

Os efeitos da tecnologia informacional sobre as relações de trabalho nas unidades de saúde

*Sandra Mara Maciel de Lima**

Resumo

O presente artigo tem como objetivo verificar e explicar as relações de trabalho antes e depois da introdução da tecnologia informacional computadorizada nas Unidades de Saúde do município de Curitiba. Baseada em pesquisa descritivo-qualitativa, entrevistas e formulários do tipo Escala Likert, a análise dos dados demonstra que a introdução das tecnologias computadorizadas tende a negar espaços para a auto-realização humana tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários, pois a utilização da tecnologia pode beneficiar o processo gerencial, mas não demonstra ser capaz de melhorar as relações entre o atendimento e a demanda dos usuários. Em suma, o processo de trabalho é afetado de forma adequada a sua gestão e inadequada às suas finalidades sociais.

Palavras-chave: tecnologia informacional; relações de trabalho; precarização do trabalho; profissionais de saúde.

Abstract

The article aims to verify and explain work relationships before and after the introduction of computerized information technology in Health Units in Curitiba. Based in descriptive-qualitative research, interviews and Likert Scale forms, the analysis of data shows that the introduction of computerized technologies tends to deny space for self-accomplishment of health professionals as well as clients, whereas the use of technology can be an advantage to the managerial process, it does not seem to be able to improve the relationship between service provided and client demands. Summarising, the work process is affected conveniently within management but improperly within social needs.

Key-words: information technology; work relationships; precariousness of work; health professionals.

* Bacharel em Ciências Econômicas, Mestre em Administração pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora de Administração da Faculdade Dom Bosco. E-mail: <sandramaciel@avalon.sul.com.br>

Introdução

O setor de serviços vem apresentando aplicação crescente de novas tecnologias ao longo dos anos, simplificando drasticamente um conjunto de operações rotineiras ligadas ao processamento de dados e informações padronizadas nos escritórios, no comércio, serviços bancários etc., caracterizando, assim, o aparecimento de uma nova estrutura social marcada pela mudança de produtos para serviços, pelo surgimento de 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.

Os serviços de atenção à saúde, por exemplo, cumprem determinadas funções no interior do processo produtivo de economias capitalistas. Estes serviços consomem produtos de outras indústrias, como a farmacêutica e de equipamentos e instrumentos médicos, atendendo, em certa medida, às necessidades de desenvolvimento e de lucro das referidas indústrias.

Sendo assim, a defesa da modernização na área de saúde, em especial, favorece o chamado complexo médico-industrial: empresas médicas, laboratórios, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, hospitais e afins. No entanto, no Brasil, a incorporação de novas tecnologias tende a ser alienada dos reais problemas de saúde do país, acentuando as contradições que emanam das próprias formas de organização da assistência médica.

Essas contradições inspiram o presente trabalho,¹ possibilitando a colocação da seguinte problemática: Como as relações de trabalho, entendidas como o trabalho propriamente dito, o processo de trabalho e as relações sociais no

trabalho, são afetadas pela introdução de tecnologias informacionais computadorizadas em processos de atendimento de pacientes nas Unidades de Saúde do Município de Curitiba, no período de 1999 a 2001?

O Município de Curitiba iniciou a informatização das Unidades Básicas de Saúde em fevereiro de 1999, implantando o atendimento por meio de prontuário eletrônico. Tal implantação ocorreu paralelamente ao desenvolvimento do Programa "Acolhimento Solidário", que visa ampliar o acesso do cidadão aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), procurando melhorar o processo de resolução dos problemas de saúde da comunidade e investindo na mudança de postura do profissional de saúde quanto ao atendimento ao usuário.

A presente pesquisa apresenta-se com uma preocupação provocativa que, no âmbito das tomadas de decisões ou ações políticas, poderá servir de suporte para futuras políticas públicas direcionadas ao setor de saúde. Portanto, trata-se de um estudo com propósitos de aproximar a universidade do sistema político.

No entanto, cabe esclarecer que no presente estudo a tecnologia informacional está sendo apreendida como uma forma específica de organização social em que a geração, o processamento e a transmissão da informação se transformam nas fontes fundamentais da produtividade devido às novas condições tecnológicas que surgem neste período histórico (CASTELLS, 1999).

A tecnologia informacional pode ser entendida como uma *tecnologia de processo*, uma vez que compreende as técnicas e o uso de

¹O presente trabalho é parte de Dissertação de Mestrado da autora, defendida em junho de 2002.

técnicas que interferem no processo de trabalho, de maneira a modificá-lo, organizá-lo, racionalizá-lo, sejam tais técnicas de origem física, sejam de origem gerencial. Tendo em vista que o que define uma tecnologia como pertencente a uma categoria não é apenas seu conteúdo ou natureza, mas, e às vezes principalmente, seu emprego, seu uso, sua inserção em um dado processo. Com esta finalidade, o que se chama aqui de *tecnologia de processo* compreende as *tecnologias de gestão* e *tecnologias físicas* (FARIA, 1997).

A introdução de novas tecnologias de base microeletrônica representa uma inovação em *tecnologia física* no processo de produção. Esta tecnologia física é entendida como “o agregado de máquinas, equipamentos, peças, instalações e métodos – geralmente informacionais – utilizados, direta ou indiretamente, no processo produtivo” (FARIA, 1997, p.31).

Entende-se por *tecnologia de gestão* “o conjunto de técnicas, instrumentos ou estratégias utilizados pelos gestores – gerentes, administradores etc. – para controlar o processo de produção, e de trabalho em particular, de maneira a otimizar os recursos nele empregados” (FARIA, 1997, p.29-30).

Sendo assim, no contexto do presente trabalho considera-se a informatização dos processos de trabalho nas Unidades de Saúde, chamado “Cartão Qualidade-Saúde”, como uma inovação em tecnologia física e a implementação do Programa “Acolhimento Solidário” como uma inovação em tecnologia de gestão, procurando avaliar alguns efeitos destas sobre a relação de trabalho.

Procurou-se, por meio de entrevistas semi-estruturadas e aplicação de formulários do tipo Escala Likert, coletar o maior número de informações com o propósito de apreender a globalidade da situação.

A população de interesse desta pesquisa foi constituída pelos profissionais de saúde – auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos – lotados nas 88 Unidades de Saúde já informatizadas do Município de Curitiba (dados de setembro de 2001), que exerciam sua função desde 1998. Estes profissionais contribuíram com experiências adquiridas antes, durante e depois da informatização.

Não foi possível reunir informações sobre o número exato da população de interesse desta pesquisa. Muitos foram os motivos, dentre eles destacam-se as dificuldades em se ter acesso às informações sobre Recursos Humanos na SMS, o tempo hábil para levantar este número Unidade por Unidade e a rotatividade dos profissionais de saúde do Município.

Devido às características próprias da população de interesse desta pesquisa, optou-se pela amostragem não probabilística por julgamento. Este método é usado quando cada elemento da população possui uma probabilidade desconhecida de seleção, sendo que a amostragem é feita por conveniência, em que os elementos da população são selecionados com base no julgamento do pesquisador (MALHOTRA, 2001).

Foram selecionadas 30 Unidades de Saúde para participar da pesquisa. As Unidades foram selecionadas segundo três critérios: tempo de informatização; tempo de permanência dos funcionários e a distribuição regional das Unidades.

A amostra final foi constituída por 167 auxiliares de enfermagem, 66 médicos e 32 enfermeiros, totalizando 265 profissionais que responderam ao formulário da pesquisa.

As entrevistas semi-estruturadas, por sua vez, foram realizadas com 14 profissionais de saúde (8 auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiras, 1 médico e 2 autoridades sanitárias).

1 As relações de trabalho

1.1 O trabalho

O trabalho, como um dos fatores de produção, é toda atividade humana voltada para a transformação da natureza, com o objetivo de satisfazer necessidades. É também o próprio exercício efetivo da capacidade produtiva humana de alterar o valor de uso das mercadorias e acrescentar-lhes valor. Condição específica do homem, desde suas formas mais elementares, o trabalho está associado a certo nível de desenvolvimento dos instrumentos de trabalho e da divisão da atividade produtiva entre os diversos membros de um agrupamento social (BOTTOMORE, 1988).

O trabalho, que produz uma mercadoria, tem duplo caráter. De um lado, qualquer ato de trabalho é uma atividade produtiva de um determinado tipo, que visa a um objetivo, sendo considerado assim como trabalho útil ou trabalho concreto, cujo produto é um valor de uso. De outro lado, qualquer ato de trabalho pode ser considerado separadamente de suas características específicas, simplesmente como dispêndio de força de trabalho humana. Este trabalho humano cria valor e é chamado de trabalho abstrato.

Para Lojkine (1995), a originalidade do conceito marxista de forças produtivas é dupla. Por um lado, remete ao papel decisivo conferido à relação entre homem e natureza material, à maneira de produzir, isto é, ao instrumento de trabalho. Por outro, remete igualmente à articulação específica que Marx estabelece, na maneira de produzir, entre os meios materiais e os meios humanos do trabalho, considerado como o modo de organização técnico, mas também social, dos homens.

Por força produtiva material é preciso entender, segundo Marx (1988), a força física que o homem põe em movimento para modificar a natureza, a fim de incorporar matérias dando uma forma útil à sua vida, isto é, um valor de uso. Esta força natural do homem, o trabalho humano, se define pela preexistência do resultado do trabalho na imaginação do trabalhador. Neste sentido, não se pode separar a força material do ideal em direção ao qual a vontade humana vai mobilizar o corpo.

Para transformar um objeto material, da natureza, o homem se utiliza dos meios de trabalho como condutor da sua ação. Dito de outra forma, “o homem se serve das propriedades mecânicas, físicas, químicas, de algumas coisas para *fazê-las atuar como forças* sobre outras coisas, de acordo com seus fins” (LOJKINE, 1995, p.55). O trabalho humano, então, sempre utilizou e sempre utilizará instrumentos materiais – instrumento, depois a máquina-ferramenta, em seguida a máquina informacional.

A força produtiva do capital é considerada por Marx como sendo, por um lado, forças apropriadas pelo capital e sobre as quais os trabalhadores individuais não têm nenhum poder; de outro, de forças que aumentam a produtividade do capital e não apenas a do trabalho. As forças produtivas, portanto, não se restringem às formas organizacionais (divisão e combinação social do trabalho), mas são estendidas à pesquisa científica e ao emprego de máquinas e meios de comunicação que aumentam a força produtiva do capital (MARX, 1988; LOJKINE, 1995). Sendo assim, a máquina-ferramenta permite ao seu proprietário capitalista diminuir o volume de trabalho total exigido e consumido por uma mesma produção material. O critério desta medida capitalista da produtividade do trabalho e do progresso técnico

é, portanto, a taxa de substituição do trabalho pelo capital, do trabalho vivo pelo trabalho morto.

Para Marx, o produto, o resultado da produção capitalista é a mais-valia, e somente é produtivo o trabalho e trabalhador que produzem diretamente mais-valia, que é um excedente do trabalho e que pertence ao proprietário dos meios de produção. Portanto, mais-valia é o trabalho não pago.

Na subordinação real do trabalho ao capital, o operário individual não é o agente real do processo de trabalho mas a sua capacidade de trabalho socialmente combinada. Quando a sua capacidade de trabalho é consumida para valorizar o capital, independentemente da atividade que ele desempenha como parte do trabalho coletivo, o seu trabalho é um trabalho produtivo.

Tomando como base o conjunto de reflexões de Marx, “o trabalho em serviços pode adquirir caráter produtivo ou não, dependendo do tipo de relação econômica que se estabelece” (PIRES, 1998, p.65). Sendo assim, pode-se considerar que, embora o trabalho no setor público seja improdutivo, pois não produz valor de troca, não produz mais-valia, o trabalho no setor privado, inclusive na saúde, é produtivo, pois gera mais-valia para o capital.

1.2 Processo de trabalho

O processo de trabalho, em sua forma mais simples, é aquele em que o trabalho é materializado ou objetivado em valores de uso. Representa o fluxo, a execução de conteúdos e significados do trabalho, podendo ser caracterizado como uma interação da pessoa que trabalha com o mundo natural, de tal forma que os elementos deste último são conscientemente

modificados e com propósitos bem delimitados (BOTTOMORE, 1988). Neste particular, o processo de trabalho é uma condição da existência humana, comum a todas as formas de sociedade: de um lado, o homem com seu trabalho, o elemento ativo; do outro, o elemento natural, o mundo inanimado, passivo.

Em algumas sociedades capitalistas a força de trabalho é reproduzida pelo trabalho familiar, que não é assalariado; em outras, é reproduzida por meio de modos de produção não-capitalistas que ainda sobrevivem. Da mesma forma, no processo capitalista de trabalho, os meios de produção são comprados no mercado pelo capitalista, o mesmo acontecendo com a força de trabalho. Em seguida o capitalista consome a força de trabalho, fazendo com que os trabalhadores consumam os meios de produção por intermédio de seu trabalho. Este é realizado sob supervisão, direção e controle do capitalista, e os produtos resultantes são propriedade dele, não dos produtores imediatos, os trabalhadores.

O processo de trabalho em saúde tem suas particularidades. Atualmente, o atendimento à saúde, prestado à população, desenvolve-se em serviços de saúde institucionalizados, que organizam o seu funcionamento e processo de produção dentro de determinados contextos.

No âmbito institucional, verifica-se que a lógica da organização capitalista do trabalho também se introduz na organização da assistência à saúde, pois esta resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas.

A prestação de serviços à saúde pode assumir formas diversas, como a realização de uma consulta, uma cirurgia, um exame-diagnóstico, a indicação de uma medicação específica e outras

orientações gerais. Esta assistência é realizada por profissionais que detêm conhecimentos específicos e que podem atuar e intervir em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como *finalidade* a ação terapêutica de saúde, como *objeto* o indivíduo ou grupos de pessoas, como *instrumento de trabalho* os instrumentos e o saber de saúde e como *produto final* a própria assistência à saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 1998).

Nas organizações públicas de saúde, embora não se possa falar em trabalho produtivo, pode-se afirmar que se implementa, cada vez com maior ênfase, critérios de produção tipicamente capitalistas, o que significa a adoção de uma lógica “produtivista”, razão pela qual ganham destaque as práticas gerenciais, que visam aumentar a produtividade do trabalho, significando, no caso estudado, maior volume de atendimento, maior agilização de procedimentos administrativos, mais rapidez nos agendamentos e nos encaminhamentos dos pacientes, maior controle sobre o histórico dos pacientes, entre outros.

1.3 Relações sociais no trabalho

Para ver como os diferentes participantes humanos se relacionam entre si no processo de trabalho, é necessário analisar as relações sociais dentro das quais esse processo ocorre.

Historicamente, a produção capitalista se constitui pela reunião de trabalhadores num mesmo local de trabalho, com o objetivo de produzir as mesmas mercadorias. A esta forma de trabalho dá-se o nome de cooperação, em que muitos trabalham de maneira planejada, no mesmo processo produtivo ou em processos diferentes, mas em conexão com os mesmos princípios organizacionais (FARIA, 1987).

Quando o trabalhador passa a cooperar com outros trabalhadores, o trabalho social, antes individual, modifica-se. Da mesma forma, no momento em que o processo de produção capitalista apropria-se do trabalho social, proporciona não só um processo de valorização do capital, mas, também, um processo social do trabalho.

Seguindo o mesmo raciocínio, o indivíduo, como ser social, se constrói e se transforma em contato com a sociedade, pela cooperação com diversos indivíduos. Por sua vez, esta cooperação nada mais é do que o estágio de desenvolvimento das forças produtivas, do trabalho social.

Desta forma, o homem estará produzindo, por meio do trabalho, as condições de sua própria existência e de sua consciência. Portanto, a consciência do homem também é um produto social (CODO et al., 1998).

Entender como se configuram as relações sociais no setor de serviços e, em particular, no setor de saúde, é de suma importância para analisar os impactos da nova tecnologia.

A prestação de serviços públicos é considerada uma atividade improdutivo, no sentido de que não produz mais valor. No entanto, é necessário observar que este fato não diminui a importância desta atividade no desenvolvimento capitalista de produção.

2 A introdução da tecnologia informacional no setor de saúde

A inovação tecnológica informacional toma como base dois momentos na história da saúde no Município de Curitiba: a implementação do “Acolhimento Solidário” e a implantação do Cartão Saúde. Ambos com o objetivo de resolver

problemas como morosidade, pouca efetividade e baixa qualidade das ações em saúde.

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 a 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.² Um conjunto de procedimentos e técnicas que caracteriza uma mudança em tecnologia de gestão.³

O Acolhimento Solidário tem como objetivos gerais atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; reorganizar o processo de trabalho, priorizando o atendimento da clientela de risco; e qualificar a relação profissional-usuário, propiciando o respeito, a solidariedade e o vínculo (SHIMAZAKI et al., 2001).

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

O desenvolvimento e implantação do projeto de informatização na SMS, que agregou o nome de Cartão Saúde/Curitiba, considera pressupostos básicos como:

- a) o cadastramento integral da população;
- b) utilização de um cartão personalizado para identificação da população cadastrada e para acesso a um prontuário de saúde do seu portador;
- c) disponibilização do prontuário de saúde a todas as unidades de saúde do município, por intermédio de rede interligada entre as unidades da SMS e entre unidades SUS;

- d) possibilidade de obter, por meio dos prontuários, informações de interesse da saúde e da administração, visando gerar dados para a tomada de decisões epidemiológicas, técnicas e gerenciais.

Junto à equipe de informática responsável pelo sistema foi constituído um grupo de trabalho, composto por profissionais da saúde, para acompanhar e auxiliar no desenvolvimento e implantação do sistema informatizado. Este sistema foi elaborado tomando-se como base um prontuário médico tradicional. As etapas foram sendo construídas procurando otimizar o processo de atendimento. Para tanto, alguns procedimentos habituais tiveram que se adaptar ao novo processo instituído pelo sistema informatizado.

Conforme SCHNEIDER et al. (2001), o sistema de prontuário eletrônico procurou garantir pressupostos básicos do Modelo Assistencial, que são:

- a) a territorialização;
- b) acesso da população por procura direta;
- c) acolhimento solidário;
- d) priorização do atendimento à pequena emergência;
- e) priorização do atendimento à clientela portadora de situações de risco ou agravos de interesse epidemiológico;
- f) controle da demanda da unidade.

A territorialização prevê o cadastro dos usuários que residam na área de abrangência de uma determinada unidade de saúde. A efetivação desse cadastro é feita mediante a identificação e comprovação do endereço residencial do

²Para mais detalhes, ver SHIMAZAKI, Maria Emi et al. Acolhimento Solidário – a saúde de braços abertos. In: DUCCI, Luciano et al. (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

³Os conceitos de tecnologia física e tecnologia de gestão são os definidos por Faria (1997).

usuário, sendo que este usuário somente poderá se cadastrar na unidade correspondente à sua área. Este item gera um certo desconforto à população, pois, em alguns casos, o usuário mora a alguns metros de uma unidade de saúde, no entanto, sua rua não pertence a esta unidade próxima, mas a outra mais distante, por se tratar de outra área de abrangência. Esta situação ocorre com frequência.

Por exemplo, a Unidade de Saúde Santa Cândida não está no meio de sua área de abrangência, está na ponta. Quer dizer, duas quadras adiante da unidade já não fazem parte de sua área de abrangência. Como explicar, então, para o usuário que, embora a Unidade de Saúde Santa Cândida esteja a uma ou duas quadras de sua residência, ele deve dirigir-se à outra unidade bem mais distante.

Antes do sistema informatizado, o cadastro de usuários fora de área, nas unidades, era possível devido à impossibilidade de se verificar de forma eficaz a procedência deste usuário, facilitando o atendimento a todas as pessoas que procuravam a unidade. O sistema acaba regulando de forma imediata o cadastro de pessoas de fora da área, o que não acontecia antes da introdução do computador.

Duas observações mostram que os profissionais percebem de forma diferente esta mudança no processo:

Acho injusta a limitação pela área de abrangência, pois todos recolhem os mesmos impostos e são obrigados, mesmo doentes, a buscar ajuda nos postos perto de sua casa; pessoas de fora da cidade, que estão em visita, como ficam?(Aux, US-21, 26 out. 2001).

Antes a gente tinha muitos pacientes de fora, que não eram nossos, então o Posto era bem mais sobrecarregado. Pacientes do interior, parentes, amigos que vinham de fora pra consultar e a gente não tinha como filtrar isso. E com o cadastro, o Cartão Saúde, a gente só consegue cadastrar se for da nossa área... (Aux7, US-19, 24 out. 2001).

O segundo pressuposto procura garantir o acesso da população ao sistema de saúde retirando-se quaisquer barreiras ao atendimento médico. Basicamente, o sistema de prontuário eletrônico não deveria colocar nenhum tipo de pré-requisito para o atendimento na unidade básica de saúde, no entanto, devido às cotas de medicamentos, exames laboratoriais e de diagnóstico, o usuário, fora da área de abrangência, tem acesso apenas à consulta médica, devendo procurar a sua unidade de origem para realizar exames, internamento etc.

O acesso é livre desde que se obedecem a alguns critérios como, por exemplo, o próprio usuário/paciente deve estar presente para marcar sua consulta, pois o profissional precisa preencher as telas referentes à "avaliação inicial" para que a consulta possa ser marcada ou agendada para outro dia. Esta seqüência é exigência do sistema informatizado e do Acolhimento Solidário que alterou o procedimento habitual.

Esta situação gera alguns conflitos entre usuários e profissionais da unidade, pois antes do sistema os usuários tinham mais liberdade e autonomia para conciliar seus horários de trabalho, por exemplo, com as consultas marcadas. Isto é o que se pode observar nos depoimentos abaixo:

... o marido está trabalhando e manda a mulher marcar a consulta. Não dá pra marcar, porque pelo manual a pessoa tem que estar aqui. Então o homem que trabalha, vai ter que faltar dois dias. Ele vai vir hoje pra marcar consulta. Vem de manhã, fica duas horas esperando, pra passar pela avaliação, porque de manhã é um fluxo muito grande de gente. [...] Ele pode até ter chance de se consultar no mesmo dia, mas dificilmente isto vai acontecer... porque, se a dor dele não for muito grave, a gente não vai passar ele pro médico hoje, vai marcar pra depois de amanhã ... (Aux1, 20 dez. 2000)

a mãe veio do serviço porque a creche ligou que o filho estava vomitando, ela passou primeiro lá no posto. Não dá! Ela tem que trazer a criança pra passar pela avaliação (Aux1, 20 dez. 2000).

O Acolhimento Solidário prevê que nenhum usuário deverá sair da Unidade de Saúde sem resposta à sua demanda. O prontuário eletrônico exige que a abertura de uma recepção seja seguida da identificação do tipo de demanda apresentada e esta, da indicação da conclusão do atendimento efetivado. Casos que não são resolvidos na unidade devem ser encaminhados para serviços de apoio, caso contrário, este atendimento ficará pendente. Este pressuposto acarreta, em alguns casos, espera desnecessária do usuário na unidade, pelo fato de o usuário/paciente só saber da disponibilidade de consultas quando chega sua vez de passar pela avaliação inicial. Esta espera frustrada muitas vezes gera conflito.

Antes do sistema, as unidades colocavam à disposição dos usuários uma lista do número de consultas disponíveis para o dia. A lista ficava em local bem visível, deixando o usuário livre para esperar ou procurar atendimento em outro lugar, dependendo de sua necessidade. Este procedimento acabava por regular a demanda na unidade evitando esperas desnecessárias.

Algumas observações sobre o Acolhimento Solidário do ponto de vista dos profissionais:

[Acolhimento Solidário]... mas isso nós já fazíamos antes... já era feito o pré- agendamento... porque o acolhimento seria isso, resolver o problema do paciente, encaminhar ou pré-agendar, mas tudo nós já fazíamos antes mesmo sem estar informatizado... (Aux4, 09 jan. 2001);

Nós, dentro da unidade de saúde, [...] temos as portas abertas e quem vem tem que ser atendido. Eu não posso, com o Acolhimento, dizer: "Oh, eu não posso atender agora, vocês voltem amanhã." Não! A gente vai atender todo mundo. Só que na medida do que a gente tem de recurso interno, de recursos humanos e na medida do possível (Enf4, US-16, 19 out. 2001).

Quando eu fiz treinamento no Acolhimento Solidário, o que eu entendi é que ia resolver as coisas com mais facilidade pro paciente. E isso não aconteceu. No começo, quando o sistema foi implantado, consultava-se, marcava-se consulta na hora e pronto... o paciente

vinha, fazia tudo e saía com tudo pronto. Hoje em dia, já tem uma fila imensa de espera, quer dizer, não resolveu nada. Eles estão esperando da mesma forma (Aux5, US18, 23 out. 2001).

No Acolhimento Solidário os funcionários só dirão se há ou não médico durante a avaliação inicial. Mas esta pode demorar a manhã toda, para então saber que não há vaga. Se este paciente realmente precisar, será encaminhado ao "24 Horas". No entanto, lá também deverá esperar para ser atendido. Durante uma das visitas às unidades de saúde, foi observado um fato que revela o descaso em relação ao paciente. Na hora do almoço, o número de profissionais na unidade se reduziu a um auxiliar administrativo, enquanto, na sala de espera, ainda havia pessoas com a senha para passar pela triagem ou avaliação inicial. Uma hora mais tarde, uma auxiliar começa novamente a chamar para a avaliação. Minutos depois, uma senhora, acompanhada de sua filha pequena, sai revoltada e chorando da unidade, esmurra a porta (que estava fechada para limpeza) e sai gritando desesperadamente. Esta senhora estava na unidade desde as 10 horas e o acontecido se passou por volta das 13 horas. A explicação que recebi é que não havia mais consulta para aquele dia e então a mãe deveria procurar uma unidade 24 horas para consultar sua filha. Isto tudo poderia ser evitado se a enfermagem avisasse às pessoas a respeito da previsão de consultas para o dia. Esta observação compromete o próximo pressuposto a ser discutido.

A priorização do atendimento à pequena emergência se efetiva por meio da avaliação inicial. O sistema do prontuário eletrônico exige a realização de uma avaliação inicial de todos os pacientes que demandem atendimento na Unidade de Saúde. A avaliação prevê a detecção e o atendimento priorizado das situações de

necessidades imediatas. A pequena emergência é caracterizada por situações em que o paciente necessita de atendimento no mesmo dia, situações nas quais o paciente não poderá esperar pelo atendimento agendado. Muitas vezes, porém, o número de consultas disponíveis no dia ou período é insuficiente para o número de pacientes que procura a unidade, sendo necessário encaminhá-los para outras unidades de apoio, muitas vezes, sem a garantia do atendimento rápido.

Esta medida prevê a eliminação das filas de espera nas unidades, pois as consultas são marcadas ou agendadas durante todo o expediente. No entanto, como se pode observar em alguns depoimentos, esta medida também gera dificuldades tanto para os profissionais quanto para os pacientes:

o paciente passa por uma avaliação de enfermagem; e nessa avaliação, conforme a prioridade, se agenda a consulta e os retornos sempre se levando em conta a sua queixa (Enf1, US-1, 01 out. 2001);

o acolhimento atrapalha. [Com o] computador é difícil saber quem precisa mais do atendimento... são apenas nomes...[não revela a emergência ou o real estado do paciente] (Aux, US-13, 16 out. 2001).

O pressuposto de priorização do atendimento para a clientela de risco ou agravos epidemiológicos está previsto no sistema em programas de atenção continuada, tais como hipertensos, gestantes, lactentes etc. A idéia é cadastrar estes usuários em programas específicos, para controle e acompanhamento destes casos. As unidades predeterminam os dias e os horários em que os pacientes devem comparecer para controle, consultas periódicas e a entrega dos medicamentos de uso contínuo.

A tecnologia informacional computadorizada altera o trabalho, o processo de trabalho, as relações sociais do trabalho e as mais diversas experiências associativas ligadas ao setor de saúde

Antes do sistema, já existiam estes programas, com a diferença de que, em muitos casos, não havia dia marcado para estes pacientes comparecerem à unidade. Eles tinham acompanhamento e atendimento da mesma forma:

... com a informatização se perdeu muito... o contato com as mães lactentes, por exemplo. As mães não vêm mais pesar os bebês todo mês, pois precisam ficar 2 horas ou mais, esperando na fila para passar pelo sistema [pelo programa] (Aux2, 28 dez. 2000).

O que se pode observar é que, em alguns casos, a determinação de dias para atender determinados casos ou prioridades acaba por afastar o usuário/paciente da unidade.

O controle da demanda da unidade, último pressuposto, tem como objetivo a melhoria do padrão de qualidade. E este controle é feito pelo sistema, visto que possibilita que, na avaliação inicial, seja efetivado agendamento eletrônico de consultas para pacientes que não necessitem de atendimento imediato, o agendamento de retornos para pacientes participantes dos programas de atenção continuada, retornos para usuários eventuais e a disponibilização da agenda eletrônica para a equipe de enfermagem. O controle é administrativo e gerencial, entretanto, os usuários continuam indo à unidade sem ter o conhecimento prévio do número de consultas disponíveis e sem ter à sua disposição um número maior de consultas, que poderia ser considerado como um indicador mais confiável em termos de qualidade no atendimento médico.

O sistema assim estruturado foi implantado em uma "unidade-piloto", na Unidade de Saúde Vila Clarice, precedido por treinamento dos funcionários em laboratório, discussões sobre o processo de trabalho desenvolvido na unidade,

procurando readequá-lo ao sistema padronizado. Neste momento, encontravam-se padronizados no sistema os processos de recepção, avaliação inicial, consulta médica e procedimentos, todos interfaceados e com fluxos bem estabelecidos.⁴

Após a implantação do sistema informatizado, na “unidade-piloto”, foi oferecido, aos funcionários das unidades a serem informatizadas, um curso básico, em laboratório, procurando prepará-los para tal mudança.

3 Impactos da tecnologia informacional sobre o trabalho

Diante destes fatos, torna-se relevante caracterizar e descrever possíveis impactos provocados a partir das mudanças tecnológicas sobre o mundo do trabalho. Qualquer introdução inovadora implica desdobramentos às vezes difíceis de serem percebidos sem estudos mais acurados. Conforme os dados obtidos na pesquisa, o que se percebe é que, especificamente, a tecnologia informacional computadorizada altera o trabalho, o processo de trabalho, as relações sociais do trabalho e as mais diversas experiências associativas ligadas ao setor de saúde (tabela 1).

TABELA 1- TECNOLOGIA E RELAÇÕES DE TRABALHO: A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

RELAÇÕES DE TRABALHO	DISCORDO (%)	CONCORDO (%)
A implantação do sistema informatizado provocou mudanças no processo de trabalho	19,9	98,1
Nas unidades, a utilização de computadores tornou o trabalho mais difícil de ser realizado	24,5	15,5
Com o computador, o tempo de adaptação no trabalho é maior	58,5	41,5
Com a utilização do sistema informatizado, o modo de fazer as coisas foi alterado	22,6	77,4

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, são mais do que imperativas e evidentes as mudanças nas relações de trabalho. Pode-se observar que 98,1% dos profissionais concordam que a implantação do sistema informatizado provocou mudanças significativas no processo de trabalho.

Ainda de acordo com os dados apresentados na tabela 1, apenas 15,5% dos profissionais concordam que o computador torna o trabalho mais difícil de ser realizado, sendo que este percentual corresponde a 10,2% dos auxiliares de enfermagem; 12,5% dos enfermeiros e 30,3% dos médicos (tabela 2). Comparando as categorias profissionais, percebe-se que, dos profissionais que sentiram dificuldade na realização do trabalho, os médicos sobressaem.

TABELA 2- DIFICULDADES NA REALIZAÇÃO DO TRABALHO

CATEGORIA	DIFICULDADES (%)			TOTAL
	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	
O trabalho não se tornou mais difícil	89,8	87,5	69,7	84,5
O trabalho tornou-se mais difícil	10,2	12,5	30,3	15,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

A pesquisa revela que 41,5% dos profissionais concordam que o tempo de adaptação ao trabalho com o computador é maior, contra 58,5% que discordam desta afirmação. Observa-se, na tabela 3, que 35,3% dos auxiliares de enfermagem levaram mais tempo para se adaptar ao novo ritmo do trabalho, da mesma forma que 37,5% dos enfermeiros e 59,1% dos médicos. Percebe-se novamente uma maior dificuldade dos médicos em se adequar ao novo processo de atendimento ao paciente.

⁴Para maiores detalhes sobre a implantação do sistema informatizado, ver SCHNEIDER, Ana Luiza et al. Informatização dos processos de trabalho em Curitiba – a história do Cartão Qualidade-Saúde de Curitiba. In: DUCCI, Luciano et al. (Orgs.) Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

TABELA 3-TEMPO DE ADAPTAÇÃO DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL NO TRABALHO

CATEGORIA	TEMPO DE ADAPTAÇÃO (%)			TOTAL
	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	
O tempo de adaptação no trabalho é maior	64,7	62,5	40,9	58,5
O tempo de adaptação no trabalho é menor	35,3	37,5	59,1	41,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Depoimentos dos médicos podem ajudar a explicar os dados obtidos:

o prontuário eletrônico não atende à necessidade do médico, dificultando a análise da situação do paciente (Méd, US-22, 29 out. 2001);

com relação ao programa: o programador não usa o computador como eu [médica], 5 dias por semana, não consegue ver as falhas (Méd, US-20, 25 out. 2001);

A médica entrevistada afirma ter entrado em contato com os responsáveis pela informatização tentando contribuir com possíveis ajustes do programa. Depois de falar com várias pessoas, o responsável pelo programa disse ser médico também e, em função disto, entender do que estava fazendo. O fato é, como diz a médica, que este profissional está exercendo uma função administrativa e, portanto, por não estar atendendo pacientes diariamente com o sistema, pode não estar percebendo a situação da mesma forma.

não é possível atender em 15 minutos; o sistema leva 8 minutos para ser fechado sem que se escreva nada. Atender, escutar o paciente e escrever é impossível em 15 minutos; alguma coisa sai prejudicada (Méd, US-30, 19 nov. 2001);

Em depoimento similar ao anterior, outro médico corrobora as afirmações ao assegurar que são necessários, aproximadamente, 8 minutos só para dar entrada e baixa no prontuário do paciente, devido às várias telas do programa, sobrando apenas 7 minutos para os outros procedimentos.

o sistema é complexo: tira do médico o tempo com o paciente, menos atenção (Méd, US-25, 1.º nov. 2001); uma parte do tempo do médico foi seqüestrada pela máquina (Méd, US-25, 1.º nov. 2001)

Os relatos nos remetem a uma questão importante, a qualidade na relação médico-paciente. O trabalho médico é um trabalho intelectual, muito mais de concepção do que operacional. Necessita ouvir as queixas, o que permite estudar e avaliar com mais esmero caso a caso. Com a introdução do computador, o tempo de atendimento é reduzido, dificultando e prejudicando a interação com os pacientes. Em última análise, os médicos estão admitindo que, com o advento do computador, há uma inexorável precarização não apenas do processo de trabalho, mas sobretudo dos seres humanos envolvidos.

A pesquisa revela que 77,4% dos profissionais concordam que, com a utilização do sistema informatizado, o conteúdo das tarefas foi alterado, sendo que este percentual corresponde a 76,6% dos auxiliares de enfermagem, 84,4% dos enfermeiros e 75,8% dos médicos (tabela 4).

TABELA 4-CONTEÚDO DAS TAREFAS

CATEGORIA	CONTEÚDO DAS TAREFAS (%)			
	Auxiliar de Enfermagem	Enfermeiro	Médico	TOTAL
O conteúdo das tarefas não foi alterado	23,4	15,6	24,2	22,6
O conteúdo das tarefas foi alterado	76,6	84,4	75,8	77,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Ao que parece, os profissionais mais qualificados percebem com mais clareza os impactos abusivos da tecnologia computadorizada sobre as dimensões qualitativas das experiências existenciais e associativas, presentes no setor de saúde.

Considerações finais

A informatização no setor de saúde, como relatada neste texto, impacta fortemente nas relações de trabalho na medida em que gera questionamentos entre os próprios profissionais sobre o papel que estes desempenham e como desempenham.

O trabalho em saúde é, por natureza, complexo, exigindo conhecimento específico, disciplina, responsabilidade, atenção e acima de tudo grande capacidade de conviver com o *stress*, o sofrimento, a dor e a vontade de resolver problemas alheios. É também, por natureza do ofício, uma atividade que envolve trabalho coletivo, cooperado, exigindo de seus praticantes: habilidade, destreza e conhecimento específico.

Verifica-se, igualmente, que os profissionais consideram que a implantação do sistema informatizado provocou mudanças significativas no processo de trabalho, uma reestruturação que tornou o trabalho mais difícil de ser realizado, demandando um tempo maior para adaptação ao trabalho.

As antigas fichas de atendimento serviram de modelo para o novo programa (software), indicando anotações de atendimento e não seu processo. Desta forma, as condutas dos atendimentos são definidas não pela realidade, mas pela programação possível.

A programação contém uma lógica sistêmica, de procedimento informacional, na qual se manifesta o imperativo da racionalidade operativa. Tal racionalidade decorre do fato de que o sistema que regula o processo de trabalho é limitado pela capacidade operacional do hardware e do sistema operacional instalado. As situações, decorrentes das relações entre as demandas dos usuários e as condições de atendimento, acabam por ser conformadas ao "*design*" do modelo de registro. Assim, o resultado é que a inovação tecnológica pode

beneficiar o processo gerencial, mas não demonstra ser capaz de melhorar as relações entre o atendimento e a demanda dos usuários. Em suma, o processo de trabalho é afetado de forma adequada à sua gestão e inadequada às suas finalidades sociais.

A introdução das tecnologias computadorizadas tende a negar espaços para a auto-realização humana tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários

No entanto, os impactos não ocorreram somente sobre o trabalho ou sobre o processo de trabalho. Os impactos causados pela tecnologia foram sentidos também sobre as relações sociais no trabalho. Os profissionais admitem que, com o advento do computador, há uma redução no tempo dedicado a cada paciente, concluindo-se que há uma inexorável precarização não apenas do processo de trabalho, mas sobretudo perda de qualidade na relação com os seres humanos envolvidos.

A principal conclusão a que se pode chegar, a partir da análise dos dados aqui expostos, é que a introdução das tecnologias computadorizadas tende a negar espaços para a auto-realização humana tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários. É inegável e visível a precarização dos aspectos qualitativos da existência humana em favor de valores quantitativos e funcionais à racionalidade instrumental, à lógica de "mercado".

Referências

- BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CODO, W; SAMPAIO, J. J.; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- 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**. 2. ed. Curitiba: Editora da UFPR, 1997.
- LOJKINE, Jean. **A revolução informacional**. São Paulo: Cortez, 1995.
- MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil S. A., 1988. (Livro I, Volume I)
- PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT, Annablume, 1998.
- SCHNEIDER, Ana Luiza et al. Informatização dos processos de trabalho em Curitiba – a história do Cartão Qualidade-Saúde de Curitiba. In: DUCCI, Luciano et al. (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.
- SHIMAZAKI, Maria Emi. et al. Acolhimento solidário: a saúde de braços abertos. In: DUCCI, Luciano et al. (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. p. 63-77.