

Condições institucionais e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho por terapeutas ocupacionais em hospitais públicos

Kaline Kelly Rodrigues Farias, Waldez Cavalcante Bezerra

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Maceió, AL, Brasil.

Resumo: Introdução: A política de saúde no Brasil, desde a década de 1970, antecedeu várias transformações, passando pela conquista do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, até a implementação de novos modelos de gestão que, no contexto da política neoliberal, podem precarizar os serviços públicos de saúde, resultando em prejuízos aos hospitais públicos e aos profissionais que neles atuam, dentre estes, o terapeuta ocupacional. Objetivo: A pesquisa aqui relatada teve como objetivo geral desvelar os impactos da precarização da política de saúde brasileira na atuação profissional dos terapeutas ocupacionais nos hospitais públicos de Maceió-AL. Método: Trata-se de um estudo qualitativo, de campo, cuja produção dos dados se deu por meio da realização de entrevista semiestruturada, sendo estes dados analisados à luz da técnica de análise de conteúdo. Resultados: A partir da análise, emergiram duas categorias temáticas: ‘Dificuldades no cotidiano de trabalho’ e ‘Estratégias profissionais para o enfrentamento da precarização do trabalho’. Identificou-se que a precarização atinge as relações e condições de trabalho, constituindo um processo de continuidade entre diferentes precarizações, dificultando o trabalho interdisciplinar e o atendimento às demandas dos usuários. Por outro lado, os profissionais adotam estratégias de enfrentamento que incluem a solicitação de recursos à instituição, compra e doação de materiais, uso de adaptações, imposição de limites à instituição, porém nem sempre resolutivas. Conclusão: Portanto, o estudo revelou que a precarização do trabalho nos hospitais públicos de Maceió tem repercutido de forma direta nos terapeutas ocupacionais e resultado em prejuízos para os usuários do serviço público de saúde, mobilizando estratégias profissionais de enfrentamento.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional, Condições de Trabalho, Hospitais Públicos.*

Institutional conditions and coping strategies of precarious work conditions for occupational therapists in public hospitals

Abstract: Introduction: Health policy in Brazil since the 1970 preceded several transformations, passing the conquest of the National Health System in 1988 to the implementation of new management models that in the context of neoliberal policy may impair public health services, resulting in losses to public hospitals and their professionals, including the occupational therapist. Objective: This research aimed to reveal the precariousness of the impacts of the Brazilian health policy in the professional practice of occupational therapists in public hospitals in Maceió-AL. Method: This is a qualitative field study, with data collected with semi-structured interview, and analyzed based on the content analysis technique. Results: The analysis raised two themes: ‘Difficulties in daily work’ and ‘Professional coping strategies of precarious work conditions’. It was found that the precariousness affects both work relations and conditions, thus constituting a continuity process between the different precariousness, impairing interdisciplinary work and the satisfaction of user’s demands. On the other hand, professionals adopt coping strategies including resource requests to the institution, buying and getting materials through donation, using adaptation, establishing limit imposition to the institutions, even though they don’t always solve the problem. Conclusion: Therefore this study has revealed that the precarious work conditions in public hospital in the city of Maceió has reverberated directly in the occupational therapists, thus resulting in losses for the users of the public health system, mobilizing strategies of professional coping.

Keywords: *Occupational Therapy, Working Conditions, Public Hospitals.*

1 Introdução

A trajetória da saúde pública brasileira teve seu marco com a intervenção do Estado na saúde no período de 1930 a 1970. Foi no bojo do processo histórico-econômico e político dos anos 1930 que ocorreu a formulação da política de saúde com caráter nacional, como as demais políticas sociais, e organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro teve atuação predominante nas ações emergenciais até meados dos anos 1960, caracterizado pela ênfase nas campanhas sanitárias, interiorização das ações para as áreas de endemias rurais e criação de serviços de combate às endemias. O segundo setor se destacou na criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, que substituíram as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs, criadas a partir de 1923 com a lei Elói Chaves (BRAVO et al., 2004).

No período pós-1964, no contexto da ditadura militar, a classe dominante usou a lógica do capital para acalmar as tensões e legitimar o regime autocrático, intervindo nos problemas sociais através de projetos assistenciais, de caráter conservador e assistencialista, para atender aos interesses da burguesia. Desse modo,

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolveu-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para a burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1982 apud BRAVO et al., 2004, p. 27).

Durante a crise da ditadura militar, a política de saúde enfrentou constantes tensões entre os interesses dos setores estatal e empresarial, contribuindo para a emergência do Movimento de Reforma Sanitária, que congregou movimentos sociais, intelectuais e partidos de esquerda na luta contra a ditadura, com vista à mudança do modelo médico-assistencial privatista para o sistema nacional de saúde universal, público, participativo, descentralizado e de qualidade (SANTOS; GERHARDT, 2008).

Com a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa ao sistema de saúde em vigor, o Movimento de Reforma Sanitária foi legitimado em âmbito nacional na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que

[...] reuniu cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. O tema teve como eixos: saúde como direito de cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial (BRAVO et al., 2004, p. 33).

De acordo com Canellas (2014), esta conferência foi um marco da ampla participação de todos os setores organizados da sociedade civil para discutir um novo modelo de saúde para o Brasil, setores estes que pela primeira vez tinham uma presença efetiva, inexistente nas conferências nacionais de saúde anteriores.

Nesse processo, houve uma árdua batalha entre os setores progressistas e conservadores, até que fosse efetivada a legitimação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. A saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, a universalização do atendimento, a resolutividade, a hierarquização, a regionalização e participação tornam-se diretrizes do novo sistema nacional de saúde, legitimado no item III do artigo 198 da seção II da Constituição Federal de 1988.

Em setembro de 1990, após duras pressões, foi publicada a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a), que regulamenta o SUS, definindo atribuições e competências à União, aos estados e municípios, e critérios de financiamento para o setor. Nesse mesmo ano, surgiu a Lei complementar nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), que trata da participação da sociedade na política de saúde e do seu financiamento.

Contudo, no mesmo período, iniciou-se a agenda neoliberal, e a saúde passou a ser, cada vez mais, alvo de disputas políticas e de interesses em torno do dinheiro público utilizado na assistência em saúde. Nesse mesmo ano de 1990, o Banco Mundial (BM) interveio nas políticas públicas, consolidando sua orientação e interesse na área da saúde, que passou a se constituir em um importante mercado a ser explorado pelo capital (RIZZOTTO, 2005).

Apesar de iniciada nos anos 1990, tem-se observado que os governos subsequentes nos anos 2000 têm dado continuidade às contrarreformas¹ até a atualidade, predominando a adesão às propostas neoliberais que visam à redução dos gastos públicos, privatizações e a precarização da saúde pública. Tais propostas,

[...] estão voltadas para a desregulação estatal, acompanhada de uma política de privatização das estatais e de serviços públicos; o estímulo

a flexibilização da produção e do trabalho; o encolhimento dos espaços públicos; a precarização dos serviços públicos; a maior locação do fundo público na reprodução da acumulação do capital; a (des)universalização de direitos; a descentralização de competências sem o respectivo respaldo financeiro aos estados e municípios; e enfim, a desregulação da economia deixando ao livre jogo do mercado a ‘promoção do equilíbrio econômico e social’ (CORREIA, 2005, p. 32).

Com isso, o SUS vem sendo alvo de medidas que trazem novas estratégias de desmonte do serviço público de saúde, através dos denominados “novos modelos de gestão”: Organizações Sociais (OSs), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O eixo dessas medidas é propor o repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, através dos contratos de gestão e parcerias, mediante transferências de recursos públicos (CANELLAS, 2014).

As OSs criadas em 1998, pela Lei 9.637/98 (BRASIL, 1998), têm como objetivo formal

[...] qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

Porém, por trás desse objetivo, há intenções danosas ao serviço público e aos profissionais de saúde, pois tal modelo tem a autonomia de contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública, porque estas são consideradas “atribuições privativas do Conselho de Administração” (CORREIA, 2011).

As OSCIPs, criadas pela Lei Federal n.º 9.790 em 1999, instituem uma nova forma de transferência das funções do Estado para o setor privado, através do “Termo de Parceria”. Nelas, a prestação de serviços públicos é transferida para as Organizações Não Governamentais (ONGs), cooperativas, associações da sociedade civil de modo geral, por meio de “parcerias”, sendo outra forma de o Estado se desresponsabilizar da política pública de saúde e, conseqüentemente, do trabalhador desses serviços (CORREIA, 2011).

Para Granemann (2007), o Projeto de Lei Complementar nº 92/2007 das Fundações Estatais de Direito Privado completa e aprofunda a privatização

de setores públicos, através do repasse de recursos públicos, por meio de contratos de gestão, para um setor dito “público não estatal”, que terá autonomia gerencial, orçamentária e financeira.

Já a EBSERH, criada através da Lei 12.550, de 15 de dezembro de 2011, se constitui em uma empresa pública sob a forma de sociedade anônima, com personalidade jurídica de direito privado para prestação de serviços públicos de educação e saúde, significando na prática a terceirização do maior sistema hospitalar público brasileiro, composto por 45 hospitais universitários federais (CORREIA; DANTAS, 2012).

Nota-se que as diretrizes da contrarreforma do Estado na saúde, com os seus novos modelos de gestão, somente trazem prejuízos à política pública de saúde, dentre os quais: privatização dos serviços públicos; ameaça aos direitos sociais e a legislação do SUS; precarização do trabalho em saúde e seus trabalhadores; limitação do controle social e desvio de recursos públicos.

Tais processos abrem

[...] um precedente para o clientelismo, bem como para a precarização do trabalho frente à flexibilização dos vínculos. A contratação sem concurso só favorece o fortalecimento de ‘currais eleitorais’ nos estados e municípios e contraria o ingresso de trabalhadores da saúde de forma transparente, além de não assegurar direitos trabalhistas e previdenciários (CORREIA, 2011, p. 10).

Além disso, com os novos modelos de gestão o Estado cede servidores públicos para entidades privadas, que passariam a ter carga horária, processo de trabalho e de gerência determinados e controlados pela Empresa, que também passaria a definir metas e produtividade. A contratação dos trabalhadores ocorre pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a qual aponta para a quebra da estabilidade do servidor público, resultando no enfraquecimento da organização dos trabalhadores como classe, pois estes não se reconhecem como uma única categoria, a de funcionários públicos (GRANEMANN, 2007).

Com relação à EBSERH, além das questões já levantadas, tem-se o

[...] retrocesso do controle social que passa a ser exercido por Conselho Consultivo, ao invés dos conselhos deliberativos do SUS, com composição paritária entre sociedade civil e Estado (CISLAGHI, 2011, p. 61).

O Estatuto prevê a existência de um único representante dos trabalhadores no seu Conselho,

porém, na discussão quanto às questões trabalhistas e sindicais, esse único membro não tem direito a voto, pois isso implicaria conflito de interesses.

Uma vez que esses modelos precarizam as condições de trabalho dos profissionais, também desqualifica o atendimento à população usuária do SUS, já que essas empresas gerem pensando no lucro e não no atendimento das necessidades dos usuários, pois

[...] se houver uma demanda maior do que a meta estabelecida no contrato de gestão firmado, as necessidades da população serão negadas porque estarão fora das metas contratualizadas (CORREIA, 2011, p. 8).

Considerando o contexto atual da política de saúde e a maior inserção de terapeutas ocupacionais nos contextos hospitalares, especialidade esta reconhecida pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) através da Resolução nº 429/2013 (CONSELHO..., 2013), torna-se relevante investigar sob quais condições de trabalho esses profissionais estão desenvolvendo as suas atividades profissionais nos hospitais públicos. Desse modo, esta pesquisa procurou desvelar de que forma a precarização da política de saúde repercute na atuação dos terapeutas ocupacionais inseridos nos hospitais públicos da cidade de Maceió-AL.

2 Método

Trata-se de um estudo² exploratório de caráter qualitativo, pois ao focar na compreensão e análise acerca das percepções dos profissionais sobre as suas condições de trabalho, esta abordagem se mostrou mais adequada. Foi desenvolvido a partir de uma pesquisa de campo, na qual se utilizou da entrevista semiestruturada como técnica de coleta e produção dos dados. O roteiro da entrevista foi elaborado pelos pesquisadores, sendo composto por nove questões (fechadas e abertas) que objetivavam investigar os aspectos relacionados às condições de trabalho dos terapeutas ocupacionais nos hospitais públicos.

Foram incluídos no estudo todos os terapeutas ocupacionais registrados no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região – CREFITO 1 e que possuíam pelo menos um vínculo empregatício com algum hospital público de Maceió. O recorte nos hospitais públicos se deu pela constatação prévia de que o setor público é o principal empregador dos terapeutas ocupacionais que atuam em contextos hospitalares no município estudado. Foram excluídos os profissionais que atendiam ao critério de inclusão, mas que estavam

afastados, por motivos diversos, do trabalho no período de realização das entrevistas.

O universo amostral do estudo foi estimado através de consultas prévias às Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e aos hospitais públicos de Maceió, a partir das quais se identificou 17 profissionais, objetivando entrevistar a totalidade destes. Foram entrevistados pessoalmente em seus espaços de trabalho 14 profissionais, pois dos 17 que atendiam ao critério de inclusão da pesquisa, 2 estavam em licença e 1 recusou-se a participar do estudo. Contudo, consideramos essa amostra representativa para expressar a realidade da atuação profissional dos terapeutas ocupacionais nos hospitais públicos de Maceió, uma vez que, apesar de pequena, constitui quase a totalidade dos profissionais que atuam em hospitais no município.

O contato inicial com os profissionais foi realizado por telefone e/ou pessoalmente para o agendamento de um encontro para a realização da entrevista, visando interferir o mínimo nas atividades dos profissionais e evitar a interrupção do serviço ao usuário.

Para a análise e interpretação dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, na modalidade temática, que consistiu em: leitura exaustiva do material para identificação das ideias centrais, interpretação dos sentidos de tais ideias, agrupamento destas em categorias, comparação entre os diferentes núcleos de sentido encontrados, classificação dos núcleos de sentido em eixos mais abrangentes em torno dos quais giram as discussões e redação das sínteses interpretativas de cada tema.

A reflexão sobre os dados e campo de pesquisa teve suporte na produção de autores que pactuam da perspectiva teórico-metodológica marxista, a qual proporcionou o aprofundamento teórico sobre a política de saúde, desde o movimento de reforma sanitária e implantação do SUS, até a atualidade da precarização do serviço público na saúde, no contexto de crise do sistema capitalista. A abordagem marxista compreende um método de interpretação do real a partir de seus fatores econômico-sociais, buscando revelar a historicidade do fenômeno estudado e situando a problemática dentro de um contexto mais amplo e complexo.

3 Resultados e Discussão

Participaram do estudo 14 profissionais, correspondendo a 82,36% do total dos terapeutas ocupacionais que trabalham nos hospitais públicos de Maceió. Alguns profissionais possuíam mais de um vínculo empregatício, porém esta pesquisa

só colheu dados referentes aos vínculos que o profissional mantinha com instituição hospitalar. Todos os profissionais ocupavam cargos técnicos nas instituições estudadas, nenhum atuando na gestão.

Após a realização da análise de conteúdo, emergiram dois grandes temas que serão discutidos a seguir, sendo eles: *Dificuldades no cotidiano de trabalho e Estratégias profissionais para o enfrentamento da precarização do trabalho*. Contudo, antes de partir para a apresentação dessas categorias temáticas, faremos uma breve discussão sobre as condições de assalariamento (tipo de vínculo, carga horária de trabalho e salário) desses profissionais, visto que tais condições são variáveis importantes nos estudos sobre precarização do trabalho na atualidade (Tabela 1).

No que se refere ao vínculo empregatício dos terapeutas ocupacionais com os hospitais públicos, pode-se observar que a maioria é estatutário (71,42%), seguido pelo contrato temporário (21,42%) e serviço prestado (7,14%). Esses dados revelam uma condição de estabilidade para a maioria dos profissionais, o que representa uma condição privilegiada desses trabalhadores ante o atual contexto de precarização das relações trabalhistas³.

Contudo, constatamos também a existência de formas precárias de contratação, como contrato temporário e serviço prestado. Como demonstram Bezerra et al. (2009), existe uma parcela significativa de terapeutas ocupacionais que vivenciam formas precárias de contratação, seguindo a tendência de precarização dos vínculos empregatícios postas às várias categorias profissionais inseridas no mercado de trabalho na contemporaneidade e não somente ao terapeuta ocupacional.

Com relação à carga horária semanal de trabalho, verificaram-se dados bastante diversificados, pois houve a soma de carga horária de todos os vínculos em instituição hospitalar, no caso dos profissionais com mais de um vínculo empregatício. A maioria (50%) tem carga horária em instituição hospitalar de 30h semanais, 28,58% realizam 60h semanais, 14,29% realizam 50h e 7,14% realizam 20h semanais.

Os dados sobre a faixa salarial indicam que 85,71% dos profissionais recebem de 5 a 7 salários mínimos e 14,29% de 3 a 4 salários mínimos. No entanto,

cruzando as variáveis vínculo empregatício e salário, nota-se que parte dos profissionais que apresentam os maiores salários também são aqueles que possuem mais de um vínculo para adquirir esta faixa salarial. Isto significa que, apesar da estabilidade no vínculo empregatício, o processo de precarização do trabalho muitas vezes está colocado principalmente pela questão da remuneração, sendo esta a condição que leva ao pluriemprego, situação à qual os profissionais se submetem para uma melhor condição de vida, como destacam Bezerra et al. (2009).

Além disso, a inexistência de um piso salarial regulamentado para os terapeutas ocupacionais do estado de Alagoas deixa esses profissionais mais vulneráveis à precarização do trabalho via baixos salários. Essa situação fragiliza a classe trabalhadora, à medida que torna porosa e pulverizada as condições de trabalho de uma mesma categoria profissional, resultando no enfraquecimento das entidades sindicais, tornando-as menos organizadas e combativas (BEZERRA et al., 2009).

3.1 Dificuldades no cotidiano de trabalho

Este tema foi elaborado a partir das diversas dificuldades que os profissionais referiram enfrentar no cotidiano da sua prática, que, de modo geral, podem ser agrupadas em duas subcategorias: as expressões da precarização do trabalho no serviço público e o desafio do trabalho interdisciplinar.

A precarização do trabalho no serviço público segue a lógica organizacional da acumulação flexível⁴ na atual conjuntura neoliberal e vem atingindo as relações e condições de trabalho via precarização dos vínculos empregatícios, do espaço laboral, da falta de recursos humanos e materiais, em um processo de continuidade entre diferentes precarizações.

Ao estudar as particularidades desse processo na área da saúde, Cunha (2010, p. 54) coloca que,

[...] para garantir seus empregos, os trabalhadores da saúde se submetem à flexibilidade das mudanças nos processos produtivos, gerando um estado de precariedade que, sendo transversal ao trabalho e ao

Tabela 1. Condições de assalariamento dos terapeutas ocupacionais entrevistados.

Tipo de vínculo empregatício	Estatutário (71,42%)	Contrato Temporário (21,42%)	Serviço Prestado (7,14%)	
Carga horária de trabalho	30H (50%)	60H (28,58%)	50H (14,29%)	20H (7,14%)
Faixa salarial	5 a 7 salários mínimos (85,71%)		3 a 4 salários mínimos (14,29%)	

emprego, manifesta-se como movimento de uma esfera para outra, atingindo diferentes níveis.

Cunha (2010) ainda acrescenta que o desejável processo de flexibilização do trabalho no setor saúde, seguindo a lógica das políticas neoliberais, acabou transformando as suas condições, prevalecendo a precariedade. Nesse sentido, o trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, comprometendo a relação dos trabalhadores com o sistema e prejudicando a qualidade e continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS.

Os relatos a seguir ilustram as expressões da precarização do trabalho na realidade dos hospitais públicos de Maceió, a partir da percepção dos terapeutas ocupacionais entrevistados.

O material é praticamente zero, essa é uma das dificuldades, e eu vou fazendo assim o que eu posso (TO 1).

O dimensionamento aqui dos servidores é muito menor do que o necessário, então o que acontece... muitos servidores [...] tem uma sobrecarga muito grande de serviço (TO 7).

Nota-se, então, que os terapeutas ocupacionais do âmbito hospitalar público de Maceió não estão fora da lógica macrossocial de precarização do mundo do trabalho, colocada pelos autores que investigam o trabalho em saúde na contemporaneidade. Os relatos aqui apresentados tornam-se parte de uma precarização que é encontrada em todo o Brasil e prejudica a atuação dos profissionais de saúde, impondo diversos desafios a estes, tais como: manter a qualidade do cuidado em saúde ante a falta de recursos materiais e de profissionais; materializar os princípios da integralidade e universalidade dos SUS; organizar-se politicamente para lutar contra a precarização do trabalho e da política de saúde.

No estudo de Medeiros et al. (2007) foi identificado que as más condições de trabalho trazem as marcas e os emblemas históricos do setor público de saúde no Brasil, tais como a falta de recursos materiais e de profissionais, as dificuldades de organização e de gerenciamento desses recursos e dos funcionários, dentre outros aspectos amplamente discutidos.

Acerca da falta de condições para trabalhar, seja por carência de recursos materiais ou por um ambiente adequado, Lunardi Filho (1997) e Veras (2003) chamam a atenção para as repercussões desta precarização não só para a materialidade do trabalho, mas também para a subjetividade do trabalhador, podendo gerar sofrimento e sentimentos de impotência

nesses profissionais no cotidiano do seu trabalho. Neste estudo, a insatisfação, que pode ser geradora de sofrimentos maiores, também foi relatada:

Com certeza não [satisfeito com o trabalho]. Acho que poderia melhorar muita coisa, nós trabalhamos assim: uma carga horária bem fechada, e aí você vê que o salário é muito defasado, ainda é muito baixo, o reconhecimento também ainda é muito pouco e questões de gratificações... muitas vezes nós não temos a insalubridade (TO 6).

Com relação às condições de trabalho... eu particularmente tenho situações difíceis [...], mesmo que a gente faça mudanças, nós somos impedidos, então isso traz uma insatisfação para a nossa profissão, para o nosso serviço. E não só da questão estrutural que é uma das que mais a gente sofre, como também de alguns tipos de decisões tomadas pelos gestores (TO 14).

Cabe destacar a que fatores os profissionais atribuem as origens dessas diversas expressões da precarização do seu trabalho. A maioria atribuiu a responsabilidade das condições de trabalho desfavoráveis à gestão local da instituição, alguns à gestão municipal ou estadual e outros não conseguiram fazer a relação entre as suas más condições de trabalho e uma possível causa delas, colocando situações (como a carência de profissionais) que já são reflexos da precarização como causa da mesma.

Veja... que fatores? Eu acho que na instituição que eu trabalho a carência de profissional da área, da Terapia Ocupacional (TO 4).

É o sistema governamental, né? É... questão do processo licitatório, então isso eu acho que é um fator né? (TO 11).

E tem as questões de gestão, não só da maternidade, por que não é só o diretor querer disponibilizar espaço e material, tem também as outras esferas que precisam estar contribuindo com isso, seria a gestão estadual também (TO 13).

A partir de tais constatações, reforça-se a necessidade de uma formação crítica e reflexiva para os terapeutas ocupacionais, uma formação que dê conta de os profissionais compreenderem as determinações micro e macrossociais do seu trabalho. Bezerra et al. (2009) já alertaram para tal fato, ao constatarem, em pesquisa sobre a precarização do mercado de trabalho do terapeuta ocupacional em Maceió, que os profissionais apresentam uma incompreensão sobre a relação entre o seu trabalho e o modelo de política social neoliberal vigente na atualidade. Na pesquisa dos autores, nenhum profissional

[...] culpabilizou os fenômenos societários contemporâneos como causadores dessa precarização do trabalho, e os poucos que citaram o Estado, o fizeram de maneira bastante superficial, demonstrando pouca intimidade com a problemática (BEZERRA et al., 2009, p. 8).

Portanto, isso demonstra a necessidade de os terapeutas ocupacionais, através de uma leitura crítica, ampliarem a sua percepção acerca das contradições sociais que determinam a dimensão prática da sua intervenção, pois tais contradições se reproduzem nos espaços institucionais de trabalho. A profissão já vem avançando nesse sentido, contudo, em algumas localidades ainda predomina uma formação centrada na saúde, em seus aspectos biológicos, e pouco afinada com as discussões sociais, uma formação que entende o social apenas como mais um aspecto que interfere na sua atuação, mas que não a determina, ou seja, um 'social' que é compreendido como o contexto global que influencia de fora a dimensão terapêutica, um 'social' substantivado, esvaziado de historicidade e de sua força explicativa do movimento e do real e que foi incorporado pela profissão como mais um aspecto no interior de uma racionalidade fragmentadora e redutora (BARROS et al., 2002; BEZERRA et al., 2009).

Cabe ressaltar que a percepção dos determinantes sociais da prática profissional não tem apenas uma importância teórica acerca do contexto ao qual o profissional está inserido, mas tem, fundamentalmente, uma relevância prática, à medida que possibilita ao profissional reconhecer a dimensão técnico-política que os profissionais da saúde inseridos em equipamentos públicos possuem, no sentido de que estes profissionais não realizam somente determinada tarefa no equipamento enquanto um executor terminal de política social, mas também a sua articulação com o equipamento, com a política pública instaurada, com os usuários e a gestão, com a saúde enquanto um direito social, com a conceituação e os princípios do SUS, etc.

Outro aspecto recorrente nas entrevistas e identificado como uma dificuldade no cotidiano de trabalho dos terapeutas ocupacionais dos hospitais públicos de Maceió foi o desafio do trabalho interdisciplinar, que se expressa na dificuldade de efetivar um trabalho em equipe ou no desconhecimento acerca do papel do terapeuta ocupacional.

Trabalhar de forma interdisciplinar é um desafio constante para os profissionais de saúde, porém, essencial para o cuidado dos sujeitos, visando a não fragmentação destes e promovendo o cuidado integral, como determina e orienta o SUS. Segundo Santos e Cutolo (2003, p. 8):

No interdisciplinar encontra-se tanto o desafio pertencente à busca da unidade na multiplicidade, quanto o desafio de aprender a lidar com as nossas próprias diferenças, assim como as dos outros, considerando-as não como entraves à nossa prática, mas sim, como ricas e estimulantes em suas peculiaridades.

Araújo e Rocha (2007) acrescentam que a importância do trabalho em equipe é demonstrada pela necessidade da integralidade nos cuidados de saúde. Considerada um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade reveste-se de uma importância estratégica ímpar para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde no Brasil.

Dessa forma, a interdisciplinaridade exige do profissional uma mudança comportamental, pois ela revela-se como uma ideia que tem como base uma autêntica vontade de colaboração, de cooperação, de diálogo, de abertura ao outro (AMORIM; GATTÁS, 2007). Contudo, o que os terapeutas ocupacionais entrevistados relataram foram diversas situações que, na realidade em estudo, vão na contramão do trabalho interdisciplinar.

Uma das causas é a falta do conhecimento da profissão, a falta do conhecimento da importância da Terapia Ocupacional na reabilitação de uma pessoa, no caso aqui nos pacientes neurológicos [...] e parece que não se interessam [os outros profissionais] em saber (TO 1).

Aqui na brinquedoteca temos algumas dificuldades, por que o espaço é utilizado por outros profissionais, e a gente precisa se adequar, o trabalho não é coletivo, mas a gente usa o mesmo espaço e como eu tenho pouco tempo aqui a gente fica... em uma certa resistência de outros profissionais (TO 2).

Toda dificuldade é com alguns profissionais ver essa atuação [do terapeuta ocupacional], e acabam exigindo coisas que não são da nossa prática (TO 5).

É importante ressaltar que, ao contrário do que alguns profissionais podem pensar, a interdisciplinaridade não anula a disciplinaridade, bem como não significa a sobreposição de saberes, mas implica um reconhecimento dos limites e das potencialidades de cada campo de saber, para que possa haver uma disposição na direção de um fazer coletivo (SOUZA; SOUZA, 2009).

Santos e Cutolo (2003) afirmam que a relação interdisciplinar configura uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, realizando mudanças significativas nos processos de trabalho em saúde

em relação ao modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso.

Para Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe tem como objetivo a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, com uma frequência menor, mas não menos importante, também se encontram profissionais que, mesmo diante das dificuldades, busca efetivar um trabalho interdisciplinar, como descrito a seguir:

A gente tenta fazer não só um trabalho com a Terapia Ocupacional, mas envolvendo outras profissões, com a Psicologia, o Serviço Social, a Fonoaudiologia, a Enfermagem, já nessa tentativa de vê se fica mais fácil de conseguir [atender as demandas dos usuários] (TO 13).

Desse modo, o trabalho em equipe pressupõe uma relação recíproca de comunicação e interação, facilitando uma abordagem integral aos usuários, com a soma de olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes, evitando a fragmentação dos dispositivos das tecnologias de cuidado. Ganha-se uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com as suas especificidades, contribuindo para a qualidade das ações em saúde.

Por fim, o desafio do trabalho interdisciplinar, no contexto estudado, também apresenta relações com a precarização do trabalho em saúde no contexto neoliberal, uma vez que as possibilidades de estabelecer uma comunicação e um trabalho em equipe dependem da disponibilidade não só do profissional, mas também das condições ofertadas pela instituição: existência de horários para reunião de equipe; uma gestão do trabalho que priorize a qualidade dos atendimentos em detrimento da quantidade destes; número suficiente de profissionais para que não haja sobrecarga de trabalho e aligeiramento das ações profissionais; pagamento de salários maiores para evitar o pluriemprego e promover maior envolvimento do profissional com a instituição e com o seu trabalho, dentre outros aspectos. Como visto anteriormente, a lógica dos novos modelos de gestão em saúde tendem a não fornecer essas condições necessárias à efetivação do trabalho interdisciplinar, tal como preconizado pelo SUS.

3.2 Estratégias profissionais para o enfrentamento da precarização do trabalho

Este tema foi desenvolvido a partir dos relatos dos profissionais ao serem indagados sobre os meios utilizados para enfrentarem as dificuldades do cotidiano de trabalho, discutidas anteriormente. As estratégias foram diversas, pois dependem da realidade institucional vivenciada por cada profissional, o que envolve uma variedade de vínculos empregatícios, de relacionamento com os outros profissionais e com a gestão hospitalar, e até do pensamento crítico do profissional sobre a sua situação precária de trabalho.

Analisando as falas dos entrevistados, constatou-se que, de modo geral, os profissionais enfrentam as dificuldades no trabalho, recorrendo a estratégias como a solicitação de recursos materiais à instituição, a compra e doação de materiais, uso de adaptações e imposição de limites ao atendimento das demandas institucionais⁵.

A solicitação de recursos materiais é um dos meios utilizados por alguns profissionais para enfrentar a escassez de recursos em algumas das instituições estudadas. Porém, os terapeutas ocupacionais revelam também que a burocratização do serviço público dificulta a efetividade dessa estratégia, tornando-a insuficiente para o enfrentamento da precarização.

A gente não tem muito acesso. A gente faz o relatório, pede e fica aguardando a disponibilidade das pessoas que estão acima (TO 3).

É assim... a questão burocrática que é grande, a gente solicita alguns tipos de recursos, alguns materiais, aí como hoje tudo depende de licitação, então tudo é dificultado (TO 9).

Queiroz (2013) destaca que a burocratização nos serviços públicos, muitas vezes, resulta em prejuízos no desempenho dos servidores, pois impede soluções rápidas e eficientes, tornando-se um equívoco que fere o princípio da eficiência, constitucionalmente determinado à administração pública. Como defende Medauar (2002, p. 157), o princípio da eficiência

[...] determina que a administração deve agir, de modo rápido e preciso, para produzir resultados que satisfaçam as necessidades da população. Eficiência contrapõe-se a lentidão, a descaso, a negligência, a omissão.

De acordo com este princípio, as instituições de administração pública, como os hospitais públicos, têm o dever de realizar suas atribuições, de modo que os serviços sejam executados com agilidade e rapidez,

para não deixar desatendidos e prejudicados seus usuários e os cidadãos em geral. Portanto, o princípio da eficiência significa que a gestão dos hospitais públicos deve realizar o máximo de eficiência, com o mínimo de sacrifício para os usuários do serviço (BRASIL, 1988).

Assim como a solicitação de recursos e a dificuldade com a burocracia esteve presente nas falas dos terapeutas ocupacionais para enfrentamento da precarização do trabalho, identificou-se também que, ante a carência de recursos materiais, alguns profissionais retiram parte do seu salário para comprar os recursos de que necessitam, enquanto outros buscam doações ou realizam adaptações dos materiais e/ou serviços para executar o seu trabalho. Essas estratégias são engendradas pelos profissionais como alternativas para minimizar e/ou evitar que a falta de recursos acarrete em prejuízos aos usuários assistidos.

Como a gente é terapeuta ocupacional, a gente vai adaptando. Vai fazendo adaptações, se não tem o recurso porque a instituição não oferece, eu faço com que eu tenha ali na hora, tem dado certo. É infelizmente é o que eu tenho (TO 1).

Essa questão de recurso, já foi feito uma campanha, foi por parte do [setor de] recursos humanos e eu compro [riso], eu levo. Eu tenho alguns materiais, não todos (TO 4).

O que a gente tem feito é dar aquele jeitinho de T.O. né? Sempre se organizando, buscando... a gente pede doações, a gente pede aos próprios profissionais, a gente mesmo disponibiliza. [...] muitas vezes a gente se depara com outros profissionais dizendo: 'ah, isso é um absurdo, vou tirar do meu bolso?', mas tem coisas que a gente sabe que são importantes (TO 14).

Ante as diversas expressões da precarização do trabalho nos hospitais, Cunha (2010) defende que as adaptações e improvisações que os trabalhadores frequentemente elaboram, devido à falta de materiais, equipamentos e recursos humanos indispensáveis à execução do cuidado em saúde, revelam na verdade uma situação que se configura como consequência da política neoliberal e do modelo produtivo de acumulação flexível de capital, que vem sucateando o serviço público para que a iniciativa privada garanta seu espaço na prestação de serviços sociais.

Ainda de acordo com Cunha (2010) essa de falta de recursos de trabalho precisa ser investigada como um fator que interfere na qualidade do serviço, no profissional e nos usuários, seja de forma positiva ou negativa. Em relação ao profissional, podem ser um fator positivo quando este, ao enfrentar as dificuldades no trabalho, se sente compensado e/ou

satisfeito ao conseguir realizar seu trabalho, sendo um instrumento de fortalecimento para combater as dificuldades e se tornar resistente às adversidades do meio. Além disso, pode tornar-se um mecanismo de cooperação entre os profissionais diante da precarização do trabalho.

Por outro lado, também pode ser um fator negativo para o profissional, tornando-se uma armadilha de exploração para com ele, pois tal precarização se mantém inalterada; as dificuldades do trabalho nunca são solucionadas, levando muitas vezes esses profissionais a acomodar-se às más condições do contexto, colocando-os em uma situação de alienação e de reforçador do processo de alienação, quando chega ao ponto de fazer as doações ou adaptações dos recursos por se considerar responsável ou por naturalizar a situação. Este processo se torna uma armadilha contra o próprio profissional, podendo ele se sentir culpabilizado e responsabilizado pela não qualidade do serviço, do cuidado, do atendimento (MENDES, 2007; CUNHA, 2010).

Outra estratégia para o enfrentamento da precarização do trabalho, apontada por alguns profissionais, é a imposição de limites ao atendimento das demandas institucionais. Essa estratégia evidencia a autonomia que alguns profissionais possuem para organizar a sua demanda profissional, dentro daquilo que eles consideram possível atender de maneira qualificada e que não gere uma sobrecarga de trabalho que pode levar ao adoecimento. Essa estratégia se mostra de fundamental importância, uma vez que desvela as impossibilidades objetivas de atendimento ao que a instituição requisita do profissional, o que pode forçar a contratação de mais profissionais para suprir as necessidades institucionais.

Em uma época dessas foi solicitado TO na UTI, mas a gente bateu o pé que não iria, porque os outros profissionais tem uma quantidade maior, a gente além de cobrir a enfermaria teria que cobrir a UTI, aí a gente aguardou (TO 2).

Não tem suporte para isso, aí a gente tenta melhorar a questão da consciência que ele [o profissional] tem que parar (TO 7).

Bezerra et al. (2009, p. 80) também já destacaram esse conflito entre demandas institucionais e demandas profissionais nos espaços de atuação do terapeuta ocupacional, uma vez

[...] que a prática cotidiana do terapeuta ocupacional está permeada pelo conflito entre capital/trabalho, tendo o profissional que optar (ou buscar o equilíbrio) entre atender as demandas da instituição ou dos usuários.

Nesse contexto, a construção e a força das estratégias para contornar as diversas manifestações da precarização do trabalho nem sempre se mostram suficientes para atender às demandas dos usuários do serviço e/ou demandas profissionais com a qualidade que o profissional deseja, como se vê a seguir.

Não atendo todas as necessidades [dos usuários], sempre fico devendo por causa da condição, falta de recursos, às vezes por falta de comunicação com a equipe mesmo, mas não por minha falta de me comunicar com as pessoas, mas porque as pessoas não querem, não se comprometem (TO 1).

Pelas dificuldades a gente acaba proporcionando o mínimo do mínimo para os pacientes, poderia fazer até mais, aí esbarra em outras coisas e fica difícil (TO 5).

Não posso dizer de forma alguma que a gente atende a expectativa e as necessidades desse usuário, a gente não atende. A gente tenta fazer o que dá, mas atender as necessidades deles não tem como, até o momento não (TO 7).

No entanto, também foi encontrado um número menor de profissionais que, mesmo diante das dificuldades relatadas, consideram atender às demandas dos usuários e/ou demandas profissionais.

[...] porque dentro do hospital a gente consegue [atender as demandas dos usuários]; com todas as brechas e dificuldades a gente consegue mostrar uma prática satisfatória (TO 2).

Para a demanda que tem sim [consegue atender as demandas dos usuários] (TO 4).

Portanto, percebe-se que os profissionais, em sua maioria, não consideram atender às demandas dos usuários, evidenciando que a prática profissional está na dependência das condições objetivas de trabalho, independente dos desejos individuais do terapeuta ocupacional e da sua qualificação técnica. É somente a partir da percepção das contradições sociais existentes nos seus espaços de atuação que o terapeuta ocupacional, dependendo de seu comprometimento ético e político e das condições objetivas de trabalho, pode efetivar uma prática de manutenção da ordem vigente ou de ruptura com esta, colocando-se a serviço dos seus usuários (BEZERRA et al., 2009). Contudo, fazer uma leitura da realidade social e compreender como ela se apresenta nos seus espaços de trabalho nem sempre é uma tarefa fácil para o terapeuta ocupacional, já que ele, muitas vezes, não foi preparado para realizar tal análise e acaba vivenciando diversas situações de forma concreta, que não foram analisadas de forma teórica no contexto da graduação.

4 Conclusão

O estudo constatou que na atual conjuntura neoliberal, com a contrarreforma do Estado, houve uma mudança no cenário da política pública de saúde brasileira, resultando na redução dos gastos públicos, privatizações e na precarização do trabalho em saúde. Identificou-se que tais processos apresentam implicações nas condições de trabalho dos terapeutas ocupacionais inseridos nos hospitais públicos de Maceió-AL, via precarização do trabalho, colocando inúmeros desafios aos profissionais da área.

Ante esse cenário, os terapeutas ocupacionais usam de diversas estratégias para realizar o serviço com o mínimo de qualidade, nem sempre com sucesso, de modo que o cotidiano de trabalho é marcado pelo excesso de carga horária de trabalho semanal, devido ao pluriemprego, sobrecarga de trabalho pelo reduzido número de profissionais de Terapia Ocupacional nas instituições pesquisadas, aumento da demanda, desgaste físico e mental, dentre outros aspectos.

A partir da realidade estudada, reafirma-se a importância da reflexão sobre as implicações políticas da ação técnica do terapeuta ocupacional, principalmente quando o profissional está inserido em serviços e políticas públicas que exigem uma visão crítica para serem operacionalizados, tal como a área da saúde pública. Nesse sentido, não cabem discursos acríticos acerca das questões levantadas ao longo deste artigo, seja nas discussões no âmbito da academia ou do mercado de trabalho.

O contexto contemporâneo da política de saúde brasileira, com as mudanças nos modelos de gestão dos hospitais públicos, requisita profissionais capazes de mobilizar conhecimentos técnicos e políticos na execução das suas ações, devendo estas ser condizentes com a defesa da saúde pública. Os terapeutas ocupacionais, principalmente quando inseridos nos serviços públicos, devem assumir este compromisso ético-político, atuando, junto com os demais trabalhadores da saúde, pela defesa de um SUS totalmente estatal, da democracia e cidadania.

Diante disso, este estudo buscou evidenciar as expressões da precarização do trabalho do terapeuta ocupacional, trazer elementos teóricos para desvelar os fatores sociais, políticos e econômicos por trás dessa precarização e provocar inquietações nos profissionais da área, no sentido de desenvolver um olhar crítico sobre a sua realidade de trabalho, evitando o conformismo e a naturalização dessa realidade, e assim se envolver na luta dos trabalhadores da saúde, reivindicando melhores condições de trabalho e confrontando o projeto neoliberal, na busca pela efetivação dos direitos sociais e defesa do SUS.

5 Referências

- AMORIM, A. G. C. *O Serviço Social e a institucionalização das demandas sociais: um estudo a partir das necessidades no capitalismo*. 2010. 170 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2010.
- AMORIM, D. S.; GATTÁS, M. L. B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 40, n. 1, p. 82-84, 2007.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 95-103, 2002.
- BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- BEZERRA, W. C.; TAVARES, M. M. F.; CAVALCANTE, G. M. M. O mercado de trabalho da terapia ocupacional em Maceió-AL no contexto contemporâneo de crise do capital. *Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 75-84, 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). Artigo nº37, de 05 de outubro de 1988. *Lex: legislação federal e marginalia*, Porto Alegre, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.
- BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de janeiro de 1998. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 maio 1998.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o financiamento dos serviços correspondentes da outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 set. 1990a.
- BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.
- BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). *Saúde e serviço social*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.
- CANELLAS, P. S. *Os novos modelos de gestão na saúde do Rio de Janeiro/RJ*: as diferentes formas de contratação de recursos humanos na gestão do SUS. 2014. 100 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2014.
- CISLAGHI, J. F. Hospitais universitários federais e os novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ Rede Sirius, 2011. p. 56-63.
- CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Resolução nº 429, de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e da outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, DF, 02 set. 2013. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito/507-resolucao-n-429-de-08-de-julho-de-2013-reconhece-e-disciplina-a-especialidade-de-terapia-ocupacional-em-contextos-hospitalares-define-as-areas-de-atuacao-e-as-competencias-do-terapeuta-ocupacional-especialista-em-contextos-hospitalares-e-da-outras-provide.html>>. Acesso em: 20 dez. 2015.
- CORREIA, M. V. C. *Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- CORREIA, M. V. C. Por que ser contra aos novos modelos de gestão do SUS? In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Org.). *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. Rio de Janeiro: UERJ Rede Sirius, 2011. p. 43-49.
- CORREIA, M. V. C.; DANTAS, A. Impedir a implantação da empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) nos hospitais universitários é possível e necessário. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 13., 2012, Juiz de Fora. *Anais... Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora*, 2012. CD ROM.
- CUNHA, L. S. *As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações na saúde do trabalhador de enfermagem*. 2010. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). *Políticas públicas de saúde no Rio de Janeiro: modelos de gestão e agenda para a saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. p.1-9. Disponível em: <www.fasubra.org.br/siteAsp/download/CED-0005.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- IAMAMOTO, M. V. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 2000.
- LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 50, n. 1, p. 77-92, 1997. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671997000100008>.
- MACEIÓ. Lei nº 6.304, de 26 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Programa Municipal de Organizações Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Município*, Maceió, AL, 27 fev. 2014. Disponível em: <<http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/admin/>

documento/2014/02/Diario_Oficial_27_02_14_PDF.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2015.

MEDAUAR, O. *Direito administrativo moderno*. São Paulo: RT, 2002. Disponível em: <http://academico.direito-rio.fgv.br/ccmw/images/b/b9/AAAAdm_Aula_07.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

MEDEIROS, S. M. et al. Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado: o olhar dos trabalhadores de enfermagem. In: CASTRO, J. L. (Org.). *Gestão do trabalho no SUS: entre o visível e o oculto*. Natal: Editora Observatório RH/NESC/UFRN, 2007. p. 161-200.

MENDES, A. M. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

QUEIROZ, I. *Burocracia X Eficiência: o princípio do formalismo moderado como ferramenta de eficiência na Gestão Pública*. Condado de Santa Clara: JUSBRASIL, 2013. Disponível em: <<http://isisqueiroz.jusbrasil.com.br/artigos/112105696/burocracia-x-eficiencia-o-principio-do-formalismo-moderado-como-ferramenta-de-eficiencia-na-gestao-publica>>. Acesso em: 15 set. 2014.

RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde no Brasil nos anos 1990. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 140-147, 2005.

SANTOS, D. L.; GERHARDT, T. E. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: Produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 129-136, 2008.

SANTOS, M. A. M.; CUTOLO, L. R. A. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 65-74, 2003.

SOUZA, D. R. P.; SOUZA, M. B. B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Brasília, v. 11, n. 1, p. 117-23, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm>>. Acesso em: 20 out. 2014.

VERAS, V. S. D. *Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores de enfermagem?* 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

Contribuição dos Autores

Ambos os autores participaram da concepção e redação do artigo e aprovaram a versão final do texto.

Notas

¹ Termo utilizado devido ao entendimento de que o que se presencia na atualidade é uma apropriação indébita e fortemente ideológica da ideia reformista (patrimônio da esquerda), a qual tem sido destituída de seu conteúdo redistributivo de viés social-democrata e sendo utilizada como se qualquer mudança significasse uma reforma, não importando seu sentido, suas consequências sociais e sua direção sócio-histórica. O que se tem, então, é uma ressemantificação do termo como estratégia político-ideológica para a busca de consensos e legitimidade visando assegurar a hegemonia neoliberal. Sendo assim, é mais adequado a utilização do termo contrarreforma para designar os processos em curso, já que estes estão voltados à supressão ou redução de direitos e garantias sociais (BEHRING, 2003).

² O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNCISAL e segue os parâmetros da Resolução 466/12 do CNS.

³ Neste ano de 2014, o Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas aderiu à proposta da EBSERH e, no momento da produção deste artigo, estava em andamento o concurso público para contratação de profissionais via CLT e não mais via Regime Jurídico Único (estatutário). Ainda no ano de 2014, o município de Maceió aprovou a lei 6.304/2014 (MACEIÓ, 2014), que autoriza a terceirização da gestão pública na saúde para Organizações Sociais de Saúde (OSSs), processos estes que evidenciam o avanço da privatização no setor saúde em Maceió e que tende a precarizar as relações de trabalho dos profissionais.

⁴ Yamamoto (2000) aponta que, na era da acumulação flexível, o que se busca é uma flexibilidade no processo de trabalho, oposta à rigidez da linha de produção e da produção em massa e em série; uma flexibilidade do mercado de trabalho, que vem acompanhada de desregulamentação dos direitos trabalhistas; uma flexibilidade dos produtos, buscando atender às particularidades dos consumidores e uma flexibilidade dos padrões de consumo. Bezerra et al. (2009) destaca que essas alterações não se restringem ao universo industrial, mas atingem também o setor de serviços, no qual está inserida a Terapia Ocupacional, uma vez que este setor vem cada vez mais se submetendo à racionalidade do capital, seja nas formas de gestão ou de organização do trabalho.

⁵ As demandas sociais são produzidas a partir de necessidades pautadas em relações sociais, historicamente determinadas. Ao chegar ao âmbito institucional, local onde se efetiva a ação profissional, essas demandas sociais apresentam-se como *demandas institucionais*, que são diferentes das demandas sociais, uma vez que o que é demandado pela instituição ao profissional é sempre mais reduzido do que realmente expressa a demanda social (AMORIM, 2010).