. Nesse cenário, o trabalho da enfermeira é, prioritariamente, a gerência do cuidado em enfermagem e a articulação entre os diversos processos de trabalho na saúde, além de articulação dos materiais e insumos necessários à realização da assistência da equipe de enfermagem e dos demais profissionais da saúde. É ainda atribuição da enfermeira a educação permanente da equipe de enfermagem, mantendo-a atualizada quanto aos avanços tecnológicos e do conhecimento científico. Como já discutimos no capítulo 7 a natureza dual do trabalho da enfermeira a situa em uma posição ímpar no setor saúde, pois é a única profissional qualificada para gerenciar e assistir.

Estudos como os de Lima e Magalhães (2006) e Rossetti e Gaidzinski (2011) indicam que existe nas organizações hospitalares um déficit de enfermeiras em relação ao número de técnicas e auxiliares. Isso sugere que, no cotidiano da produção de serviços hospitalares, as técnicas e auxiliares executam procedimentos que são privativamente da enfermeira, principalmente em unidades de produção de serviços que demandam menor grau de especialização. Nas unidades produtoras de serviços de atenção básica, em razão das normativas do Ministério da Saúde, que atrela o financiamento à existência da profissional na equipe de atenção básica, é pouco provável que exista um déficit de enfermeiras em relação ao número de técnicas e auxiliares de enfermagem, principalmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família. Nesse âmbito de atenção à saúde as atribuições das enfermeiras e das demais profissionais da enfermagem são melhor delimitadas, com as técnicas e auxiliares assumindo atribuições apenas na execução de procedimentos técnicos nas unidades de produção de serviços de imunização, curativos etc.

A manutenção do déficit de enfermeiras nos serviços de saúde, embora o número de profissionais formados só tenha aumentado nos últimos cinco anos, pode ser parcialmente explicado pelo fato da enfermeira ser a mão de obra mais cara do campo da Enfermagem.

utilizar a força de trabalho mais barata das técnicas e auxiliares para a execução de procedimentos assistenciais com os paciente/usuários, utilizando a mão de obra da enfermeira nas atividades gerenciais e, pontualmente, na assistência.

A divisão parcelar do trabalho em Enfermagem no Brasil produz ainda uma situação peculiar. Oficialmente são reconhecidas como categorias da Enfermagem a enfermeira, a técnica e a auxiliar. No entanto, nos últimos 20 anos, surgem no Brasil as ocupações de agente comunitário de saúde (ACS) e cuidadores de crianças e idosos, que, na prática, executam ações do campo profissional da Enfermagem, atuando como mão de obra complementar neste campo.

O ACS só pode ser empregado no SUS e no campo da Atenção Básica, assumindo algumas das atribuições que entre 1920 e 1930 eram da educadora sanitária e da visitadora sanitária, e que posteriormente foram assumidas pela enfermeira. De acordo com a Lei 11.350 (BRASIL, 2006), o ACS executa atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, tendo como espaço de atuação o domicílio e outros espaços comunitários. Para isso utiliza-se de instrumentos de diagnóstico demográfico e sociocultural, realiza ações de educação para a saúde e monitora, pela visita domiciliar, as situações de risco para a família e o indivíduo.

Durante a concepção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), debateu-se a inclusão dos ACS como uma categoria do campo da Enfermagem, o que foi combatido pelas enfermeiras. Mesmo não figurando como uma das categorias da Enfermagem, coube às enfermeiras assumir a supervisão do trabalho do ACS.

Embora não esteja incluída formalmente como uma das profissões no campo da Enfermagem, o ACS representa mais uma divisão parcelar do trabalho neste campo profissional, ao abarcar nas suas atribuições ações que historicamente são desenvolvidas pela enfermeira na Atenção Básica à Saúde no Brasil, como as ações de educação em saúde no domicílio. Portanto, a força de trabalho do ACS é utilizada para ampliar a cobertura dos programas executados nos serviços de atenção básica por determinação do Ministério da Saúde, por um preço mais barato que o das outras trabalhadoras da Enfermagem.

No que se refere ao cuidador, este é definido como

[...] Alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. (BRASIL, 2009b, p. 8).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), o cuidador presta cuidados a indivíduos de qualquer idade, desde que estes necessitem, por se encontrarem acamados, com limitações físicas ou mentais. Desse modo a função do cuidador é de auxílio ao autocuidado e a realização das atividades que o indivíduo não consiga fazer de forma autônoma.

A função do cuidador pode ser ou não remunerada, e o Ministério da Saúde faz a ressalva de que este trabalhador não pode executar, rotineiramente, técnicas ou procedimentos identificados como regularmente estabelecidos como de execução pelas profissionais da Enfermagem. Contudo, no manual técnico desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) para direcionar a ação dos cuidadores constam orientações similares às atividades executadas pelas auxiliares e técnicas de enfermagem. No entanto, para que o cuidador execute essas atividades, nenhuma qualificação é exigida.

Desse modo, ao que parece, a criação da categoria de cuidador é mais uma forma de baratear a mão de obra na saúde, e dada a semelhança de ações executadas por esta categoria e as técnicas/auxiliares de enfermagem, o cuidador também se constitui como um exército de reserva no campo profissional em Enfermagem. É importante observar que a atividade do cuidador assemelha-se em muito à antiga categoria do atendente de enfermagem, que devia auxiliar o paciente em sua higiene e outros procedimentos de menor complexidade, e que, no entanto, assumiam no cotidiano dos serviços atribuições legalmente definidas para as profissionais da enfermagem.

Pierantoni e Varella (2002) destacam a semelhança entre as atribuições dos cuidadores e das trabalhadoras da Enfermagem, sublinhando a inserção desta nova ocupação nas instituições de saúde, incluindo os serviços hospitalares, ainda que a vinculação empregatícia do cuidador seja autônoma e diretamente estabelecida com a família do paciente.

O surgimento da categoria dos cuidadores é também reflexo do desenvolvimento do modelo biomédico, que impele as profissionais de enfermagem a apropriarem-se da execução de procedimentos técnicos mais complexos e executados pontualmente, afastando-se assim dos cuidados de manutenção da vida (COLLIÈRE, 1999), parte fundamental para que os cuidados de reparação ocorram. E, já que os cuidados de manutenção da vida demandam pela presença intensiva do cuidador, também é interessante ao modo de produção que uma força de trabalho com menor preço exerça esta função. E visto que essas ações deixam de ser realizadas pela equipe da Enfermagem, mais qualificada, e como tal portadora de maior valor e de maior preço em comparação aos cuidadores, suprime-se também a necessidade de mão

denação e supervisão da execução dessas ações, pois, legalmente, os cuidadores não se subordinam às enfermeiras.

Ao identificarmos o surgimento destas duas novas ocupações ó ACS e cuidador ó destacamos que o campo da Enfermagem possui mais categorias ocupacionais que as definidas legalmente. No cotidiano dos serviços e na concorrência do mercado de trabalho, o campo da Enfermagem é repartido entre cinco categorias ó três oficiais e duas complementares. É importante ressaltar que o cuidador é a ocupação de nível médio que mais cresceu na saúde ó 22,5% - no período entre 2005-2010 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012). Nesse contexto, cabe reportamos o que Braverman (1981, p. 77-79) refere sobre o princípio da divisão parcelar do trabalho:

Em outras palavras, este importantíssimo princípio significa que dividir os ofícios barateia suas partes individuais, numa sociedade baseada na compra e venda da força de trabalho [...] Traduzindo em termos de mercado, isto significa que a força de trabalho capaz de executar o processo pode ser comprada mais barato como elementos dissociados do que como capacidade integrada num só trabalhador.

Ao surgirem novas ocupações que disputam a realização da assistência com as categorias da Enfermagem, possibilita-se não somente a compra mais barata desta mão de obra, pois ela exige menor qualificação, como se reduz o preço pago pela força de trabalho das enfermeiras (e das demais profissionais), pois é dissociada desta profissional parte do trabalho que ela poderia realizar.

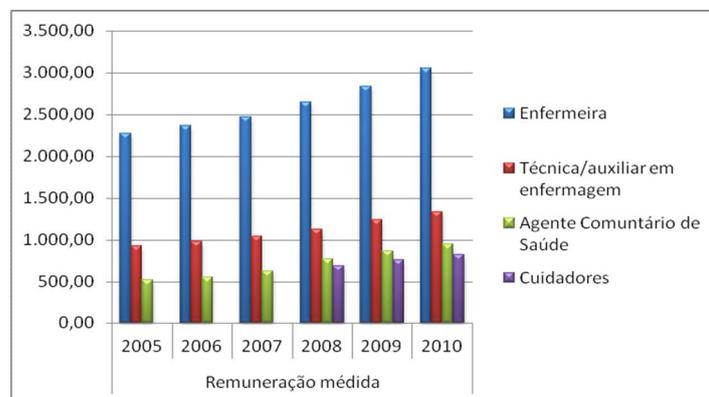
Do ponto de vista da valorização da força de trabalho, a divisão parcelar do trabalho em Enfermagem em diversas funções ó enfermeira, técnica, auxiliar, ACS e cuidadores (complementarmente) ó contribui para a perda da singularidade do trabalho em Enfermagem, tornando este campo aberto a diferentes ocupações. Portanto, conforme já debatemos no capítulo 3, quanto mais repartido em funções simples é um trabalho, mais baixo o seu preço, menor o valor da sua força de trabalho, já que será também menor a qualificação exigida para a execução das funções menos complexas. Assim, a repartição das atividades do campo da Enfermagem entre outras ocupações menos qualificadas afeta o valor da força de trabalho da enfermeira, pois o mercado passa a prescindir, em certa medida, do trabalho desta profissional.

Como exemplo, analisemos os Gráficos 3 e 4. Nota-se no Gráfico 3 que a remuneração média da enfermeira é a maior e, em termos absolutos, continuou, assim como as demais, a crescer ao longo do tempo. No entanto no Gráfico 4 nota-se que a partir de 2008, com a entrada do cuidador, o índice salarial da enfermeira caiu mais rapidamente do que nos anos

salarial acontece também por outros motivos, como o aumento do número de cursos de enfermagem e a crise financeira mundial, que tem, desde 2007, rebaixado os salários, causado demissões em massa, prolongado ou reduzido a jornada de trabalho, dentre outras medidas, no Brasil e no mundo.

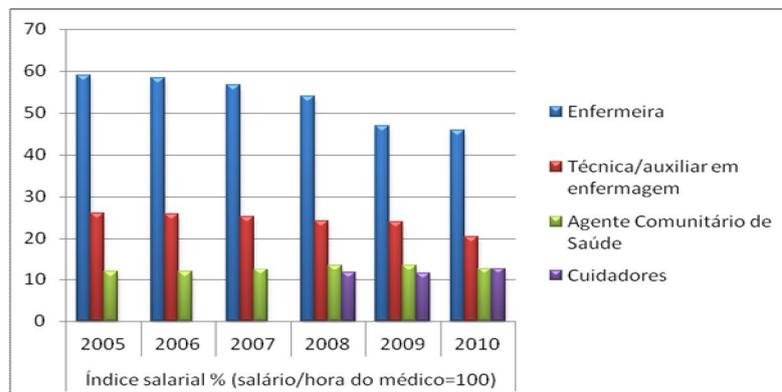
Contudo, o aumento da repartição do campo da Enfermagem com a entrada de mão de obra complementar contribui para a redução não só do índice salarial da enfermeira como também da técnica de enfermagem que é, certamente, a mão de obra mais afetada por esta concorrência indireta, dado que disputa, com todos os demais, a prestação de cuidados diretos.

Gráfico 3 ó Remuneração média das categorias de Enfermagem, ACS e cuidadores, Brasil, 2005-2010



Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011).

Gráfico 4 ó Índice salarial das categorias de Enfermagem, ACS e cuidadores, Brasil, 2005-2010



Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011).

Também se deve considerar que a evolução tecnológica na saúde, a complexidade cada vez maior do trabalho em saúde e, principalmente, a crescente exigência dos usuários

da assistência, em razão da ampliação do acesso à informação, o que aumenta a concorrência entre os prestadores de serviços de saúde por clientes, impulsiona as organizações de saúde a manterem em seus quadros profissionais qualificados que sejam capazes de responder às demandas dos usuários. Além disso, no contexto do trabalhador multifuncional, as organizações de saúde buscam cada vez mais pelo profissional que seja capaz de antever e solucionar os problemas do serviço, de modo a não afetar a percepção do usuário sobre a qualidade do mesmo.

Nesse contexto, a equipe de enfermagem é a linha de frente do serviço, pois durante internações ou outros procedimentos que demandem pela permanência no ambiente hospitalar, é com estas profissionais que o usuário terá mais contato. E sendo a enfermeira a responsável por prestar e coordenar os cuidados de enfermagem, além de deter o *know-how* necessário sobre o funcionamento global da unidade de produção de serviços (enfermaria, UTI etc.), é a profissional que pode contribuir efetivamente para a qualidade do serviço.

Com isso, embora os cuidadores sejam uma mão de obra que compartilhe de ações do campo da Enfermagem, não constituem uma força de trabalho do serviço hospitalar ou de empresas de *home care*, ainda que já tenham conseguido integra-se a serviços asilares, residências terapêuticas e à prestação de serviços em domicílio com contratação direta pela família.

Na Atenção Básica, embora o ACS represente também, conforme já discutimos, uma divisão das ações de saúde que eram realizadas pela enfermeira, é pouco provável que a operacionalização das políticas públicas seja realizada sem a força de trabalho da enfermeira, pois esta é a profissional qualificada para exercer tanto as ações de educação em saúde como a assistência, o que amplia a oferta dos programas de saúde à população.

A despeito da divisão do trabalho entre categorias oficiais e complementares à enfermagem reduzir o valor da força de trabalho da enfermeira, por outro lado a pressão dos usuários por serviços de melhor qualidade impede, de certa forma, que as categorias complementares ascendam a procedimentos e postos de trabalho em organizações de saúde com maior complexidade, no caso dos cuidadores, ou realizem atribuições técnicas reguladas, como no caso dos ACS. A ocorrência de todos esses fatos correlacionados contribui, ainda que de forma limitada, para conter a redução do preço da força de trabalho da enfermeira muito abaixo do seu valor.

Existe ainda outro aspecto relacionado à divisão do trabalho na saúde que afeta o valor da força de trabalho da enfermeira. Trata-se da divisão sexual do trabalho, que conferiu à mulher, na divisão do trabalho médico, as tarefas relacionadas ao cuidado manual, à vigília e

ira da enfermeira. Segundo Araújo e Rotenberg (2011,

A concepção da profissão, ligada às atribuições femininas, processou-se de forma quase imediata ó afinal, não eram as mulheres que se ocupavam, historicamente, no interior da família, do cuidado com as crianças e os velhos? Como os doentes encontravam-se debilitados, e tal como crianças e velhos, eram merecedores dos mesmos tipos de cuidados, as mulheres mostravam-se, a priori, naturalmente aptas para desenvolver tais atribuições. Esse processo não só institucionalizou um campo de práticas ó a enfermagem ó, mas, principalmente, emprestou feições de gênero a tal ocupação, centrando-se na evocação de um -ser mulherø com atributos de mãe e de reprodutora.

Assim, mesmo o trabalho profissionalizado da enfermeira mantém a mística doméstica, e a imagem de boa mulher e boa mãe é transposta para a tríade enfermeira-médico-paciente (GAMARNIKOW, 1978 apud ARAÚJO, ROTENBERG, 2011). Como se pode observar, as questões de gênero condicionam toda a prática da enfermeira e, no início da sua prática moderna, as qualidades para uma boa enfermeira eram a obediência, a paciência, a docilidade e outros atributos do feminino. Funcionando como uma mão de obra complementar à da categoria médica, à enfermeira cabia obedecer e fazer obedecer as ordens dos médicos, de modo a garantir o resultado da terapêutica. Além disso, como a mulher era a responsável pela organização do ambiente doméstico, igualmente coube à enfermeira organizar e controlar o ambiente hospitalar.

Com isso, o trabalho profissional da enfermeira estabelece-se como um prolongamento do trabalho doméstico, corroborando a ideologia de que o trabalho feminino é baseado em qualidades e não em qualificação. Mesmo quando instituída uma formação para a enfermeira, esta se baseia, inicialmente, na confirmação das qualidades femininas da docilidade, paciência, obediência e destreza (MARCONDES et al, 2003; DAUNE-RICHARD, 2003; ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

Oriundo da esfera da reprodução, o trabalho da enfermeira, assim como o trabalho doméstico, incorpora-se ao modo de produção econômico e às práticas de saúde com a mácula de trabalho improdutivo, ou seja, aquele que não reproduz a parte variável do capital quando trocado por salário (MARX, 1996), embora na contemporaneidade tal aspecto já tenha sido superado, dado que o trabalho da enfermeira gera mais valia e é trocado pela parte variável do capital, quando no campo privado. E no setor público, também consideramos este trabalho produtivo dado que está submetido à terceirização e regulamentação do mercado tal como o trabalho no setor privado.

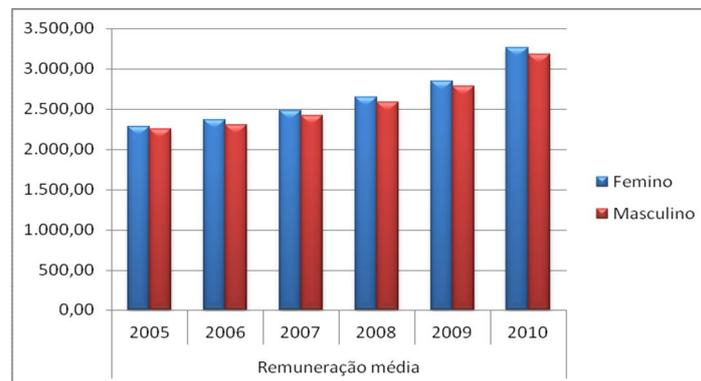
os de gênero no mercado de trabalho se traduzem na nova forma de divisão do trabalho: as atividades de concepção, com maior salário ou postos de comando, ainda são, prioritariamente, masculinas. Às mulheres cabe o trabalho mecanizado, repetitivo (HIRATA; KERGOAT, 2003; BRUSCHINI et al, 2008; ANTUNES, 2010), como é o caso para as enfermeiras. No modelo assistencial biomédico, isso se traduz no fato de que são os médicos que detêm o nicho de produção de conhecimento que dá suporte para a instituição de novos tratamentos ou tecnologias, cabendo às enfermeiras atuarem de forma complementar, geralmente realizando os controles necessários aos estudos.

Além disso, embora o campo da Enfermagem seja reconhecido como um reduto tipicamente feminino, com 88,08% de mulheres em sua composição no ano 2010, segundo dados do Cofen, estudos como o de Araújo e Rotenberg (2011) revelam que os homens nessa profissão estão mais representados nas funções de direção e gestão do trabalho em saúde. Isto evidencia que, mesmo em um trabalho tido como tipicamente feminino, as mulheres encontram mais dificuldades para progredir na carreira do que os homens, que chegam mais rapidamente aos postos de comando.

Essa situação demonstra o quanto o gênero direciona as ações, mesmo em um campo de trabalho em que predominam as mulheres: estas estão mais vinculadas à assistência, em que predominam ações que remotam à origem da profissão. Contudo os homens, ainda que sejam 11,98% do total das profissionais enfermeiras, conseguem progredir aos postos de comando, pois é histórica e socialmente esperado que ocupem tais lugares.

Essa diferença entre os gêneros é transposta para os salários, conforme pode ser observado no Gráfico 5. Visto que os homens têm uma menor representatividade quantitativa na profissão, a proximidade entre os rendimentos de enfermeiros e enfermeiras revela que o rendimento nominal masculino é superior ao feminino, o que corrobora a análise de Araújo e Rotenberg (2011), pois nos cargos de direção e gestão do trabalho os salários são maiores do que nos cargos assistenciais.

ando sexo, categoria enfermeira, Brasil, 2005-2010



Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011).

Lombardi (2008), ao estudar carreiras das engenheiras, refere que um dos motivos para a rápida progressão dos homens na profissão é a conformação de confrarias masculinas, que funcionam como redutos nos quais se processa a escolha dos indivíduos que ocuparam os cargos de comando nas instituições. Segundo essa autora, esses redutos tendem a relegar as mulheres a um segundo plano, não permitindo o seu acesso aos postos mais altos, ainda que estas demonstrem maior qualificação ou competência para o trabalho, resultando que as mulheres demoram cinco ou mais anos do que os homens para alcançar os mesmos patamares de função e salário.

Transpondo esse argumento para a categoria das enfermeiras, já que os homens têm ocupado majoritariamente e mais rapidamente os postos de comando, embora numericamente inferiores, se pode inferir duas situações: a primeira é que para o campo da saúde também existe uma confraria masculina que privilegia o homem quando da escolha para postos de comando, e esta confraria é apoiada pelas mulheres, que mesmo como maioria, não conseguem se fazerem representar de forma equivalente nas instâncias de comando; e a segunda é que as mulheres, no campo da enfermagem, não preterem os cargos de comando, reproduzindo no interior da profissão a conjuntura social que durante séculos privou a mulher dos espaços de poder e da política. Desse modo, a relação de gênero ocorre também no interior da profissão, em que as mulheres reafirmam, mesmo que inconscientemente, o lugar de poder e comando do sexo masculino.

As relações de gênero evidenciadas na prática da enfermeira e o seu lugar socialmente determinado demarcam o preço que é atribuído a sua força de trabalho. Nesse sentido, Silva (1986, p. 57) refere em sua obra que o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado. Com isso o trabalho desempenhado pelas enfermeiras, mesmo com a importância que tem para o modo de produção, não agrega mais

ta força de trabalho ó feminina ó é atribuído menor valor, por ser mão de obra complementar, por desempenhar funções ditas de baixa complexidade, manuais e repetitivas.

Segundo Silveira (2003), as desigualdades salariais entre homens e mulheres refletem determinado arcabouço cultural, o que mantém vívidos alguns preconceitos.

A posição da mulher antes de entrar no mercado de trabalho e fora do mercado de trabalho justifica em parte essas discriminações salariais. Esses fatores se baseiam nas relações sociais de sexo e remetem à divisão dos papéis no seio da esfera familiar (repartição desigual do trabalho doméstico, acesso diferenciado à educação, existência de um òsalário familiarõ masculino, que garante as despesas da casa, e inversamente, um salário feminino complementar [...]) (SILVEIRA, 2003, p. 154).

Daune-Richard (2003) refere que o mundo do trabalho é profundamente estruturado pela ordem dos sexos, na qual a razão e o poder são socialmente associados ao masculino. E sendo as organizações burocráticas baseadas na racionalidade e na hierarquia, reservam-se para as mulheres posições subordinadas. E nos espaços mistos, em que trabalham homens e mulheres, identifica-se um mecanismo quase universal de subordinação, que é a construção da diferença entre trabalhos masculinos e femininos. E õem matéria de categorização social, a via é estreita entre diferenciar e hierarquizarõ (DAUNE-RICHARD, 2003, p. 74).

Além disso, é preciso atentar, conforme alerta Hirata (2002), que as diferenças observadas entre homens e mulheres no mercado de trabalho fundamentam-se na opressão do masculino sobre o feminino. Sob essa perspectiva, a posição inferior da enfermeira em relação ao médico, e as diferenças de gênero no interior da profissão quanto ao salário e à ocupação dos postos de comando refletem a posição inferiorizada da mulher em relação ao homem na sociedade.

Pelo conjunto de argumentos discutidos pode-se observar que embora o Brasil não tenha atingido o parâmetro do número mínimo de enfermeiras em relação à população, conforme estabelece a OMS, os aspectos relacionados à divisão do trabalho, a existência de mão de obra complementar, e a divisão sexual do trabalho, com todos os fatores de gênero que isto implica, colaboram para que não exista uma concorrência entre os empregadores pela força de trabalho da enfermeira, o que coopera para a manutenção do seu preço abaixo do valor.

Por fim, resta analisar uma premissa das leis gerais do trabalho: a concorrência entre trabalhadores e empregadores, os primeiros pela venda com o preço mais alto possível da sua força de trabalho e os segundos pela compra com o preço mais baixo possível. Na sociedade

elementos para a discussão neste tópico: a qualificação, como fator que possibilita o aumento do valor da força de trabalho e, conseqüentemente, do seu preço, e o aumento da jornada e da intensificação do trabalho como fatores que reduzem este valor, mesmo que o preço momentaneamente seja elevado.

De acordo com Daune-Richard (2003) é por meio da qualificação que se media a relação entre formação e emprego. Citando Pierre Naville (1955 apud DAUNE-RICHARD, 2003), essa autora adota a perspectiva de que a qualificação é um julgamento social sobre a qualidade do trabalho, tratando-se de um processo negociado de categorização, julgando o que é qualificável e ordenando categorias.

A qualificação das enfermeiras no Brasil inicia-se em 1890, com a criação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Até a década de 1940, o ensino em Enfermagem não era considerado um curso superior e seus centros de ensino eram anexos às faculdades de medicina. Em 1949, o Estado promulga a Lei nº 775 e torna obrigatório o ensino de Enfermagem nos centros universitários ou nas sedes das faculdades de medicina. Embora com essa Lei se estabeleça o ensino de Enfermagem no grau universitário, o Estado permitiu que até 1961 as escolas de enfermagem recebessem candidatas portadoras do certificado do curso ginásial ou equivalente (GERMANO, 1993; SILVA, M. et al, 2010).

Portanto passaram-se doze anos para que as candidatas a enfermeira possuíssem o mesmo nível de escolaridade exigido para o ingresso nas demais carreiras de nível superior da época. Isso indica que, mesmo reconhecido com nível universitário, predominava o julgamento social de que o trabalho da enfermeira baseava-se mais em qualidades do que em qualificação, o que não demandava uma maior formação de suas pretendentes.

O currículo estabelecido em 1962 definiu um curso de formação geral para as enfermeiras com duas especializações, e reduziu o curso de graduação de quatro para três anos, o que significou um decréscimo de 36% na carga horária. Essa redução foi possível com a retirada de disciplinas do tronco profissional comum, a exemplo de Ciências Sociais e Enfermagem de Saúde Pública, que passa a ser uma especialização optativa (SILVA, M. et al, 2010).

Em virtude da redução da carga horária do curso, ele passa a integrar a categoria dos chamados cursos curtos, que limitava as atividades que podem ser desenvolvidas pelo profissional, bem como justifica o pagamento de salários menores do que aqueles dos cursos plenos. O curso de enfermagem só voltaria a ser considerado um curso pleno em 1994, ou seja, 32 anos depois (COSTA; GERMANO, 2007).

io da Saúde redireciona a formação dos profissionais da saúde para os princípios e diretrizes do SUS, processo que se aprofundará a partir do ano de 1994, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Visto que tais políticas exigem conhecimento e ação que extrapolam o âmbito de conhecimentos biológicos, tornou-se necessário reformular os currículos.

Nesse contexto, em 1994 faz-se outra reforma curricular para a graduação em Enfermagem, que concentra a formação em quatro eixos: bases biológicas e sociais da Enfermagem, fundamentos de Enfermagem, assistência de Enfermagem e administração em Enfermagem. A carga horária do curso passa a ser de, no mínimo, 3.500 horas e a duração entre quatro e seis anos (SILVA, M. et al, 2010), o que demarca a volta da enfermagem como curso pleno da área da saúde.

Em 2001 é implementada a Resolução nº 03/2001, cuja principal contribuição foi estabelecer a carga horária mínima de 20% da carga horária total do curso para o estágio curricular supervisionado, devendo este ser realizado na rede básica e na rede hospitalar (SILVA, M. et al, 2010). Além disso, as Diretrizes Curriculares Nacionais que embasaram essa resolução definem um tronco comum de competências para todos os profissionais da área de saúde, e a definição de um perfil profissional e de competências mínimas para a formação.

Em 2009, o Ministério da Educação edita a Resolução nº 4/2009, em que se define a carga horária mínima do curso de Enfermagem em 4.000 horas. Além disso, define-se que o estágio curricular supervisionado não deve exceder 20% da carga horária total do curso e não se delimita os percentuais de carga horária para os eixos temáticos, o que em tese permite que as instituições elaborem os seus currículos de acordo com a realidade local, desde que respeitados os eixos previamente estabelecidos.

Pelo retrospecto apresentado, observamos que a qualificação das enfermeiras variou entre períodos de curso pleno e curso não pleno. Essa distinção revela que, durante um período de pelo menos 32 anos, a qualificação em enfermagem era considerada inferior. Sendo um curso considerado como de qualificação inferior, é comum que se associe o trabalho em enfermagem a um trabalho de qualidade inferior. Ainda hoje, mesmo com o aumento na duração do tempo do curso e a ampliação do currículo, permanece essa avaliação no senso comum da sociedade brasileira.

Embora as enfermeiras e as mulheres geralmente tenham aumentado a sua qualificação em comparação aos homens, não se observa a mesma valorização, no sentido econômico e social, do diploma feminino. Para Daune-Richard (2003), três fatores são essenciais à manutenção dessa ordem social: a técnica e a autoridade, que ainda se conjugam

é muito feminizado, que concentra a maior parte dos empregos femininos.

O acesso e o domínio de técnicas, destacando-se aquelas que são consideradas importantes para a reprodução social, é um dos elementos da dominação masculina sobre a feminina (DAUNE-RICHARD, 2003). Na saúde, pode-se observar que o critério técnico surge como base discriminatória para a divisão do trabalho: às enfermeiras destinaram-se as técnicas que se apoiam em tecnologias de baixa complexidade, mais aportadas no relacional; já aos médicos foram reservadas as técnicas de maior complexidade, com interação intensa com a tecnologia dura, e que simbolizam *status* e poder. Ainda assim vale destacar que, mesmo para a categoria médica, as especializações que congregam um maior número de mulheres são aquelas relacionadas aos cuidados com crianças, mulheres e idosos, ou que envolvem algum ramo da estética, demarcando mais uma vez o lugar destinado às mulheres na profissão hegemônica na saúde.

Mesmo com o aumento da tecnicidade, tanto no âmbito assistencial como gerencial, a profissão da enfermeira ainda é pouco associada a uma profissão técnica. De acordo com Kergoat et al (1992), a representação vinculada à profissão da enfermeira remete mais ao sentido de tratamento como atenção dispensada ao paciente do que ao uso de instrumentos e técnicas. Isso indica que as competências relacionais ainda estão baseadas em um sistema de reconhecimento de qualidades e é muito difícil fazer ascendê-las ao patamar da qualificação.

O paradigma social do trabalho qualificado baseia-se nos processos de distinção entre os tipos de tarefas e entre os trabalhadores que as executam. Esses processos de diferenciação criam as identidades profissionais, que são igualmente identidades sexuadas. Enquanto a tecnicidade é associada ao masculino e ao trabalho qualificado, socialmente valorizados, os trabalhos baseados na esfera relacional são excluídos de uma representação em termos de tecnicidade e são considerados pertencentes a um universo em que são requeridas qualidades inerentes à natureza feminina (DAUNE-RICHARD, 2003), a exemplo do trabalho da enfermeira.

Tal diferença contribui para que a divisão social dos espaços entre homens e mulheres seja assimétrica e hierarquizada. O masculino domina, material e simbolicamente, e essa dominação manifesta-se pela assimilação do feminino pelo masculino (DAUNE-RICHARD, 2003, p. 73). Para as enfermeiras, isso se revela na distribuição desigual dos cargos de comando e gestão do trabalho, nos quais, conforme já discutimos, os homens estão mais representados do que as mulheres. Desse modo, mesmo em uma profissão feminina, os homens demarcam a diferença entre o seu trabalho e o trabalho executado pelas mulheres.

Enfermeiras no Brasil só tenha aumentado e se tornado mais complexa ao longo dos anos, ao abarcar conteúdos técnicos e relacionais, nota-se que estas mudanças pouco impactam nos salários, mesmo que, contraditoriamente, o aumento do tempo de qualificação seja um dos fatores considerados para elevar o valor da força de trabalho.

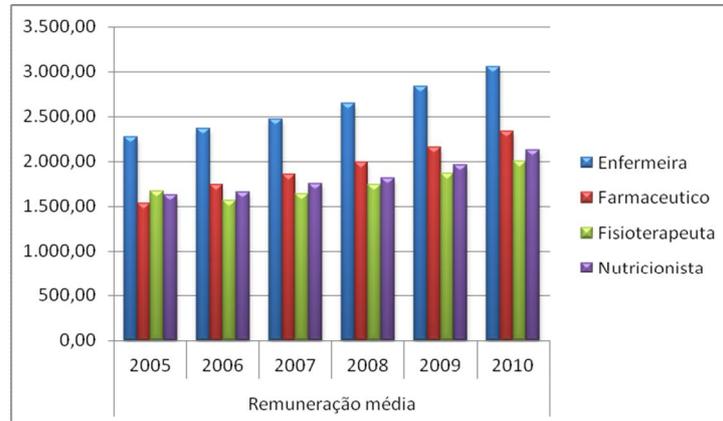
Ao que parece, no mercado de trabalho tem prevalecido a lei da oferta-demanda, conforme os dados já apresentados, com queda do índice salarial para as enfermeiras acentuando-se com o aumento do número de concluintes do curso de Enfermagem, principalmente entre os anos de 2007 e 2008. Isso indica a confirmação do que Daune-Richard (2003) refere sobre o sentido contraditório da melhor qualificação feminina: em tempos de emprego cada vez mais difícil, a qualificação cada vez mais elevada entre as mulheres acirra a concorrência entre a população feminina. Assim, enfermeiras com maior tempo de serviço são substituídas por enfermeiras recém-diplomadas, que possuindo o mesmo nível de qualificação custam mais barato por ser uma mão de obra ainda inexperiente.

A despeito desse panorama desfavorável, nota-se que quando comparamos a remuneração média, a média salarial da hora trabalhada e o índice salarial entre enfermeiras, nutricionistas, fisioterapeutas e farmacêuticos, o ganho da enfermeira está acima destes profissionais, embora estas quatro categorias profissionais possuam o mesmo tempo de formação ó mínimo de 4.000 horas (Gráfico 6).

No entanto cabe ressaltar que nenhuma dessas profissões executa um trabalho ao mesmo tempo assistencial-gerencial-assistencial, e que subsidie o desenvolvimento dos demais processos de trabalho nas organizações de saúde. Além do que o trabalho dos demais profissionais da saúde referidos, a exemplo do trabalho médico, possui uma natureza de intervenção pontual, ao passo que o trabalho da enfermeira, em virtude das demandas do capitalismo e do modelo assistencial hegemônico, exige continuidade e vigilância, o que de certo modo explica a diferença salarial demonstrada no Gráfico 6.

enfermeira, farmacêutico, fisioterapeuta e nutricionista,

Brasil, 2005-2010



Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde (2011).

Ainda como resposta ao mercado de trabalho em saúde, que exige da profissional domínio de competências básicas ampliadas de modo a adequar-se a um cenário em mudança constante, e ao mesmo tempo exige uma profissional especializada para os serviços de média e alta complexidade, observa-se nos últimos 10 anos o crescimento da pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem.

Essa diversificação dos cursos de especialização tem contribuído para uma maior divisão horizontal do trabalho na categoria das enfermeiras. Varella (2006) demonstrou que o número de especializações reconhecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem ultrapassa o número de títulos ocupacionais relacionados na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o que pode significar a não existência destes postos no mercado de trabalho. Portanto, segundo essa autora, as especializações em Enfermagem, salvo as mais tradicionais, parecem não ter uma boa aceitação pelo mercado de trabalho, já que não são capazes de gerar uma demanda para o consumo dessa mão de obra, ao contrário de outras profissões, como a do médico.

Esse crescimento do número de especializações para as enfermeiras impulsiona uma maior qualificação e, ao mesmo tempo, desqualificação para o trabalho, tendência apontada por Antunes (2010) para o trabalho contemporâneo.

A maior qualificação responde às inovações tecnológicas e científicas, principalmente para os serviços em que é intenso o uso de tecnologias de maior densidade. Para os serviços em que se utiliza tecnologia de menor densidade, a maior qualificação diz respeito à apropriação de conhecimentos que ultrapassam o campo da saúde, de modo que as profissionais se qualifiquem para enfrentar as necessidades de saúde da população. Nesse

habilidades voltadas para a humanização da assistência, educação permanente em saúde, clínica ampliada, entre outros.

A desqualificação revela-se também por meio do aproveitamento incipiente das enfermeiras especialistas, pois, conforme o estudo de Varella (2006), somente as especializações tradicionais parecem ter aceitação no mercado. Assim, mesmo especializadas, as enfermeiras são aproveitadas como trabalhadoras multifuncionais e por vezes alocadas em serviços fora das suas áreas de especialização.

Os estudos existentes até o momento não têm demonstrado se a formação *lato sensu* impacta no salário e na progressão na carreira das enfermeiras. Entretanto, o fato é que o aumento do número de enfermeiras especialistas também eleva a concorrência entre a categoria, o que impacta na redução do preço da mão de obra. Assim, é preciso esclarecer se a especialização repercute somente na concorrência entre as enfermeiras ou também nos salários.

Observa-se ainda nesse período o aumento da pós-graduação *stricto sensu*. Em 1998, existiam no Brasil 14 cursos de mestrado em Enfermagem; em 2010 são 20 cursos de doutorado, 38 de mestrado acadêmico e 3 de mestrado profissional (ERDMAN; FERNANDES; TEIXEIRA, 2011). Mesmo com esse crescimento da pós-graduação *stricto sensu*, não existem estudos que revelem o impacto destes cursos no mercado de trabalho, ou seja, se o aumento da formação tem levado ao aumento do salário e da progressão na carreira das enfermeiras ou mesmo exercido impacto na valorização social da profissão.

Com isso, embora diferentes custos na formação de uma dada força de trabalho possam contribuir para a atribuição de diferentes valores a ela (MARX, 1996), isto não parece ocorrer para a enfermeira como ocorre para a categoria médica. Nesta, para diferentes especializações são atribuídos patamares salariais diferenciados.

No mundo do trabalho, a qualificação dos empregos relaciona-se com a estimativa do seu valor social e econômico e, conseqüentemente, com o preço que lhe é atribuído. Pelo argumentos analisados, nota-se que embora a qualificação seja um fator para a elevação do valor e do preço da força de trabalho na concorrência entre seus compradores e vendedores, esta variável não parece impactar positivamente no valor da força de trabalho da enfermeira, visto que, mesmo com o aumento do tempo de formação, o salário das enfermeiras continua reduzindo ao longo da década, como vimos anteriormente na tabela 4.

Ao que parece, o aumento da qualificação entre as enfermeiras serviu mais como um elemento para o aumento da concorrência entre elas. Além disso, a diferença de gênero mais uma vez aparece como um fator que contribui para a redução do valor da força de trabalho da

o feminina, embora crescente nos últimos anos em comparação com a masculina, ainda não conseguiu reverter a ordem social em que a formação das mulheres é considerada inferior a dos homens.

Por fim, sobre a concorrência entre trabalhadores e proprietários dos meios de produção para a venda/compra da força de trabalho, resta analisar a jornada e a intensidade do trabalho. Estes são elementos que convergem para a redução do valor da força de trabalho, pois, como tratado no capítulo 3, se o preço não compensar o desgaste sofrido pelo trabalhador, em virtude da intensidade do trabalho e da duração da jornada, o seu valor cai, ainda que momentaneamente o preço esteja elevado (MARX, 1996).

Como a jornada de trabalho é uma grandeza composta por duas variáveis (tempo de trabalho necessário e tempo de trabalho não pago), para continuar gerando mais-valia o capitalista pode lançar mão de artifícios, como reduzir o tempo de trabalho necessário, para que, assim, o tempo de produção de mais-valia aumente. Uma das formas encontradas para tal artifício é aumentar a intensidade do trabalho, pois a redução da jornada de trabalho não implica necessariamente a redução do tempo de trabalho (ANTUNES, 2010, p. 111). A variação da jornada é estabelecida pelos limites físicos do trabalhador e pelos limites morais da sociedade (MARX, 1996). Afinal, além de alimentar-se e dormir, dentre outras necessidades biológicas, o trabalhador precisa de tempo para dedicar a sua família e às atividades que lhe são aprazíveis e que lhe possibilitem a socialização fora do mundo do trabalho.

As enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem possuem uma carga horária semanal de trabalho que varia entre 30 e 44 horas; já as jornadas diárias podem variar entre 6, 8, 12 ou 24 horas, ou jornadas de trabalho de quatro dias de seis horas e um dia de doze horas, de acordo com o que for estabelecido em seu contrato de trabalho (FREITAS; FUGULIN; FERNANDES, 2006).

As trabalhadoras da enfermagem que atuam nos serviços públicos trabalham, geralmente, no regime de 30 horas semanais (ABEN, 2005). Contudo as empregadas nos serviços privados têm a carga horária definida de acordo com os interesses da organização empregadora. No entanto, em ambos os casos, não há legislação estabelecendo a jornada específica para o trabalho em enfermagem.

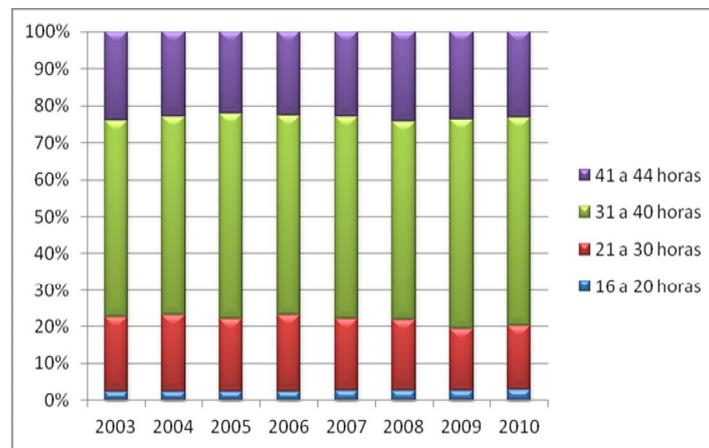
A luta pela regulamentação da jornada de trabalho para as profissionais de enfermagem já ultrapassa meio século. Durante as décadas de 1980 e 1990, intensificou-se a mobilização da categoria em prol da regulamentação da jornada de trabalho, com a aprovação do Projeto de Lei 407/1991, que regulamentava a jornada de trabalho em 30 horas semanais,

te da República em dezembro de 1996 (ABEN, 2005).

Atualmente, tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei 2295/2000, que fixa a jornada de trabalho das profissionais de enfermagem em 6 horas diárias e 30 horas semanais.

Analisando a jornada de trabalho semanal da enfermeira entre 2003 e 2010, nota-se que crescem os vínculos de trabalho formal cuja jornada está compreendida entre 31 e 44 horas (Gráfico 7).

Gráfico 7 ó Jornada de trabalho semanal, Enfermeiras, Brasil, 2003-2010



Fonte: RAIS (BRASIL, 2011a).

O salário e a jornada de trabalho são inversamente proporcionais. Sendo assim, quem recebe um salário menor terá que trabalhar mais tempo, o que parece ser o caso das enfermeiras, conforme o Gráfico 7.

O aumento da jornada de trabalho também se materializa pelo acúmulo de vínculos por parte das enfermeiras, de modo a compensar os baixos salários, conforme demonstram os estudos de Mauro et al (2010), Furtado e Araújo Júnior (2010), Santos, Oliveira e Moreira (2006) e Veras (2003). E já que o Gráfico 7 refere-se à jornada de um único vínculo, podemos inferir que, na realidade, as enfermeiras estão trabalhando, em virtude do acúmulo de vínculos, muito mais do que 40 horas semanais.

A sobrecarga de trabalho por conta do acúmulo de vínculos tem como consequência o tempo insuficiente de descanso, o que leva muitas profissionais a situações de desgaste físico e emocional, comprometendo a qualidade da assistência prestada (ABEN, 2005). Cabe ainda destacar a deterioração do convívio familiar e da vida social das trabalhadoras que, por conta dos baixos salários, mantêm mais de um vínculo empregatício, conforme demonstrado por Veras (2003).

da nova divisão sexual do trabalho, também são as mulheres as mais afetadas pelas jornadas de trabalho parcial, com menor salário e com vinculação precária. As mulheres constituem o grupo de trabalhadores mais submetido à jornada de trabalho em tempo parcial e com menor salário. Some-se a isso o fato que, em nossa sociedade, cabe majoritariamente à mulher a execução do trabalho doméstico e a responsabilidade por cuidar dos filhos ou de outros membros da família. Assim, as jornadas parciais permitem que a mulher continue cumprindo com o seu papel social relacionado à esfera reprodutiva (HIRATA; KERGOAT, 2003; BRUSCHINI et al, 2008; ANTUNES, 2010).

Araújo e Rotenberg (2011) demonstram que a escolha do turno de trabalho noturno pelas enfermeiras muitas vezes se baseia na demanda do seu trabalho doméstico, pois assim podem executar durante o dia as funções de cuidado com o lar e com os filhos. Mesmo quando existe o compartilhamento das atividades domésticas entre homens e mulheres, os primeiros executam funções pontuais como realizar pagamentos, fazer consertos e auxiliar no estudo dos filhos, enquanto cabe à mulher a responsabilidade direta ou indireta de atividades cotidianas como lavar e passar roupa, cozinhar, arrumar a casa, atividades essas que despendem um maior tempo e demandam uma maior carga de trabalho (RIZAVI; SOFER, 2008; HIRATA; KERGOAT, 2008).

Além do aumento absoluto da jornada de trabalho, representado tanto pelo número de horas trabalhadas, como pelo acúmulo de vínculos, ressalta-se ainda a execução de horas extras. Antunes (2010) aponta que, no contexto do toyotismo, que organiza o trabalho com base em um número reduzido de trabalhadores, a execução de horas extras é uma das práticas adotadas para potencializar o uso da força de trabalho. Veras (2003) indica que a execução de horas extras foi um mecanismo adotado como forma de sanar o déficit de enfermeiras pela secretaria da saúde no estado onde seu estudo foi operado.

Outra prática apontada por essa autora, e que é responsável pelo aumento da jornada de trabalho, é a *substituição* (VERAS, 2003, p. 76) conhecida como *venda de plantões*. Essa situação é caracterizada quando uma funcionária repassa a sua escala de trabalho (vende o plantão) a outra funcionária, que a assume em troca de um pagamento (compra o plantão). A venda de plantões seria uma espécie de terceirização da escala de trabalho entre as enfermeiras. Os motivos mais alegados para essa prática são a coincidência entre as escalas dos distintos vínculos trabalhistas e o cansaço físico e mental, também em razão dos múltiplos vínculos ou outros motivos de ordem pessoal. As enfermeiras que compram os plantões das

é um dos motivos que a levam a executar esta prática, sendo estes plantões extras uma complementação ao salário.

Tudo isso indica que as enfermeiras colaboram para a redução do valor da sua força de trabalho, ao praticarem a venda de plantões e ao manterem diversos vínculos para compensar o baixo salário recebido. Assim, o valor da força de trabalho dessa profissional cai ainda mais porque não existe sequer a compensação financeira momentânea pelo desgaste da sua capacidade para o trabalho. Cabe lembrar que esse cenário agrava-se em virtude da frágil politização das enfermeiras e da concorrência existente entre na categoria, o que segmenta as trabalhadoras e favorece o modo de produção capitalista.

Outro aspecto que merece destaque é a intensidade da jornada de trabalho. A intensidade do trabalho, conforme já debatemos no capítulo sobre o valor da força de trabalho, relaciona-se com a forma como o trabalho é realizado, o que reflete no quanto de energia é despendido pelo trabalhador, seja ela física ou emocional, na realização da sua atividade (ROSSO, 2006).

Marx (1996) afirma que o aumento da intensidade da jornada de trabalho contribui para a desvalorização da força de trabalho, pois o preço que é pago ao trabalhador geralmente não compensa o desgaste ao qual este é submetido. Assim, mesmo que o salário se eleve em termos absolutos, o desgaste físico, mental e emocional do trabalhador não compensa o ganho. Nessa situação adversa diminui o uso útil da força de trabalho, já que quando submetido a situações de trabalho intenso, o trabalhador está mais propenso a acidentes e ao adoecimento. Cabe lembrar que a força de trabalho só realiza o seu valor para o trabalhador quando este pode vendê-la.

Para a enfermeira, o aumento da intensidade do trabalho é evidente quando esta profissional responde, em um único turno, por mais de uma unidade de produção de serviços de saúde; quando, gerenciando equipes de enfermagem com número de trabalhadoras inferior ao preconizado, é obrigada a executar procedimentos que ficariam sob a responsabilidade de técnicos/auxiliares de enfermagem; quando prestam diversas consultorias ao serviço de saúde ao qual são vinculadas, a exemplo de compra de equipamentos, insumos, implantação de algum serviço ou avaliação de alguma tecnologia, sem receber nem o salário e nem o reconhecimento por tal atividade; e, por fim, o aumento da intensidade se revela ainda na superlotação de pacientes nas enfermarias e outras dependências no hospital, o que leva a enfermeira e demais trabalhadoras em enfermagem a prestarem assistência a um número de pacientes acima do recomendado. Na rede de serviços de saúde de atenção básica, essa intensidade se dá quando, por ausência de algum profissional, a enfermeira é a encarregada de

da equipe ou assume a responsabilidade por um número maior de famílias do que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

É importante ressaltar que a própria natureza assistencial-gerencial-assistencial do trabalho da enfermeira predispõe a uma maior intensidade do trabalho, pois ela executa, concomitantemente, dois grupos distintos de atividades. Desse modo, nos serviços em que prevalece a lógica de contenção de gastos em detrimento da qualidade da assistência o número de enfermeiras é reduzido, intensifica-se a execução das atividades gerenciais e assistenciais na mesma jornada de trabalho.

Toda essa situação é agravada pelas condições precárias de trabalho, que submetem as trabalhadoras a riscos físicos, biológicos e psíquicos, conforme é demonstrado pelos estudos de Furtado e Araújo Júnior (2010), Mauro et al (2010), Barbosa et al (2009), Salomé, Espósito e Silva (2008) e Medeiros et al (2006). Todos esses estudos referem a sobrecarga de trabalho para as enfermeiras pelas condições descritas no parágrafo anterior.

A redução da jornada de trabalho é fruto da luta histórica da classe trabalhadora pela conservação do único bem que lhe resta na sociedade capitalista ó a sua força de trabalho. Nessa perspectiva, a determinação da jornada de trabalho é a consequência da luta da classe dos trabalhadores contra a classe dos capitalistas, pois o trabalhador, individualmente, após certo desenvolvimento das forças produtivas, é incapaz de resistir às investidas do capital para o aumento da produção de mais valor (MARX, 1996).

Desse modo, a determinação da jornada de trabalho para as trabalhadoras da Enfermagem é uma das formas de impedir a desvalorização da força de trabalho da enfermeira, mas não é a única. Mesmo com uma jornada de trabalho reduzida, se as condições de trabalho não mudarem, a intensidade da jornada de trabalho tende a aumentar.

Portanto a redução da jornada de trabalho deve estar articulada à melhoria das condições de trabalho de uma forma geral, o que significa conquistar para todos os trabalhadores da área da saúde a redução do òtempo opressivo de trabalhoö (ANTUNES, 2010, p. 111). Além disso, de modo a evitar o desgaste da força de trabalho por meio do acúmulo de diversos vínculos, a redução da jornada de trabalho deve estar vinculada ao estabelecimento de salários dignos, que assegurem a subsistência das trabalhadoras com uma quantidade menor de vínculos de trabalho.

Por fim, a redução da jornada de trabalho deve significar para as enfermeiras a oportunidade de tempo verdadeiramente livre, pois conforme nos refere Antunes (2010), o tempo para viver e o tempo de trabalho são, na verdade, uma divisão artificial. Não existe vida cheia de sentido fora do trabalho e sem sentido dentro dele, ou vice-versa. Enquanto ser

amente realizado em uma esfera e não em outra, principalmente em nossa sociedade, na qual o trabalho é uma categoria central para a integração. Assim,

Não é possível compatibilizar trabalho assalariado, fetichizado e estranhado com tempo (verdadeiramente) livre. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. Em alguma medida, a esfera fora do trabalho estará maculada pela desefetivação que se dá no interior da vida laborativa. (ANTUNES, 2010, p. 112).

Para as enfermeiras, além da utilização do tempo que se pretende livre para outras ações que não a realização de mais trabalho, significa ainda pensar e dotar de sentido o que se faz. Cuidar de pessoas não pode ser a mimetização de outras profissões e nem significar a subordinação de quem o exerce. Contudo, para tal, será necessário empreender a luta por um modo de atenção à saúde que possibilite a integração das diversas profissões; em que o usuário seja o elo entre todas as profissões e os atributos que são caros ao sistema capitalista ó demanda por procedimentos e tecnologias ó sejam secundários no processo do cuidado.

Para a realização de um cuidado que promova a saúde, as enfermeiras precisarão resgatar outra dimensão da sua profissão: a política. O tempo verdadeiramente livre também deverá ser empregado para o engajamento político na própria profissão e em movimentos emancipadores da sociedade. Além disso, é importante atentar para o desenvolvimento científico e artístico da profissão.

Não é possível que todo o tempo que se pretende livre seja utilizado somente para a aquisição de habilidades úteis no mundo do trabalho, a exemplo da busca desenfreada por diversas especializações, ou ocupado com mais trabalho, ou ainda voltado somente para o consumo. Afinal, uma das maneiras utilizadas pelo capitalismo para a desarticulação dos trabalhadores é o incentivo à competição, fazendo com que busquem o tempo todo produzir (GORZ, 2007) para que mantenham a sua empregabilidade, o que, geralmente, significa submeter-se a jornadas maiores e mais intensas, contribuindo para uma maior desvalorização da força de trabalho, ao intensificar o desgaste das trabalhadoras.

Na concorrência entre as enfermeiras e seus empregadores pela venda da força de trabalho, a jornada de trabalho contribui para a redução do valor desta força, pois ao longo do tempo aumenta-se o número de horas trabalhadas pela enfermeira e a intensidade do trabalho, o que leva a um desgaste desta trabalhadora. E, visto que se observa uma redução dos salários nos últimos cinco anos, esse desgaste não é compensado financeiramente, levando a

vínculos de trabalho, de forma a compensar as perdas financeiras, gerando um ciclo vicioso.

É importante ressaltar que as enfermeiras contribuem com essa situação ao praticarem a terceirização dos seus plantões, o que concorre para a redução do valor da força de trabalho, submetendo toda a categoria a um desgaste maior. Além disso, a venda de plantões colabora para a não criação de novos postos de trabalho, pois ele continua sendo executado com o mesmo número de trabalhadoras, embora exista um déficit mascarado pelo acúmulo de vínculos destas profissionais.

Assim, as enfermeiras, além de concorrem entre si, ainda agem, individualmente, para a redução do valor da sua força de trabalho. Mais uma vez é preciso ressaltar que tais comportamentos também são fruto da frágil organização política das enfermeiras, que buscam sempre soluções individuais, seja alugando a sua escala ou procurando novos vínculos, ao invés de investir na busca de soluções coletivas.

Em suma, a análise das variáveis que conformam o valor da força de trabalho da enfermeira revela que embora a qualificação e a natureza do trabalho executado ó e vale destacar aqui que a sociedade contemporânea, em virtude da transição epidemiológica e demográfica e aumento da complexidade das organizações de saúde precisará, cada vez mais, de cuidados profissionais coordenados pela enfermeira ó confirmam mais valor a essa mão de obra, isto não tem conseguido repercutir no preço pago a essa trabalhadora. Para essa situação colaboram fatores que afetam negativamente tanto o preço da força de trabalho, como o exército de reserva e a fragilidade política das enfermeiras, quanto o seu valor, dado pela nova divisão do trabalho no campo da enfermagem e na saúde, o modelo assistencial biomédico, o aumento da jornada e da intensidade do trabalho. O atual cenário de precarização do trabalho e a desigualdade entre os gêneros contribuem ainda mais para o distanciamento entre o valor e o preço da força de trabalho da enfermeira. Isso beneficia o capital no setor saúde e, já que não podem prescindir dessa profissional, os donos dos meios de produção encontram modos de reduzir os custos com a força de trabalho da qual necessitam.

Assim, a compreensão sobre o valor da força de trabalho da enfermeira não é uma questão meramente econômica. É preciso compreender as relações que mantêm o preço dessa força de trabalho abaixo do seu valor, pois, contraditoriamente, os fatores que deveriam aportar mais valor à força de trabalho da enfermeira também estão contribuindo, em razão do contexto do mundo do trabalho contemporâneo brasileiro, para a queda no seu preço.

Este estudo, pelo seu caráter exploratório, não permite afirmações conclusivas, até por que os fatores analisados estão em fase de transição. Vivenciamos um momento histórico em que, a crise financeira mundial revela uma crise estrutural do capitalismo (MÉSZÁROS, 2011). No Brasil, especificamente na saúde, o modelo assistencial biomédico é também alvo de questionamentos, e novas alternativas se apresentam no horizonte. Esses momentos de crise e de transição sempre colocam novas possibilidades que devem ser profundamente discutidas pela classe trabalhadora.

Para as enfermeiras, é preciso questionar a função que lhe foi atribuído historicamente no modo de produção e no modelo assistencial hegemônico da saúde. Na conjuntura atual, não cabe mais a essa profissional atuar como subsidiária à prática médica, dado que emerge como singular no seu trabalho a capacidade de articular os distintos processos de trabalho na saúde. Com isso, a enfermeira estabelece intercessões com todos os profissionais da saúde, acumulando um conhecimento não somente sobre o funcionamento dos serviços de saúde, mas sobre as distintas ações dos profissionais. Esse conhecimento abre a possibilidade para a enfermeira atuar como gerente intermediária não só da equipe de enfermagem, mas do processo de produção coletivo na saúde.

Quanto à natureza assistencial-gerencial do trabalho da enfermeira, é preciso romper o fetichismo existente na profissão sobre a natureza dual do trabalho. A enfermeira assiste-gerencia, sendo falsa a concepção de que esta profissional precisa voltar à assistência direta ao usuário, visto que, de fato, ela nunca deixou de prestá-la. É também questionável o argumento de que somente a execução da assistência direta seria capaz de valorizar economicamente e elevar o prestígio social da profissão da enfermeira. Conforme debatemos, no modelo assistencial biomédico, em razão do controle que a profissão hegemônica consegue exercer sobre todas as outras profissões da saúde, e ainda que a enfermeira consiga uma relativa autonomia na sua prática clínica, dificilmente será reconhecida socialmente por isto.

Na análise das variáveis que conformam o valor da força de trabalho da enfermeira, destacam-se como os principais achados:

(i) O trabalho feminino

As questões de gênero no mercado de trabalho em geral revelam-se por meio da nova divisão sexual, em que as mulheres são submetidas ao trabalho mecanizado e com menor preço e os homens ocupam as funções vinculadas à criação e coordenação, com os maiores salários. Para o trabalho da enfermeira essa situação aparece tanto no contexto geral dos

Profissional comumente está fora dos nichos de produção de pesquisa em que são desenvolvidas as novas tecnologias para o setor saúde, quanto no interior da profissão, em que os homens são os que mais logram os cargos de comando e gestão do trabalho, embora sejam quantitativamente inferiores às mulheres.

As relações objetivas, e especialmente as subjetivas relacionadas ao gênero, contribuem sobremaneira para que as enfermeiras mantenham-se no setor saúde em uma posição muito próxima ao do início da profissão, no século XIX, na Inglaterra. Muitas vezes o posicionamento adotado pelas enfermeiras no cotidiano do trabalho reforça o estereótipo de submissão ao trabalho médico ao não considerar os aspectos políticos na execução do trabalho.

(ii) A divisão parcelar do trabalho e a reestruturação do trabalho da enfermeira na sociedade contemporânea.

Destaca-se a entrada da mão de obra complementar no campo da enfermagem e a concorrência existente entre as próprias enfermeiras para a venda da sua força de trabalho. A existência de mão de obra complementar colabora para a perda da especificidade do campo da enfermagem e suprime, em parte, a necessidade pelo trabalho da enfermeira.

Quanto à concorrência entre as enfermeiras, este elemento parece ser prevalente para a redução do valor da sua força de trabalho. A pouca coesão enquanto classe trabalhadora faz com que as enfermeiras aprofundem as situações desfavoráveis para a venda da sua força de trabalho, por exemplo, submetendo-se a salários muito baixos, o que reforça a não concorrência dos seus empregadores pela compra da sua mão de obra, já que as enfermeiras aceitam e reforçam as situações de exploração em prol da colocação no mercado de trabalho.

Soma-se a isso o fato de que, uma vez no mercado de trabalho, as enfermeiras buscam isoladamente soluções para o contexto do trabalho precarizado e flexibilizado, seja inserindo-se em vários vínculos de trabalho, para amenizar seu baixo salário, seja terceirizando a sua escala de plantões, para reduzir a jornada do trabalho. Uma ou outra solução acaba por intensificar o trabalho, o que reverbera na queda do valor da força de trabalho, pois submete a classe ao desgaste provocado por tal situação sem existir a compensação financeira.

(iii) O tempo de formação para o trabalho

Ainda que o aumento do tempo de qualificação para o trabalho seja um dos fatores que colabora para a elevação do valor da força de trabalho, para as enfermeiras este elemento, no contexto da sociedade brasileira, não tem impactado nos salários. Pela análise feita, a oferta da mão de obra crescente nos últimos dez anos parece ser um fator preponderante na definição do preço da força de trabalho da enfermeira do que o tempo necessário para sua formação.

Realização dessa categoria tem servido mais para a desqualificação da profissão, pois nem todas as especialidades existentes para a enfermagem encontram demanda no mercado de trabalho, levando as enfermeiras especialistas a ocuparem postos de trabalho que demandam apenas a formação genérica. De uma forma geral, o aumento da qualificação também contribui para o aumento da concorrência entre essas trabalhadoras, pois os investimentos para a qualificação visam atender à demanda do mercado de trabalho, em que cada trabalhador é responsabilizado individualmente por sua colocação.

É preciso destacar ainda as diferenças de gênero que mantém na sociedade o espectro de que a qualificação feminina é inferior à qualificação masculina. Assim, é preciso romper com o paradigma de que a formação da enfermeira é feita por meio de qualidades do feminino e não pela qualificação para um trabalho socialmente relevante, um dos fatores que compõe o cenário que conserva a enfermeira em uma situação pré-profissional.

(iv) O tempo do trabalho

Destaca-se aqui o aumento da intensidade do trabalho da enfermeira, em parte em virtude da exploração da natureza dual do seu trabalho e em outra em razão do contexto do trabalho precarizado. A ausência da regulamentação da jornada do trabalho e do patamar salarial, em conjunto com a pouca organização das enfermeiras como classe trabalhadora, submete essa profissional ao que determinam as organizações de saúde, não somente ao que se refere à jornada de trabalho, mas principalmente às condições deste. Assim, ainda que em algumas instituições a jornada de trabalho seja inferior a 40 horas semanais, a demanda pelo trabalho ó supervisão de mais de uma enfermagem, coordenação de equipe de enfermagem com número insuficiente de técnicas e auxiliares, consultorias etc. ó eleva a intensidade.

Pelos fatos e argumentos explicitados para cada variável, confirma-se a hipótese deste estudo de que elementos que congregam menor valor à força de trabalho da enfermeira são prevalentes em relação aos que podem aportar mais valor. E o resultado dessa relação é que o preço da força de trabalho da enfermeira tem-se mantido cada vez mais abaixo do seu valor. Portanto, o salário pago às enfermeiras, vendedoras da força de trabalho, aproxima-se do limiar necessário para a sua subsistência.

Por meio da análise das variáveis que compõem o valor da força de trabalho da enfermeira, e utilizando-se dos elementos do método dialético, podemos considerar:

Tese: O valor da força de trabalho da enfermeira é elevado por causa da qualificação necessária representada pelo aumento do tempo de formação e pela ampliação do escopo de conhecimentos necessários à produção desta força de trabalho; da natureza do trabalho executado, assistencial-gerencial, que permite a essa profissional atuar em diversos contextos

ela cumpre no modo de produção econômico capitalista, como gerente intermediária, que garante a articulação necessária da força de trabalho e dos insumos para a realização da assistência.

Antítese: O valor da força de trabalho da enfermeira é reduzido em razão das condições supraestruturais, que na conjuntura contemporânea mantêm a condição subalterna da mulher no mercado de trabalho por meio das novas formas de divisão sexual do trabalho; e que flexibilizaram e precarizaram as relações de trabalho, aumentando e intensificando a jornada; e especificamente no setor saúde, pela manutenção do modelo biomédico, que assegura a hegemonia de uma única profissão pelo controle que esta exerce sobre as demais e pela nova divisão do trabalho no campo da enfermagem, destacando-se a concorrência entre as enfermeiras como fator que reduz o valor da sua força de trabalho.

Síntese: O valor da força de trabalho da enfermeira no contexto contemporâneo brasileiro é definido mais pelos elementos que reduzem do que por aqueles que contribuem para a elevação deste valor. Conseqüentemente, o preço dessa força de trabalho tem caído abaixo do seu valor, o que beneficia o modo de produção capitalista e o modelo hegemônico da saúde, pois estes não podem prescindir da força de trabalho dessa profissional, que é essencial para coordenar e realizar o processo de trabalho em enfermagem e articular os processos de trabalho em saúde.

É preciso ressaltar que identificamos que é necessário outros estudos sobre as relações sociais que mantêm as contradições para a conformação do valor da força de trabalho da enfermeira encontradas neste estudo. Além do que, embora se tenha feito um exercício de discussão ampliada sobre os termos aqui levantados, é importante observar que as especificidades de cada região brasileira poderão produzir resultados díspares aos aqui sustentados. Assim, um dos limites deste trabalho é que não foi possível captar inteiramente as singularidades do trabalho da enfermeira e dos elementos que conformam o seu valor para a complexa e diversa realidade brasileira.

Por fim, é importante afirmar que a compreensão sobre o valor da força de trabalho da enfermeira não é uma questão meramente econômica e que a superação das relações sociais que mantêm as desigualdades de gênero, e que sustentam o modelo assistencial hegemônico, não podem ser resolvidas no âmbito técnico-profissional. A via que emerge exige a organização coletiva da categoria e a explicitação da disputa política entre as enfermeiras, entre enfermeiras e demais trabalhadoras da enfermagem e da saúde. E nessa disputa as enfermeiras precisam, coletivamente, estabelecer estratégias que provoquem mudanças no interior da profissão, bem como no contexto social geral, de forma a superar ou minorar os



PDF
Complete

*Your complimentary
use period has ended.
Thank you for using
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

conhecimento social e para a valorização econômica do
seu trabalho.

REFERÊNCIAS

ALVES, Delvair Brito. **Mercado e condições de trabalho na enfermagem**. Salvador: Gráfica Central, 1987.

ALVES, Giovanni. **Dimensões da Reestruturação Produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2 ed. Bauru: Canal 6, 2007.

AMÂNCIO FILHO, Antenor; VIEIRA, Ana Luiza Stieber; GARCIA, Ana Cláudia Pinheiro. Oferta das graduações em medicina e enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.,30, n. 3, p. 161-170, 2006.

ANTUNES, Maria José Morais; EGRY, Emiko Yoshikawa. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 1, p. 98-107, 2001.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Org.). **A Perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 13-22.

_____; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 25, n. 8, p. 335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

ARAÚJO, Tânia Maria de; ROTENBERG, Lúcia. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p.131-150.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM - ABEn. Jornada de trinta horas para a enfermagem: luta da enfermagem e regulação social. **Jornal da ABEn**, ano 47, n. 3, p. 14-15, jul./set. 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface** ó Comunicação, Saúde, Educação, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004.

BARBOSA, Karine Pacheco. et al. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009.

BARRETO, Maria Inês. As organizações sociais na reforma do Estado brasileiro. In: Bresser-Pereira, Luiz Carlos. **O público não-estatal na reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features

es do Estado e a teoria marxista das classes sociais. **Revista de Marxismo Vivo**, São Paulo, p. 113-122, nov.2002. Disponível em: <<http://www.pstu.org.br>>. Acesso em 10 novembro 2012.

BEJGEL, Ilana; BARROSO, Wanir José. O trabalhador do setor saúde, a legislação e seus direitos sociais. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 69-77, jul./dez. 2001.

BETO GUEDES; RONALDO BASTOS. **Amor de Índio**. São Paulo: EMI-Odeon, p1978. 1 disco sonoro.

BLEICHER, Lana. **Autonomia ou assalariamento precário?: o trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador**. 2011. 289f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2011.

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <<http://www.site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 10 maio 2011.

_____. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE). **A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Cadernos MARE da reforma do Estado, vol. 1. Brasília, DF: MARE1997.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução nº 4**, de 06 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, DF, 2009a. Disponível em: <http://www.portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. 2. ed. Brasília, DF, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Câmara de regulação do trabalho em saúde**. Brasília, DF, 2006. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora nº 15** ó Atividades e operações insalubres. Brasília, 1978. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/legislacao/norma-regulamentadora-n-15-1.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais**. Base online. 2011a. Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/rais/default.asp>>. Acesso em: 01 jul.2011.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

_____. **Decreto-Lei nº 5.542**, de 1º de maio de 1943. Aproveita a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 28 maio 2012.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged)**. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://portal.mte.gov.br/caged/>>. Acesso em: 04 abr. 2011.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRITO, Jussara Cruz de. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 195-204, jan./mar. 2000.

BRUSCHINI, Cristina. et al. Trabalho e gênero no Brasil até 2005: uma comparação regional. In: COSTA, Albertina de Oliveira. et al (Org.). **Mercado de trabalho e gênero**: comparações internacionais. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. p. 15-33.

COLLIÈRE, Marie Françoise. **Promover a vida**. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2 ed. Porto, Portugal: LIDEL, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM ó Cofen. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. 2010. Disponível em: <<http://www.portalconfen.gov.br>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

COSTA, Lauriana Medeiros; GERMANO, Raimunda Medeiros. Estágio curricular supervisionado na graduação em Enfermagem: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 706-710, nov./dez. 2007.

DAUNE-RICHARD, Anne-Marie. Qualificações e representações sociais. In: MARUANI, Margaret; HIRATA, Helena (Org.). **As novas fronteiras da desigualdade**: homens e mulheres no mercado de trabalho. Tradução de Clevis Rapkiewicz. São Paulo: Editora Senac, 2003. p. 65-76.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS ó DIEESE. **Nota técnica número 33**. O trabalhador da saúde em seis regiões metropolitanas brasileira. Setembro de 2006. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>>. Acesso em: 31 ago. 2011.

_____. **Nota técnica número 106**. Política de valorização do salário mínimo: considerações sobre o valor a vigorar a partir de 1º de janeiro de 2012. Janeiro de 2012. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br>>. Acessado: 01 jun. 2012.

_____. **Cesta Básica Nacional**: metodologia. São Paulo, 1993. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/rel/rac/metodologia.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2012.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e Sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

ção e resistência: novos e velhos desafios? **Caderno CRI**, Salvador, v. 24, n. 1, p. 57-57, 2011. Edição especial.

ERDMANN, Alacoque Lorenzinni; FERNANDES, Josicelia Dumêt, TEIXEIRA, Giselle Alves. Panorama da educação em enfermagem no Brasil: graduação e pós-graduação. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 2, p. 89-93, 2011. Suplemento.

FAKIH Flávio Trevisan; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59, n. 2, p. 183-187, mar./abr. 2006.

FREIDSON, Eliot. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. Tradução de André de Faria Pereira Neto e Karina Brezinova de Moraes. São Paulo: Editora UNESP; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.

FREITAS, Genival Fernandes; FUGULIN, Fernanda Maria Togeiro; FERNANDES, Maria de Fátima Prado. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, n. 40, p. 434-438, 2006.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretária de Assuntos Estratégicos da Presidência da república. 2012.

FURTADO, Betise Mery Alencar Sousa Macau; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz Correia de. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 169-174, 2010.

GERMANO, Raimunda Maria. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1993.

GIRARDI, Sabado Nicolau; MAAS, Lucas Wan Der. **Informações sobre mercado de trabalho em saúde**: conceitos e bases de dados. Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

GORZ, André. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. Tradução de Ana Montoia. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007.

_____. **O Imaterial**: conhecimento, valor e capital. Tradução de Celso Azzan Júnior. São Paulo: Annablume, 2005.

HADDAD, Fernando. Trabalho e classes sociais. **Revista Tempo Social - USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 97-123, out. 1997.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Dialética, dualismo epistemológico e pesquisa empírica. In: _____ (Org.). **Dialética hoje**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990. p.145-175.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. Tradução de Wanda Carneira Brant. São Paulo: Boitempo, 2002. (Coleção Mundo do Trabalho).

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. Tradução: Fátima Murad. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, set./dez. 2007.

_____; _____. Divisão sexual do trabalho profissional e doméstico: Brasil, França, Japão. In: COSTA, Albertina de Oliveira. et al (Org.). **Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. p. 263-278.

_____; _____. A divisão sexual do trabalho revisitada. In: MARUANI, Margaret; HIRATA, Helena (Org.). Tradução: Clevis Rapkiewicz. **As novas fronteiras da desigualdade: homens e mulheres no mercado de trabalho**. São Paulo: Editora Senac, 2003. p. 111-123.

IANNI, O. **Dialética e capitalismo: ensaio sobre o pensamento de Marx**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1988.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA - INEP. **Censo da Educação Superior**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior>>. Acesso em: 24 maio 2011.

KERGOAT, Danièle. et al. **Les infirmières et leur coordination**. 1988-1989. Paris: Editions Lamarre, 1992.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. 25. ed. São Paulo: Brasiliense, 1990. (Coleção Primeiros Passos).

LIMA, Luciana Bjorklund; MAGALHÃES Ana Maria Muller. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 426-433, set. 2006.

LOMBARDI, Maria Rosa. Engenheira e gerente: desafios enfrentados por mulheres em posições de comando na área tecnológica. In: COSTA, Albertina de Oliveira. et al (Org.). **Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. p. 387-401.

LUCENA. Amália de Fátima. et al. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 292-298, 2006.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neusa Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PESQUISAS EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 1., 2010, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: Uerj, 2010. Mesa-redonda. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/cosems/images/fbfiles/files/artigo_tendencias__EM_REVISAO.pdf>. Acesso em: 10 maio 2011.

_____. et al. O peso do trabalho leveo feminino à saúde. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 91-101, 2003.

MARX, Karl. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____. **O capital**: crítica da economia política. Volume I, livro primeiro, o processo de produção do capital, tomo I. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

_____. **Salário, preço e lucro**. 5. ed. Rio de Janeiro: Global, 1987.

MAURO, Maria Yvone Chaves. et al. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Escola Anna Nery ó Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-18, abr./jun. 2010.

MEDEIROS, Soraya Maria de. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 233-240, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm>. Acesso em: 31 jan. 2011.

MELO, Cristina. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

_____; SANTOS, Tatiane Araújo dos. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 426-432, jul./set. 2007.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Medicina e História**: raízes sociais de trabalho médico. 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) ó Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

_____. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos Cefor ó Textos**, 1, São Paulo, p. 1-53, 1992.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a Cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: **O dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), 2006.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. Tradução de Francisco Raul Cornejo. 2 ed. rev.e ampliada. São Paulo: Boitempo, 2011.

MORAES, Reginaldo. Reformas neoliberais e políticas públicas: hegemonia ideológica e redefinição das relações Estado-sociedade. **Educ. Soc.** Campinas, v. 23, n. 80, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 04 jan. 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Reforma do Estado, o SUS em reforma e os recursos humanos. In: SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**. Natal: EDUFRN, 2000.

HUMANOS EM SAÚDE. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. **Sinais de Mercado** ó dados sobre salário, média salarial por hora trabalhada e índice salarial. Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

OLIVEIRA, Manfredo Araújo de. Dialética e Hermenêutica em Jurgen Habermas. In: HAGUETTE, Teresa Maria Frota (Org.). **Dialética hoje**. Petropolis, RJ: Vozes, 1990. p. 81-115.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE ó OMS. **Relatório mundial de saúde 2006: trabalhando juntos pela saúde/Organização Mundial de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006/en>>. Acesso em: 10 maio 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-71.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

_____; VARELLA, Thereza Christina. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)-2002 - perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde com o foco na Enfermagem. **Revista Formação**, Presidente Prudente, SP, v. 2, n. 6, p. 55-68, set 2002.

PINHO, Paloma de Sousa; ARAÚJO, Tânia Maria de. Trabalho de Enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 329-336, jul./set. 2007.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

RIZAVI, Sayyid Salman; SOFER, Catherine. Trabalho domestico e organização do tempo dos casais: uma comparação internacional. In: COSTA, Albertina de Oliveira. et al. (Org.). **Mercado de trabalho e gênero: comparações internacionais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008. p. 107-124.

ROSSETTI, Ana Cristina; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Estimativa do quadro de pessoal de enfermagem em um novo hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 19, n. 4, p. 1011-1017, 2011,

ROSSO, Sadi Dal. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, n. 4, p. 65-91, 2006.

_____. **Acta do valor.** Tradução de José Bonifácio de S. Amaral
_____. São Paulo. Brasiliense, 1980.

SALERNO, Mario Sergio. A seu serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos de produção e o trabalho em atividades de serviços. In: _____ (Org.). **Relação de serviço: produção e avaliação.** São Paulo: Editora SENAC, 2001. p. 9-22. (Série Trabalho e Sociedade).

SALOMÉ, Geraldo Magela; ESPÓSITO, Vitória Helena Cunha; SILVA, Gilberto Tadeu Reis da. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 294-299, 2008.

SANTOS, Joares Maia dos; OLIVEIRA, Elias Barbosa de; MOREIRA, Almir da Costa. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 580-585, out./dez. 2006.

SCHUTZ, Vivian. **O Cuidado da enfermeira no mercado da saúde:** um estudo sobre o custo e o preço do processo de cuidar. 2007. 131 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) ó Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, Graciette Borges da. **Enfermagem profissional:** análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, Mary Gomes. et al. Processo de formação da(o) enfermeira(o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-184, jan./mar. 2010.

SILVA, Camila Simões. et al. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 263-271, jun. 2009.

SILVEIRA, Rachel. Os salários: mantidas as condições desiguais? In: MARUANI, Margaret; HIRATA, Helena (Org.). **As novas fronteiras da desigualdade:** homens e mulheres no mercado de trabalho. Tradução de Clevi Rapkiewicz. São Paulo: Editora Senac, 2003. p.151-163.

SOBOLL, Lis Andréia Pereira. **Controle e exploração:** a produção capitalista em uma unidade hospitalar. 2003. 202 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) ó Centro de pesquisa e pós-graduação em Administração, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

SOBRINHO, Carlito Lopes Nascimento. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, jan. 2006.

SOUZA. et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Revista Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 356-361, jul./set. 2009.

[Click Here to upgrade to
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

ades de saúde: mediações de um conceito ó contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde. 1991. Tese (Doutorado em Saúde Pública) ó Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO ó UERJ. Rede ObservaRH. **Estação de Trabalho IMS/UERJ.** Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/>>. Rio de Janeiro, 2011. Acesso em: 10 jan. 2012.

VARELLA, Thereza Christina. **Mercado de trabalho de enfermeiro no Brasil:** configuração de emprego e tendências no campo do trabalho. 2006. 248 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) ó Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

VERAS, Verônica Simone Dutra. **Aumento da jornada de trabalho:** qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem? 2003. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) ó Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

VIANNA, Cid Manso de Melo. Estruturas do sistema de saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. **PHYSIS:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 375-390, 2002.