

## Autonomia *versus* heteronomia: impactos da tecnologia informacional sobre o trabalho na saúde

*Sandra Mara Maciel de Lima\**

---

### Resumo

O presente artigo tem como objetivo mostrar e explicar por que a busca pela autonomia nas relações de trabalho, no setor de saúde pesquisado, foi intensificada a partir da introdução do computador. Entendendo autonomia como a capacidade de redefinir, reelaborar determinações externas – heteronomia – a partir de interesses e valores íntimos, parte-se para a discussão desses conceitos inseridos nas relações de trabalho. Baseada em pesquisa descritivo-qualitativa, entrevistas e formulários da Escala Likert, a análise dos dados torna visível que o aumento das pressões e das formas de controle tende a forçar os profissionais a resistir, a resgatar sua autonomia. Nesse sentido, a despeito da inegável precariedade do trabalho do profissional de saúde, são inúmeros os indicadores de resgate ou de busca da autonomia e de sua subjetividade.

**Palavras-chave:** impactos da tecnologia; relações de trabalho; autonomia; subjetividade.

### Abstract

This paper aims to explain the search for autonomy in work relationships, within the health sector searched, which was intensified by the use of computers. Understanding autonomy as an ability to redefine and/or re-elaborate external determinants – heteronomy – based on interests and personal values. There follows a discussion of these concepts inserted in work relationships. Based on descriptive-qualitative research, interviews and Likert Scale forms, data analysis show that the increase in pressure and ways of controlling seem to force professionals to resist, to rescue autonomy. Within this point of view, in spite of the undeniable precariousness of the work of health professionals, there are several indicators of rescue or search for autonomy and subjectivity.

**Key words:** technology impact; work relationships; autonomy; subjectivity.

\*Graduada em Ciências Econômicas, pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Pós-Graduada em Administração, com concentração em Finanças, pela FAE Business School, e Mestre em Administração pela UFPR.  
E-mail: sandramaciel@avalon.sul.com.br

## Introdução

A reestruturação produtiva surge no contexto industrial com a intenção de promover maior integração entre os atores industriais, compreendendo um conjunto de técnicas, instrumentos ou estratégias utilizadas para controlar o processo produtivo, procurando também otimizar os recursos nele empregados.

A introdução dessas novas tecnologias cresceu rapidamente, buscando o aumento da produtividade e da eficácia gerencial, inclusive pela gestão de fatores como capital e recursos materiais, assim como procurando consolidar a competitividade das indústrias nacionais.

Historicamente, a introdução das máquinas como meio de produção, como instrumento de trabalho, muda consideravelmente as relações humanas e as de trabalho. Talvez a tecnologia não seja determinante dessas transformações, entretanto representa um aspecto importante nas modificações ocorridas no processo de trabalho industrial. E, em razão de seu valor para o mundo do trabalho, muitos estudos têm sido feitos sobre o tema.

No entanto, vários deles analisam os impactos da tecnologia sobre o trabalho industrial – reorganização de cadeias produtivas, automação, entre outros. Como já sugeria Braverman (1987), é relevante avaliar esse processo de mudança em outros setores da economia. Um dos que vêm apresentando aplicação crescente de novas tecnologias ao longo dos anos é o setor de serviços, simplificando drasticamente um conjunto de operações rotineiras ligadas ao processamento de dados e informações padronizadas nos escritórios, no comércio, em serviços bancários, entre outros, caracterizando, assim, o surgimento de uma nova estrutura social marcada pela mudança de produtos para serviços, pelo despontar de novas profissões administrativas e especializadas, pela tendência ao enxugamento do emprego rural e industrial e pelo crescente conteúdo de informação no trabalho das economias mais avançadas.

Sendo assim, o presente artigo visa mostrar e explicar por que a busca pela autonomia nas relações de trabalho, no setor de saúde pesquisado, foi intensificada a partir da introdução do computador. Entendendo autonomia como a capacidade de redefinir, reelaborar determinações externas – heteronomia – a partir de interesses e valores íntimos, parte-se para a discussão desses conceitos inseridos nas relações de trabalho. Em seguida, discutem-se os efeitos derivados da introdução da tecnologia informacional no trabalho.

## 1 Metodologia

Este artigo apresenta resultados de pesquisa desenvolvida no setor de serviços. Um estudo descritivo, que procura analisar os impactos causados pela tecnologia informacional sobre as relações de trabalho e, mais especificamente neste texto, sobre a autonomia/ subjetividade de profissionais como médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, tomando por base unidades de saúde do município de Curitiba, em que a organização do trabalho foi substituída por atividades sustentadas pela tecnologia de base informacional.

Para tanto, optou-se pela metodologia de estudo de caso, utilizando-se diferentes mecanismos de coleta, como questionário estruturado (aplicados pelo pesquisador), entrevistas semi-estruturadas (gravadas e transcritas) e consulta a relatórios da organização. Nessa perspectiva, decidiu-se realizar um cruzamento de técnicas qualitativas e quantitativas para a coleta e análise dos dados.<sup>1</sup> A organização estudada foi escolhida intencionalmente, pelo fato de, no momento da pesquisa, estar implementando os programas Acolhimento Solidário e Cartão Saúde, ambos com o objetivo de resolver problemas como morosidade, pouca efetividade e baixa qualidade das ações em saúde.

---

<sup>1</sup>Para aprofundamentos da metodologia, ver Maciel-Lima (2003).

O Acolhimento Solidário alterou o processo de trabalho no sentido de reorganizar o atendimento, eliminar as barreiras que limitam o acesso ao atendimento, atender prontamente à clientela de risco, eliminar as filas, melhorar a quantidade e a qualidade dos equipamentos utilizados nas unidades de saúde, assim como estreitar laços com a comunidade local (MACIEL-LIMA, 2003) – um conjunto de procedimentos e técnicas que caracteriza uma mudança em tecnologia de gestão.

Paralelamente ao Acolhimento Solidário, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou uma mudança gradativa em tecnologia física, com a introdução de computadores e de um sistema de gerenciamento informacional, com vistas a aprimorar o atendimento e propiciar um melhor acompanhamento das práticas em saúde.

Sendo assim, o alvo principal deste estudo é a opinião dos profissionais de saúde envolvidos no processo de adaptação e implantação do sistema nas unidades de saúde.

## 2 Processos autônomos e heterônomos

Autonomia, em psicologia, refere-se à preservação da integridade do eu. Parte-se do pressuposto de que existe em todas as pessoas a tendência de resistir às pressões da enculturação e de persistir em certas formas de comportamento que no passado as tenham auxiliado a enfrentar e resolver seus problemas. Numa socialização eficaz e sadia, a luta entre os desejos da criança e os estímulos recorrentes resulta no desenvolvimento do autocontrole do indivíduo e num crescente sentido de auto-estima, o que, por sua vez, gera na pessoa um perdurável senso de autonomia (DICIONÁRIO de Ciências Sociais, 1987).

Como um dos representantes da abordagem psicológica, Piaget (1977, p.11) sustenta que “[...] toda moral consiste num sistema de regras e a essência de toda moralidade deve ser procurada no respeito que o indivíduo adquire por esta regra”. Para ele, a moral da criança, do indivíduo, passa por dois momentos, o da *prática das regras* e o da *consciência da regra*. No primeiro momento, há uma predominância da heteronomia: as regras são impostas pelos mais velhos aos menores e, como tais, são assimiladas como valores sagrados e intangíveis. No entanto, essas regras permanecem externas aos indivíduos, pois, embora as crianças lhes demonstrem submissão, apenas apresentam uma sociabilidade com base no conformismo. Como o mesmo autor afirma, “[...] a coação externa não destrói o egocentrismo: ela o encobre e o disfarça, quando não o reforça, até diretamente” (PIAGET, 1977, p.60). No segundo momento, o da *consciência da regra*, à heteronomia sucede a autonomia, a regra do jogo se apresenta à criança não mais como uma lei exterior, sagrada, enquanto imposta pelos adultos, mas como resultado de livre decisão, e como digna de respeito, na medida em que é mutuamente consentida. A regra não é mais coercitiva nem exterior, pode ser modificada e adaptada às tendências do grupo. É a partir desse momento que a regra da cooperação sucede à regra da coação, tornando-se uma lei moral efetiva.

Outro autor que se ocupa do tema é Castoriadis. Para ele, a autonomia seria o domínio do consciente sobre o inconsciente.

Se à autonomia, à legislação ou à regulação por si mesma, opomos a heteronomia, a legislação ou a regulação pelo outro, a autonomia é minha lei, oposta à regulação pelo inconsciente que é uma lei outra, a lei do Outro, que não eu (CASTORIADIS, 1982, p.124).

Esse Outro é entendido como um outro eu em mim. É em grande parte o conjunto dos desejos, dos investimentos, das exigências, das expectativas, significações de que o indivíduo foi o objeto, desde sua concepção, e mesmo antes, por parte dos que o

engendraram e criaram. A autonomia surge no momento em que o discurso do Outro torna-se discurso próprio. A autonomia não é eliminação total do discurso do Outro não reconhecido como tal. Ela é instauração de uma outra relação entre o discurso do Outro e o discurso do sujeito.

Pode-se inferir, portanto, que a autonomia é a capacidade de redefinir, “reelaborar” (OFFE e WIESENTHAL, 1984; SADER, 1988; SOUZA-LIMA, 1993) todas as pressões e determinações externas – heteronomia – a partir de interesses e valores íntimos. Todos os autores citados, que se ocuparam da discussão em torno da autonomia/heteronomia, concordam em um ponto fundamental: a despeito das adversidades externas, a autonomia tende a predominar, tende a triunfar. Para que tal sentença seja falsa, é preciso admitir a eliminação total do indivíduo.

### **3 Autonomia e heteronomia nas relações de trabalho**

A discussão inspira uma reflexão no contexto das relações de trabalho. A heteronomia se caracteriza, em geral, como relação abusiva entre as partes nas relações de trabalho, uma vez que o controle externo tende a restringir o espaço do outro. Se a autonomia significa relação de troca equilibrada entre as partes, a heteronomia, ao contrário, significa relação de desequilíbrio ou de abuso de uma parte em relação às outras.

Em suma, autonomia e heteronomia podem ser apresentadas como faces da mesma moeda e, em função disso, estão em constante relação de forças.

Com a revolução informacional surge uma nova relação homem/meio de trabalho.

Os sistemas inteligentes afastam-se do modelo do autômato do conhecimento, que substituiria o cérebro humano tal como as máquinas industriais substituiriam o trabalho físico dos homens. Um sistema inteligente não pode funcionar sozinho. Ele só adquire sentido num diálogo com o sujeito (LOJKINE, 1995, p.137).

Dessa forma, é possível pensar que a máquina informacional não substitui o homem: ao contrário, reclama sua presença e a interatividade, ampliando e liberando não só sua memória, mas também sua imaginação criadora.

É importante frisar que a ampliação de espaços à imaginação criadora não implica redução do controle sobre os profissionais. Para Faria (1997), a lógica da dominação capitalista, apesar de suas diversas facetas e roupagens, nada mais é do que o controle sobre o processo de trabalho, configurando, assim, a exploração do trabalhador, decorrente de uma divisão do trabalho e de uma constituição de classe que se operam na sociedade.

O grau de controle sobre o processo de trabalho e de produção possibilitado pelo uso da microeletrônica é extraordinariamente maior. A qualidade e as formas desse controle são radicalmente distintas. O controle aumenta desde junto às máquinas (tanto sobre as máquinas em si como sobre os trabalhadores que as operam) e estende-se, na medida em que estas são progressivamente integradas, em níveis hierárquicos sucessivos, até os centros de decisão em níveis mais altos (TAUILLE, 1988).

O impacto da tecnologia microeletrônica tem sido profundo na produção manufatureira (FALABELLA, 1988). Do ponto de vista da empresa, o novo sistema de produção significa:

- a) maior controle sobre o processo produtivo em cada posto de trabalho;
- b) maior controle sobre a folha funcional produtiva de cada trabalhador;

- c) a ocasião para eliminar a conflitiva supervisão humana dos coletivos de trabalho a cada nível, ao eliminar o feito;
- d) a possibilidade de desenvolver um trabalho (projeto, produção, controle de qualidade e distribuição) de forma integrada e interdisciplinar.

***A heteronomia se caracteriza, em geral, como relação abusiva entre as partes nas relações de trabalho, uma vez que o controle externo tende a restringir o espaço do outro***

Segundo Faria (1997), essas novas técnicas de gestão capitalista nada mais são que uma atualização da forma de dominação do capital sobre a classe trabalhadora. Se, por um lado, os trabalhadores, ao longo do tempo, vão superando essas formas de dominação, modificando as relações de poder dentro das organizações, por outro, os capitalistas vão aperfeiçoando as técnicas de gestão, buscando manter e ampliar controle e domínio sobre o processo produtivo do trabalho.

Cumprir notar que “poder” aqui está sendo entendido como:

[...] a capacidade que tem uma classe social [...], uma categoria social ou grupos [...] de definir e realizar seus interesses objetivos específicos, mesmo contra a resistência ao exercício desta capacidade e independentemente do nível estrutural em que tal capacidade esteja principalmente fundamentada (FARIA, 1987, p.16).

Sendo assim, autonomia seria a tomada de consciência de que o poder não é externo, quem exerce o poder é sempre uma minoria em função do desconhecimento, da alienação da maioria, uma vez que prevalece a crença de que o Outro é quem manda, o Outro é quem detém o poder. A lição fundamental esboçada por Foucault (1979) de que poder não é uma “coisa” que se possa deter, mas fundamentalmente uma relação, cai no esquecimento. Se poder é uma

relação e não uma “coisa”, qualquer pessoa ou grupo pode exercê-lo, não detê-lo. A rigor, a diferença sutil entre “deter” e “exercer” o poder remonta a uma das sentenças fundamentais de Marx (1988): o principal e mais consistente pilar de todo o processo de dominação é a alienação. As crises nos processos de dominação indicam crises na

alienação. Grupos “dominados” começam a se dar conta de que também são capazes de “exercer” o poder. Começam a perceber que, a despeito da pressão externa, há possibilidade de se impor, de ser autônomo.

Há de se notar que, mesmo com o desenvolvimento das máquinas de tratamento da informação, os conflitos de poder, que estão na base das grandes organizações – empresas e administrações – não foram reduzidos (LOJKINE, 1995, p.149). Além do que, a existência dos conflitos indica a luta contínua da autonomia com a heteronomia.

O conflito de poder nas Unidades de Saúde pode ser identificado nos depoimentos a seguir:

“A segurança é tanta que nem a coisas básicas temos acesso” (Enfermeiro, 1.º nov. 2001).

“As unidades são mal planejadas, quanto ao espaço e à distribuição; possivelmente a pessoa que idealizou a unidade não conhece nem um pouco as atividades de uma Unidade de Saúde” (Auxiliar de Enfermagem, 8 out. 2001).

“O distrito solicita um tipo de relatório, mas o sistema não fornece; portanto, ainda mantemos controles à parte, em papel, pastas, para que possamos atender à demanda da própria SMS” (Auxiliar de Enfermagem, 6 nov. 2001).

“Quem fez este programa não o usa, não conhece nossa real necessidade” (Enfermeiro, 8 nov. 2001).

Os depoimentos relatam como os profissionais se sentem em relação à imposição do sistema informacional sobre o trabalho específico da saúde. Um programa de computador que foi elaborado de fora para dentro, procurando adaptar o processo de atendimento ao programa informacional, reestruturando todo o processo de trabalho. Esse sistema que bloqueia o acesso dos profissionais a determinadas áreas do sistema, configurando a oposição entre os próprios profissionais de saúde. De acordo com um dos entrevistados, “as pessoas que estão atrás, que comandam, tipo assim: eu não sou a programadora, mas a idéia é da pessoa que está mandando... eu vou fazer o que ela está me mandando. Eu acho que o programador não tem... conhecimento [do dia-a-dia]” (Auxiliar de Enfermagem, 23 out. 2001).

O depoimento revela que, embora os profissionais percebam que a heteronomia é abusiva, em face do processo de trabalho, não significa que eles observem com clareza que isso simboliza a tentativa de “seqüestro” de sua própria subjetividade (FARIA e MENEGHETTI, 2001). Quando o profissional afirma “eu acho que o programador não tem conhecimento do dia-a-dia”, ele está admitindo certa insatisfação em relação ao seu conhecimento não aproveitado ou não-valorizado pela organização, caracterizando uma desqualificação do profissional diretamente envolvido no processo de atendimento. Além disso, admite a existência do conflito de poder, isto é, da busca de autonomia.

## 4 A subjetividade no trabalho

No século XX, tanto nas ciências sociais quanto nas físicas e naturais, surge uma tentativa de valorização da autonomia e da subjetividade. Aparece, no cenário da modernidade, a *subjetividade* como seu eixo articulador, devendo ser entendida como a questão

do sujeito numa perspectiva social, cultural, portanto coletiva. O sujeito deixa de ser visto apenas como o indivíduo com determinadas características pessoais para assumir o papel do sujeito social, fruto de uma cultura, de um espaço, de um momento histórico-social.

O termo “subjetividade” engloba o que antes se denominava *ser humano, psiquismo, eu-privado, homem íntimo, indivíduo psíquico*, caracterizando esta relação sujeito/objeto não numa dimensão de pólos contrários, mas das relações que os mantêm. O sujeito se constitui na relação com o outro sujeito e é *construído* pela integração do sujeito psíquico, que tem uma história individual e, portanto, desejos, sonhos e fantasias, e o sujeito social, concebido como o sujeito da história social que produz e dela recebe as transformações necessárias.

Há tendência em se acreditar que o sofrimento no trabalho foi atenuado ou até mesmo eliminado pela mecanização e a robotização, “[...] que teriam abolido as obrigações mecânicas, as tarefas de manutenção e a relação direta com a matéria que caracterizam as atividades industriais” (DEJOURS, 2000, p.27).

No entanto, comparações feitas entre diferentes empresas das indústrias têxtil e de confecções revelaram que raramente é vantajoso trabalhar numa fábrica com tecnologia avançada. O trabalho normalmente é mais repetitivo e cansativo. O salário às vezes é um pouco melhor, mas nem sempre. A rotatividade de mão-de-obra é considerável. Pode-se afirmar que “quaisquer expectativas de que a modernização tecnológica possa resolver rapidamente o problema das condições de trabalho instáveis e mal-remuneradas devem ser consideradas infundadas” (SCHIMTZ, 1988, p.138).

No caso dos escritórios, com a introdução da nova tecnologia, há aumento dos serviços. Um estudo identificou incremento do *stress* em 80% dos casos. Por exemplo, a tensão visual que produz o uso intensivo do vídeo, o aumento da intensidade do trabalho, a monotonia e a falta de satisfação, particularmente nos sistemas de secretaria centralizados, são elementos comumente associados com a mudança tecnológica. Da

mesma forma, aumentam a fadiga, a dor nas costas, a dor de cabeça e a irritação de pele, podendo levar a doenças prolongadas que afetam o coração e produzem úlceras, hipertensão e neuroses (FALABELLA, 1988).

Uma das características do capitalismo é a ruptura entre trabalho e afetividade, ruptura entre produção da existência e reprodução da vida. O processo de produção separa do trabalhador o produto do seu trabalho. Ele não mais tem identificação com a mercadoria ou produto que fabrica. Não mais encontra prazer e satisfação no seu trabalho, tornando-se mais exigente quanto às relações com os outros (DEJOURS, 2000).

Sendo assim, a necessidade de manter vínculos com a organização ou com grupos (religiosos, políticos, associativos) leva o sujeito, por um lado, a internalizar e a reproduzir conceitos morais e éticos vigentes nesses ambientes, seja pela coerção, seja pelo sentimento de cooperação com o outro (desejo do reconhecimento). Por outro lado, o sujeito passa a interpretar papéis (como um ator social), a viver uma realidade falsa com o único objetivo de sobreviver num universo onde os princípios éticos e morais podem ser completamente diferentes dos seus (FARIA, 2000).

Pignon e Querzola (1989, p.109) afirmam: “[...] o dinheiro não basta para satisfazer as necessidades humanas. O conteúdo do trabalho é essencial na satisfação ou no desprazer que o trabalhador experimenta ao executá-lo”.

Na formulação de Dejours (1992), a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, que impacta sobre o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre a história do indivíduo, portadora de projetos, esperanças e desejos, e uma

organização do trabalho que os ignora. Essa organização do trabalho é entendida não só como divisão do trabalho, divisão das tarefas entre os operadores, mas, sobretudo, como a divisão dos homens para garantir e legitimar a hierarquia, repartições de responsabilidade e os sistemas de controle.

Esse sofrimento começa quando o homem, no trabalho, não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa, no sentido de torná-la mais próxima às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, ou seja, quando a relação homem-trabalho é bloqueada (DEJOURS, 1992).

Dejours (1992) afirma que a forma como se reveste o sofrimento varia de acordo com o tipo de organização do trabalho. Uma organização baseada nas tarefas repetitivas cria a insatisfação, ao se considerar o contato forçado com uma tarefa desinteressante, sem significação, levando a um sentimento de indignação, de desgosto. A falta de qualificação e de finalidade do trabalho podem remeter o indivíduo a um sentimento de inutilidade. Muitas vezes, o trabalhador desconhece a própria significação do seu trabalho em relação ao conjunto de atividades da organização.

O indivíduo necessita reafirmar a imagem de si (DEJOURS, 1992), o desejo de ser reconhecido (ENRIQUEZ, 1994; DEJOURS, 2000) pela organização. Quanto mais a tarefa é complexa, mais honroso é seu trabalho; quanto mais exige *know-how*, mais seu trabalho é admirado pelos outros.

Se, por um lado, o indivíduo menos qualificado pode ser coagido a desenvolver atividades além de sua capacidade, por outro, o indivíduo qualificado pode ser subutilizado pela organização. Em ambos os casos, está presente o risco do fracasso e da insatisfação.

***Quando o trabalhador se vê pressionado a exercer função na qual não tem o conhecimento necessário, ele sofre pelo sentimento de fracasso, pelo receio da humilhação, por medo do desemprego, por não atender às expectativas da organização***

Quando o trabalhador se vê pressionado a exercer função na qual não tem o conhecimento necessário, ele sofre pelo sentimento de fracasso, pelo receio da humilhação, por medo do desemprego, por não atender às expectativas da organização.

No entanto, o trabalhador qualificado que executa tarefas básicas em determinada organização, como um mero apertador de parafusos, sendo que possui condições de executar tarefas mais elaboradas, sofre com o fracasso de suas expectativas e valores construídos.

Essa forma de submissão ao trabalho faz com que o indivíduo assimile o sofrimento e frustração qualquer possibilidade de satisfação. O trabalhador é, ao mesmo tempo, manipulador e objeto de manipulação, na medida em que sofre e provoca sofrimento no outro.

Um mecanismo de defesa contra o sofrimento é o de negar o próprio sofrimento e, em consequência, o sofrimento alheio. Essa negação proporciona o que Dejours chama de tolerância ao mal, de tolerância ao que está errado, às injustiças, ao sofrimento. Por um lado, os indivíduos são vítimas do sofrimento, da violência, de ameaças, mas, por outro, acabam provocando o sofrimento alheio como se fosse um processo comum, uma banalidade.

## **5 Impactos da tecnologia informacional**

### **5.1 Impactos sobre a autonomia**

Loyola (1995) afirma que a introdução de novas tecnologias no processo produtivo provoca o incremento do controle gerencial, tendendo a reduzir os espaços para a autonomia dos trabalhadores, no entanto, na busca pela eficácia, pela maior produtividade e melhor

desempenho produtivo, emergem, como respostas, grupos de trabalho empenhados em dominar esta nova tecnologia. Portanto, a reação dos trabalhadores assegura maior autonomia sobre a execução do trabalho.

Barbarini (2001), em estudo realizado com bancários, afirma que algumas formas de organização do trabalho prometem autonomia aos trabalhadores, no entanto, aumentam de tal forma as responsabilidades que não sobra tempo para a construção de um saber-fazer significativo. Num ambiente automatizado, a autonomia de decisões só se torna possível por existir uma grande coesão no grupo, o que garante que as decisões sejam cumpridas por todos. Essa coesão é uma estratégia de defesa utilizada pelo grupo e, por meio dela, unem-se forças para lutar contra as adversidades do dia-a-dia. O resgate dos espaços para a autonomia ocorre, portanto, de forma simultânea à tentativa de seu seqüestro.

A rigor, ao que parece, para os autores aqui elencados, a tecnologia informacional tenta e faz de tudo para reduzir espaços para a autonomia dos profissionais, mas não o consegue na íntegra. Os autores admitem a tentativa de seqüestro da autonomia, mas rejeitam a idéia de que isso de fato ocorra. Ocorre o processo inverso. Ao tentar negar espaços para a autonomia dos profissionais, a tecnologia informacional força-os a lutar, mesmo que sem saber, pela auto-realização, a autonomia.

Os impactos da tecnologia informacional sobre os procedimentos autônomos e heterônomos podem ser observados na quadro 1. Os dados mostram que 50,2% dos profissionais concordam com a afirmação de que a implantação do sistema informatizado permite aumentar a produtividade do trabalho. A produtividade aqui abordada diz respeito à quantidade de atendimentos médicos nas unidades. Entretanto, o percentual dos profissionais que discordam dessa afirmação chega a 49,8% – dados de concordância e discordância muito próximos.

QUADRO 1 - TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS AUTÔNOMOS E HETERÔNOMOS SOB A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

OPINIÕES	CONCORDADO (%)	DISCORDADO (%)
A implantação do sistema permite aumentar a produtividade do trabalho.	50,2	49,8
Torna as tarefas mais precisas e reguladas.	77	23
Permite melhor acompanhamento do tempo de trabalho por parte da administração.	74,3	25,7
Faz com que o profissional de saúde tenha que ficar mais atento no trabalho.	61,5	38,5
Reduz o poder de decisão do profissional de saúde em suas funções.	52,5	47,5
Permite melhor acompanhamento sobre as tarefas.	81,5	18,5
A responsabilidade no trabalho aumenta, pois é possível saber quem executou determinada tarefa.	75,1	24,9

Fonte: A autora.

Convém, portanto, buscar o porquê dessa proximidade nos depoimentos dos profissionais pesquisados. Em um dos depoimentos, o profissional relata que a implantação do sistema informatizado “torna o atendimento produtivo em termos de registro e não em termos de consultas. O número de consultas é o mesmo e, em alguns casos, diminuiu, pois os médicos não conseguem atender em 15 minutos um paciente, ou seja, os 16 previstos pelo sistema...” (Auxiliar de Enfermagem, 16 out. 2001). Quando o profissional afirma que o aumento se dá “em termos de registro e não em termos de consultas”, percebe-se o conflito gerado por esse conceito. Os profissionais são cobrados por “produtividade” mensal, medida em termos de procedimentos e registros efetuados. Sentem-se vigiados e testados na sua habilidade para lidar com o computador, pois sua produtividade depende do manuseio rápido ou lento do sistema.

Outro depoimento denota a preocupação do profissional em cumprir suas metas: “a implantação do sistema não permite o aumento da produtividade, e sim limita o trabalho. Levamos mais tempo para realizar o mesmo trabalho” (Enfermeiro, 16 out. 2001).

Nos depoimentos que seguem, os profissionais admitem o controle do processo de trabalho: “a produtividade é uma questão de controle da unidade.

E também do distrito (...) e de lá pra Secretaria de Saúde” (Auxiliar de Enfermagem, 24 out. 2001); “quanto ao trabalho, sempre existe cobrança, sempre existe. A chefia sempre acha que a produtividade é baixa, por mais que a gente trabalhe. Tanto que o nosso posto é um dos mais tranquilos (...) em matéria de paciente. Mas, mesmo assim, sempre tem a cobrança da chefia. Chefia é chefia” (Auxiliar de Enfermagem, 24 out. 2001). Os depoimentos revelam claramente a relação conflituosa entre imposições externas e indivíduo e a presença desse conflito evidencia a busca inconsciente pela autonomia.

Outro dado do quadro 1 que vem confirmar essa assertiva é que 74,3% dos profissionais concordam que o sistema informatizado permite um melhor acompanhamento do tempo de trabalho por parte da administração. Esses profissionais, ao sentirem e admitirem a sofisticação no processo de controle de suas ações, reconhecem também que não se sentem à vontade nem confortáveis em seus respectivos espaços profissionais. Ora, não estar confortável significa admitir indiretamente a possibilidade de resistência, de busca por autonomia.

Os dados também mostram que para 77% dos profissionais o sistema informacional torna as tarefas mais precisas e reguladas, e 81,5% dos entrevistados concordam que o sistema permite melhor acompanhamento das tarefas. Nesse sentido, conforme explicação anterior, a caracterização de uma melhoria no controle das atividades e das tarefas executadas pelos profissionais e, conseqüentemente, na manutenção dos números estatísticos derivados do trabalho qualificado nas Unidades de Saúde tende a se configurar como tentativa de seqüestro da autonomia dos profissionais, nunca sua vitória.

Na visão de 52,5% dos profissionais, a introdução do sistema informatizado reduz seu poder de decisão nas funções específicas. Interessante salientar que esse número corresponde a 55,7% dos auxiliares de enfermagem, 62,5% dos enfermeiros e apenas 39,4% dos médicos (tabela 1). É provável que os dados estejam

mostrando a tendência do médico, um profissional mais qualificado, a não deixar que o computador regule suas funções, seu compromisso com os pacientes/usuários das Unidades de Saúde, procurando romper, talvez, com os procedimentos heterônomos do trabalho informatizado. Esse dado pode estar revelando uma tentativa de autonomização do profissional diante do trabalho informatizado. Uma tentativa de buscar o equilíbrio entre os processos autônomos e heterônomos no trabalho.

TABELA 1 - POSICIONAMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUANTO À REDUÇÃO DO SEU PODER DE DECISÃO

CATEGORIA	POSICIONAMENTO (%)		TOTAL (%)
	Discordo	Concordo	
Auxiliar de Enfermagem	44,3	55,7	100
Enfermeiro	37,5	62,5	100
Médico	60,6	39,4	100
TOTAL	47,5	52,5	100

FONTE: A autora

Os depoimentos que seguem mostram como os profissionais percebem o aumento da responsabilidade no trabalho.

“Eu acho que aumentou [a responsabilidade]. Acho que aumentou porque, você veja, se eu atendo um paciente eu vou ter que dar baixa desse paciente na tela, então isso... acabando com aquele negócio de ‘Ah, não fui eu que fiz tal coisa’, ‘Não fui eu que fiz aquela injeção’, ‘Não fui eu que peguei aquele medicamento’, sendo que você tem que dar baixa, teu *login* tá ali, não tem como você dizer não. Então, eu acho que aumentou.” (Auxiliar de Enfermagem, 9 jan. 2001).

“Eu não me sinto assim cobrada, mas eu me cobro muito. Acho que todas nós fazemos isso porque todo mundo tem aquela responsabilidade, se vou dar alguma coisa pra alguém, tenho meus limites, o que eu posso fazer... Como fica tudo registrado, se eu dei medicação tal dia, foi com a autorização do médico ou da enfermagem. Fica tudo registrado, não tem como errar.” (Auxiliar de Enfermagem, 19 nov. 2001).

Esses depoimentos mostram que os profissionais se preocupam mais com a responsabilidade em suas

atividades, responsabilidade esta muito mais ligada ao controle externo da organização do que a uma convicção profissional e pessoal do indivíduo. A responsabilidade aqui aparece em resposta a um procedimento heterônimo, uma preocupação com o que a organização vai pensar dos seus atos, uma resposta dada a uma exigência da organização.

Em raciocínio contrário, encontramos os seguintes depoimentos: “A maioria discorda, pois a responsabilidade é a mesma antes e depois; o computador não interfere.” (Auxiliar de Enfermagem, 4 out. 2001). Ou ainda: “Eu acho que a responsabilidade com o sistema ou sem o sistema é igual, porque o que a gente fazia antes faz agora...” (Auxiliar de Enfermagem, 25 out. 2001). Esses profissionais, correspondendo aos 75,1% dos entrevistados que discordaram da afirmação de que houve aumento da responsabilidade, sentem que, como atuantes na área de saúde, não tiveram alteração, após a introdução do sistema informatizado, em sua responsabilidade.

O fato de os profissionais perceberem o controle e a necessidade de se preocuparem mais com o que fazem ou deixam de fazer pelos pacientes revela, mais uma vez, o desconforto diante da pressão externa. Perceber a pressão é o primeiro indicador da possibilidade concreta de busca ou resgate de sua autonomia e da subjetividade.

## 5.2 Impactos sobre a subjetividade

A pesquisa sobre o sistema de saúde informatizado mostra que há procedimentos que acabam burlando as regras impostas pelo sistema informacional e que revelam a “[...] defasagem irreduzível entre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho” (DEJOURS, 2000, p.30). Seja qual for a qualidade da organização do trabalho e da concepção, é impossível, nas situações comuns de trabalho, cumprir os objetivos da tarefa respeitando à risca as instruções e os procedimentos prescritos.

Os depoimentos a seguir revelam esses fatos:

“Alguns casos, como, por exemplo, uma criança com febre alta, dor de cabeça e na nuca, nós encaminhamos para o médico, pois achamos arriscado receitar AAS para uma criança, sendo que pode ser algo mais grave... Então, geralmente o médico diz: você me passou bobeira!!!... Bobeira não, é uma vida e ele está doente!!!” (Auxiliar de Enfermagem, 8 out. 2001).

“Pra você ter uma idéia, pra gente dar uma cobertura total, temos prontuários paralelos, pra não correr o risco de aquela informação ir embora – isso às vezes acontece.” (Médico, 16 out. 2001).

“[Função delegada] a gente passa direto para o médico. Chegou a queixa, tem febre, “Eu quero consultar”. A mãe não aceita que você diga: “Teu filho não precisa de consulta”. A gente acaba passando, se não tem pra hoje, se não é emergência... pode ser pra amanhã ou pra daqui a três dias” (Auxiliar de Enfermagem, 20 dez. 2000).

“Nós aqui na unidade, não sei nas outras, mas nós agimos assim: a gente primeiro chama o paciente, conversa com o paciente, vê tudo direitinho, vê o peso, a altura, a pressão dele, conversa, vê o que ele tem, o que ele não tem primeiro, e daí algumas coisinhas que a gente pode esquecer, tipo altura, peso, a gente anota no ladinho do papel e conversa e atende ele normalmente. Depois que ele sai da sala, daí sim a gente vai pra máquina. Daí que a gente preenche no computador. Então a gente achou melhor assim. Algumas fazem assim, outras fazem direto” (Auxiliar de Enfermagem, 9 jan. 2001).

“Pra marcar consulta, eu vou colocar a queixa principal, tudo o que ela descreve. (...) Aí você passa pra consulta ou não. Então, você clica consulta pro mesmo dia e aparecem as consultas que têm vaga pra hoje. Então marco ela pra hoje, pro horário que tem. Não tem pra hoje, então vamos marcar pra amanhã. Então, marco pra amanhã. Dá pra fazer ‘chuncho’: na hora que o computador pede tudo isso eu bato só pontinho e ele passa pra frente. Só que isso não é o ideal, não é o programa” (Auxiliar de Enfermagem, 22 dez. 2000).

Quando o profissional encaminha o paciente para o médico, por considerar arriscado deixá-lo sem atendimento, ele transgride as regras<sup>2</sup> do sistema em benefício da saúde de um ser humano. Deixar de preencher os dados no computador simultaneamente ao atendimento com o paciente também é um

procedimento alternativo que visa não deixar de lado o contato humano com o paciente. Como foi frisado por outro profissional:

“Não trabalhamos com tijolos, lidamos com gente, e a vida é importante. Se cometermos algum erro, quem substituirá uma vida? Ninguém. Eu acho que se você respeita o seu ser, você é respeitado!” (Auxiliar de Enfermagem, 8 out. 2001).

As estratégias alternativas adotadas pelos profissionais são indicadores de conflito de poder, de luta de classe, de luta contra a heteronomia e em favor da autonomia. Demonstra que eles permanecem em conflito entre o que o sistema prioriza e determina e o que a prática adquirida ao longo dos anos revela. Para esses profissionais, burlar dessa forma o sistema é manter e velar pela dignidade dos seus pacientes. Nas palavras de Dejours (2000, p.56-57):

[...] o processo de trabalho só funciona quando os trabalhadores beneficiam a organização do trabalho com a mobilização de suas inteligências, individual e coletiva [...] tais características, portanto, da inteligência no trabalho constituem o que costumamos chamar de ‘zelo’ no trabalho.

Para Dejours (2000), a consequência das “estratégias coletivas de defesa” é a normalidade, interpretada como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra este no trabalho. A normalidade não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário, representa a conquista alcançada na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões e pela precarização no trabalho.

<sup>2</sup>As regras à que nos referimos neste ponto são definidas pelo *Manual de Práticas de Enfermagem – Acolhimento Solidário*. Os profissionais de saúde devem fazer a triagem dos pacientes, decidindo se devem ou não encaminhá-los para consulta médica – exercício da função delegada. De acordo com as recomendações do referido Manual, em alguns casos, o profissional deve apenas orientar o paciente e pedir que retorne novamente caso os sintomas não desapareçam.

Ainda conforme Dejours (2000, p.51),

[...] o primeiro efeito da precarização é a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo; o segundo efeito é a neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, contra a dominação e contra a alienação.

A normalidade e a negação do sofrimento estão presentes nos dados obtidos pela pesquisa no setor de saúde em questão. Como observamos no quadro 2, 58,1% dos profissionais discordam de que a implantação do computador tenha sido lenta e de difícil adaptação pelos funcionários. O que os profissionais salientam é que a implantação foi rápida, sim, mas de difícil adaptação pelos funcionários.

QUADRO 2 - TECNOLOGIA E SUBJETIVIDADE SOB A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

SUBJETIVIDADE	CONCORDO (%)	DISCORDO (%)
A implantação do computador foi lenta e de difícil adaptação pelos funcionários.	41,9	58,1
A introdução do computador como instrumento de trabalho dificulta o atendimento ao paciente.	20,4	79,6
O novo procedimento de trabalho não tem boa aceitação por parte da equipe.	12,2	87,8
Com o uso do computador, aumenta significativamente o serviço dos profissionais de saúde.	53,2	46,8
Seria melhor voltar ao processo anterior.	12,5	87,5

FONTE: A autora.

Os dados mostram, ainda, que 79,6% dos profissionais discordam que a introdução do computador como instrumento de trabalho dificulta o atendimento ao paciente. A facilidade é atribuída ao melhor armazenamento das informações, redução no extravio de prontuários e melhor controle do fluxo de pacientes nas unidades e não na efetividade do atendimento médico. Como instrumento gerencial o computador tem se mostrado muito eficaz, mas na relação profissional-paciente deixa a desejar.

A receptibilidade em relação ao computador por parte da equipe é vista de forma positiva por 89,8% dos profissionais participantes da pesquisa: "A aceitação agora é boa, após o período triste da adaptação"

(Auxiliar de Enfermagem, 16 out. 2001). A aceitação está vinculada à necessidade de responder às pressões causadas pelo sistema informacional. A partir do momento em que o sistema fornece dados sobre a produção individual dos profissionais, seu rendimento diário, semanal, mensal, o tempo médio de permanência dos pacientes, na unidade acaba por intensificar o controle sobre o trabalho. Dessa forma, os profissionais não têm outra saída a não ser adaptar-se, considerar o computador não como vilão, mas como aliado. Caso contrário, não há espaço para o exercício de sua função.

**Os dados mostram que 79,6% dos profissionais discordam que a introdução do computador como instrumento de trabalho dificulta o atendimento ao paciente**

Embora as questões anteriores mostrem profissionais otimistas em relação às facilidades proporcionadas pelo sistema informacional, o quadro 2 traz um dado contraditório, pois 53,2% dos profissionais concordam que com a introdução do computador o serviço dos profissionais de saúde aumentou. Por um lado, o sistema informacional é considerado um instrumento facilitador no atendimento dos pacientes; por outro, acaba por aumentar o serviço dos profissionais de saúde.

A contradição não está apenas nos números da pesquisa, mas também nos depoimentos. Os profissionais muitas vezes racionalizam suas respostas deixando de lado seus verdadeiros sentimentos e opiniões, como podemos observar na seqüência:

"Dava vontade de pegar a bolsa e ir embora!!! (...) Tem gente que chegou a chorar em cima desse computador, porque tinha hora que tinha trinta pacientes esperando pra avaliação e você só tinha feito umas dez. Então, nesse sentido, (...) a gente passou bastante estresse. Mas agora não, agora a gente já está acostumada" (Auxiliar de Enfermagem, 25 out. 2001).

“Eu acho que, na fase anterior, a gente estava acostumada a lidar mais com o paciente, e na informatização, não sei se por que, a gente ficou um pouco nervoso, um pouco ansioso com a informatização, a gente não tinha curso, muitos de nós não sabem nem digitar direito, nem uma datilografia a gente não tinha. Então, não tinha conhecimento nem do que era o *mouse*. Nada” (Auxiliar de Enfermagem, 9 jan. 2001).

“No começo foi muito complicado, foi difícil. A equipe toda passou por um treinamento prévio, mas foi um treinamento muito rápido, se não me engano de uma semana, três dias... E muita gente não tinha nem conhecimento do computador, e isso dificultou muito. Então, no começo todos os usuários ali na tua porta e você tendo que atender a todos e dominar o sistema. Foi muito complicado. Isso gerou conflitos até na equipe mesmo, porque cada um na ansiedade de querer atender, de resolver e acabava não resolvendo, e teve muita queixa de usuário, e uma carga muito grande para a equipe na questão mental... de estar aceitando toda esta carga, muito estresse mesmo” (Enfermeiro, 23 out. 2001).

“Pra mim eram duas coisas novas: lidar com o computador e o sistema. O programa que era diferente... Era tudo diferente do que nós estávamos acostumados a ver. Então, pra mim foi difícil. Mas, no final, a minha expectativa não foi tão ruim, sabe, eu pensei que se fosse mexer nele, fosse desligar tudo, apagar tudo, dar pane, que eu fosse estragar o programa [risadas]. E não é assim. Agora já estou mais segura. Mas no começo não foi fácil. Sou franca ao dizer que perdi algumas noites de sono, preocupada com o que eu ia fazer. Só via aquela fila crescendo e eu fazendo confusão ali, porque a recepção é a porta de entrada” (Auxiliar de Enfermagem, 9 jan. 2001).

“Foi angustiante. Foi angustiante, porque eu... Muita gente tem computador em casa, já lidava com computador... eu não tenho computador, nem sabia liga-lo. Ah! Meu Deus do céu! Quando eles puseram o computador, eu ficava olhando pra ele... Pra mim foi angustiante. E ainda mais quando me colocaram na recepção. Ah, meu Deus do céu! Eu não dormia a noite inteira: ‘O que é que eu vou fazer?’ Porque o nosso treinamento foi mínimo, foram três dias só” (Auxiliar de Enfermagem, 9 jan. 2001).

“Morria de medo no começo, tinha vontade de ir embora, mudar de unidade” (Auxiliar de Enfermagem, 17 out. 2001).

“No começo chegava até a chorar de raiva do computador” (Auxiliar de Enfermagem, 25 out. 2001).

“No começo fiquei desesperada, achando que não ia aprender” (Auxiliar de Enfermagem, 26 out. 2001).

“Precisa treinamento anterior, preparação psicológica antes. Fiquei nervosa, tensa; teve muita gente que sofreu. Uma colega adoeceu e precisou de médico; houve desespero na unidade. ‘Esse é o computador, agora trabalhe’ Que sufoco! Nos adaptamos com o paciente ‘em cima!’” (Auxiliar de Enfermagem, 1.º nov. 2001).

“Sentiu-se mal no começo; foi taxada por não atender o número mínimo de pacientes. Já com dificuldades pela idade, o computador emperrava, travava, a impressora tinha problemas... Os avaliadores diziam que ela não atendia bem... [os olhos se encheram de lágrimas]... Com o computador em bom estado conseguiu conciliar o trabalho” (Médico, 11 out. 2001).

“Tenho raiva do computador” (Médico, 26 out. 2001).

Percebemos que, apesar de afirmarem que a implantação do sistema informacional nas unidades tenha sido rápida, a adaptação e a aceitação dos profissionais não foram tão simples. Os profissionais admitem o medo, a raiva, a insegurança, o estresse, a angústia, o desespero, o nervosismo. Mas admitem também que, de uma forma ou de outra, superaram as dificuldades.

Por trás dessa “superação”, encontram-se mecanismos de defesa contra o sofrimento causado pela introdução de um “novo” instrumento de trabalho.

Esse sofrimento se apresenta de forma mais intensa nos profissionais mais velhos da SMS, que, muitas vezes, não tiveram contato anterior com o computador. Na tabela 2, pode-se verificar que apenas 17% dos profissionais participantes da amostra têm entre 21 e 30 anos, sendo que 44% dos profissionais têm entre 31 e 40 anos, 30% entre 41 e 50 anos, 10% com mais de 51 anos. Sabe-se que a utilização de computadores residenciais ou em empresas é recente, sendo melhor apreendida pelos jovens profissionais, que vêm sendo educados na frente do computador.

A tabela 3 ilustra melhor esse panorama. Observe-se que 42,5% dos auxiliares de enfermagem estão na faixa etária entre 31 e 40 anos, e 32,3%, entre 41 e 50 anos; 50% dos enfermeiros e 43,9% dos médicos estão na faixa dos 31 a 40 anos.

TABELA 2 - IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA - 2001

IDADE	NÚMERO	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO
De 21 a 30 anos	44	17	17
De 31 a 40 anos	116	44	44
De 41 a 50 anos	79	30	30
Mais de 51 anos	26	10	10
TOTAL	265	100	100

FORTE: A autora

TABELA 3 - IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA POR CATEGORIA PROFISSIONAL - 2001

IDADE	PARTICIPANTES (%)			
	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	TOTAL
De 21 a 30 anos	14,4	31,3	15,2	18,8
De 31 a 40 anos	42,5	50,0	43,9	43,8
De 41 a 50 anos	32,3	18,7	28,8	23,8
Mais de 51 anos	10,8	-	12,1	8,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

FORTE: A autora

O fator “idade” é muito importante para qualquer análise dos impactos da informatização, uma vez que retrata a dificuldade em se adaptar a instrumentos de trabalho tão sofisticados. Os profissionais mais jovens crescem e se formam com o auxílio do computador, presente desde cedo na escola, nas faculdades, nos jogos eletrônicos, nos bancos, em casa, etc. Por sua vez, os profissionais mais antigos são surpreendidos todos os dias com novidades, precisando adaptar-se às mudanças tecnológicas, após terem sido formados e treinados por meio de expedientes tradicionais de educação.

Quando os funcionários são questionados acerca da possibilidade de retorno ao processo anterior, 87,5% são, categoricamente, contrários. As respostas negativas são veementes. Após passarem pelas dificuldades causadas pela mudança, não admitem retornar ao processo anterior. O que querem é que o sistema melhore e se adapte às suas reais necessidades.

“A partir do momento que cresce, você não pode querer voltar para trás [voltar ao processo anterior]. E o mundo hoje é da informática, querendo ou não... estando bloqueadas ou não as nossas mentes, elas tem que evoluir

e o processo informatizado, ele te dá um parâmetro mais fidedigno do que o papel. Claro que existem mais erros... Como tem aquele que não dá baixa no medicamento, tem aquele que fez um monte de visitas domiciliares e não anotou, não deu entrada no sistema, não vai aparecer, mas...” (Enfermeiro, 5 out. 2001).

“Eu acho que não deveria voltar o processo, porque foi um grande progresso a informatização. Até porque ela é o auge agora em tudo o que você for fazer de trabalho. Mas eu analiso assim: que deveria ter pessoas informatizando, fazendo esse trabalho de digitação, não a enfermagem em si” (Enfermeiro, 15 out. 2001).

Percebemos, então, que alguns dos efeitos elencados por Dejours (2000) estão presentes nas unidades de saúde pesquisadas. O trabalho é intensificado, aumentando o sofrimento subjetivo dos profissionais.

No discurso a favor dos “benefícios” proporcionados pelo sistema informacional, revela-se o segundo efeito da precarização: a neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, a dominação e a alienação. O computador está presente como uma realidade social, e, portanto, o setor de saúde não pode fugir ao seu destino.

Do ponto de vista objetivo, os avanços são palpáveis. O progresso tecnológico, médico e econômico tem permitido vitórias diante do desafio de ganhar tempo. No entanto, do ponto de vista subjetivo, o efeito dessas conquistas é o inverso. Embora seja possível realizar o trabalho cada vez em menos tempo, sente-se uma crescente falta de tempo para fazer o que se deseja. A pressa inquieta, agita e alucina. “O superávit objetivo resulta em déficit subjetivo. Quanto mais economizamos tempo, mais carecemos dele” (GIANNETTI, 2000, p.31).

Essa busca revela o “triumfo da subjetividade” (GIANNETTI, 2000, p.59-62), presente nos dados e depoimentos, tornando visível que o aumento das pressões e das formas de controle, a despeito de seus inegáveis efeitos negativos sobre os profissionais, tende a forçá-los, mesmo que sem saber, a resistir, a resgatar sua autonomia, a lutar pela sua subjetividade.

Nesse sentido, a despeito da precariedade do trabalho do profissional de saúde, os indicadores de resgate ou de busca da autonomia aparecem subjacentes, sobretudo, nos momentos em que há negação das angústias e dos sofrimentos. Esse fato comprova a idéia de que o “seqüestro” total da subjetividade só existirá caso se admita a extinção do ser humano.

## Considerações finais

Este artigo mostra e explica por que a busca pela autonomia nas relações de trabalho no setor de saúde pesquisado, a despeito da precarização, foi intensificada a partir da introdução da tecnologia informacional.

Mesmo reconhecendo a força das práticas heterônomas, não há predomínio destas sobre a autonomia. Os dados e depoimentos tornam visível que o aumento das pressões e das formas de controle tendem a forçar os profissionais, mesmo que sem saber, a resistir, a garantir espaços para sua autonomia. É bem verdade que essa resistência aparece na forma de negação das adversidades, mas está presente.

O computador acaba sendo utilizado pela organização como processo mediador<sup>3</sup> entre organização e indivíduo. Por um lado, a organização moderniza o serviço de atendimento por meio da informática, objetivando melhoria no atendimento à saúde pública

e buscando melhores resultados sociais. Por outro, reorganiza o processo de trabalho, aumentando o serviço dos profissionais de saúde e intensificando o controle psicológico sobre o indivíduo no trabalho.

Do ponto de vista objetivo, os avanços são palpáveis. O progresso tecnológico, médico e econômico tem permitido conquistas diante do desafio de ganhar tempo. No entanto, do ponto de vista subjetivo, o efeito dessas conquistas é inverso. Embora possamos realizar o trabalho cada vez em menos tempo, sente-se cada vez mais falta de tempo para fazer o que se deseja.

Portanto, o trabalho, mais uma vez, encontra-se precarizado. Mas a precarização, ao invés de inviabilizar, oportuniza e legitima a busca pela autonomia e pela subjetividade humana. Evidentemente, a presente pesquisa amplia a percepção de que relações equilibradas entre procedimentos autônomos e heterônomos podem trazer vantagens tanto para a organização quanto para os profissionais de saúde. Um ambiente organizacional, onde os profissionais exerçam suas funções com responsabilidade, confiança e satisfação, pressupõe espaços para a auto-realização humana.

---

<sup>3</sup>O processo de mediação se coloca como uma ponte entre restrições (coerções) da empresa e os privilégios oferecidos aos indivíduos. A empresa busca desenvolver forças produtivas com iniciativa, motivadas, com capacidade de criação, cooperação e ao mesmo tempo garantir o controle, a subordinação dos trabalhadores aos objetivos da empresa e do sistema capitalista. “A mediação assegura o controle pelo fato de que a contradição é ‘resolvida’ pela empresa” (PAGÉS, 1987, p. 27-28).

## Referências

- BARBARINI, Neuzi. **Trabalho bancário e reestruturação produtiva**: implicações no psiquismo dos trabalhadores. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.
- BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.
- DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. 3.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

- DICIONÁRIO de Ciências Sociais. 2.ed. Rio de Janeiro: FGV, 1987.
- ENRIQUEZ, Eugène. O vínculo grupal. In: ENRIQUEZ, E. **Psicossociologia**: análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994.
- FALABELLA, Gonzalo. Microeletrônica e sindicatos: a experiência europeia. In: SCHIMTZ, H.; CARVALHO, R. O. **Automação, competitividade e trabalho**: a experiência internacional. São Paulo: Hucitec, 1988.
- FARIA, José Henrique de. **Comissões de fábrica**: poder e trabalho nas unidades produtivas. Curitiba: Criar, 1987.
- FARIA, José Henrique de. **Tecnologia e processo de trabalho**. Curitiba: UFPR, 1997.
- FARIA, José Henrique de. **Ética, moral e democracia**: os paradoxos da práxis organizacional. Curitiba: UFPR, 2000.
- FARIA, José Henrique de; MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O seqüestro da subjetividade e as novas formas de controle psicológico no trabalho: uma abordagem crítica ao modelo *toyotista* de produção. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (ANPAD), 25., 2001, Campinas. **Anais...** Campinas: ANPAD, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GIANNETTI, Eduardo. **Nada é tudo**: ética, economia e brasilidade. Rio de Janeiro: Campus, 2000.
- MACIEL-LIMA, Sandra Mara. **Trabalho e tecnologia**: os efeitos da tecnologia informacional sobre o trabalho no setor de saúde. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração)–Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.
- MACIEL-LIMA, Sandra Mara. Os efeitos da tecnologia informacional sobre as relações de trabalho nas unidades de saúde. **Revista da FAE**, Curitiba, v. 6, n.1, p.39-52, jan./abr. 2003.
- LOJKINE, Jean. **A revolução informacional**. São Paulo: Cortez, 1995.
- LOYOLA, Sonia. **Os reflexos da automação sobre o processo produtivo**: o caso da Indústria de Refrigeração Paraná. 1995. Dissertação (Mestrado em Administração)–Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1995.
- MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. 12.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988 (Livro I, Volume I).
- OFFE, Claus; WIESENTHAL, Helmut. Duas lógicas da ação coletiva: notas teóricas sobre a classe social e a forma de organização. In: OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.56-118.
- PAGÉS, Max et al. **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas, 1987.
- PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de práticas de enfermagem**: a saúde de braços abertos. Curitiba, 1999.
- PIAGET, Jean. **O julgamento moral na criança**. São Paulo: Mestre Jou, 1977.
- PIGNON, Dominique; QUERZOLA, Jean. Ditadura e democracia na produção. In: GORZ, A. (Org.) **Crítica da divisão do trabalho**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- SADER, Éder. **Quando novos personagens entraram em cena**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- SCHMITZ, Hubert. Automação, microeletrônica e trabalho: a experiência internacional. In: SCHIMTZ, H.; CARVALHO, R. O. **Automação, competitividade e trabalho**: a experiência internacional. São Paulo: Hucitec, 1988.
- SOUZA-LIMA, José Edmilson de. **Força política do movimento sindical e produção da estrutura sindical brasileira**. 1993. Monografia (Graduação em Ciências Sociais)–Setor de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1993.
- TAUILLE, José Ricardo. Automação microeletrônica e competitividade: tendências no cenário internacional. In: SCHIMTZ, H.; CARVALHO, R. O. **Automação, competitividade e trabalho**: a experiência internacional. São Paulo: Hucitec, 1988.