



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Serviço de Gestão Acadêmica



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SERGIO AROUCA

ENSP

AS COOPERATIVAS DE ENFERMEIROS EM MANAUS

por

GILSIRENE SCANTELBURY DE ALMEIDA

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora: ANA LUÍZA STIEBLER VIEIRA

Manaus, março de 2004

***Subprograma de Mestrado Interinstitucional da CAPES
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane
Universidade Federal do Amazonas***



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Serviço de Gestão Acadêmica



Esta Dissertação, intitulada

AS COOPERATIVAS DE ENFERMEIROS EM MANAUS

apresentada por

GILSIRENE SCANTELBURY DE ALMEIDA

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. JOSÉ LUÍS TELLES DE ALMEIDA

Prof. Dr. DAVID LOPES NETO

Prof.^a Dr.^a ANA LUÍZA STIEBLER VIEIRA – Orientadora principal

Dissertação defendida e aprovada em de de 2004.

EXAME DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

As Cooperativas de Enfermeiros em Manaus

por

Gilsirene Scantelbury de Almeida

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Ana Luiza Stiebler Vieira (ENSP/FIOCRUZ)

Orientadora

Professor Doutor José Luis Telles de Almeida (ENSP/FIOCRUZ)

Titular

Professor Doutor David Lopes Neto (UFAM/EEM)

Titular

Professor Doutor Antenor Amancio Filho (ENSP/FIOCRUZ)

Suplente

Professora Doutora Maria das Dôres de Jesus Machado (UFAM/EEM)

Suplente

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

DEDICATÓRIA

A Deus,

razão do meu viver, idealizador da minha vida, que viabilizou e deu crédito a ela. A Ele seja dado todo o louvor desta obra!

À minha mãe,

que, com todo amor e dedicação, esteve a meu lado ensinando-me a cada dia a lutar pelos meus ideais.

Ao Alfredo, meu esposo,

que, com toda paciência, atenção e amor, esteve a meu lado nos momentos mais difíceis da criação desta obra.

À Eloah e Luis Henrique, meus filhos,

que me ensinam o novo sentido de amar com a agradável convivência diária.

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Luiza Stiebler Vieira, minha orientadora, que em muitos momentos me conduziu confiante, incentivando-me a não desistir da caminhada e mostrando-me o horizonte a ser explorado.

À Escola de Enfermagem de Manaus, que apoiou e incentivou o crescimento e desenvolvimento dos seus docentes.

À Universidade Federal do Amazonas, que apoiou no ascender do crescimento profissional.

Às cooperativas de enfermeiros de Manaus, sem as quais seria impossível a elaboração deste trabalho.

Aos diretores das unidades Pronto-Socorro Infantil das Zonas Leste, Sul e Oeste, Hospital Infantil Dr. Fajardo e ao Hospital do Trauma Dr. João Lúcio de Oliveira Machado.

À Fundação Oswaldo Cruz, à Escola Nacional de Saúde Pública e ao Núcleo de Pesquisa Leônidas e Maria Deane.

Às Professoras Nair Chase, Jacirema Gonçalves e Ana Paula Carvalho pelo apoio e incentivo no decorrer do curso.

Aos meus irmãos, que sempre estiveram presentes em todos os momentos de minha caminhada.

Aos meus amigos e em especial ao casal D. Sofia e Sr. Luís, que me adotaram na cidade do Rio de Janeiro e foram pacientes e entenderem minha ausência da convivência diária no decorrer do curso.

RESUMO

O mercado de trabalho em saúde, inserido no setor terciário da economia, o de serviços, por sua interdependência com o mercado de trabalho em geral, com as políticas governamentais, e de emprego, e no contexto da reforma do Estado, apresenta-se como um mercado segmentado e com múltiplas formas de inserção. Além da compra de serviços do setor privado, a contratação de prestação de serviços de apoio e manutenção, e do credenciamento de médicos para atender em hospitais contratados e conveniados previstos em lei, o SUS vem praticando uma variada gama de terceirizações do trabalho. Entre estas, destacam-se a locação de mão-de-obra através de empresas de fornecimento de trabalho temporário e a contratação da prestação de serviços típicos da área da saúde através de cooperativas de serviços e de trabalho. No Sistema Único de Saúde, as cooperativas vêm se tornando cada vez mais expressivas para a prestação de serviços terceirizados dos profissionais de saúde. Tendo em vista este contexto, o objetivo central desta dissertação é analisar as cooperativas de enfermeiros em Manaus. Optamos por uma pesquisa de natureza quantitativa e do tipo sintética de caso, ou estudo de caso. A identificação e análise das principais características das cooperativas; os aspectos positivos e negativos em relação ao cooperativismo dos enfermeiros; a identificação nos serviços de saúde, da opção, vantagens e desvantagens da utilização da mão-de-obra dos enfermeiros cooperativados e a verificação entre os enfermeiros cooperativados de questões relativas à qualidade de vida e de trabalho; bem como, ainda, a detecção das perspectivas futuras para o sistema de cooperativismo de enfermeiros em Manaus, contribui, a nosso ver, para o conhecimento sobre cooperativas de trabalho, cuja produção é bastante escassa e praticamente inexistente, em especial, sobre cooperativas de enfermeiros no mercado de trabalho em saúde brasileiro.

Palavras-chave: Enfermeiros, Mercado de Trabalho, Cooperativas de Trabalho, Cooperativas de Profissionais.

ABSTRACT

The health labor market in the tertiary economy sector, the service sector, is apart from the general market. Considering the employment governmental policies, in the State reform context, the health market is segmented with multiples forms of insert. The Brazilian Health System, with its law, utilizes many ways of outsourced services, such as private services purchase; contract of support services rendered and maintenance, and doctors' accreditation to give care the population health in contracted hospitals. In these services, there are made labor lease by companies of supply of temporary work and contract of services rendered in health sector utilizing job of the services of cooperatives. In the outsourced services rendered by health professionals, the cooperatives are became themselves too expressive to do that in the Brazilian Health System. Considering this context, this study analyzes the cooperative of nurses in Manaus-Amazonas. This is a quantitative research and case synthetic type, called case study. The identification and the main characteristics analysis of the cooperatives; the positive and negative aspects related to the nurse cooperative; the identification in the services of health of the options of services, the nurse labor from the cooperative advantages and disadvantages; the verification among the cooperative's nurses of the subjects related to the life quality and job quality; and the detection of the future perspectives to the cooperative nurse system in Manaus. All these subjects give contribution to the knowledge about labor cooperatives, whose production is too scarce, specially, nurse cooperative in the Brazilian market of the health service.

Key words: Nurse, Labor Market, Labor Cooperative, Professionals Cooperative.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Empregos dos enfermeiros por formas de vínculo com os estabelecimentos de saúde segundo grandes regiões. Brasil – 2002.....	29
Tabela 2- Áreas de Habilitação dos Enfermeiros por Cooperativas.....	79
Tabela 3-Áreas de Especialidades dos Enfermeiros por Cooperativas.....	80
Tabela 4-Formas de Adesão dos Enfermeiros por Cooperativa.....	81
Tabela 5-Outros Vínculos Empregatícios dos Enfermeiros por Cooperativas.....	82
Tabela 6-Outros tipos de Vínculos dos Enfermeiros por Cooperativa.....	83
Tabela 7-Distribuição da Carga Horária dos Enfermeiros por Cooperativa.....	84
Tabela 8-Faixas dos Rendimentos dos Enfermeiros por Cooperativa.....	86
Tabela 9-Faixas dos Rendimentos dos Enfermeiros da C1 por Horas Trabalhadas.....	87
Tabela 10-Faixas dos Rendimentos dos Enfermeiros da C2 por Horas Trabalhadas.....	88
Tabela 11-Faixas dos Rendimentos dos Enfermeiros da C3 por Horas Trabalhadas.....	89
Tabela 12-Benefícios/Atividades/Reivindicações.....	90
Tabela 13-Outras Atividades dos Enfermeiros por Cooperativa.....	91
Tabela 14-Formas de Supervisão dos Enfermeiros por Cooperativa.....	92
Tabela 15-Falta de Tempo para outras atividades declarado pelos Enfermeiros por cooperativa.....	93
Tabela 16-Desgaste e Stress declarados pelos Enfermeiros por Cooperativa.....	94
Tabela 17-Pontos positivos e pontos negativos em relação à cooperativa.....	95
Tabela 18-Pontos positivos e negativos em relação aos enfermeiros cooperativados.....	97
Tabela 19-Pontos positivos e negativos em relação à instituição de trabalho na visão dos enfermeiros.....	99
Tabela 20-Perspectivas futuras do Cooperativismo declaradas pelos Enfermeiros por Cooperativa.....	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Número de Cooperativas, Cooperados e Empregados por Ramo de Atividade Brasil-2002.....	33
Quadro 2-Resultados da não observância dos princípios e finalidades de uma cooperativa....	38
Quadro 3- Características observadas nas cooperativas de enfermagem de Manaus.....	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Numero de cooperados por ramo-Brasil 2002.....	34
Gráfico 2- Vínculos Institucionais de Médicos e Enfermeiros nos Municípios. Brasil-1999..	43
Gráfico 3-Outros Vínculos Empregatícios dos Enfermeiros por Cooperativas.....	82
Gráfico 4-Distribuição da Carga Horária dos Enfermeiros por Cooperativa.....	85
Gráfico 5-Perspectivas futuras do Cooperativismo declaradas pelos Enfermeiros por Cooperativa.....	101

SUMÁRIO

Introdução	11
Capítulo I- Algumas Mudanças no Mundo do Trabalho e no Setor Saúde	
1.1 Flexibilização do Mercado de Trabalho.....	13
1.2 Sinais no Mercado de Trabalho em Saúde e dos Enfermeiros.....	21
1.3 Cooperativas de Trabalho e Cooperativas de Profissionais de Saúde.....	31
Capítulo II – Os Caminhos do Estudo	45
2.1 O Método.....	46
2.2 Coleta de Dados.....	46
2.3 Tratamento e Análise dos Dados	49
2.4 Aspectos Éticos.....	50
Capítulo III – As Cooperativas de Enfermeiros em Manaus	51
3.1 As Cooperativas	52
3.2 Os Serviços de Saúde e as Cooperativas	65
3.3 As Cooperativas e os Serviços de Saúde: os retratos do cooperativismo e os negativos não revelados.....	73
3.4 Os Enfermeiros e as Cooperativas.....	79
Considerações Finais	104
Referências Bibliográficas	111
Anexos	116

1 – INTRODUÇÃO

No Brasil, o mercado de trabalho tem dado fortes sinais de flexibilização, tendo em vista a crescente desregulamentação das relações de trabalho, o crescimento do trabalho informal e do desemprego, a generalização de contratos por tempo determinado e temporário, as subcontratações e, em especial, as terceirizações.

Os enfermeiros, inseridos no setor terciário da economia – o de serviços –, particularmente nos serviços de saúde, evidentemente como trabalhadores, estão sujeitos a estas transformações contextuais do mercado de trabalho em geral, e, especificamente, no cenário do mercado de trabalho em saúde do país. Neste, a terceirização dos profissionais de saúde sob a via de cooperativas, já constitui uma realidade, inicialmente restrita aos médicos, mas que atualmente estende-se a outros profissionais de saúde, em particular, aos enfermeiros.

As cooperativas, neste cenário setorial, representam, atualmente, uma grande alternativa para alocação de recursos humanos no Sistema Único de Saúde – SUS, como também de inserção dos profissionais e dos enfermeiros no mercado de trabalho em saúde.

O escasso conhecimento sobre o cooperativismo e, em especial, das cooperativas de enfermeiros, leva-nos a uma inquietação: como se caracterizam as cooperativas de enfermeiros em Manaus?

Assim, tendo como objeto de investigação as cooperativas de enfermeiros, justificamos o interesse em realizar esta pesquisa, pelo fato de que o mercado de trabalho em saúde, assim como o mercado de trabalho em geral, vem se transformando, apresentando, entre outras características atuais, múltiplas formas de inserção dos trabalhadores no sistema e nos serviços de saúde, entre elas, as cooperativas.

Tendo em vista que a introdução nos serviços de saúde de trabalhadores cooperativados é uma realidade historicamente recente no país e assim escassamente analisada, podemos contribuir com o tema, primordialmente considerando a inexistência de estudos de cooperativas exclusivas de enfermeiros no Brasil. Assim podemos, com essa análise, além de contribuir com o conhecimento do tema mercado de trabalho dos enfermeiros, subsidiar políticas públicas dirigidas a esses profissionais.

Destacamos, assim, como Objetivo Geral:

Analisar as cooperativas de enfermeiros em Manaus.

E como Objetivos Específicos, apontamos:

- Detectar e analisar as principais características das cooperativas dos enfermeiros;
- Apontar os aspectos positivos e negativos em relação ao cooperativismo dos enfermeiros;
- Identificar, nos serviços de saúde a opção, vantagens e desvantagens da utilização da mão-de-obra dos enfermeiros cooperativados;
- Verificar, entre os enfermeiros cooperativados, questões relativas à qualidade de vida e de trabalho;
- Detectar as perspectivas futuras para o sistema de cooperativismo de enfermeiros em Manaus.

Desta forma, para consecução dos objetivos propostos, no Capítulo I, apresentamos as principais mudanças no mundo do trabalho e no setor saúde, onde, teoricamente e através das experiências no SUS de alocação de recursos humanos, referenciamos-nos para a análise deste estudo.

No Capítulo II, demonstramos os caminhos do estudo apontando a pesquisa como de natureza quantitativa, e do tipo estudo de caso, assim, como todos os passos trilhados para coleta, consolidação e análise dos dados, e ainda os aspectos éticos envolvidos na pesquisa.

No Capítulo III, apresentamos os resultados, onde as cooperativas são analisadas sob diversos aspectos relacionados nos objetivos, bem como dos enfermeiros cooperativados de Manaus.

Nas considerações finais, tecemos algumas reflexões sobre o tema proposto, esperando que esta análise, de fato, possa contribuir para o conhecimento desta nova inserção dos enfermeiros –via cooperativas – no mercado de trabalho em saúde no país.

CAPÍTULO I

ALGUMAS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E NO SETOR SAÚDE

1. ALGUMAS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E NO SETOR SAÚDE

1.1 Flexibilização do Mercado de Trabalho

A flexibilização do mercado de trabalho surgiu na mesma onda neoliberal, no contexto da globalização, trazida à tona pela desregulamentação da economia, as privatizações e pelas inovações tecnológicas. Nesta linha econômico-política, o objetivo é restaurar a hegemonia do mercado e facilitar a inserção da economia em novos padrões competitivos, tanto em nível nacional quanto internacional.

A busca desta competitividade exige uma maior capacidade de respostas das empresas e dos países às contingências da demanda e requer do mercado de trabalho e das políticas de emprego uma maior elasticidade diante dos choques internos e externos que este novo padrão competitivo mundial impõe às economias nacionais e aos blocos econômicos.

O aumento da concorrência intercapitalista, com o processo de globalização e os ajustes estruturais que privilegiam o mercado como instrumento de regulação, criou um ambiente econômico muito mais instável e imprevisível. Para sobreviver nesse ambiente, as empresas e as instituições procuram ter maior flexibilidade e integração nas suas formas de organização.

As mudanças apontadas estão forjando modificações nas relações de trabalho. A principal mudança imposta pelo processo de reestruturação produtiva ao mercado de trabalho, concretamente à força de trabalho, é a flexibilidade.

Vários países do mundo têm experimentado medidas flexibilizantes no mercado de trabalho. Portanto, já existe uma experiência acumulada a qual evidencia que o tema é complexo. Para Jatobá e Andrade (1993), os resultados deste processo não são de todo animadores diante da desestruturação que estas mudanças vêm trazendo ao mercado de trabalho, ao funcionamento das instituições e às normas legais que ainda regem ou regiam as relações de trabalho consideradas padrão (*standard employment relations*).

De acordo com Rodgers e Rodgers (1989), nos países desenvolvidos, especialmente os da Europa Ocidental, a flexibilização no mercado de trabalho está associada ao surgimento de formas atípicas de emprego, consideradas como subpadrão, tais como o emprego eventual, temporário, e de tempo parcial em que o assalariamento situa-se à

margem do aparato jurídico estabelecido, caracterizando-se mais como subemprego do que como emprego regular.

Estes resultados, asseguram os autores, têm afetado o nível e a estrutura do emprego e da renda do trabalho e, em conseqüência, a forma como a distribuição da renda é gerada no mercado de trabalho.

Segundo Krein (1997), no atual contexto econômico, a reestruturação produtiva põe na agenda um fato novo: a diminuição da importância do trabalho assalariado, tradicional no processo produtivo. No cenário instável e dinâmico do mercado, diante da necessidade de ter-se competitividade, de acordo com o autor, são introduzidos regimes e contratos de trabalho mais flexíveis, além do processo de desregulamentação de direitos.

Desta forma, considera que o emprego regular está dando espaço ao emprego temporário, por tempo parcial e subcontratado, assim como o salário fixo vai cedendo lugar ao salário variável e flexível. Em concordância com Jatobá e Andrade (1993), Krein assegura que tais fatos modificam a estrutura do emprego e leva a dualização do mercado de trabalho entre incluídos e excluídos, ou entre mercado de trabalho formal e informal.

Esta dinâmica conduz então, necessariamente, ao conhecimento do conceito de flexibilidade do mercado de trabalho e dos seus diversos tipos. Na visão econômica, de acordo com Piore (1986), a palavra flexibilidade tem sido aplicada para a capacidade que tem os salários nominais de aumentar ou diminuir segundo a situação do mercado de trabalho.

Lagos (1994) afirma que à medida que se avança o debate sobre a flexibilização do mercado de trabalho, o seu conceito tem se ampliado, implicando a idéia de adaptação. Nesta linha, para a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 1986a; 1986b), a flexibilização se refere à capacidade das instituições de se adaptarem a novas circunstâncias, saindo das regras estabelecidas.

Para Michon (1987), a flexibilidade denota capacidade para mudanças que se tornam necessárias num contexto econômico dinâmico. Atkinson (1987) sustenta que a flexibilidade se refere às mudanças nas regulamentações e práticas institucionais, culturais e outras de caráter social ou econômico que incrementam de maneira permanente a capacidade de responder às transformações.

Standing (1986) afirma que no plano abstrato, flexibilidade significa capacidade de reagir diante das pressões e que ser flexível consiste em ser sensível a pressões e incentivos

e poder a adaptar-se a estes. Para Boyer (1987), a flexibilidade se refere à capacidade de um sistema ou subsistema de reagir diante de diversas transformações.

Entretanto, Lagos (1994) considera que estes conceitos mais gerais não sustentam a análise da flexibilização do mercado de trabalho devido à sua neutralidade, ou seja, não especificam os meios que permitem as adaptações diante de novas circunstâncias. Afirma que os meios de adaptação constituem justamente os conflitos em relação à flexibilidade do mercado de trabalho.

Na linha mais específica – de flexibilidade inserida no mercado de trabalho –, porém ainda de forma restrita, alguns outros conceitos de flexibilização expressam a noção de que as políticas de emprego devem adaptar-se às variações dos ciclos econômicos e às inovações tecnológicas. Assim, a Oficina Internacional do Trabalho (OIT, 1986), considera a flexibilidade do mercado de trabalho como a capacidade deste de adaptar-se às circunstâncias econômicas, sociais e tecnológicas.

A Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 1986a) entende a flexibilização do mercado de trabalho como um ajuste de todos os custos reais da mão-de-obra às variações das condições econômicas. Para a Organização Internacional dos Empregadores (1985), ela se refere à capacidade de adaptar os custos trabalhistas relativos às empresas e ocupações, ou a adaptação do custo dos fatores de produção às condições do mercado.

Segundo Piore (1986), a flexibilidade se associa aos esforços para transformar a tradicional estrutura empresarial, extremamente hierarquizada, em uma forma de organização mais ágil, capaz de reagir com rapidez diante das mudanças do mercado de trabalho e das demandas por produtos.

Mas, na avaliação de Lagos (1994), o conceito de flexibilidade tem se tornado na atualidade, cada vez mais diverso, dado que as definições tendem a concentrar-se nos meios específicos para alcançar as adaptações das políticas de emprego às condições particulares, ou a determinados países e sociedades.

Desta forma, destaca que, embora a Europa e os Estados Unidos tenham buscado relações ocupacionais menos rígidas no mercado de trabalho, o conceito de flexibilidade adquiriu gradualmente significados distintos como consequência dos diferentes sistemas de relações trabalhistas que predominam em cada país. Avalia ainda Lagos, que a flexibilização tem estado presente nos países em desenvolvimento, sob a forma

predominante de reforma das leis trabalhistas, a qual afeta a segurança do emprego e diminui os custos trabalhistas indiretos.

Embora analise que, se de um lado a flexibilidade tenha se tornado necessária diante das condições econômicas manifestadas pela globalização dos mercados, pelas inovações tecnológicas e, ainda, pelas mudanças na organização da produção, o autor pondera que a introdução de uma maior flexibilidade; por outro lado, está associada a efeitos negativos para os trabalhadores. Entre os quais, a desigualdade de ingresso, a perda de postos de trabalho e o crescimento de formas precárias de emprego.

Segundo Neulders e Wilkin (1987), o conceito de flexibilização não está isento de valorações ideológicas. Afirmam que, para alguns, a flexibilização tem a única função de legitimar um enfoque particular de destruição e recomposição sobre as novas bases das relações sociais no contexto de uma economia em crise. Ou, ainda, permeada por uma palavra cujo antônimo é rigidez, a flexibilidade procura restituir a autonomia e a liberdade de ação dos atores políticos mais poderosos ao suprimir as conquistas sociais, fazendo recair, sobre os mais débeis, os custos dos ajustes econômicos.

De acordo com os mesmos autores, o conceito é mais preciso, restringir-se-ia tanto aos ajustes do emprego e da jornada de trabalho a uma conjuntura econômica instável, quanto à possibilidade de ajustar os salários às contingências das flutuações econômicas. Assim, a flexibilização do mercado de trabalho visa atenuar ou remover as normas institucionais e jurídicas que restringem à margem de manobra das empresas.

No entanto, como ponderam Neulders e Wilkin (1987) e ainda corroborando com as reflexões de Lagos (1994), o conceito de flexibilidade mais geral de capacidade de adaptação às mudanças, ou seja, um sistema capaz de reagir aos choques de forma rápida e eficaz, transformando as normas e as práticas (institucionais, culturais, sociais e econômicas) que regulam o mercado e as relações de trabalho, não determina, em princípio, os meios de alcançá-la, pois existem várias formas de obter-se uma maior capacidade de reação de um sistema às mudanças.

De acordo com a tipologia de Lagos (1994), a flexibilidade do mercado de trabalho pode ser classificada em: flexibilidade dos custos do trabalho, flexibilidade numérica e flexibilidade funcional. A primeira, diz respeito às formas de rigidez de funcionamento dos mercados de trabalho e, principalmente, dos custos diretos e indiretos do trabalho. Ou seja, implica na flexibilidade dos salários, eliminando ou reduzindo as diversas barreiras que

impedem esta flexibilização, tais como as indenizações, a garantia de salário mínimo e os custos dos salários elevados.

A segunda, compreende dois aspectos: o ajuste da força de trabalho, ou flexibilidade numérica externa, que representa a capacidade de ajustar a quantidade de trabalhadores (aumentando ou diminuindo) para responder às demandas e às inovações tecnológicas; e o ajuste das horas de trabalho, ou flexibilidade numérica interna, que trata da liberdade de modificar o número de horas de trabalho sem variar a quantidade de empregados.

E a terceira, refere-se à capacidade de utilizar-se eficazmente a força de trabalho, sendo necessário que esta seja capaz de realizar diferentes tarefas, em níveis também diferenciados de complexidade.

Por sua vez, Neulders e Wilkin (1987) propõem uma tipologia das formas de flexibilização, quais sejam: a flexibilidade salarial, a do emprego, a técnico-organizacional e a do tempo ou jornada de trabalho.

A flexibilidade salarial refere-se à adaptação dos salários às flutuações cíclicas e aos choques exógenos, bem como à variação dos salários em função do desempenho das empresas. A primeira dimensão é essencialmente macroeconômica, enquanto a segunda tem caráter microeconômico. O ajuste do custo do trabalho tem dois componentes: um vinculado ao salário propriamente dito e o outro aos encargos sociais. Uma possível dificuldade no ajuste desta variável associa-se à rigidez do sistema de indexação dos salários, à política salarial em geral e a do mínimo, em particular; e aos encargos sociais que recaem sobre a folha salarial.

De acordo com os autores, os que defendem a flexibilização dos salários argumentam que os seus resultados seriam o aumento do nível de emprego e a redução do desemprego. A flexibilização do emprego refere-se à adequação do contingente de trabalhadores das empresas, para responder às variações cíclicas ou às mudanças estruturais da demanda por trabalho, inclusive as que decorrem do progresso tecnológico.

Esta forma de flexibilização está associada à renúncia de algumas normas jurídicas que regem o contrato de trabalho, tais como as que governam a admissão e a demissão de trabalhadores (encargos sociais e trabalhistas).

Portanto, todas as medidas que diminuem a sujeição dos empregadores aos custos de contratação e demissão de sua força de trabalho criariam esta flexibilidade, como as do trabalho assalariado sem carteira, trabalho eventual, trabalho de curta duração, por empreitada ou mesmo trabalho em domicílio.

Assim, afirmam os autores, que os resultados do ponto de vista dos custos são semelhantes aos obtidos através da flexibilização salarial, mas que um provável resultado deste tipo de flexibilização é a acentuação da segmentação do mercado de trabalho pela multiplicação do emprego precário e sub-remunerado.

A terceira forma de flexibilização é a técnico-organizacional, a qual, segundo os autores, é pouco destacada na literatura. Este tipo de flexibilização decorre da constatação de que, para numerosas empresas, os custos da mão-de-obra são pouco expressivos, em comparação com os das matérias-primas, da energia, dos encargos financeiros e do capital.

Esta forma de flexibilização recai na capacidade das empresas em adotar novas formas de gestão e de organização, sendo o aumento da competitividade e da produtividade os instrumentos deste tipo de flexibilidade.

A flexibilidade técnico-organizacional seria, então, de acordo com estes autores, o resultado da capacidade da empresa em combinar novas formas de organização do seu processo produtivo, pela adoção de meios modernos de gestão, de organização social do trabalho e do uso de bens de capital polivalentes. Destacam, portanto, que esta forma de flexibilização exige também novas formas de mobilização da mão-de-obra, dos recursos humanos e uma maior mobilidade dos trabalhadores dentro da empresa (polivalência, rotatividade dos postos de trabalho, requalificação e reprofissionalização).

E a quarta forma de flexibilização é a do tempo de trabalho, a qual destaca as mudanças na jornada de trabalho e na gestão do tempo de trabalho (fixação das jornadas normais e máximas de trabalho por semana ou mês, gestão das horas extras, ritmo do trabalho e descontinuidades, licenças, férias, etc.).

Segundo a tipologia de Coriat (1998), a flexibilização do trabalho tem-se delineada em duas modalidades: a flexibilidade interna e gestão institucionalizada ou a variante européia; e a desregulamentação e flexibilidade externa ou a variante americana. Na primeira, a característica essencial é a busca da flexibilidade interna para enfrentar a imprevisibilidade do mercado, apoiando-se na construção de uma via negocial-coletiva de repactuação da cooperação no trabalho (renegociação salarial, redução da jornada de trabalho e “partilha” dos empregos sob formas variadas).

As garantias possibilitadas pela proteção social não são fundamentalmente retiradas, sendo o salário indexado à produtividade de determinados setores ou à economia no seu conjunto. Na segunda modalidade, polar à precedente, o mercado caracteriza-se pela multiplicação das formas enfraquecidas de emprego e de trabalho (negação de conquistas

sociais do trabalho, generalização dos contratos temporários e abrandamento da legislação trabalhista e de proteção social, implantação do salário relacionado ao desempenho, com diversos sistemas de prêmios, motivando a individualização). Assim, as instituições e empresas ajustam seus efetivos às variações da demanda.

A flexibilização do trabalho, principalmente na variante americana, segundo ainda o autor, tem levado a uma dualização do mercado de trabalho.

Em uma ponta teríamos um núcleo de assalariados estáveis altamente qualificados e polivalentes, bem remunerados e bem protegidos. A flexibilidade seria funcional, dada pela capacidade do empregador de movimentar esse segmento entre diversas funções com conteúdos diferenciados.

Na outra extremidade, teríamos uma força de trabalho mais instável, com poucos ou sem direitos trabalhistas, com contratos de trabalho por tempo determinado ou parcial e um crescente número de desempregados. A flexibilidade seria numérica que consistiria na habilidade do empregador em alterar o tamanho de sua força de trabalho.

Assim, Coriat (1998) corrobora com Jatobá e Andrade (1993) e, ainda, com Krein (1997), ao considerar que a flexibilização leva à mudança estrutural do emprego dualizando o mercado de trabalho entre incluídos e excluídos, ou entre mercado de trabalho formal e informal.

Também corroborando com Lagos e ainda com Neulders e Wilkin sobre os efeitos negativos da introdução da maior flexibilidade, Coriat (1998) afirma que o resultado combinado da dupla estratégia (flexibilidade funcional e numérica), num contexto de desregulamentação, tem sido: o aumento de pessoal temporário externo fornecido por terceirização; o desemprego crescente; a diminuição do núcleo dos empregados estáveis e bem pagos; e o aumento da precariedade e da exclusão.

A estas conseqüências da flexibilidade funcional e numérica, acrescentamos ainda: o aumento da competitividade no mercado de trabalho; a demanda por trabalhadores mais qualificados; e a mudança do perfil do trabalhador atual tendendo para a politecnia, polivalência e com requerimentos tais como iniciativa, participação e intervenção no processo de trabalho.

No Brasil, tem-se adotado as duas vertentes de flexibilidade apontadas por Coriat. De acordo com Martins (1996), a Constituição de 1988 prestigiou em vários momentos a flexibilização das regras do Direito do Trabalho, determinando que: os salários poderão ser reduzidos por convenção ou acordo coletivo de trabalho (art. 7.º, VI); a compensação ou a

redução da jornada de trabalho só poderá ser feita mediante acordo ou convenção coletiva (art. 7.º, XIII); o aumento da jornada de trabalho nos turnos ininterruptos de revezamento para mais de 6 horas diárias seja por intermédio de negociação coletiva.

Aponta ainda que o inciso XXVI do art. 7.º do Estatuto Supremo reconheceu não só as convenções coletivas, mas também os acordos coletivos de trabalho. O inciso VI do art. 8.º da mesma norma estatuiu a obrigatoriedade da participação dos sindicatos nas negociações coletivas de trabalho.

O autor afirma, ainda, que até mesmo a participação nos lucros e na gestão das empresas são formas de flexibilização laboral, de maneira que o empregado possa participar democraticamente na gestão das empresas e nos seus resultados positivos (art. 7.º, XI), sendo que a participação em relação aos lucros pode ser feita por convenção ou acordo coletivo (art. 621 da CLT).

Entretanto, o mercado de trabalho brasileiro tem dado fortes sinais de adoção da variante americana, ou, ainda, de adoção de diversos tipos de flexibilidade apontados, tendo em vista a crescente desregulamentação das relações de trabalho, o crescimento do trabalho informal, e do desemprego, a generalização de contratos por tempo determinado e temporário, as subcontratações e, em especial, as terceirizações.

Na visão de Martins (1996), a terceirização surge também como uma forma de compatibilizar a eficácia econômica com novos métodos de gestão de mão-de-obra e também com as inovações tecnológicas; e, assim, constata que a contratação de terceiros para prestar serviços é uma forma de flexibilização do mercado de trabalho, principalmente devido à ausência dos direitos trabalhistas.

1.2 Sinais no Mercado de Trabalho em Saúde e dos Enfermeiros

O setor saúde não está à margem das transformações do mundo do trabalho. O mercado de trabalho em saúde, inserido no setor terciário da economia, o de serviços, por sua interdependência com o mercado de trabalho em geral, com as políticas governamentais, de emprego e no contexto da reforma do Estado, também hoje se apresenta como um mercado segmentado e com múltiplas formas de inserção.

A tendência atual de terceirização no setor saúde vai além dos serviços gerais de limpeza, vigilância, alimentação, manutenção, etc, já tradicionais, e atinge, também, os serviços profissionais e técnicos de saúde (laboratórios, serviços de imagem, pronto-

socorro, especialidades médicas, serviços de enfermagem, etc). Como exemplo paradigmático de terceirização, Sunseri (1998) cita os hospitais norte-americanos que, nos serviços de manutenção e conservação, têm cerca de 83% do serviço de dedetização, 61% do lixo, 56% da lavanderia entregues a terceiros. Entre os serviços profissionais e técnicos destacam-se o serviço de diálise com 58%, serviço de patologia com 39%, anestesiologia com 33% e fisioterapia e reabilitação com 31%.

No Brasil, apesar da dificuldade de obtermos dados de pesquisas sistemáticas sobre o tema, temos alguns advindos de amostra de hospitais (públicos e privados) de São Paulo, publicados no Boletim de Indicadores do PROAHSA (1997). Segundo este, em 1997, 49% da mão-de-obra de hospitais de grande porte (151 a 300 leitos) eram terceirizados, 38% em hospitais com mais de 500 leitos, 10% dos de médio porte (51 a 150 leitos) e somente 3% da mão-de-obra dos hospitais de pequeno porte (5 a 50 leitos).

De acordo com Pessoa (1986) e o Ministério da Saúde (Brasil, 1977), os setores mais terceirizados, a exemplo dos americanos, são os de manutenção e conservação (limpeza, segurança, alimentação, manutenção de equipamentos e lavanderia); entre as áreas técnicas e profissionais, a área administrativa e alguns setores médicos como laboratório, imagem e pronto atendimento.

O Ministério da Saúde (Brasil, 1999) aponta, em um estudo sobre o mercado de trabalho da enfermagem, que em 1,7% e 1,5% dos hospitais pesquisados, contratavam de agências, respectivamente, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

A terceirização dos serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem previsão na própria Constituição, mas com restrições. Permite o artigo 197, da Constituição Federal, que a execução das ações e serviços de saúde seja feita tanto diretamente pelo Poder Público, mediante contratação de terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado, remunerado pelos cofres públicos. O § 1.º do artigo 199 dispõe que as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Assim, os serviços podem ser delegados ao particular, como forma de atender à determinação constitucional da descentralização das ações e serviços de saúde.

Entretanto, essa delegação será feita de forma complementar ao sistema de saúde governamental, o que afasta a possibilidade de que o contrato tenha por objeto o próprio

serviço de saúde, como um todo, ou seja, o que não poderia ser delegada é a gestão total do serviço de saúde ao particular.

O Poder Público não pode por exemplo, transferir a uma instituição privada, toda a administração e a execução de atividades de saúde prestadas por um hospital público ou por um centro de saúde. Poderia haver terceirização de serviços de saúde, se nos quais o que estiver sendo transferido pelo Poder Público for apenas a execução material de determinadas atividades ligadas ao serviço de saúde, como de hemocentros, exames, consultas, serviços laboratoriais, internações hospitalares, de imagem, mas não a sua gestão operacional.

De acordo com Di Pietro (1999) e Martins (1996), os artigos 24 e 26 da Lei n.º 8.080/90 estipulam que a participação complementar será feita quando não houver disponibilidade do SUS para a cobertura assistencial à população de uma determinada área; e também que as Leis n.ºs 8.666/93 e 8.883/94 prevêm que a participação complementar será realizada mediante contrato ou convênio, observadas as regras de direito público.

Embora a Constituição de 1998 tenha consagrado o modelo estatutário para os servidores públicos, posteriormente regulamentado pelo Regime Jurídico Único (RJU), a partir dos anos 90, devido às propostas de reformas estruturais do Estado que entraram em discussão, principalmente pelo então Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), presenciou-se o surgimento de idéias contrárias ao processo de vinculação dos servidores pelo regime estatutário.

O modelo estatutário, cada vez, mais tem sido adotado como apropriado às funções inerentes ao Estado, reservado aos funcionários que exercem funções regulatórias e administrativas de alto nível. A saúde não foi considerada núcleo estratégico de Estado, mas, sim, como fazendo parte das funções “não exclusivas” de Estado.

A Emenda Constitucional n.º 19, de 1998, que deu nova redação ao art. 37, instituiu o fim da estabilidade, a flexibilização do RJU e a condição de contratação celetista no emprego público; e, no setor privado, regulamentou o trabalho por tempo determinado e o trabalho voluntário.

Mesmo com estas medidas, Fonseca e Seixas (2002) analisam que, devido aos custos do emprego formal, às limitações aos gastos públicos inicialmente com a Lei Camata¹ e posteriormente com a Lei de Responsabilidade Fiscal, aliados a uma baixa cultura

¹ Lei Complementar n.º 82 e sua reedição, a Lei Complementar n.º 96, de 31 de maio de 1999, revogada pelo artigo 75 da Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000.

gerencial na questão de recursos humanos, e à necessidade de expansão de empregos, estes fatores “...geraram uma situação altamente conflitante cujas conseqüências têm sido construídas com freqüência fora dos limites da legalidade, criando situações de precariedade absoluta do trabalho” (Fonseca e Seixas, 2002: 312).

No setor público de saúde, tais fatores, somados às inovações na organização do trabalho e o aumento dos postos de trabalho gerados com o PSF,² às transferências de pessoal descentralizado, e à responsabilização municipal dos recursos humanos através da sua descentralização incentivada pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) e pela Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS; os gestores nas três esferas de governo e principalmente na municipal, vêm viabilizando formas alternativas de alocação de trabalhadores no setor saúde, que vêm se caracterizando como precárias.

Assim, proliferaram-se as terceirizações tendo em vista burlar a Lei Camata, através de contratos com empresas para fornecer mão-de-obra, despesas então computadas como “contratos de serviços” e não como “despesas com pessoal”, mas que, na verdade, referem-se a pagamento de pessoal.

Mesmo com a Lei de Responsabilidade Fiscal que contabiliza os contratos de terceirização relacionados à substituição de servidores públicos como “outras despesas de pessoal”, há o questionamento pelo próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), se esta lei irá alterar a tendência à terceirização ou se os outros fatores continuariam favorecendo a sua expansão.

Vale ressaltar que, atualmente, o Ministério da Saúde, através da sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, visualizando o desafio hodierno de orientar e gerir políticas de recursos humanos no SUS, posiciona-se na necessidade de combater a condição precária de trabalho, e o define, portanto, como “...aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, o que inclui, entre outros, a aposentadoria, o gozo de férias anuais, décimo terceiro salário e as licenças remuneradas de diversos tipos” (BRASIL, 2003: 1-2).

Além da compra de serviços do setor privado (consultas, internações hospitalares, exames laboratoriais, etc), contratação de prestação de serviços de atividades de apoio e

² Em setembro de 2002, segundo (Seixas, 2002: 103), estimava-se cerca de 16.000 equipes instaladas e aproximadamente 50.000.000 de pessoas assistidas pelo PSF no país.

manutenção (limpeza, lavanderia, segurança, etc), e do já tradicional credenciamento de médicos para atender em hospitais contratados e conveniados previstos em lei, o SUS vem praticando uma variada gama de formas de terceirização do trabalho.

Entre estas, destaca-se a contratação de prestação de serviços de atividades típicas da área da saúde, através de entidades de direito público ou privado, incluindo as associações comunitárias (nos programas de saúde da família e de agentes comunitários), os clubes de serviços/maçonaria para gerenciarem unidades públicas de saúde e, especialmente, através de cooperativas de serviços e trabalho e a locação de mão-de-obra através de empresas de fornecimento de trabalho temporário (BRASIL, 1997).

As vendas de serviços profissionais e técnicos, geralmente, são realizadas por cooperativas de trabalho, que, inicialmente, restritas a determinadas especialidades médicas, tendem, nos dias de hoje, a generalizar-se, organizando serviços de outros profissionais, como, entre outros, de enfermeiros, de psicólogos e de odontólogos.

Segundo o próprio Ministério da Saúde (BRASIL, 1997), os contratos de prestação de serviços no setor, muitas vezes vêm sendo utilizados exclusivamente como contratos de fornecimento de mão-de-obra, não havendo, de fato, uma prestação de serviços por parte da empresa contratada, já que se limita, na realidade, a fornecer mão-de-obra para os órgãos de saúde. Ou seja, pessoas são contratadas para atuarem em diversas funções nos serviços de saúde, sem concurso público, que vão desde assessorias especializadas e temporárias; contrata-se profissionais para exercerem atividades na rede de saúde ou na administração central e até agentes, como os temporários, para o combate aos transmissores de doenças.

Algumas vezes chega a ocorrer, segundo Queiroz e Di Pietro (1998; 1999), até mesmo o merchandising sob o rótulo de compra de serviços técnicos especializados. O merchandising, de acordo com os autores, é o procedimento mediante o qual o intermediário explora o trabalho alheio como mercadoria, objeto de comércio, ou visa a subtrair o beneficiário dos serviços, empregador real, dos ônus da relação de emprego. Desta maneira, afirmam que o procedimento atenta contra a moral, a dignidade do trabalho e a lei.

Uma forma de contratação temporária que tem sido muito utilizada pelo setor público de saúde de acordo com Cherchiglia *et. al.* (1998), é o contrato por tempo determinado, utilizando-se, como argumento, a necessidade temporária, de excepcional interesse público. Esses contratos de trabalho, por tempo determinado, tentam escapar da rigidez

imposta pelo Regime Jurídico Único (contratação – concurso público, demissão, formas de pagamento e incentivos).

O contrato, muitas vezes denominado contrato administrativo, tem uma duração que varia, geralmente, de três a seis meses, podendo ser prorrogado por igual período.

De acordo com os autores, o que se tem observado é uma prorrogação indefinida (chegando a mais de cinco anos) em determinadas situações. Assim, esses contratos de trabalho por tempo determinado têm levado à diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, menores salários e ausência de benefícios. Desta forma, este tipo de contrato tem permitido, segundo Cherchiglia (1999), maior flexibilidade na gestão da força de trabalho; mas, analisa a autora, que o grau de precarização do trabalho tem variado conforme maior pressão ou poder dos sindicatos e das corporações profissionais em negociar salários, benefícios, direitos trabalhistas e previdenciários.

De acordo com Nogueira (1999), no Sistema Único de Saúde podemos identificar várias formas de inserção dos trabalhadores: o Regime Jurídico Único, o emprego público via CLT, cargos comissionados, contratação temporária de excepcional interesse público, cessão, triangulação pela via Fundação de Apoio, terceirização via cooperativas gerenciais, terceirização via cooperativas de profissionais, terceirização de serviços clínicos pela via de empresas privadas, contratação de parceria com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, publicização pela via de Organizações Sociais e, ainda, informalização pela via de bolsas de trabalho, pro-labore ou outras formas de bolsas.

A contratação temporária no SUS, segundo o autor, está legalmente limitada às necessidades de combate às endemias, como acontece com a dengue; já os cargos comissionados e a prestação de serviços são mecanismos de provisão de cargos e funções de natureza excepcional e de formato individual.

Assim, a utilização dessas vias pelos municípios, de acordo com Nogueira, dá margem a uma imagem negativa dos gestores que podem estar selecionando profissionais de maneira clientelista ou arbitrária, além de gerenciarem os recursos humanos no SUS, infringindo as leis e os direitos trabalhistas, os quais são impostos à iniciativa privada.

Segundo ainda o autor, entre as formas terceirizadas, as organizações civis se caracterizam pela forte regulação estatal, em que estas, na qualidade de Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs, passam a participar das atividades do SUS como parceria conveniada.

A forma de vinculação dos profissionais é indireta (terceirizada), mas deve adotar o formato jurídico, como o emprego celetista.

Já as cooperativas, no caso de profissionais ou trabalhadores de saúde, também entendidas como uma das formas de vinculação indireta ou terceirizada, têm característica autônoma e corporativa. Dentre os encargos legais, o único previsto para as cooperativas é o recolhimento ao INSS, da alíquota sobre o total das importâncias pagas ou creditadas aos cooperados, como contribuição dos associados que são trabalhadores autônomos.

Desta forma, como afirma Nogueira (1999), no Sistema Único de Saúde, os gestores locais, com a autonomia que a Gestão Plena lhes confere, vêm optando pelo contrato global com as cooperativas, não só no caso do PSF, como uma das alternativas ágeis e flexíveis aos padrões de alocação e gestão de recursos humanos do regime estatutário. Ao mesmo tempo, desresponsabilizam-se com todos os encargos sociais e com os custos de administração de pessoal, inclusive no caso da contratação celetista.

Machado (2000) verificou um expressivo contingente de trabalhadores que atuam no SUS mediante terceirização através de cooperativas profissionais ou por contratos temporários.

Segundo dados da pesquisa, 54,6% dos médicos e 52,4% dos enfermeiros que trabalhavam no PSF, em dezembro de 1998, eram prestadores de serviços ou profissionais de cooperativas de saúde. Devido ao tipo de inserção no trabalho setorial, a maioria destes trabalhadores além de não ter o direito ao décimo terceiro salário, ao recebimento de férias, à licença maternidade, à assistência médica e outras garantias trabalhistas, sofre, ainda, atrasos salariais devido à descontinuidade dos contratos das secretarias municipais de saúde, com as cooperativas.

No caso dos agentes comunitários, trabalhadores principalmente do PSF, segundo o Ministério da Saúde, a situação se apresenta ainda mais complexa. Assim, "...dos mais de 180 mil trabalhadores em atividade no país, a grande maioria percebe o equivalente a um salário mínimo, tendo uma inserção precária no sistema, desprotegidos que são em relação à legislação trabalhista" (BRASIL, 2003: 5).

Na avaliação de Nogueira (1999), os profissionais de saúde têm aderido às cooperativas, devido a diversos fatores: pela livre e voluntária adesão; aspiração de manter uma condição de autonomia no mercado de trabalho; a pouca valorização, na atualidade, da condição de funcionário público; pela perda das tradicionais vantagens de remuneração diferenciada da aposentadoria no sistema de previdência pública; e pela criação do vínculo

coletivo de solidariedade entre os profissionais que obriga o gestor local do SUS a ter disposição para negociar os valores e os itens dos contratos com as cooperativas.

Por outro lado, o autor assinala que na maioria das situações as cooperativas não têm à sua disposição clientes privados alternativos, e, assim, vêm-se obrigadas a vender seus serviços ao setor público, tornando seu poder de negociação limitado.

Vieira e Oliveira (2001) constataram, já em 1999, através dos dados do IBGE (Pesquisa Assistência Médico-Sanitária – AMS), sinais significativos de flexibilização das formas de inserção dos enfermeiros no tradicional mercado de trabalho em saúde do país, embora ainda predominasse a vinculação formal. Vieira (2002) afirma que, sem dúvida, os enfermeiros têm aderido às cooperativas. Acrescenta, além dos fatores listados por Nogueira, como outro ponto de atração para o cooperativismo deste profissional, as remunerações mais altas, diferenciadas do mercado formal, como se constituem as cooperativas de profissionais ou de enfermeiros mais especializados.

Considera, ainda, que mesmo sem remunerações mais diferenciadas no mercado, outras cooperativas, que parece constituir o caso da maioria, a adesão dos enfermeiros se faz principalmente pela busca da autonomia; pelos jovens graduados ávidos para inserção no mercado de trabalho; e, ainda, pela procura dos enfermeiros por outra colocação para aumentar a renda mensal complementando os baixos salários do setor privado ou do setor público, principalmente hoje em dia, no funcionalismo federal e estadual.

Analisa que, assim como o Programa de Interiorização e o Programa Saúde da Família, as cooperativas – apesar dos seus aspectos negativos em relação aos direitos trabalhistas – constituem, hoje em dia, novos e amplos mercados de trabalho para os enfermeiros no Brasil.

Ao mesmo tempo, Vieira (2002) pondera que a terceirização dos trabalhadores de saúde e, em particular, dos enfermeiros através das cooperativas, apresenta como desvantagens bastante relevantes: a perda dos direitos trabalhistas, a rotatividade, o incentivo ao descompromisso com a instituição e a perda da continuidade do seu processo de trabalho; principalmente em se tratando destes profissionais, os quais, na realidade, são os que permanecem continuamente nos serviços de saúde, prestando cuidados diretos e indiretos aos pacientes.

Se a partir dos dados da AMS de 1999 Vieira e Oliveira (2001) já constataram sinais de flexibilização do mercado de trabalho dos enfermeiros, demonstrado pela inserção destes no setor saúde através da intermediação de empresas e cooperativas (intermediado),

e da prestação de serviços e do trabalho autônomo (outro); em 2002, segundo a última AMS, podemos visualizar estas formas de inserção na Tabela 1.

Tabela 1
Empregos dos enfermeiros por formas de vínculo com os estabelecimentos de saúde segundo grandes regiões. Brasil – 2002

Brasil e Grandes Regiões	Total		Próprio		Intermediado		Outro	
	N.º		N.º	%	N.º	%	N.º	%
Brasil	88.952		77.776	87,4	6.200	7,0	4.976	5,6
Norte	4.864		3.920	80,6	742	15,3	202	4,2
Nordeste	23.264		19.969	85,8	1.715	7,4	1.580	6,8
Sudeste	42.725		37.632	88,1	2.624	6,1	2.469	5,8
Sul	12.862		11.624	90,4	824	6,4	414	3,2
Centro-Oeste	5.237		4.631	88,4	295	5,6	311	5,9

Fonte: IBGE, Pesquisa Assistência Médico-Sanitária, 2002.

Assim, embora em 2002 ainda prevaleça o vínculo próprio dos enfermeiros com os estabelecimentos de saúde, ou 87,4% dos postos de trabalho destes profissionais no país, visualizam-se sinais de intermediação da sua inserção no mercado setorial, através, principalmente, de empresas e cooperativas, e, ainda, da prestação de serviços e do trabalho autônomo, principalmente considerando que a AMS faz cobertura essencialmente do mercado formal de saúde. Desta forma, ela é capaz apenas de apontar sinais de flexibilização do mercado de trabalho dos profissionais.

De acordo com Nogueira (2002), o efeito colateral da informalização tem sido o de diminuir a fidelidade das estatísticas oficiais em relação aos trabalhadores no SUS (como é caso da Relação Anual de Informações Sociais – RAIS do Ministério do Trabalho e

especialmente a AMS) devido ao não registro ou à inadequada caracterização dos que se encontram em condição de vinculação indireta e de contrato informal de trabalho.

Por isso, afirma que os números dos postos de trabalho de médicos em geral, de médicos de família, de enfermeiros, de agentes comunitários e de atendentes, estão rigorosamente subestimados na AMS.

A AMS não demonstra, portanto, o real retrato da flexibilização setorial ou do mercado de trabalho em saúde, aonde os recursos humanos, e os enfermeiros em particular, vêm sendo inseridos sob formas escamoteadas, e até invisíveis.

Para contornar essa dificuldade, tem-se recorrido a inquéritos específicos, e a inquéritos junto aos gestores do SUS, como constituem o Estudo de Avaliação da Implementação da Avaliação Básica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/NEPP, 2000) e os dois estudos de Girardi (2002a,b).

O primeiro constata que a grande expansão do emprego no setor saúde municipal aparece fortemente associada ao processo de flexibilização e diferenciação dos contratos de trabalho na administração pública e no setor privado. Considera fortes indicadores de flexibilização nos tipos de contratos de trabalho, pela adoção preferencial pelos gestores municipais, do regime da terceirização por cooperativas e empresas, os contratos de autônomos, e outros tipos indefinidos para expansão da força de trabalho, principalmente na atenção ambulatorial e nos novos programas de expansão de cobertura, como o PSF e o Programa de Agentes Comunitários.

Este estudo revela que a forma contratual estatutária, típica da administração pública direta, como o principal tipo de contrato de trabalho na atenção básica, estava presente, no ano de 2000, em apenas 22,0% dos municípios para alocação dos médicos, em 25,0% para os enfermeiros, e em 31,0% dos municípios, para os odontólogos.

A formalização do emprego pela CLT era adotada no Sudeste por 35,0% dos municípios para os médicos, em 39,0% para a enfermagem e em 34,0% municípios para aos odontólogos. A terceirização por empresas e cooperativas foi assinalada como o principal tipo de utilização dos médicos em 18,0% dos municípios da Região Sul, e em 12,0% para os enfermeiros.

Na Região Centro-Oeste, 38,0% e 33,0% dos municípios, assinalaram a autonomia como principal recurso, respectivamente, da mão-de-obra médica, e de enfermeiros e odontólogos.

Nas Regiões Norte e Nordeste, os “outros tipos de contratos flexibilizados” eram presentes, em média, de 40,0% dos seus municípios para alocação dos médicos, e em 38,0%, para a enfermagem (UNICAMP/NEPP, 2000).

Os dois outros estudos de Girardi (2002a,b) constataam, nas redes hospitalares de São Paulo e de Minas Gerais, que a autonomia como forma de utilização dos serviços dos enfermeiros era, respectivamente, de 3,0% e 7,1%; e de enfermeiros terceirizados, também respectivamente, de 3,0% e 1,3%. Já nas redes hospitalares lucrativas, nestes dois Estados, os enfermeiros com trabalho autônomo totalizavam 3,4% em São Paulo e 9,3% em Minas Gerais; e os terceirizados, 4,6% e 4,1%. Nestas redes, a terceirização dos enfermeiros, através de cooperativa, foi a forma preponderante constatada pelo autor.

Como se evidencia, as cooperativas, neste cenário setorial, representam atualmente uma grande alternativa para alocação dos recursos humanos no SUS, em especial dos enfermeiros, e, assim, necessário tornou-se, para nossa melhor compreensão, contemplar, a seguir, algumas considerações sobre cooperativas.

1.3 Cooperativas de Trabalho e Cooperativas de Profissionais de Saúde

É fundamental descrever que o cooperativismo se organiza no mundo do trabalho, e no Brasil em diversos segmentos. De acordo com Cherchglia (1999), as cooperativas podem ser classificadas sob as formas: – de consumo, que têm por objetivo fornecer aos associados artigos de consumo a preços baixos; – de produção, tendo a finalidade de pôr a produção em outros locais, sem intermediários; – de crédito, visando proporcionar crédito aos associados; – e de trabalho e serviços, que têm por objetivo a venda de bens e serviços para o mercado.

Mas, segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras – OCB (OCB, 1999), elas podem ser classificadas em cooperativas de:

- agropecuária, que tem como principal objetivo organizar e comercializar os produtos agrícolas de seus cooperados e fornecer insumos e implementos agrícolas para toda a sua coletividade;
- crédito, este segmento baseia-se na formação de um fundo comum a fim de dar acesso a seus cooperados a empréstimos;

– consumo, para prestação de serviços a seu quadro social através da compra em comum de gêneros de primeira necessidade a um preço abaixo do que é praticado no mercado;

– serviços, que se caracteriza pelo serviço que o cooperado busca na cooperativa que podem ser os mais variados possíveis, passando por diversos tipos de convênios (farmácia, viagens, turismo), intercâmbios, seguro saúde, seguros em geral e serviços de fornecimento de energia elétrica rural e/ou telefonia;

– habitacional, destinado à construção de moradia para o conjunto de seus cooperados a um preço justo;

– produção, caracteriza-se pela transformação que o cooperado impõe a matéria-prima que, depois de pronta, é colocada à disposição da administração da cooperativa para que seja comercializada;

– mineração, caracteriza-se pela extração, manufatura e comercialização de minério e exploração de jazidas que pertençam à cooperativa;

– trabalho, que são cooperativas criadas por profissionais autônomos que se unem em um empreendimento e prestam seus serviços à coletividade e a terceiros, sem nenhuma intermediação, podendo ser da indústria, do artesanato, da saúde, do transporte, etc.

De acordo com a OCB, em dezembro de 1998 havia, no Brasil, 5.102 cooperativas, com cerca de 4,5 milhões de cooperados e 150 mil empregados.

O segmento com maior número de cooperativas era o agropecuário, com 1.400 cooperativas; seguido de perto pelo segmento de trabalho, com 1.300; e em terceiro lugar, o setor saúde, com 585 cooperativas.

Dentro do setor saúde existiam 450 cooperativas médicas (77%); 97 de odontólogos (16,6%); 19 de psicólogos (3,2%); e 19 cooperativas eram de usuários, ou 3,2% (OCB, 1999).

Segundo ainda a OCB (2002), em 2002, as cooperativas totalizavam 7.549, também em diversos ramos, com 5.258.644 cooperados e 171.395 empregados (Quadro 1). Como se observa no Quadro 1, no setor saúde existiam 880 cooperativas com 384.215 cooperados e 19.152 empregados. Ou seja, a saúde representava o quarto maior setor aonde se localizava o número de cooperativas e, ainda, o quinto maior em número de cooperados (Gráfico 1), e o terceiro em número de empregados.

Quadro 1

Número de Cooperativas, Cooperados e Empregados por Ramo de Atividade.

Brasil – 2002

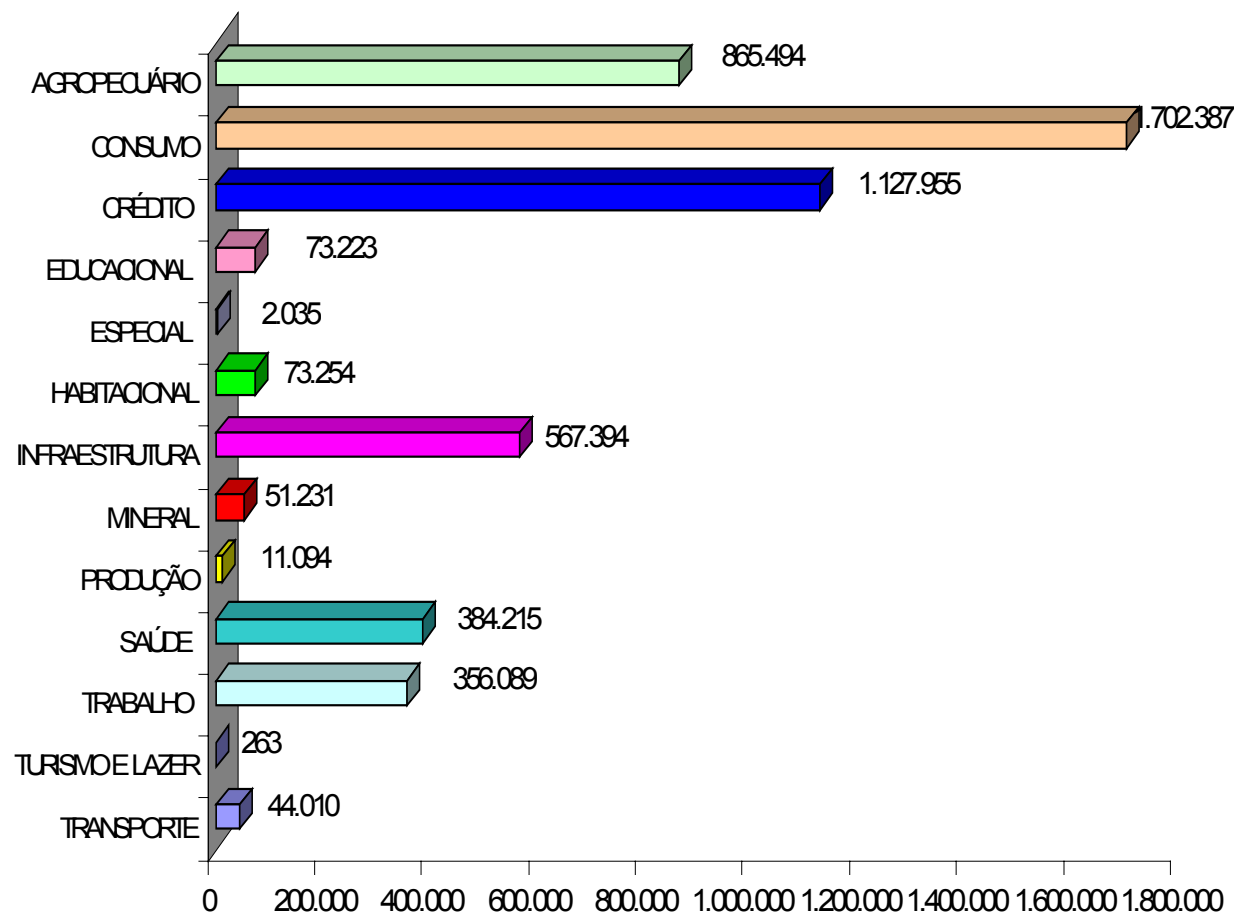
Ramo	Cooperativas	Cooperados	Empregados
AGROPECUÁRIO	1.624	865.494	105.597
CONSUMO	170	1.702.387	7.873
CRÉDITO	1.066	1.127.955	21.157
EDUCACIONAL	301	73.223	2.933
ESPECIAL	7	2.035	6
HABITACIONAL	313	73.254	1.445
INFRAESTRUTURA	184	567.394	5.410
MINERAL	40	51.231	41
PRODUÇÃO	147	11.094	326
SAÚDE	880	384.215	19.152
TRABALHO	2.109	356.089	5.514
TURISMO E LAZER	10	263	0
TRANSPORTE	698	44.010	1.941
Total	7.549	5.258.644	171.395

Posição em dezembro/2002

Fonte: OCB, 2002

Gráfico 1

Número de Cooperados por Ramo. Brasil - 2002



Fonte: Núcleo banco de Dados - Elab. GETEC/OCB Posição 12/2002

No Brasil, segundo Cherchglia (1999), a primeira legislação que regulamentava a atividade cooperada surgiu por um decreto federal em 1932. Os termos desse decreto vigoraram até 1971, quando uma nova legislação foi promulgada, a Lei n.º 5.764/71. E ainda destaca que o § 2.º do art., da Constituição Federal, preceitua que deve a lei apoiar e incentivar o cooperativismo.

Considerando o objetivo deste trabalho, a atenção volta-se para as Cooperativas de Trabalho, segundo Queiroz (1998), esse tipo de cooperativa, para ser criada, exige a união de 20 trabalhadores, no mínimo, conforme a lei supracitada de 1971.

De acordo com o autor, as cooperativas de trabalho vêm crescendo rapidamente, desde a promulgação da Lei n.º 8.949/94, que introduziu um parágrafo único, no art. 442 da CLT, segundo o qual, em qualquer ramo de atividade da sociedade cooperativa não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores dos serviços.

Entretanto, as cooperativas têm obrigações previdenciárias que é de 15% do total da importância, distribuídas ou creditadas a seus cooperados, a título de remuneração ou redistribuição pelos serviços prestados à pessoa jurídica por intermédio delas, com opção, dependendo da situação, pelo recolhimento de 20%, sobre o salário-base do autônomo (Lei Complementar n.º 84/96).

Destaca, ainda o autor, que em relação aos empregados das cooperativas, as regras da CLT e legislação trabalhista e previdenciária devem ser aplicadas; que as sociedades cooperativas serão de responsabilidade limitada quando a responsabilidade do associado pelos compromissos da sociedade limitar-se ao valor do capital por ele subscrito; que a responsabilidade do associado para com terceiros, somente poderá ser invocada depois de judicialmente exigida pela cooperativa; e, ainda, que as cooperativas não estão sujeitas à falência, mas, sim, à liquidação extrajudicial.

Entretanto, para melhor visualizar as características das cooperativas, Silva *et. al.* (2001) apontam os princípios constitucionais e legais destas no Brasil:

- A sociedade cooperativa não busca fim lucrativo, estando este princípio embasado no artigo 3.º, da Lei n.º 5.764/71, que prescreve: *celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro;*

- Adesão livre e voluntária na admissão, princípio positivado na legislação brasileira através do artigo 4.º, da Lei n.º 5.764/71, e reforçado no artigo 5.º, inciso XX da CF/88, que prescreve: *ninguém poderá ser compelido a associar-se ou a permanecer associado;*
- Princípio das portas abertas que está positivado na Lei n.º 5.764/71, em seu artigo 4.º, incisos I, II e IX, que prescreve: inciso I, *adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviço;*
- inciso II, *variabilidade do capital social representado por quotas-partes;*
- inciso IX, *neutralidade política e discriminação religiosa, racial e social;*
- Princípio da administração democrática, consagrado no artigo 4.º, incisos III, IV, V, VI e XI da Lei n.º 5.764/71, que assim prescreve:
 - inciso III, *limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;*
 - inciso IV, *inacessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;*
 - inciso V, *singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividades de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;*
 - inciso VI, *quorum para o funcionamento e deliberação da assembléia geral baseado no número de associados e não no capital;*
 - inciso XI, *área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços;*
- Princípio do juro limitado ao capital, recepcionado através do artigo 24, § 3.º, da Lei n.º 5.764/71, que prescreve: *é vedado às cooperativas distribuírem qualquer espécie de benefícios às quotas-partes do capital ou estabelecer outras vantagens ou privilégios, financeiros ou não, em favor de quaisquer associados ou terceiros, excetuando-se os juros até o máximo de 12% ao ano, que incidirão sobre a parte integralizada;*
- Destino dos excedentes e das sobras, princípio positivado no artigo 4.º, inciso VII, da Lei n.º 5.764/71, que prescreve: *retorno das sobras líquidas do exercício,*

proporcionalmente as operações realizadas pelos associados, salvo deliberação em contrário da assembléia geral;

- Princípio da educação cooperativista, estabelecido no artigo 4.º, inciso VIII, da Lei n.º 5.764/71, que assim prescreve: *indivisibilidade dos fundos de reserva e de assistência técnica, educacional e social;*
- Princípio da intercooperação cooperativista, positivado no artigo 8.º, da Lei n.º 5.764/71, que assim prescreve: *as cooperativas centrais e federações de cooperativas objetivam organizar, em comum e em maior escala, os serviços econômicos e assistenciais de interesse das filiadas, integrando e orientando suas atividades, bem como facilitando a utilização recíproca dos serviços;* e,
- Princípio da autogestão cooperativista, que está embasado no artigo 5.º, incisos XVIII e XIX da CF/88, que prescreve: inciso XVIII – *a criação de associações e, na forma da lei, a de cooperativas independem de autorização, sendo vedada à interferência estatal em seu funcionamento;*
- inciso XIX – *as associações só poderão ser compulsoriamente dissolvidas ou ter suas atividades suspensas por decisão judicial, exigindo-se, no primeiro caso, o trânsito em julgado.*

Assim, de acordo com Silva *et. al.* (2001), quando da constituição de uma sociedade cooperativa, se determinados princípios forem olvidados e não estabelecidos e aplicados, ocorrerá o surgimento de efeitos negativos dentro do próprio sistema, resultando em distorções e problemas na gestão e manutenção da cooperativa, ou em situações de fraude e desnorteamento do próprio conceito do que seja uma sociedade cooperativa, de acordo com a teoria e doutrina pertinente, bem como da legislação específica que as regem.

Sendo assim, as autoras destacam os principais resultados em relação à não observância dos princípios e finalidades de uma cooperativa, como demonstra o Quadro 2:

Quadro 2

Resultados da não observância dos princípios e finalidades de uma cooperativa

PRINCÍPIO	FINALIDADE	NÃO OBSERVÂNCIA
Adesão Voluntária e Livre	<ul style="list-style-type: none"> – Impede o ingresso na cooperativa de possíveis aventureiros capazes de comprometer os objetivos da associação. – Disciplina a admissão de pessoas na cooperativa, a começar pela compatibilidade dos objetivos do interessado com os da cooperativa, e ao mesmo tempo descarta qualquer tipo de discriminação. – Propicia um ambiente favorável às discussões de interesse comum, visando atender às necessidades coletivas do grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> – Possibilita a adesão de pessoas capazes de comprometer os objetivos da cooperativa. – Adesão de pessoas com objetivos difusos aos da cooperativa. – Surgimento de grupos de interesse.
Gestão Democrática pelos Membros	<ul style="list-style-type: none"> – Participar das decisões administrativas que determinem a produção, a comercialização ou a prestação dos serviços na cooperativa e para terceiros. – Tratar da autogestão na cooperativa, por meio da qual o próprio associado exerce a direção e a fiscalização da cooperativa. – Conscientizar os sócios da responsabilidade de todos dentro da cooperativa, principalmente no que se refere às políticas financeira e econômica da associação. 	<ul style="list-style-type: none"> – Manipulação das decisões por grupos de interesse. – A não-participação dos cooperados em cargos de direção e fiscalização da cooperativa, criando, assim, a relação empregado-empregador.
	<ul style="list-style-type: none"> – Assegura-lhes o controle de sua participação econômica na cooperativa, bem como um retorno financeiro proporcional ao volume de sua produção 	<ul style="list-style-type: none"> – Aplicação das sobras sem conhecimento dos cooperados. – Retorno financeiro

<p>Participação Econômica dos Membros</p>	<p>comercializada com a cooperativa ou aos serviços prestados aos tomadores de serviços.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Discutir e opinar sobre os valores percentuais que constituirão o capital social da cooperativa e respectivos reajustes. – Discutir e opinar sobre onde, como, quando e quanto investir na cooperativa, conforme os resultados das sobras líquidas. 	<p>desproporcional à participação de cada associado.</p>
<p>Autonomia e Independência</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Firmar convênios, contratos, etc. com terceiros, mantendo, ao mesmo tempo, a autonomia e a independência da cooperativa. – Fiscalizar o cumprimento da missão e dos objetivos iniciais da cooperativa, defendendo-a contra possíveis intervenções externas. – Exigir que todos na cooperativa responsabilizem-se pelo acompanhamento e controle da administração interna 	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenções externas, devido à não-participação dos cooperados na fiscalização da cooperativa. – Controle da administração na responsabilidade de grupos de interesse.
<p>Educação, Formação e Informação</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Instalação do Comitê Educativo, visando ao ensino da doutrina cooperativista e ao treinamento em gestão de cooperativas. – Desenvolvimento intelectual dos cooperados e de seus familiares, e ainda da comunidade na qual a cooperativa se encontra instalada. – Divulgar aos novos associados a missão e os objetivos da cooperativa. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cooperados desinformados devido à não existência de uma política educacional. – A manipulação dos novos cooperados.
	<ul style="list-style-type: none"> – Fortalecer o movimento cooperativista a partir da troca de informações e/ou de experiências entre cooperativas do mesmo 	<ul style="list-style-type: none"> – Individualismo no movimento cooperativista devido à

Intercooperação	<p>segmento, levando em conta a produção, a comercialização ou a prestação de serviços gerais para os associados e ou <i>terceiros</i>.</p> <p>– Discutir e opinar sobre as organizações representativas da classe cooperativista – OCB, OCES.</p> <p>– Obter maior economia a partir da distribuição de produtos em conjunto com cooperativas do mesmo segmento ou com outras de âmbito local, estadual, nacional ou internacional.</p>	<p>falta de informações entre as cooperativas de mesmo segmento.</p> <p>– Fechamento de algumas cooperativas devido à não-distribuição de produtos em conjunto com as demais.</p>
Interesse pela Comunidade	<p>– Assegurar direitos iguais aos benefícios gerados pela economia da cooperativa, independente das condições econômicas, política e social de cada um, dentro e fora da associação.</p>	<p>– Desigualdade na distribuição dos benefícios devido à existência de grupos de interesse.</p> <p>– Perda do apoio da comunidade.</p>

Fonte: Silva *et. al.*, 2001.

No Sistema Único de Saúde, as cooperativas vêm se tornando cada vez mais expressivas para a prestação de serviços terceirizados dos profissionais de saúde. Mas, desde a década de 60, as cooperativas já representavam para os médicos uma importante opção para inserção no mercado de trabalho setorial.

De acordo com os dados do Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP (2003), a maior das organizações de cooperativa de médicos, a UNIMED, fundada em 1967, reúne atualmente nada menos do que 90 mil cooperados e atende a um universo de 11 milhões de usuários. Segundo análise deste Núcleo, outros profissionais liberais da área de saúde seguiram o exemplo dos médicos e também encetaram a organização de cooperativas.

Entretanto, no SUS, de acordo ainda com o NESP, o surgimento de cooperativas de profissionais de saúde constitui fenômeno próprio da segunda metade dos anos 90 e tem particularidades muito especiais, quais sejam:

- as cooperativas não se limitam a congregar os profissionais liberais clássicos, podendo envolver outras categorias em composições heterogêneas (como no caso do PSF) e trabalhadores semiprofissionais (tais como os agentes comunitários de saúde);
- são contratadas pelos gestores do SUS, numa relação de terceirização, para prestar serviços em hospitais e na rede básica, podendo ou não participar da gestão local da assistência em determinada área.

Há, nesse sentido, segundo o NESP (2003), dois tipos de cooperativas no SUS: as que são apenas fornecedoras de trabalho na prestação de serviços de saúde; e as cooperativas que são gerenciadoras, ou seja, que não só fornecem força de trabalho mas assumem a gestão de uma ou mais unidade de saúde da rede.

Um exemplo paradigmático de cooperativa gerencial é a Cooperativa dos Profissionais da Saúde instituída em São Paulo. De acordo com Di Pietro (1999), o município de São Paulo foi autorizado pela Lei n.º 11.866/95, a celebrar convênio com as cooperativas para a prestação de serviços na área da saúde pública, especificamente no Plano de Assistência à Saúde (PAS).

Pelo convênio, a prefeitura incumbiu-se de: fornecer instalações e equipamentos necessários às atividades da cooperativa; providenciar a transferência de recursos financeiros necessários à implantação do PAS; controlar e fiscalizar a prestação de serviços; e, ainda, de transferir bens patrimoniais do município para as cooperativas, mediante permissão de uso.

Aos cooperados, coube assumir o comando e as operações no Módulo de Atendimento. Na concepção de Di Pietro (1999: 222), “vale dizer que se criou um instituto que é um misto de convênio, prestação de serviços e concessão de serviço público, que não se enquadra de forma adequada em nenhum dos institutos disciplinados pelo direito positivo brasileiro”.

Na realidade, as referidas cooperativas surgiram exclusivamente em função do vínculo com o município; e, assim, afirma ainda Di Pietro (1999: 223), “não têm patrimônio próprio; utilizam as instalações públicas com todos os equipamentos públicos; grande parte dos cooperados são servidores públicos afastados ou exonerados, que apenas mudam de título sob o qual prestam o serviço e deixam de se submeter às normas constitucionais e infraconstitucionais sobre servidores públicos; seus salários não sofrem mais as limitações constitucionais próprias dos servidores; já não estão sujeitos à proibição de acumular

cargos, empregos ou funções; não mais oneram a folha de pagamento de servidores do Município; no entanto, continuam a receber remuneração proveniente dos cofres públicos; e, ainda, deixa-se de aplicar a lei de licitações e contratos”.

Portanto, as cooperativas gerenciais são agentes terceirizados que tanto realizam a prestação de serviços de saúde como a gerência de algumas unidades de saúde. Assim, ao admitir-se esse modelo, os gestores abrem mão da governabilidade sobre determinada área do sistema local e tornam-se vulneráveis a fortes grupos de interesses mercantis e corporativos que passam a atuar dentro das unidades assistenciais do SUS.

Embora a Lei n.º 8.949, de 1994, tenha incluído na CLT a explicitação de que qualquer que seja o ramo de atividade da cooperativa, não há relação empregatícia entre os membros associados ou com quem compra seus bens e serviços; na Lei n.º 5.764, de 1971, está prevista a possibilidade de uma cooperativa contratar assalariados, os quais, evidentemente, não participam na qualidade de membros associados.

Estas possibilidades hoje levam a um grande problema: distinguir a diferença entre um trabalhador cooperado legítimo e um trabalhador informal, um assalariado potencial, disfarçado em cooperado.

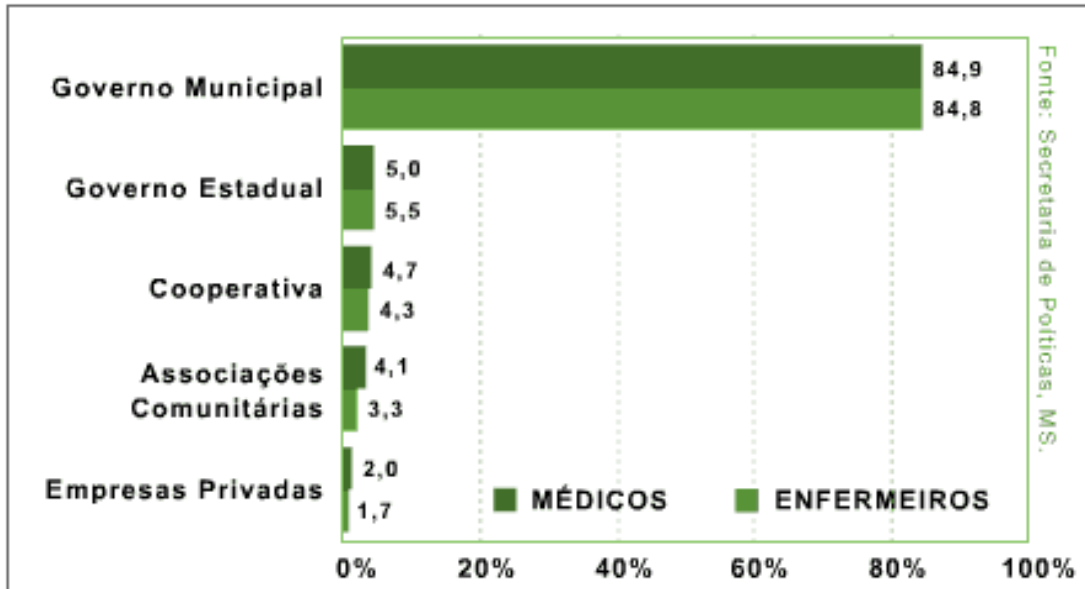
No entanto, atualmente, as cooperativas vêm representando uma das alternativas à situação de desemprego, apesar de propiciar a informalidade dos vínculos de trabalho.

No caso do Programa de Saúde da Família, as cooperativas, segundo o NESP (2003), vêm se impondo com muita frequência, como alternativa para responder à necessidade de criar um incentivo efetivo à dedicação integral de médicos e enfermeiros; possibilitando que os níveis de remuneração sejam duas a três vezes o que é pago para os mesmos profissionais que trabalham nos serviços usuais, em ambulatórios e hospitais, para uma mesma carga horária.

Em 1999, nos municípios brasileiros, segundo o NESCON (2001), a inserção dos médicos e enfermeiros nas instituições de saúde, através de cooperativas, representavam, respectivamente, 4,7% e 4,3% entre o total das diferentes formas de alocação destes profissionais nas instituições de saúde municipais como pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2

Vínculos Institucionais de Médicos e Enfermeiros nos Municípios. Brasil – 1999



Fonte: NESCON, 2001.

Assim, as cooperativas têm sido uma alternativa não só para alocação de profissionais no PSF dos municípios, como também para o trabalho rotineiro nas instituições de saúde do SUS.

Em seu estudo, Teixeira (2000) constatou esta situação nos serviços municipais e estaduais do Rio de Janeiro. O argumento central dos gestores para incorporação dessa modalidade para alocação de pessoal foi, segundo a autora, diante da escassez de trabalhadores, utilizar as cooperativas de profissionais de saúde como uma forma ágil de resolução dos problemas de recursos humanos nas instituições públicas.

Constatou, ainda, que as iniciativas foram dos gestores e que na verdade, as cooperativas, de uma forma geral, sofriam ingerências destes, contrariando os princípios do cooperativismo, e que elas mais se configuravam como empresas.

Se de um lado as cooperativas no atual contexto social e em particular do setor saúde, representam uma das formas ágeis de alocação de recursos humanos no SUS, como também uma alternativa dos profissionais e trabalhadores ao desemprego e subemprego setorial, por outro, evidencia-se a segmentação do mercado de trabalho em saúde através da precarização do emprego.

Mesmo considerando o poder de barganha da ação coletiva das cooperativas, na verdade, lembrando a ponderação de Nogueira (1999), este poder de negociação é limitado na medida em que as cooperativas não têm à sua disposição clientes privados alternativos, e, assim, vêm-se obrigadas a vender seus serviços ao setor público.

Hodiernamente, está em pauta, no Ministério da Saúde, a preocupação com a precarização do trabalho dos profissionais e dos trabalhadores de saúde no contexto da nova gestão presidencial, com fortes indícios de perseguir a desprecarização do setor e, nesta perspectiva, as cooperativas podem ser uma organização transitória no mercado de trabalho em saúde.

Tendo em vista todas estas considerações, a análise do caso das cooperativas de enfermeiros de Manaus contribui, portanto, para acrescentar ao conhecimento sobre cooperativas de trabalho, cuja produção é bastante escassa, e praticamente inexistente, em especial, sobre cooperativas de enfermeiros no mercado de trabalho em saúde brasileiro.

CAPÍTULO II

OS CAMINHOS DO ESTUDO

2.1 O Método

Optamos por uma pesquisa de natureza quantitativa e do tipo sintética de caso ou estudo de caso. Este tipo de pesquisa, segundo Conrandripoulos, *et. al.* (1994), é uma estratégia na qual o pesquisador decide trabalhar sobre uma unidade de análise ou sobre um pequeno número de unidades.

O potencial explicativo desta estratégia, de acordo com os autores, provém da coerência da estrutura das relações entre os componentes do caso e da coerência das variações. Optamos, entre as quatro estratégias de estudo de caso apontadas pelos autores, pelo estudo de casos múltiplos com um só nível de análise, já que contemplamos as três cooperativas de enfermeiros existentes em Manaus, analisadas sob as mesmas variáveis.

2.2 Coleta de Dados

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro a julho de 2003 junto aos três gestores das cooperativas (doravante denominadas C1, C2, C3.); aos quatro gestores dos hospitais que utilizam os trabalhadores destas cooperativas (G1, G2, G3, G4); e, ainda, com os enfermeiros associados.

Trabalhando com o universo das cooperativas de enfermeiros de Manaus, foram aplicados questionários com perguntas fechadas e abertas (Anexo I) com os seus respectivos gestores para assim obtermos informações sobre:

Ano de criação e motivos; para quem presta serviços; qual a forma legal de contratação da cooperativa com os serviços ou secretarias ou instituições de saúde; as especialidades desenvolvidas pela cooperativa; número de enfermeiros cooperativados; déficit de enfermeiros cooperativados; perfil requerido dos cooperativados; carga horária mínima e máxima; distribuição da carga horária; forma(s) de adesão dos enfermeiros; rotatividade dos enfermeiros; benefícios sociais; remunerações; supervisão dos enfermeiros; aspectos positivos e negativos em relação à cooperativa e aos enfermeiros cooperativados; e as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Com os gestores hospitalares, referentes aos hospitais onde as cooperativas prestam serviços, utilizamos também um questionário com perguntas fechadas e abertas (Anexo 2) como instrumento de informação para obtermos dados sobre:

-motivo pela escolha de enfermeiros cooperativados; chefias de enfermagem e de serviços nas clínicas; número de enfermeiros da própria instituição; aspectos positivos e negativos do trabalho dos enfermeiros cooperativados na instituição; déficit de enfermeiros cooperativados e de enfermeiros nas unidades; diferenças, vantagens e desvantagens dos serviços de enfermagem cooperativado; rotatividade e supervisão dos enfermeiros cooperativados; aspectos positivos e negativos em relação à cooperativa e aos enfermeiros cooperativados; e as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Com os enfermeiros cooperativados selecionados na amostra, foram aplicados, igualmente, um questionário com perguntas fechadas e abertas (Anexo 3) para obtenção de dados sobre:

- especialidade e habilitação profissional; tempo de cooperativismo; participação em outra cooperativa; exigências para adesão na cooperativa; outro(s) emprego(s); emprego principal;
- déficit entre o número de enfermeiros escalados e o número de enfermeiros necessário nas unidades atendidas; distribuição da carga horária semanal e de seus colegas mais próximos de trabalho;
- remuneração mensal; mecanismo(s) utilizado(s) pelo grupo de enfermeiros para solucionar uma situação de falta ao serviço;
- administração pelo grupo, das situações de férias (descanso anual), afastamento por interesses particulares, licença médica e outros motivos;
- compromissos mensais com a cooperativa além do trabalho técnico como enfermeiro; supervisão do trabalho técnico;
- período de tempo no lar; atividades não desenvolvidas após inserção na(s) cooperativa(s);
- necessidade de aprimoramento profissional; participação em assembléias da(s) cooperativa(s); benefícios, atividades e reivindicações desejadas;
- aspectos positivos e negativos em relação à cooperativa, aos enfermeiros cooperativados e à(s) instituição(ões) onde presta serviços; trabalho desgastante e estressante;
- e as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Na impossibilidade de estudar o universo da população, devido ao grande número de enfermeiros, e com isso aumentaria o tempo e o custo da coleta dos dados, houve a necessidade de elegermos uma amostra representativa para o estudo. Foi elaborada uma amostragem aleatória simples.

Segundo Berquó, *et. al.* (1997), a amostragem é o ato de obter uma amostra de uma população, podendo definir-se população como um grupo de elementos, cada um deles apresentando uma ou mais característica em comum. Assim a autora define que a amostra é simplesmente uma parte da população.

A amostragem aleatória simples, de acordo com Contrandripoulos, *et. al.* (1994), é uma técnica onde cada indivíduo da população-alvo tem a probabilidade de ser selecionado.

A amostra foi obtida a partir do universo dos enfermeiros cooperados em cada cooperativa, obedecendo as seguintes etapas:

- Explicitação dos objetivos com clareza tendo em vista evitar dúvidas posteriores ou mesmo esquecimentos, com clara definição da unidade elementar ou unidade de análise;
- Definição da população a ser amostrada que no caso foram os enfermeiros atuantes nas cooperativas;
- Escolha das variáveis a serem observadas em cada unidade de análise, através da certificação dos questionários aplicados quanto à relevância dos dados para a pesquisa;
- Especificação do grau de precisão desejado, calculando o peso amostral do cooperado pelo universo de cada cooperativa;
- Escolha dos instrumentos de medida e da forma de abordagem onde elaboramos questionários com perguntas fechadas e abertas aplicados pelo pesquisador para os gestores das cooperativas e das instituições e para os enfermeiros cooperativados;
- Escolha da unidade amostral. Foi identificada a menor parte identificável da população para fins de enumeração e sorteio da amostra;
- Seleção da amostra, após definição do seu respectivo tamanho.

Realizada a partir do senso das cooperativas que totalizava 315 cooperados distribuídos nas três cooperativas: cooperativa 1 (C1) com 65 enfermeiros, cooperativa 2 (C2) com 175 cooperados e cooperativa 3 (C3) com 75 associados; a amostra se constituiu de 50 enfermeiros atuantes, ou seja, 8 da C1, 30 da C2, e 12 da C3.

Em relação aos gestores das cooperativas e dos hospitais, contemplamos os dois universos. Desta forma, foram aplicados os questionários com os 3 gestores das cooperativas e os 4 gestores das instituições de saúde.

O cálculo da amostra dos enfermeiros pelo método de amostragem aleatória simples foi realizado conforme abaixo indicado:

Amostra Aleatória Simples

$$N = \frac{N \cdot K^2 \cdot V^2}{N \cdot dr^2 + K^2 \cdot V^2}$$

	C1	C2	C3	Definições
N	65	175	75	Tamanho da população
K	1,64	1,64	1,64	Valor da distr. normal com nível de confiança = 0,90
dr	0,21	0,16	0,21	Precisão (é o afastamento entre a estimativa e o valor da pop. que queremos)
V	0,4	0,6	0,5	Erro relativo = desvio/média (normalmente conhecido de estudo anterior)
peso	8,13	5,83	6,25	Peso amostral (N/n)

	Numerador	denominador	n	n existente	%	peso	N.º
C1	27,97	3,30	8,48	8	12,31%	8,13	65
C2	169,44	5,45	31,10	30	17,14%	5,83	175
C3	50,43	3,98	12,67	12	16,00%	6,25	75
Total			50	50			315

2.3 Tratamento e Análise dos Dados

Os dados quantitativos foram consolidados em tabelas e gráficos utilizando-se a estatística aplicada e o recurso da informática, especificamente o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS. Atribuímos um peso para cada cooperado tendo em vista representar todo o universo de cada cooperativa. Tivemos, então, os seguintes pesos amostrais: respondentes da C1 com peso 8,48; respondentes da C2 com peso 5,83; e os respondentes da C3 com peso de 6,25.

2.4 Aspectos Éticos

Antes do contato com os participantes da pesquisa, foi enviado o projeto deste estudo ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Saúde da ENSP/FIOCRUZ, atendendo aos aspectos éticos sobre pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos gestores das três cooperativas (Anexo 4), pelos gestores das instituições de saúde (Anexo5), como também pelos enfermeiros cooperativados selecionados na amostra (Anexo 6).

CAPÍTULO III

AS COOPERATIVAS DE ENFERMEIROS EM MANAUS

3.1 As Cooperativas

3.1.1 Cooperativa C1

A cooperativa C1 foi criada em 1997 por um grupo de enfermeiras que se reuniu com este propósito. No ano da sua criação, eram 120 associados, mas conta, atualmente, com 65 enfermeiros associados. Do número total de enfermeiros que compunha o seu quadro no início das suas atividades, 55 migraram para outras cooperativas.

A C1 é uma cooperativa que, segundo seu gestor, a maioria dos enfermeiros tem cursos de especialização e desenvolve atividades em um hospital (H1) da Superintendência de Saúde do Amazonas, localizado na Zona Centro-Sul da cidade, com atendimento especializado em pediatria nos níveis ambulatorial e hospitalar. No nível ambulatorial, os enfermeiros prestam assistência primária em pediatria e no nível hospitalar atuam nos setores de clínica médica, clínica cirúrgica, isolamento, alto-risco, semi-intensivo e no centro cirúrgico.

O perfil de enfermeiros que mais interessa a cooperativa, segundo declaração do seu gestor, é aquele em que os enfermeiros devem ter conhecimento necessário para atuar na área da pediatria.

O contrato firmado entre a cooperativa e a instituição é temporário, com duração de um ano.

De acordo com o gestor da cooperativa, o número de enfermeiros cooperativados, trabalhando no hospital, tem-se mostrado suficiente para desenvolver o serviço com qualidade, não havendo, portanto, déficit que comprometa o atendimento. Assim afirma, devido ao fato de a cooperativa ter apenas um contrato com a Superintendência de Saúde do Amazonas – SUSAM, disponibilizando todo o seu quadro efetivo de enfermeiros cooperativados para essa unidade hospitalar.

No entanto, devido à limitação de contrato, a C1 tem mantido o quadro de 65 cooperados. Assim, na verdade, este quantitativo, a nosso ver, não é suficiente para o desenvolvimento dos serviços do hospital já que, segundo informações dos próprios enfermeiros, buscam eles conseguir uma quantidade maior de plantões para manter um bom rendimento mensal, demonstrando uma espécie de “garimpagem” de plantões.

Cada cooperado deve trabalhar, no mínimo, 12 horas e, no máximo, 36 horas consecutivas distribuídas em escala de serviço. Mas, apesar desse controle das horas trabalhadas consecutivamente, observa-se, de acordo com os enfermeiros respondentes, a

estratégia de redistribuição de plantões entre cooperados (plantões passados entre cooperados) , fato que possibilita o aumento do número de plantões por associado (havendo aqueles que conseguem até 25 plantões por mês), e, ao mesmo tempo, maior cobertura assistencial de enfermagem e, conseqüentemente, maior rendimento financeiro mensal para os enfermeiros.

A forma de adesão dos enfermeiros na cooperativa é através do exame do *curriculum vitae*, o qual é entregue pessoalmente na sede da cooperativa ou encaminhado por cooperados, onde é avaliado pela diretoria. Uma vez aprovado, o candidato terá de pagar uma quota-parte, cujo valor atual é de R\$ 2.000,00 (dois mil reais), para ingressar na cooperativa.

A rotatividade dos enfermeiros é feita entre o hospital e o ambulatório, mas ela só acontece em caso de extrema necessidade, algumas vezes por necessidade de serviço ou problemas raros de relacionamento interpessoal por incompatibilidade entre profissionais.

Segundo também o gestor da C1, os encargos adotados pela cooperativa obedece às normas das cooperativas conforme a Lei n.º 5.764/71, onde é obrigatório o pagamento, por parte do cooperado, do INSS, que por ser um grupo de profissionais autônomos, torna-se obrigatório o desconto. Além disso, é descontado também um seguro social terceirizado, cuja aprovação e o valor desse desconto foram aprovados pelo grupo, em assembléia, ficando a negociação entre o cooperado e a seguradora.

Quanto aos encargos decorrentes de férias, licença médica, licença maternidade, licença paternidade, afastamentos por interesses particulares, por morte de cônjuge ou parentes até o 2.º grau, auxílio creche, afastamento para casamento e 13.º salário, não são adotados pela cooperativa.

Na impossibilidade de ir ao serviço, o cooperado tem total liberdade para trocar o plantão, o que pode acontecer através de acordo verbal ou escrito. O que acontece na prática em situações imprevisíveis de falta ao serviço, o enfermeiro que está no serviço permanece trabalhando até que a direção da cooperativa consiga um substituto, caso contrário, o enfermeiro continua no serviço até a próxima troca. Conforme a causa da falta ao serviço, exceto em situação de morte ou acidente com o cooperado faltoso, o enfermeiro que o substituiu recebe o valor do plantão trabalhado no mês vigente do cooperado faltoso.

Em relação ao descanso anual, os associados formam um consórcio de férias, onde um grupo de 12 enfermeiros elabora um documento para a cooperativa solicitando o desconto mensal do valor de 1 ou 2 plantões para o associado escalado para o descanso.

Esta escala obedece a um sorteio do mês destinado a cada associado ou um acordo feito pelo grupo.

Em situações de afastamento para maternidade, a cooperada negocia com outro cooperado a sua substituição em plantões anteriores ao período de afastamento, de maneira que o mesmo possa substituí-la em seus plantões durante o período da sua ausência. Por ocasião da maternidade, assim, ela consegue manter-se na escala recebendo seus honorários normalmente. Outra forma é solicitar o afastamento do serviço por até 1 ano e, nesse caso, como não produziu, a cooperada fica sem nenhuma remuneração. O que geralmente acontece, de acordo com as enfermeiras respondentes, é que a cooperada consegue permanecer afastada por 2 ou 3 meses, dependendo da sua necessidade financeira. Do mesmo modo se procede em situações de afastamentos por interesses particulares.

Outra situação também a ser registrada são as intercorrências durante o serviço com o cooperado, e se o mesmo precisar ser substituído imediatamente, o supervisor do serviço comunica à gerente de enfermagem e à direção da cooperativa, enquanto o substituto não comparece, o supervisor assume as atividades do cooperado afastado.

Na C1, o valor do plantão é de R\$ 364,83 brutos (trezentos e sessenta e quatro reais e oitenta e três centavos), com desconto de 5% do total como taxa administrativa; 15% de INSS; e de 27,5% de IRF por cooperado. O número de plantões varia de cooperado para cooperado, sendo o mínimo de 12 horas/ano ou de 12 plantões de 12 horas por mês, mas o associado pode negociar plantões a mais com os outros cooperados. Há aqueles que conseguem até 25 plantões por mês e obtêm uma renda de R\$ 4.332,25 (quatro mil trezentos e trinta e dois reais e vinte e cinco centavos).

Observando as porcentagens dos tributos descontados na fonte, que somam 47,5% do valor bruto do plantão, estes descontos reduzem muito o ganho do cooperado, perfazendo um valor líquido por plantão de R\$ 173, 29 (cento e setenta e três reais e vinte e nove centavos). Comparado ao salário pago a um enfermeiro em regime estatutário que é de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais) por 120 horas trabalhadas/mês, constata-se que esses profissionais cooperados estão trabalhando em desvantagem na relação entre remuneração e horas trabalhadas, já que considerando esta comparação, os enfermeiros cooperados recebem, então, R\$ 1.732,00 por 120 horas trabalhadas.

Mas, esta forma de inserção no mercado de trabalho agrava-se, principalmente, pela ausência dos direitos trabalhistas. Nesta cooperativa, alguns cooperados mantêm seus

empregos públicos ou privados em regime estatutário ou celetista. Para garantir seus benefícios, muitos negociam com outro enfermeiro, da própria instituição pública, a sua substituição integral no trabalho, e, desta forma, mantêm o emprego e os seus direitos.

Aqueles que não têm outro emprego, comumente, investem em imóveis ou em pequenas empresas, individualmente ou em parceria com outro cooperado.

No que se refere à supervisão do trabalho dos enfermeiros cooperativados, a C1 utiliza supervisão direta na unidade de saúde através de um supervisor diurno de 6 horas o qual é escolhido pela diretoria da cooperativa. O supervisor observa as atividades desenvolvidas pelos cooperados e presta assessoria quando necessário, além disso, está responsável pela supervisão dos técnicos de enfermagem que trabalham em regime temporário ou estatutário pela SUSAM.

O supervisor não utiliza nenhum instrumento sistematizado de avaliação, baseia-se ele exclusivamente na observação direta do enfermeiro, avaliando a habilidade técnica e o trabalho profissional em equipe. A C1 conta também com um supervisor geral, integrante da diretoria, o qual visita a unidade semanalmente sem hora predeterminada.

O gestor da C1 acredita que a atuação dos enfermeiros cooperativados, com poucas falhas, seja um dos seus pontos positivos, além de apresentarem melhor qualificação profissional, desenvolverem suas práticas com mais cooperativismo e terem baixa taxa de absenteísmo a qual garante ao gestor a presença do enfermeiro no serviço.

Como ponto negativo principal aponta a falta de direitos trabalhistas que, além de outras desvantagens, gera instabilidade no emprego agravada pelas renovações das licitações o que aumenta, mais ainda, a insegurança entre os enfermeiros.

A insegurança, entretanto, não é só presente entre os enfermeiros; de acordo com o gestor da C1, a perspectiva futura para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus é incerta.

3.1.2 Cooperativa C2

A cooperativa C2 foi criada em 18 de setembro de 1999 por um grupo de enfermeiras que atuava em um Pronto-Socorro (H2) na cidade de Manaus. Nesta data, havia 34 enfermeiros; em 2000, 55; em 2001, 98 associados; em 2002, 165; e, em 2003, 175 enfermeiros.

A cooperativa selou o seu primeiro contrato com a inauguração do Pronto-Socorro Infantil (H3), no dia 1.º de fevereiro de 2001, com um total de 83 leitos cadastrados, sendo 5 leitos de UTI, 4 leitos de isolamento e 74 leitos para urgência e emergência, e 12 leitos extras, totalizando 95 leitos ativos.

O contrato temporário de um ano entre a cooperativa e a SUSAM tornou-se vantajoso para a contratante, não somente devido às desobrigações dos encargos trabalhistas, como também pela manutenção do contrato estar ligada à satisfação dos serviços. Se de um lado, para os cooperativados, existem as desvantagens provenientes da inexistência dos direitos trabalhistas, de outro, dada à flexibilidade do horário de trabalho na C2, dependendo do número de horas trabalhadas, os enfermeiros garantem remunerações mais elevadas.

Os enfermeiros, no início, faziam parte do quadro funcional do pronto-socorro (H2). Tiveram de exonerar-se para fazer parte da cooperativa, pois como a SUSAM havia contratado o serviço da cooperativa, os enfermeiros não poderiam acumular o vínculo.

Para ingressar na cooperativa, o candidato submete-se a um estágio e participa com uma quota-parte em conformidade com a Lei n.º 5.764/71, em seu artigo 4.º, inciso II – *variabilidade do capital social representado por quotas-partes* de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais) que é descontado no valor do plantão mensal em 8 parcelas de R\$ 500,00 (quinhentos reais). Essa forma de pagamento da quota-parte torna mais viável a incorporação de novos cooperados, que também podem substituir outros, aumentando os seus ganhos, para suprir o valor a ser diretamente descontado.

A experiência com a C2 para a SUSAM pareceu vantajosa pois, em pouco tempo, novos contratos foram sendo firmados com a cooperativa. O segundo contrato foi com o hospital (H2), ou seja, o hospital de origem das enfermeiras que fundaram a cooperativa, inaugurada no dia 25 de setembro de 1998, e que tem como missão atender clientes em situações de urgência e emergência, constituindo-se como referência em traumatologia. Tal unidade de saúde tem um total de 150 leitos cadastrados e 70 leitos extras, totalizando 220 leitos, incluindo 11 leitos da UTI para adultos.

O H2 passou por dificuldades para o atender à sua grande demanda, e ao seu grande número de leitos, devido à necessidade de enfermeiros. O insuficiente quadro de enfermeiros, neste hospital, composto por servidores funcionais em regime temporário – sendo que alguns deles já haviam se exonerado para compor a cooperativa –, caracterizava-se, ainda, pelo perfil de profissionais, na sua maioria, com especialidade em saúde pública.

Devido então a estes fatores, de acordo com o gestor da C2, o referido hospital optou pela contratação dos serviços de enfermagem da cooperativa.

A cooperativa, por sua vez, diante da necessidade de mão-de-obra para cumprir os novos contratos, recebia dos próprios cooperados indicações de outros enfermeiros e os seus *curriculum vitae*. Posteriormente, o candidato era comunicado por telefone a sua aceitação na cooperativa. Atualmente, os enfermeiros buscam a sede da cooperativa e deixam seus *curriculum vitae*.

A seleção se dá pela avaliação do *curriculum vitae* pela diretoria, seguida de estágio supervisionado de 120 horas no qual se avalia a habilidade técnica e a postura profissional. Uma vez aprovado pela diretoria, o novo integrante é apresentado em assembléia onde recebe informações sobre o funcionamento da cooperativa, seu estatuto, suas normas e a escala que irá cumprir. Para o iniciante, são distribuídos os plantões dos finais de semana e dos feriados, em horário noturno, e em hospital onde o trabalho é mais exaustivo.

Os profissionais que mais interessam à cooperativa, segundo o seu gestor, são enfermeiros jovens com especialidade em UTI ou Urgência e Emergência. Os recém-formados também são selecionados, pois a cooperativa acredita que o iniciante tem maior possibilidade de desenvolver-se e ascender profissionalmente, e de comprometer-se com a cooperativa e com o trabalho em equipe.

Quanto à distribuição da carga horária, em caráter excepcional, o cooperado pode trabalhar no mínimo 12 horas/ano desde que seja apresentada uma justificativa plausível por escrito para a direção; e a carga horária máxima é de 72 horas semanais diurnas ou 36 horas semanais noturnas, ou seja, 23 plantões de 12 horas por mês.

Desta forma, a C2 permite maior número de horas trabalhadas do que a C1 e a maior ou menor remuneração está diretamente relacionada às horas laborais. Como já mencionado, ao recém-chegado, são-lhe distribuídos os plantões de final de semana, feriados e no horário noturno e, ainda, uma quantidade reduzida de plantões.

O valor do plantão é de R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) brutos, com desconto de 5% do total como taxa administrativa; 15% do INSS; 27,5% do IRF; e de 5% do seguro terceirizado; além de descontos autorizados na fonte para os serviços que são disponibilizados pela cooperativa para os seus associados, entre eles, os tickets alimentação.

Desta forma, sem os descontos opcionais, cada plantão, deduzido os encargos obrigatórios, fica reduzido a R\$ 236,25 (duzentos trinta e seis reais e vinte e cinco centavos). Estabelecendo uma comparação entre os enfermeiros estatutários com salário

mensal de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais) por 120 horas, os profissionais desta cooperativa recebem, pelo mesmo número de horas, R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), sem considerar os descontos opcionais. Desta forma, tendo em vista a ausência dos direitos trabalhistas, a remuneração por horas trabalhadas a nosso ver não se traduz em vantagens para os enfermeiros cooperativados.

Para o aumento de renda mensal, os cooperados lançam mão, então, do aumento do número de horas trabalhadas. Como o número de plantões varia de cooperado para cooperado, sendo o mínimo de 12 horas/ano em casos excepcionais, e de 23 plantões por mês, e apesar do máximo estipulado de 25 plantões por mês, de acordo com os associados desta cooperativa, negociam eles plantões a mais com outros enfermeiros cooperativados.

Há aqueles que conseguem até 32 plantões por mês obtendo uma renda de R\$ 7.560,00 (sete mil quinhentos e sessenta reais), ou ainda, de acordo com outros enfermeiros associados, trabalhando maior número ainda de plantões, chega a obter-se uma renda mensal de até R\$ 12.000,00 (doze mil reais).

Também na C2 alguns cooperados mantêm seus vínculos privados, públicos (municipal ou federal) de regimes celetista e estatutário. Para garantir seus benefícios, muitos negociam com outro enfermeiro da própria instituição pública, a sua substituição integral, e, desta forma, mantêm os seus empregos e direitos. Também, como na C1, aqueles que não têm outro emprego, investem em imóveis ou em pequenas empresas, individualmente ou em parceria com outro cooperado.

Em relação às obrigações tributárias, assim como a C1, a C2 obedece exclusivamente às normas das cooperativas conforme a Lei n.º 5.476/71, onde é obrigatório o pagamento por parte do cooperado do Imposto Nacional de Seguridade Social (INSS) por ser um grupo de profissionais autônomos; e, além deste, são descontados a taxa de administração e o seguro social terceirizado aprovado em assembléia.

Desta forma, todos os encargos trabalhistas e os seus direitos não são adotados também na C2: direito a férias, licença médica, maternidade, paternidade, afastamento por interesse particular, por morte de cônjuge ou parentes até o 2.º grau, auxílio creche, afastamento para casamento, 13.º salário.

Assim como na C1, o que acontece na prática em situações imprevisíveis de falta ao serviço por qualquer motivo, o enfermeiro que está no serviço permanece trabalhando até que a direção da cooperativa consiga um substituto. Do contrário, o enfermeiro continua no serviço até a próxima troca.

Entretanto, na C2, se a direção da cooperativa não consegue a substituição, os associados são penalizados com um desconto em folha de 10% do valor do contrato por mês, cujo débito a cooperativa divide entre todos os cooperados. Conforme a causa da falta ao serviço, exceto em situação de morte ou acidente com o cooperado faltoso, o enfermeiro que o substituiu recebe o valor do plantão trabalhado, mais 10% do valor total dos plantões trabalhados no mês vigente do enfermeiro faltoso. Esse desconto é garantido pelo estatuto ficando a cargo do cooperado escolher descontar ou não do faltoso.

Na impossibilidade de ir ao serviço, o cooperado tem liberdade para trocar o plantão, o que pode acontecer através de acordo verbal ou escrito.

Quando o cooperado precisar ausentar-se por algumas horas do serviço, pode solicitar a outro sua substituição. O substituto deve comparecer devidamente trajado com o uniforme da cooperativa e assumir o trabalho até o retorno do plantonista. A negociação é feita entre eles no que se refere ao pagamento do número de horas de substituição, a qual, tem como base, o valor bruto do plantão. O valor acordado é pago à vista ou no final do mês.

Da mesma forma que na C1, nas intercorrências durante o plantão em que o cooperado precisa ser substituído imediatamente, o supervisor do serviço faz a comunicação à gerente de enfermagem e à direção da cooperativa, e enquanto o substituto não comparece, o supervisor assume as atividades do cooperado afastado.

Para o descanso anual, assim também como na C1, os associados formam um consórcio de férias onde um grupo de 12 enfermeiros elabora um documento para a cooperativa solicitando o desconto mensal do valor de um ou dois plantões para o associado escalado para o descanso. Esta escala obedece a um sorteio dos meses entre o grupo ou através de acordo entre os associados.

Nos afastamentos para a maternidade, a cooperada negocia com outra a sua substituição nos plantões anteriores ao período de afastamento, de maneira que o mesmo cooperado possa substituí-la em seus plantões durante o período da sua ausência. Como na C1, ela consegue manter-se na escala e receber seus honorários que serão repassados em comum acordo com o seu substituto.

A C2 também possibilita o afastamento do serviço por até 1 ano sem nenhuma remuneração. Estes também são os procedimentos para os afastamentos por interesses particulares. Entretanto, da mesma forma que acontece na C1, o que usualmente acontece,

é o afastamento, seja por maternidade ou por interesses particulares, de 2 ou 3 meses, dependendo da necessidade financeira do cooperado.

De acordo o gestor da C2, os associados permanecem no quadro, não existindo portanto, rotatividade. A rotatividade existente é de enfermeiros por hospitais, mas em casos de necessidade de serviço ou por alguns problemas de relacionamento interpessoal.

Na C2 alguns cooperados fazem parte de outra cooperativa – o que na visão do gestor traz prejuízo devido a necessidade de adequação da escala –, que em situações de falta ao serviço por estar em outra cooperativa, ele é penalizado com a suspensão das suas atividades no mês subsequente, como também não lhe é permitido mais fazer plantões de outros para obter maior remuneração.

A supervisão dos serviços na C2 também é feita através de supervisão direta nas instituições, pelo supervisor de cada unidade do hospital, os quais são escolhidos pela diretoria.

Os supervisores observam as atividades desenvolvidas pelos cooperados e prestam assessoria quando necessário. Estão também responsáveis pela supervisão dos técnicos de enfermagem que trabalham em regime temporário ou estatutário pela SUSAM, os quais recebem treinamento pelo grupo de educação continuada da cooperativa.

A supervisão é feita no período diurno e noturno com carga horária de 12 horas. Assim como na C1, o supervisor não utiliza nenhum instrumento sistematizado de avaliação, mantém-se exclusivamente na observação direta do enfermeiro, avaliando a habilidade técnica e o trabalho em equipe. A C2 conta também com um supervisor geral que faz parte da diretoria e que visita as unidades semanalmente sem hora predeterminada.

Segundo o gestor da C2, os pontos positivos mais marcantes são; o desenvolvimento profissional, seguido da qualidade dos serviços prestados pelos cooperativados.

Assim, acha que o enfermeiro que atua em cooperativa tem um *status* social diferenciado, sendo reconhecido positivamente na sociedade, como também pela equipe médica como um profissional competente.

Como pontos negativos principais, aponta também a falta de direitos trabalhistas que gera a instabilidade no emprego, e as renovações dos contratos através de licitação, as quais geram insegurança no grupo.

A C2 incentiva o desenvolvimento profissional dos cooperativados através de cursos específicos em urgência e emergência, participação em congressos, organização e

participação em jornadas e encontros científicos, e, ainda, o desenvolvimento de estudos relacionados à sua atuação junto ao núcleo de estudo e pesquisa da cooperativa, composto por seus enfermeiros com mestrado.

Diferentemente da C1, o gestor desta cooperativa visualiza uma perspectiva positiva para o futuro das cooperativas, assim, acredita que a tendência é de crescimento e de ampliação para o atendimento a outras instituições de saúde.

3.1.3 Cooperativa C3

A C3 foi criada por um grupo de enfermeiros que atuavam em um pronto-socorro da cidade de Manaus (H4). Visando atender à necessidade de enfermeiros especializados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) naquela unidade de saúde, elaboraram um treinamento em UTI. A partir desse grupo de enfermeiros que em seguida se especializaram em UTI na primeira turma de intensivistas da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), foi criada a C3 no dia 27 de fevereiro de 1995.

Com um total de 23 associados, a C3 foi contratada pela SUSAM em 1996, quando inaugurou a primeira UTI estadual no Pronto-Socorro (H4). A princípio a C3 era composta por ex-servidores do quadro funcional que também tiveram de pedir exoneração de seus cargos na SUSAM, por não ser permitido o acúmulo de contratos.

Com o aumento do número de leitos em UTI nos hospitais da cidade de Manaus, novos enfermeiros foram sendo agregados.

No início, a forma de adesão era feita por indicação dos enfermeiros que compunham o grupo, acompanhada de um estágio supervisionado de 120 horas, onde o candidato era avaliado através da observação direta da sua atuação prática na assistência, postura profissional e o comprometimento com o serviço. Após cumprir o período de estágio, as informações eram repassadas pelo supervisor para a direção da cooperativa, a qual incorporava o novo associado.

Atualmente, essa forma de seleção foi modificada: o enfermeiro deixa o seu *curriculum vitae* na sede da cooperativa, onde é analisado, sendo a seleção do candidato comunicada por telefone. Uma vez selecionado, o enfermeiro é chamado para submeter-se a uma entrevista com um supervisor-chefe e, conforme o resultado da avaliação, é submetido a um estágio de 120 horas (cento e vinte) em horário diurno.

Neste estágio, são repassadas as rotinas dos serviços e avaliada a sua atuação técnica através de observação direta do supervisor do serviço, que utiliza um instrumento de avaliação elaborado pela comissão de educação continuada. O parecer do estágio é então entregue à comissão de seleção da cooperativa.

Uma vez aprovado, o candidato é comunicado e orientado quanto à documentação a ser apresentada que consiste no *curriculum vitae*, documentos pessoais, fotos e a quota-parte. Recebe ainda orientações sobre o cooperativismo e o estatuto da cooperativa.

Para o recrutamento de novos cooperados, de acordo com gestor, inicialmente se tinha dificuldade devido à inexperiência dos enfermeiros em UTI, já que a sua grande maioria era especializada em saúde pública. Mas, conforme avalia, hoje esta dificuldade está superada devido ao trabalho também especializado das outras cooperativas em urgências e emergências.

Desta forma, os enfermeiros, quer nas cooperativas, ou por iniciativa própria visualizando este mercado de trabalho, qualificaram-se, entre outros, através de cursos de especialização em UTI, urgência e emergência, cursos de aperfeiçoamento como Suporte Avançado de Vida no Trauma; Suporte Avançado de Vida e Reanimação Neonatal. Assim, segundo o gestor da C3, a seleção hoje é mais criteriosa devido à qualidade e a disponibilidade dos enfermeiros qualificados nestas áreas e sobre os quais mantêm um banco de dados.

A C3 conta atualmente, com 65 associados e atuam em 02 unidades semi-intensivas distribuídas em 02 hospitais com atenção voltada a criança, 01 na zona leste e 01 na zona sul e em 5 UTIs também pediátricas distribuídos em 05 hospitais nas zonas, oeste 01, sul 02, centro-sul 01 e leste 01. Com atenção voltada ao adulto a C3 atua em 02 Pronto Socorros, 01 na zona leste e 01 na zona nordeste da cidade. A C3 atualmente presta assistência a todas as UTIs pertencentes à Superintendência de Saúde do Amazonas (SUSAM), totalizando 02 UTIs adulto e 05 pediátricas e 02 semi-intensivas. Através de contrato temporário de serviço com duração de um ano para a SUSAM.

Desta forma, a C3 presta assistência exclusivamente nestes setores com profissionais treinados e capacitados. O tomador dos seus serviços é responsável pela alocação dos técnicos de enfermagem que recebem treinamento em serviço pela equipe de educação continuada da cooperativa.

Para a C3, os profissionais que mais interessam são os enfermeiros jovens, capacitados com especialidade em UTI, urgência e emergência, com no mínimo 5 anos de

formados, homens ou mulheres, que tenham desejo de ascender profissionalmente, que se identifiquem com o grupo, sejam comprometidos com o trabalho e saibam trabalhar em equipe.

A distribuição da carga horária depende do tempo de associação na cooperativa obedecendo a um sistema de hierarquia, onde o cooperado mais antigo tem o direito de escolher os dias em que quer trabalhar, manter-se em escala fixa, e o número de plantões que deseja. Assim, como nas demais cooperativas, ao recém-chegado, são-lhe atribuídos os plantões de final de semana no horário noturno e uma quantidade reduzida de plantões.

Além do estágio, o recém-chegado participa com uma quota-parte no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) que é descontada do valor total dos plantões mensais em 6 parcelas de R\$ 500,00 (quinhentos reais) descontadas diretamente em folha. Assim, como na C2, esta forma de pagamento da quota-parte é vantajosa tanto para o cooperado que, devido também à flexibilidade do horário de trabalho na C3, o novo associado pode trabalhar em mais plantões para melhor suprir o valor que será descontado em folha.

Também, em caráter excepcional, o cooperado pode trabalhar uma carga horária mínima de 12 horas por ano desde que seja apresentada uma justificativa plausível por escrito para a direção da cooperativa. A carga horária máxima é de 72 horas semanais diurnas ou 36 horas semanais noturnas, ou seja, 23 plantões de 12 horas por mês.

Na C3, o valor do plantão de 12 horas é de R\$ 530,00 (quinhentos e trinta reais) brutos, com desconto de 5% do total como taxa administrativa; 15% do INSS; 27,5% do IRF; e de 5% do seguro terceirizado; além de descontos autorizados na fonte para os serviços que são disponibilizados pela cooperativa para os seus associados, tais como: tickets supermercados; tickets gasolina; farmácia; agência de viagem, conforme a opção do cooperado.

Considerando então apenas os tributos obrigatórios, o plantão de 12 horas passa a ser remunerado por R\$ 278,25 (duzentos e setenta e oito reais e vinte e cinco centavos). Estabelecendo também a comparação com os enfermeiros estatutários com salário mensal de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais) por 120 horas, os profissionais da C3 recebem pelo mesmo número de horas, R\$ 2.782,50 (dois mil setecentos e oitenta e dois reais e cinquenta centavos), sem considerar os descontos opcionais. Constituindo, pois, entre as cooperativas, os maiores valores bruto e líquido pagos por plantão ou horas trabalhadas.

Entretanto, como em todas as outras cooperativas, na C3 observa-se a ausência de todos os direitos trabalhistas, cumpre apenas as normas das cooperativas conforme a Lei

n.º 5.764/71, onde é obrigatório o pagamento por parte do cooperado do Imposto Nacional de Seguridade Social (INSS). Além desse, também é descontado um seguro social terceirizado aprovado em assembléia.

Assim, também na C3, os enfermeiros mantêm seus empregos privados ou públicos, em regimes celetista e estatutário. Para garantir também seus benefícios, negociam com outro enfermeiro da própria instituição pública para a sua substituição integral, mantendo o emprego e os direitos.

Tanto para o descanso anual, quanto para a ausência do serviço por estar trabalhando em plantão de outra cooperativa, e ainda para os afastamentos, seja para a maternidade, por interesses particulares, na impossibilidade de ir ao serviço, e na necessidade de ausentar-se durante o horário do plantão, os mesmos procedimentos da C2 são observados nesta cooperativa.

De acordo com seu gestor, entre os enfermeiros da C3, não se observa a rotatividade pois os associados permanecem no quadro. A rotatividade que se tem é também de enfermeiros por hospitais devido a necessidades de serviço e alguns problemas de relacionamento interpessoal.

Para a supervisão da atuação dos enfermeiros, bem como dos técnicos de enfermagem que trabalham em regime temporário ou estatutário pela SUSAM, utiliza-se também o mesmo procedimento da C2. O supervisor é também escolhido pela diretoria e trabalha 8 horas diurnas. A C3 conta igualmente com supervisores gerais que visitam as UTIs semanalmente, sem hora predeterminada, e são pessoas que fazem parte da diretoria.

Segundo o seu gestor, os pontos positivos dos enfermeiros cooperativados da C3 são o maior desenvolvimento profissional, a qualidade dos serviços prestados, o maior reconhecimento, seja social ou pela equipe médica. Para a valorização profissional, a C3 possui uma página na Internet com *links* sobre sua história, informações sobre saúde, entretenimento, lista dos cooperados com endereço, dentre outros.

A cooperativa incentiva o profissional a manter-se atualizado através de cursos específicos para UTI e desenvolve estudos e pesquisas relacionados a sua atuação. Mas, também, como todos os outros gestores, aponta como pontos negativos principais: a falta de direitos trabalhistas e a insegurança gerada no grupo a cada nova licitação.

Entretanto, acredita o gestor, assim como o da C2, que a perspectiva futura das cooperativas seja de crescimento no sentido de ampliar o atendimento a outras instituições.

3.2 Os Serviços de Saúde e as Cooperativa

3.2.1 Gestor 1 (G1)

As características deste Pronto-Socorro Infantil são diferenciadas, pois a infraestrutura é excelente. Trata-se de um hospital com atenção voltada para a pediatria, com serviços de internação e ambulatorial.

As cooperativas que prestam serviço para esta instituição são duas, a C3 na UTI, e a C1, que assume todos os demais setores do hospital inclusive o ambulatório. A opção da instituição pela utilização de enfermeiros cooperativados foi determinada pela Secretaria de Saúde.

A chefia de enfermagem é um cargo de enfermeiro contratado da instituição, que tem um contrato em regime temporário com a SUSAM, com salário de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais), mais uma gratificação pelo exercício do cargo. Mas todas as chefias de serviços de enfermagem, por clínicas, estão a cargo de enfermeiros cooperativados.

Desta forma, o número de enfermeiros contratados pela própria instituição é de apenas um, e na época da nossa coleta de dados, estavam sobrando duas vagas para os cargos de educação continuada e da comissão de controle de infecção hospitalar. De acordo com o seu gestor, os enfermeiros não aceitam contratos temporários mesmo com as vantagens de seguridade social, pois alegam que os salários são baixos, R\$ 1.800,000 (um mil e oitocentos reais) para uma carga horária de 6 horas diárias de segunda à sexta-feira.

Em relação ao número de enfermeiros cooperativados que prestam serviço nesta instituição, o gestor declara que: *Temos enfermeiros suficientes para as 24h*; julgando o número de profissionais adequado para a demanda. Como a C1 é a cooperativa que presta seus serviços exclusivamente nesta instituição, nas clínicas e ambulatório, sem ter, portanto, outro contrato com outras instituições, segundo o gestor, esta é a razão por não existir déficit de enfermeiros.

Conforme sua declaração, *os maiores aspectos positivos do trabalho dos enfermeiros cooperativados na instituição são a qualidade e a assiduidade*, ponto que achamos importante, já que se trata do contratante. Entretanto, mensurar qualidade, a meu ver, requer indicadores.

Quanto à assiduidade, é fato que o enfermeiro cooperativado falta ao serviço só em caso de extrema urgência, mas a cooperativa imediatamente o substitui, pois existe a pena

de multa de 10% do valor total do contrato. Tal multa é revertida para a instituição que pode utilizá-la em gastos eventuais (brinquedos infantis, revistas, livros, festas comemorativas, etc).

Na cooperativa (C1) não há o repasse da multa para os cooperados, e no caso de uma eventual falta ao serviço e respectiva multa, o cooperado é suspenso por um período de um mês.

A instituição supervisiona o trabalho dos enfermeiros através da gerência de enfermagem da unidade, associada à presidência da cooperativa, e ao supervisor que atua de segunda a sábado, pela manhã, por 6 horas. A presidente da cooperativa visita semanalmente todas as unidades nas quais o cooperado presta serviço, sem agendamento ou hora predeterminada.

No que se refere às perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus, declara o gestor: *Creio que não dura muito esse sistema, apesar de ser muito bom para os clientes, pois a qualidade dos serviços prestados pela cooperativa é muito melhor, mas o governo possivelmente não sustentará.*

3.2.2 Gestor 2 (G2)

O Hospital Infantil atende crianças em situação de urgência e emergência com assistência especializada em clínica médica e cirúrgica e uma unidade de tratamento de queimados.

O motivo pelo qual a instituição optou pela utilização de enfermeiros cooperativados foi devido à deficiência do número de profissionais enfermeiros na instituição, principalmente na área específica, ou a UTI.

As cooperativas, embora não tivessem, inicialmente, o número necessário de pessoal treinado em UTI, duplicava a carga horária de seus associados para cumprir a necessidade do serviço, o que, conseqüentemente, sobrecarregava os profissionais, porém estes aumentavam seus rendimentos. Aos poucos, os cooperados foram se especializando através de cursos específicos e novos enfermeiros foram sendo incluídos no grupo.

A chefia de enfermagem também é um cargo de enfermeiro contratado da instituição. O gerente de enfermagem é escolhido pela SUSAM ou indicado pelo diretor da instituição.

As chefias das clínicas exercidas pelos cooperativados são designadas pela gerente de enfermagem e pela presidente da cooperativa. Geralmente esses supervisores são pessoas de confiança da diretoria da cooperativa e suas indicações não são submetidas a voto em assembléia, o que causa insatisfação dos cooperados.

Os supervisores trabalham de segunda a sábado, no período diurno, perfazendo um total de 24 plantões mensais com uma renda aproximada de R\$ 7.000,00 (sete mil reais); ou, ainda, um total de 15 plantões noturnos em dias alternados que geram uma renda em torno de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais). Além disso, cada supervisor recebe uma gratificação de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais).

De acordo com o gestor, esse mecanismo de supervisão do serviço tem-se mostrado apropriado, pois o supervisor cooperado busca avaliar o enfermeiro a fim de manter um nível satisfatório da qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, manter o contrato com a cooperativa. Além disso, o supervisor cooperado é supervisionado pelo gerente de enfermagem do órgão contratante.

O número de enfermeiros contratado pela própria instituição é de três enfermeiros, sendo um gerente de enfermagem, um da comissão de infecção hospitalar e outro da educação continuada. São enfermeiros contratados em regime temporário com direitos garantidos pela lei específica, e também recebem um salário de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais), mais uma gratificação de R\$ 1.000,00 (um mil reais) pelo trabalho de 6 horas diárias.

Já o número de enfermeiros cooperativados que prestam serviço nesta instituição é de vinte e oito enfermeiros nas 24 horas. Os enfermeiros estão distribuídos nas diversas clínicas. O hospital conta com 12 leitos na UTI e 6 leitos na unidade semi-intensiva, e a C3 é quem assume esse setor. Já na internação e emergência, a C2 assume todos os setores nas clínicas médicas, cirúrgica, unidade de queimados, observação, reanimação e centro cirúrgico.

Conforme declaração do gestor, não existe déficit atualmente de enfermeiros, e o maior aspecto positivo do trabalho dos enfermeiros cooperativados na instituição refere-se ao absenteísmo, que é nulo. Outro ponto positivo que declara é a qualificação técnica dos profissionais.

Desta forma, acha o gestor que o serviço cooperativado tem essa grande vantagem, pois para manter o contrato as cooperativas têm de prestar bons serviços. E para isto elas promovem cursos, treinamento em serviço, jornadas e encontros, bem como educação

continuada para os auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo estes eventos mantidos pelo Fundo de Assistência Técnica Educacional e Social (FATES) das próprias cooperativas.

Segundo ainda o gestor, o envolvimento com a instituição é outro ponto positivo dos enfermeiros cooperativados. Esse aspecto mencionado pelo gestor da Zona Sul não faz parte do conjunto de aspectos positivos em outras instituições. Talvez esteja associado ao fato de o grupo de enfermeiros que compõe o quadro dessa instituição ser formado por profissionais oriundos de outros Estados do país, que vêm para o Amazonas em busca de oportunidades de emprego, e que, na maioria das vezes, vêm desacompanhados da família conforme relato de alguns.

Entre os aspectos negativos, o principal, apontado pelo gestor, é a falta de interação profissional entre os cooperativados de diferentes cooperativas, apesar da proximidade destes no ambiente de trabalho. Assim, acha que entre os profissionais das cooperativas de enfermagem e os de especialidades médicas, não existe uma interação entre estes e suas respectivas cooperativas, que gere respeito entre médicos e enfermeiros.

No que se refere à rotatividade dos enfermeiros cooperativados na instituição, o gestor afirma que: *Temos o enfermeiro cooperativado fixo como diarista sendo muito pequena a rotatividade. Entre os plantonistas há maior rotatividade.* Na verdade, os enfermeiros que atuam no horário diurno são fixos, o que facilita o cumprimento da rotina e a continuidade da assistência prestada ao cliente, propiciando uma assistência mais humanizada, que é muito importante, considerando principalmente que se trata de atendimento à criança.

Assim, o problema da rotatividade está nos plantões noturnos que, segundo a opinião do gestor, *a cooperativa não controla bem as trocas de plantões, aumentando a rotatividade; e que, devido à flexibilidade nas trocas de plantão, fica difícil controlar as permutas, pois embora tenhamos um documento específico para permuta, quase não é usado pelos cooperados, o que em algumas ocasiões gera confusão.*

A instituição, segundo o seu gestor, supervisiona o trabalho dos enfermeiros cooperativados através da: *Frequência, ouvidoria e caixa de sugestões... A forma de supervisão é direta, observando o profissional no que se refere à frequência, pontualidade, habilidade técnica, perfil profissional, relacionamento com a equipe, compromisso com a instituição e interesse em manter-se atualizado. Utilizamos também a caixa de sugestões, distribuídas em diversos setores da unidade e são recolhidas periodicamente e avaliadas*

as sugestões pelos gestores da unidade. Pretendemos elaborar um processo de avaliação sistematizado e estamos em fase de elaboração.

Como perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus, o gestor relata que: *Com tantos cursos para formação de profissionais, acreditamos que após alguns anos as cooperativas deixem de existir, mantendo-se somente as altamente especializadas; e ainda que, enquanto o Estado não assumir o investimento necessário nesta categoria profissional, a melhor opção é a cooperativa, sem a qual não estaríamos prestando a assistência qualificada de que dispomos.*

3.2.3 Gestor 3 (G3)

Zona Leste

Na Zona Leste da cidade de Manaus, está localizado o Pronto Socorro de referência do Trauma no Amazonas com 150 leitos cadastrados, e 70 leitos extras totalizando 220 leitos efetivos, e presta assistência em urgência e emergência clínica e cirúrgica, com atenção voltada ao adulto.

A assistência de enfermagem de nível superior é realizada por enfermeiros cooperativados da C2, com um total de 26 cooperados escalados para as 24 horas, distribuídos nas clínicas médica, cirúrgica, sala de reanimação, pronto socorro, centro cirúrgico e centro de material. A C3 presta assistência exclusivamente na Unidade de Terapia Intensiva com 04 enfermeiros nas 24 horas na assistência e 01 supervisor no período diurno; Compõem o quadro também 04 enfermeiros que prestam serviços para a instituição mas, que pertencem ao quadro efetivo da SUSAM e 01 que pertence ao quadro da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA).

A gerência de enfermagem é exercida por uma enfermeira contratada pela SUSAM que supervisiona todo o serviço, e conta com o apoio de 8 supervisores que fazem parte da cooperativa sugeridos pela gerente e escalados por clínicas.

Ainda na mesma zona existe um Pronto Socorro Infantil, anexo do Pronto Socorro Adulto esta unidade possui 67 leitos cadastrados e 30 extras totalizando 97 leitos efetivos, sua atenção está voltada a criança em situação de urgência e emergência clínica e cirúrgica.

O serviço de enfermagem de nível superior também é terceirizado, através de cooperativas de enfermeiros que atuam nessa unidade, a C2 é responsável pelo

atendimento no pronto socorro, observação, internação, centro cirúrgico e centro de material com um total de 16 enfermeiros na assistência nas 24 horas e 3 supervisores sendo 02 no período diurno e 01 no período noturno e a C3 presta assistência exclusivamente na semi-intensiva e UTI com um total de 06 enfermeiros na assistência nas 24 horas e 01 supervisor no período diurno.

A gerencia de enfermagem desta unidade também é contratada pela SUSAM e conta com o apoio de 3 supervisores sendo 02 no período diurno e 01 noturno a escolha desse supervisor é sugerido pelo gerente para a presidência da cooperativa.

Os motivos da opção da instituição para utilização de enfermeiros cooperativados foi, segundo o seu gestor: *Reduzir as faltas, licenças e atestados que quase sempre se vinculam ao servidor público diminuindo com isso a preocupação diária de reposição do profissional*. Desta maneira, de acordo com este gestor, o baixo absenteísmo constitui-se uma grande vantagem da contratação de serviços terceirizados, pois o contratante não tem porque preocupar-se com a falta de profissionais para dar andamento ao serviço, pois é a cooperativa quem assume esse papel de controlar as faltas e substituições.

Nesta instituição, o gerente de enfermagem constitui-se também um cargo de confiança do contratante, pois se faz necessário, segundo seu gestor, que esse profissional seja contratado para assumir a avaliação dos serviços.

As supervisões das clínicas são realizadas por enfermeiros cooperativados. Atualmente, todos os serviços são desenvolvidos por enfermeiros da cooperativa. O número de enfermeiros cooperativados que prestam serviço nesta instituição é de vinte e três cooperados para as 24 horas.

Dentre os aspectos positivos do trabalho dos enfermeiros cooperativados na instituição, o gestor aponta: *Maior responsabilidade com a frequência; maior interesse na qualificação do trabalho; melhor remuneração*. E entre os negativos, observa: *Menor envolvimento com a instituição; não ter direito a férias; não ter vínculo empregatício*.

No que tange à quantidade suficiente de enfermeiros cooperativados na instituição, declara o gestor que é... *muito relativo, depende da necessidade do hospital e do cooperado desenvolver suas atribuições com eficiência e eficácia*.

Na prática, de acordo com o gestor, o número de profissionais está ligado à necessidade do serviço. No período de dezembro a março, as doenças sazonais são maiores, aumentando, assim, o número de atendimentos em pediatria e, conseqüentemente,

a necessidade de maior número de enfermeiros cooperados que são remanejados para a instituição.

Quanto a esta rotatividade, soma-se àquela advinda da incompatibilidade dos enfermeiros com o serviço ou entre os profissionais, assim, quando ocorre uma dessas situações, o profissional é remanejado para outra instituição.

A avaliação do desempenho do enfermeiro é realizada pela gerente de enfermagem da unidade, associada à presidência da cooperativa.

Nesta instituição, de acordo com seu gestor, o envolvimento profissional e o cumprimento das atribuições, quer seja na assistência direta ao paciente ou na supervisão, constituem os pontos positivos do trabalho dos enfermeiros cooperativados.

A supervisão é realizada através da observação direta, em todos os turnos e em horários não determinados. Como parte ainda da supervisão, a presidente da cooperativa também visita semanalmente todas as unidades nas quais o cooperado presta serviço, sem agendamento ou hora predeterminada.

Quanto às perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus, este gestor declara: *O sistema de cooperativas deverá ser centralizado em alguns serviços de urgência e emergência, de grande porte.*

3.2.4 Gestor 4 (G4)

O Pronto-Socorro Infantil foi inaugurado em 2002 com um total de 79 leitos, assim distribuídos: 48 na internação, 13 para observação, 5 leitos na UTI, 7 na unidade semi-intensiva, 3 na sala de reanimação e 3 na sala de recuperação pós-anestésica. Tem como finalidade o atendimento dos casos de urgência e emergência e internação hospitalar.

A determinação para utilização de enfermeiros cooperativados foi da Secretaria de Saúde. As cooperativas que prestam serviço para esta instituição são duas: a C3 na UTI, e a C2 que assume todos os demais setores do hospital, como: clínica médica, clínica cirúrgica, emergência e observação.

A gerência de enfermagem é cargo de enfermeiro da instituição, que tem um contrato em regime temporário com a SUSAM, com salário de R\$ 1.800,00 (um mil e oitocentos reais), mais uma gratificação por cargo de chefia. As supervisões das clínicas são realizadas por enfermeiros cooperados.

Os cargos de educação continuada e comissão de controle de infecção hospitalar também estão vagos. Os enfermeiros cooperativados nesta instituição são quinze, nas vinte e quatro horas. O que é insuficiente para a demanda ocasionando uma sobrecarga para os cooperados que duplicam suas escalas e plantões.

Conseqüentemente, aumentam as suas remunerações, e achamos, que diminuem a qualidade dos seus serviços. Há aqueles que permanecem no hospital por 30 horas, com folga de 12 horas, e retornam para outra jornada de 30 horas.

Quanto aos aspectos positivos do trabalho dos enfermeiros cooperativados na instituição, declara o gestor, são a qualidade, a assiduidade e o compromisso como pontos marcantes. E como aspecto negativo, declara justamente, o número excessivo de plantões por cooperado, fato que prejudica o bom andamento do serviço.

A supervisão é feita diretamente pela gerente de enfermagem, e uma ferramenta de avaliação importante é a satisfação dos clientes. Esta observação direta se dá em todos os turnos e em horários não determinados. A presidente da cooperativa também visita semanalmente todas as unidades nas quais o cooperado presta serviço, sem agendamento ou hora predeterminada.

Como perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus, o gestor desta instituição declara: *Na minha percepção, o mercado de trabalho, no momento com a mudança do governo, está instável para o sistema de cooperativas; apesar de que a qualidade de assistência prestada ter melhorado muito em comparação ao sistema de contratados pela própria instituição.*

3.3 As Cooperativas e os Serviços de Saúde: os retratos do cooperativismo e os negativos não revelados

Para melhor analisar as cooperativas de enfermeiros em Manaus, importante tornou-se comparar as informações obtidas das cooperativas com aquelas dos gestores dos serviços de saúde. E ainda, tecer comentários sobre as informações não obtidas.

Como seria importante verificar, entre outros itens, o direito de voto nas diferentes cooperativas para caracterizá-las, e se elas se identificam ou não com os princípios do cooperativismo, o qual nos referimos no Capítulo 1 (especificamente no Quadro 2), infelizmente não pudemos traçar esta análise. Não tivemos acesso aos seus respectivos estatutos.

No que concerne ao direito de voto, o que temos são queixas de alguns profissionais a respeito da “insatisfação” por parte das cooperativas, diante de votos contrários à vontade das suas direções.

Entretanto, percebemos que em todas as cooperativas existe um rígido sistema hierárquico e um controle exaustivo dos associados, fatos que, *a priori*, chocam-se com os princípios associativos.

Desta forma, entre um dos princípios do cooperativismo citados por Silva *et. al.* (2001), o da Gestão Democrática pelos Membros, na qual a participação das decisões administrativas que determinam a produção, a comercialização ou a prestação dos serviços na cooperativa e para terceiros; parece-nos que o voto induzido ou até coercitivo e, ainda, o rígido controle e fiscalização dos associados, levam, portanto, à manipulação das decisões por grupos de interesse, o controle da administração sob a responsabilidade destes grupos que criam, assim, a relação empregado/empregador.

Sem exatamente evidenciar uma contradição dos gestores das cooperativas, a criação destas, afirmadas como de iniciativa de grupos de enfermeiros, na verdade foi uma decisão governamental da SUSAM. A partir, sim, desta opção de alocação e utilização de recursos humanos como decisão de gestão governamental, estes grupos de profissionais, visualizando um mercado atrativo, empreenderam-se para a formação das cooperativas em Manaus.

Desta forma, embora duas cooperativas, a C2 e a C3, apontassem como perspectiva futura, o crescimento deste sistema em Manaus, tanto a C1 quanto os gestores dos serviços de saúde, a nosso ver, visualizam mais realisticamente a situação política da implantação e

principalmente da manutenção desta forma de alocação e utilização dos enfermeiros nos serviços públicos de saúde.

Assim, corroborando com nossa visão, estes últimos apontam textualmente que:

“Creio que não dura muito esse sistema, apesar de ser muito bom para os clientes, pois a qualidade dos serviços prestados pela cooperativa é muito melhor, mas o governo possivelmente não sustentará;”

“O novo governo do Estado não gosta do sistema de cooperativas, a intenção é acabar com elas;”

“Na minha percepção, o mercado de trabalho, no momento com a mudança do governo, está instável para o sistema de cooperativas, apesar de que a qualidade de assistência prestada ter melhorado muito em comparação ao sistema de contratados pela própria instituição”.

Nota-se nitidamente que também um outro princípio do cooperativismo citado por Silva *et. al.* (2001), o da autonomia e independência, são, na verdade, minimizados devido às intervenções externas, ou melhor, à dependência do setor público para a sua existência. Desta maneira, a análise de Nogueira (1999) se aplica no caso de Manaus, já que o autor assinala que na maioria das situações as cooperativas não têm à sua disposição clientes privados alternativos, e assim se vêm obrigadas a vender seus serviços ao setor público, tornando seu poder de negociação limitado.

Apesar de ter constituído um dos motivos para a utilização de enfermeiros cooperativados, a sua melhor qualificação técnica em relação aos funcionários, no entanto, como a demanda por este novo mercado gerou, ao longo dos anos, intensa qualificação técnica dos enfermeiros em Manaus, alguns gestores já visualizam, atualmente, que devido à disponibilidade de enfermeiros qualificados no mercado,

“... que o sistema de cooperativas deverá ser centralizado em alguns serviços (urgência e emergência) de grande porte... Com tantos cursos para formação de profissionais, acreditamos que após alguns anos as cooperativas deixem de existir, mantendo-se somente as altamente especializadas.”

Por outro lado, para manter a qualidade dos serviços de enfermagem, segundo afirma outro gestor de serviço de saúde,

“... enquanto o Estado não assumir o investimento necessário nesta categoria profissional, a melhor opção é a cooperativa, sem a qual não estaríamos prestando a assistência qualificada de que dispomos.”

Assim, se todos confirmam a qualificação profissional insuficiente dos funcionários como um dos motivos para utilização dos serviços dos enfermeiros cooperativados, temos de salientar que o Estado, embora tenha um sistema de desenvolvimento profissional, este não foi eficiente ou estimulante – sob também o ponto de vista de remuneração – para qualificar o seu quadro de enfermeiros, principalmente em especialidades de risco, onde se constituíram os gargalos da assistência de enfermagem.

Este fato se confirma com a saída dos funcionários para as cooperativas – além do atrativo de remuneração –, e ainda, com a estratégia de delegação para terceiros, do trabalho ou plantões dos servidores públicos para manterem seus empregos e ao mesmo tempo participarem das cooperativas, onde foram tecnicamente qualificados ou se prepararam para esta participação.

Evidentemente, como apontamos nas características atuais do mercado de trabalho em saúde no Brasil, em especial dos enfermeiros, em Manaus se verifica com intensidade a flexibilização do trabalho público via terceirização dos serviços destes profissionais.

Como opção, o Estado não investe no desenvolvimento profissional, baixando portanto seus investimentos nos recursos humanos, como, ao mesmo tempo, desobriga-se dos encargos trabalhistas advindos da contratação própria e cumpre sua meta quanto ao limite de gasto governamental imposto por lei, relativo ao funcionalismo público.

Esta política, além da abertura de vagas através das cooperativas e do grande atrativo das remunerações (com possibilidade de ampliação dos rendimentos com o aumento do número de horas trabalhadas, mesmo em detrimento dos direitos trabalhistas), gerou no mercado de trabalho local dos enfermeiros, outros fenômenos: a migração de enfermeiros de outros Estados, principalmente de São Paulo; a criação de três novas universidades particulares que oferecem o curso de enfermagem em Manaus, onde tradicionalmente só havia uma escola pública; e, ainda, a proliferação de cursos particulares de especialidades que se caracterizam por seus elevados custos.

Claramente, a decisão da SUSAM amplia outro mercado local: o educativo. Mas, o que se amplia, na verdade, são os mercados privados, tanto do setor saúde quanto no educacional, em detrimento da expansão e melhor qualificação do público nos dois setores. A nosso ver, a continuidade desta política governamental pode levar estes setores ao seu sucateamento considerando que as instituições de ensino públicas, especialmente as federais, vêm ao longo dos anos sofrendo substanciais cortes orçamentários, e os seus

professores, como também os funcionários públicos federais e estaduais, gradativamente têm seus salários defasados.

Se de um lado não se pode deixar de reconhecer que o sistema de cooperativas impulsionou a maior qualificação dos enfermeiros em Manaus, como também que estas promovem a educação continuada mantida pelo FATES, por outro lado, além dos fatos acima mencionados, a adesão destes profissionais às cooperativas vem gerando, também, um comportamento pouco ético dos funcionários públicos, com a delegação informal do seu trabalho para terceiros através do repasse dos plantões e dos salários, mantendo, ao mesmo tempo, o vínculo e os direitos trabalhistas.

Embora todos os gestores, tanto das cooperativas quanto dos serviços, apontem como um dos aspectos positivos a qualidade dos serviços prestados pelos cooperativados, minimizamos esta afirmação, considerando-a um pouco discutível, devido à ausência de indicadores, acrescida do fato de que algumas opiniões são dos prestadores dos serviços (cooperativas e enfermeiros). Então, com a concordância dos gestores dos serviços, a nosso ver, a qualidade da assistência seria melhor avaliada através de indicadores, dos usuários e de seus familiares, estes últimos, principalmente devido às condições dos usuários inconscientes.

Observação semelhante destina-se às supervisões. Seja no período diurno ou naquelas cooperativas que fazem a supervisão no período noturno, os supervisores não utilizam nenhum instrumento sistematizado de avaliação, atuando, portanto, exclusivamente através da observação direta dos enfermeiros, avaliando a habilidade técnica e o trabalho em equipe. Os supervisores gerais que fazem parte das diretorias das cooperativas e que visitam as unidades semanalmente, sem hora predeterminada, também não utilizam instrumentos de avaliação. Desta forma, sem nenhum parâmetro sistematizado de avaliação do trabalho técnico, como do trabalho em equipe, a supervisão se transforma, na verdade, em fiscalização.

A supervisão, entendida como direção e orientação, não se executa através de “visitas-surpresa”, sem recursos, instrumentos e bases que a fundamentem. Neste caso, as supervisões estão altamente atreladas a subjetividades, e ainda, principalmente, às relações pessoais entre supervisores e supervisionados.

Conforme os relatos dos gestores dos serviços, o baixo absenteísmo constitui uma grande vantagem da contratação de serviços terceirizados, dado que os contratantes não

precisam preocupar-se com a falta de profissionais já que as cooperativas assumem o controle das faltas e substituições.

Declararam que os cooperados têm *maior responsabilidade com a frequência*, e que existe *a redução de faltas, licenças e atestados, diminuindo com isso a preocupação diária de reposição do profissional*. Cabe aqui ponderar que o baixo absenteísmo é obtido tanto pelo controle de faltas através de todos os supervisores, quanto pelas penalidades previstas para o cooperado (individualmente e ao grupo), e, ainda, pelos próprios associados, que exercem a fiscalização do seu grupo para evitar multas e o seu rateamento.

Um ponto contraditório entre os gestores das cooperativas e dos serviços de saúde constitui a declaração dos primeiros, da baixa rotatividade dos enfermeiros, para a qual admitem como mais comuns e não muito frequentes e somente em casos de dificuldades do serviço ou de incompatibilidades pessoais, a troca de profissionais entre os hospitais. Já os gestores hospitalares declaram como um dos pontos negativos destes profissionais é a sua alta rotatividade. *A cooperativa não controla bem as trocas de plantões aumentando a rotatividade*.

Devido, então, à flexibilidade para as trocas de plantão, outro gestor afirma que *fica difícil controlar as permutas, pois embora tenhamos um documento específico para permuta, quase não é usado pelos cooperados o que em algumas ocasiões gera confusão*.

Consideramos este um ponto importante como consequência negativa do sistema de cooperativismo dos enfermeiros. Se por sua vez a flexibilidade para trocas e negociações de plantões proporciona maior mobilidade profissional, pessoal, e gera maior remuneração, sob o ponto de vista dos usuários, das instituições e também profissional, a rotatividade gera: insegurança dos usuários que têm de lidar continuamente com enfermeiros diferentes; desumanização da relação profissional/paciente; perda da visão do processo de trabalho profissional e da evolução do cuidado de enfermagem com os usuários; e torna bastante provável a alienação profissional quanto aos compromissos e missões institucionais.

Exceto dois gestores de serviço que apontam o envolvimento com a instituição como ponto positivo dos cooperativados, os demais se ressentem declarando que os enfermeiros têm *menor envolvimento com a instituição* e que *o enfermeiro deve ser capacitado e envolvido com a instituição independente da forma de contrato*.

As instituições de saúde e os profissionais trabalham, ainda, em conflito de interesses gerados pela competitividade entre cooperativas, seja entre aquelas dos próprios enfermeiros, como também, com os médicos cooperativados. Conforme declara um gestor,

não existe uma interação entre essas cooperativas que gere um respeito mútuo entre médicos e enfermeiros.

Apesar da proximidade entre os profissionais das cooperativas de enfermagem e os de especialidades médicas no ambiente de trabalho. Esse aspecto é responsável por uma visão discriminatória dos médicos sobre os enfermeiros, principalmente no que se refere ao valor do plantão. E destes últimos com os médicos, como espelha a declaração *...ainda ganhar menos que os médicos*. Evidentemente, esta competitividade é originária dos diferentes poderes de negociação entre as diversas cooperativas junto a SUSAM.

Desta forma, a intercooperação como um dos princípios do cooperativismo citados por Silva *et. al.* (2001), e não observado entre as cooperativas de Manaus, tende, portanto, ao individualismo no movimento cooperativista local e provável enfraquecimento de algumas delas.

Outro ponto importante que chama atenção entre os gestores respondentes das cooperativas e os dos serviços de saúde, refere-se à carga horária dos enfermeiros. Se de um lado as cooperativas estabelecem um limite de horas mensais de trabalho para cada associado, o que acontece, na realidade, é a sua extrapolação, que, lógico, é de conhecimento das próprias cooperativas, já que não desconhecem as negociações entre os associados e podem, com um mínimo de método, observar através das supervisões.

Mas, de acordo com os gestores dos serviços, os enfermeiros cumprem altas cargas horárias mensais e um número excessivo de plantões por cooperado, o que, nas suas avaliações, prejudica o bom andamento do serviço. É nítida a insatisfação do contratante com esta prática. E para melhor visualizá-la, temos informações dos enfermeiros quanto às suas cargas horárias mensais no item 3.3 que se segue, onde podemos verificar que 67,0% destes profissionais trabalham até 200 horas mensais e 84,0% até 300 horas.

Evidencia-se, portanto, em relação à prática consentida de extrapolação dos limites das cargas horárias mensais dos cooperativados, o que Lagos (1994) define como flexibilidade numérica interna do mercado de trabalho, em que o ajuste das horas de trabalho se traduz pela liberdade de modificar o número destas horas sem variar a quantidade de trabalhadores.

Neulders e Wilkin (1987) ao mesmo tempo, denominam como flexibilização, seja a do tempo ou jornada de trabalho ou, ainda, a flexibilização do emprego na qual se amolda o contingente de trabalhadores para responder às variações cíclicas ou às mudanças estruturais da demanda por trabalho, inclusive as que decorrem do progresso tecnológico.

3.4 Os Enfermeiros e as Cooperativas

Como mencionado, desde janeiro a julho de 2003 (mês de encerramento da coleta de dados) foram computados 315 enfermeiros atuantes nas cooperativas de enfermagem em Manaus, distribuídos nas unidades de saúde da cidade. Desse universo, 50 enfermeiros foram entrevistados na pesquisa e contribuíram para elaboração deste trabalho, os quais, conforme demonstrado na metodologia, passaram a representar o universo dos enfermeiros cooperativados. A Tabela 2 mostra as habilitações dos enfermeiros.

Tabela 2
Áreas de Habilitação dos Enfermeiros por Cooperativas

Habilitações	C1	C2	C3	Total	%
Hab. adm. hosp.	16	6	6	28	9
Hab. enf. trabalho		6		6	2
Hab. méd. cir.	8	6	19	33	10
Hab. obstetrícia	8	23		31	10
Saúde pública	25	23	19	67	21
Nenhuma	8	111	31	150	48
Total	65	175	75	315	100

Nas três cooperativas, 9% dos enfermeiros apresentam habilitação em administração hospitalar, 2% em enfermagem do trabalho, 10% em médico-cirúrgica, 10% em obstetrícia, 21% em saúde pública, e chama bastante atenção o fato de que 48% deles não possuem nenhuma habilitação profissional.

O ponto que merece destaque é que, dos 165 enfermeiros habilitados, 67 cursaram saúde pública, cuja formação foi ofertada e direcionada pela Universidade Pública de Manaus. Este fato confirma as informações dos gestores quanto ao principal problema de qualificação profissional dos enfermeiros, ou seja, não adequada à demanda dos serviços intensivos, motivo pelo qual se fez a opção por enfermeiros cooperativados qualificados em especialidades intensivistas e de urgência e emergência.

Assim, uma das condições que levaram a SUSAM adotar o sistema de cooperativas, nas suas unidades, foi o compromisso dos gestores das cooperativas treinar seus

cooperados através de cursos específicos para assistência na UTI e em urgência e emergência com o intuito de mudar a característica de atuação do grupo de enfermeiros voltada principalmente para a saúde pública. O estágio atual desse processo pode ser visualizado na Tabela seguinte.

Tabela 3

Áreas de Especialidades dos Enfermeiros por Cooperativas

Especialidades	C1	C 2	C3	Total	%
Adm. hosp.	8	6		14	4
Saúde da família	8			8	3
Urg. e emergência		12		12	4
UTI	16	35	56	107	34
Nenhuma	33	122	19	174	55
Total	65	175	75	315	100

Desta forma, as cooperativas têm buscado a especialização dos seus associados a fim de prestar uma assistência adequada à demanda dos serviços e cumprir as exigências dos contratos em que os enfermeiros devem ter os cursos específicos de UTI, urgência e emergência.

Entretanto, dentre o total dos enfermeiros cooperativados, ainda 55% deles não possuem estas qualificações; a especialização em UTI é mais presente, ou seja, em 34%; e a de urgência e emergência apenas em 4% destes trabalhadores que estão presentes apenas na C2. Observa-se que na C1, entre os 32 especialistas, metade dos enfermeiros são especialistas em administração hospitalar e em saúde da família e a outra metade são intensivistas.

Na C2, entre os 53 especialistas, 47 têm formação em UTI e urgência e emergência e 6 em administração hospitalar. Na C3, todos com qualificação (56) são especialistas em UTI, formação adequada à sua finalidade, ou seja, de prestação de serviços exclusivos intensivistas. Mas, na C1, ainda faltam especializar-se 50,8% (33 profissionais) dos seus cooperativados, na C2, 69,7% (122), e na C3, 25,3% (19 enfermeiros).

Diante deste quadro de formação anterior e da formação demandada, podemos afirmar que o cooperativismo vem mudando não só o mercado de trabalho dos enfermeiros em Manaus, como também o perfil destes profissionais, antes de qualificação para a saúde coletiva, para uma formação bastante específica, ou hospitalocêntrica. Ao mesmo tempo, como já mencionamos, as cooperativas impactam o mercado educativo privado que passaram a ofertar estas especializações de alto custo, ofertadas inclusive pelas próprias cooperativas.

Tabela 4

Formas de Adesão dos Enfermeiros por Cooperativa

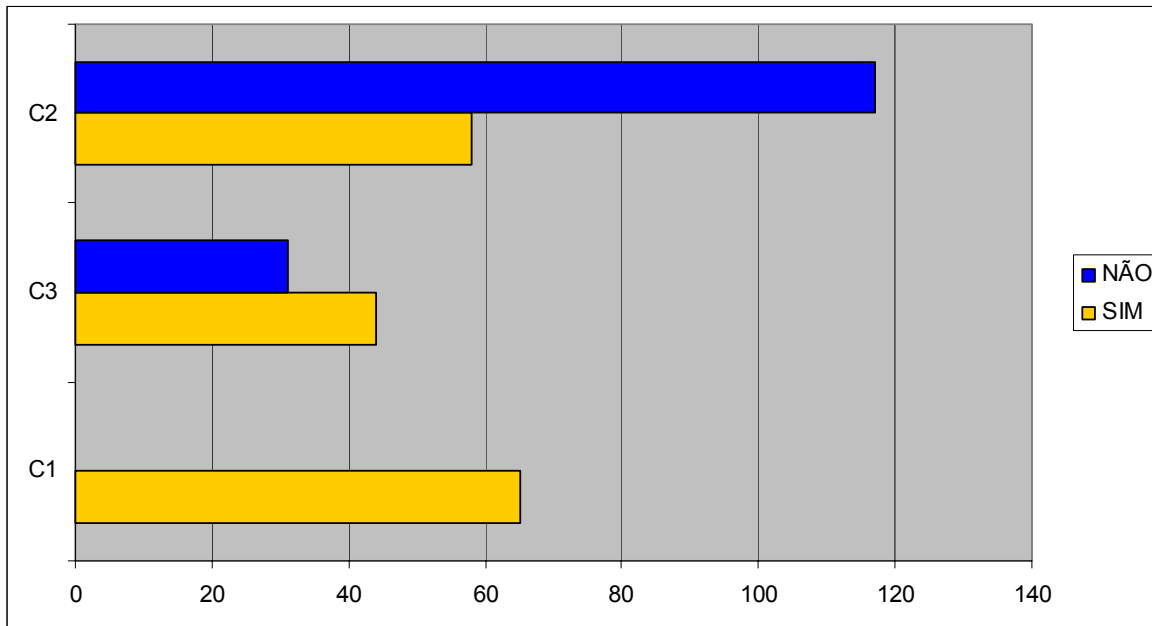
Formas de Adesão	C1	C2	C3	Total
Convite, Taxa de Adesão	24	52	19	95
Convite, Taxa de Adesão, Estágio		6		6
Estágio Supervisionado		12		12
Experiência, Cursos	33	81	37	151
Experiência, Cursos, Estágio		6		6
Indicação		6		6
Sócia Fundadora	8	6	19	33
Não Respondeu		6		6
Total	65	175	75	315

Nota-se, entre as formas de adesão, que as mais presentes, nas três cooperativas, estão relacionadas com a experiência em serviços de urgência e emergência nos pronto socorros e os enfermeiros, quer nas cooperativas, ou por iniciativa própria visualizando este mercado de trabalho, qualificaram-se, entre outros, através de cursos de especialização em UTI, urgência e emergência, cursos de aperfeiçoamento como Suporte Avançado de Vida no Trauma; Suporte Avançado de Vida e Reanimação Neonatal, presente em 151 enfermeiros. Relevante, também, nas três cooperativas, é a inserção por convite e taxa de adesão, presente em 95 enfermeiros.

Tabela 5
Outros Vínculos Empregatícios dos Enfermeiros por Cooperativas

Vínculos	C1	C2	C3	Total	%
SIM	65	58	44	167	53
NÃO		117	31	148	47
Total	65	175	75	315	100

Gráfico 3
Outros Vínculos Empregatícios dos Enfermeiros por Cooperativas



Conforme Tabela 5 e Gráfico 3, podemos observar que 53% dos cooperativados possuem outro vínculo empregatício. Na C1, todos os cooperados possuem outro emprego; na C2, 58 cooperados estão vinculados à outro emprego público ou privado e 117 são

exclusivos da cooperativa; e na C3, temos 44 enfermeiros com outro vínculo empregatício, e 33 trabalham exclusivamente na cooperativa.

Este fato deixa claro que os enfermeiros da C1 buscam manter outro vínculo empregatício o que lhes garante os direitos trabalhistas, outra remuneração ou parte desta, principalmente considerando a menor remuneração por horas trabalhadas nesta cooperativa. Na C2, o número de enfermeiros que não possuem outro vínculo é grande (66,8% ou 117), o que gera, de certa forma, insegurança no grupo.

Na C3, apesar da melhor remuneração por horas trabalhadas entre as cooperativas, 58,7% ou 44 enfermeiros mantêm um outro vínculo, demonstrando que a estabilidade e os direitos trabalhistas pesam substancialmente na opção pessoal e profissional de vida, utilizando, para isto, o artifício indevido de utilização do vínculo, através do repasse das atividades para outros.

Tabela 6
Outros Tipos de Vínculos dos Enfermeiros por Cooperativa

Vínculos	C1	C2	C3	Total	%
Exclusivo c/ Cooperativa		117	31	148	47
Cooperativa, estadual e municipal	8			8	3
Cooperativa e federal		23	25	48	15
Cooperativa, federal e municipal	8			8	3
Cooperativa e municipal	49	17	13	79	25
Cooperativa, municipal e privada		12	6	18	6
Cooperativa e privada		6		6	2
Total	65	175	75	315	100

Do total dos enfermeiros das três cooperativas que mantêm outro vínculo empregatício, a sua grande parte (47,3%) mantêm vínculo com o município, seguido do vínculo federal (28,7%). Mas considerando o número de vínculos e o trabalho nas cooperativas, 25,1% (42) dos enfermeiros estão alocados em duas instituições e 7,2% (12) em três instituições.

Visualizando em cada cooperativa, na C1, onde todos os enfermeiros (65) mantêm outro vínculo, a sua maioria está alocada em mais uma instituição, 75,3% (ou 49); na C2, entre os 58 que mantêm outro vínculo, 79,3% ou 46 enfermeiros estão alocados em mais outra instituição; e na C3, entre o total de 44 enfermeiros com outros vínculos, 38 ou 86,4% estão alocados também em mais uma outra instituição.

A menor participação dos enfermeiros da C2 com outros vínculos (66,8% ou 117), à primeira vista, poderia ser analisada como confirmadora da declaração do seu gestor no que tange à necessidade de exoneração do enfermeiro; entretanto, é nesta cooperativa, onde, percentualmente, estão presente mais dois outros vínculos, ou seja, 20,7% dos seus enfermeiros em três instituições de trabalho. O acúmulo, seja de vínculos de trabalho ou de administração do repasse do seu trabalho para terceiros para manter os vínculos, põem em foco a qualidade do serviço prestado e a qualidade de vida desses profissionais.

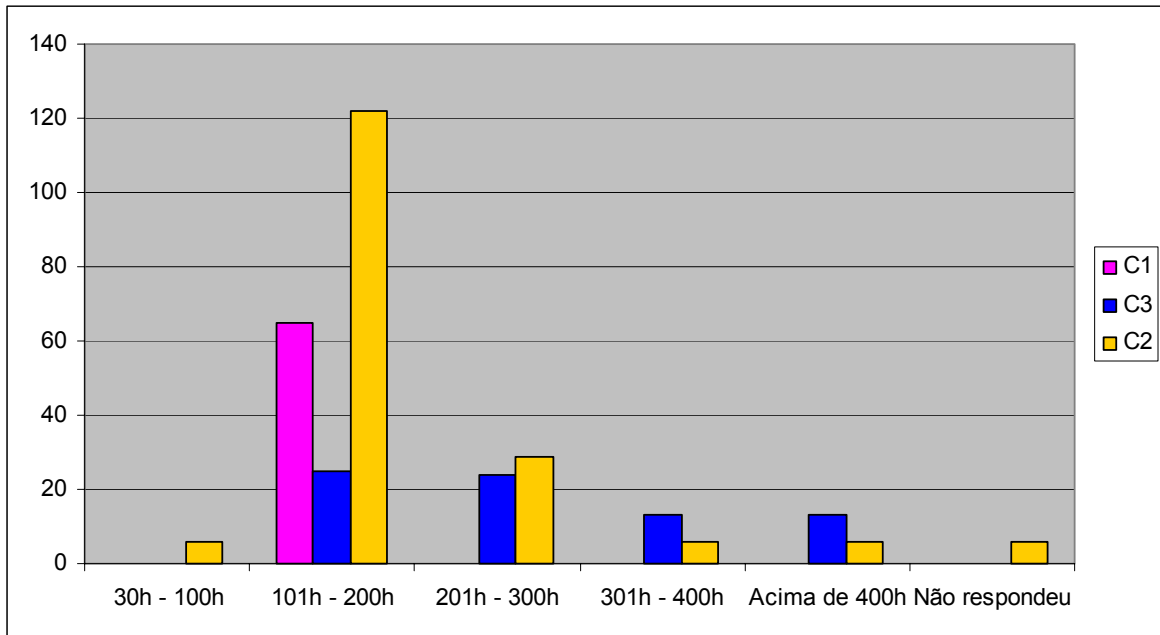
Tabela 7

Distribuição da Carga Horária dos Enfermeiros por Cooperativa

Carga Horária	C1	C2	C3	Total	%
30h – 100h		6		6	2
101h – 200h	65	122	25	212	67
201h – 300h		29	24	53	17
301h – 400h		6	13	19	6
Hierarquia		6	13	19	6
Não respondeu		6		6	2
Total	65	175	75	315	100

Gráfico 4

Distribuição da Carga Horária dos Enfermeiros por Cooperativa



Observamos na Tabela 7 e no Gráfico 4, que 67% dos cooperados trabalham entre 101 a 200 horas mensais, o que na prática entre os que trabalham até 200 horas, semanalmente estão cumprindo uma carga horária de 50 horas. Considerável também são os percentuais de enfermeiros trabalhando até 300 e até 400 horas mensais, perfazendo, portanto, semanalmente, 75 horas e 100 horas de trabalho.

Entre as cooperativas, na C2 é onde se verifica, percentualmente, mais enfermeiros com carga horária de até 300 horas (32,%), e também de até 400 horas mensais (17,3%). Se de um lado na C2 existem menos enfermeiros com outros vínculos, por outro, é nesta cooperativa onde estão mais presentes os enfermeiros com três vínculos e ainda com maior carga horária mensal.

Constata-se, portanto, outra vez, a prática da flexibilidade numérica interna definida por Lagos (1994) e da flexibilização, seja a do tempo ou jornada de trabalho ou, ainda, a do emprego, de acordo com a tipologia de Neulders e Wilkin (1987).

No nosso ponto de vista, o excesso de trabalho e o tipo de atividade desenvolvida – trabalho em UTI, urgência e emergência – trazem prejuízos tanto para o cooperado como para as cooperativas e, principalmente, para os serviços e os pacientes. Dado que um enfermeiro que passa até 30 horas ininterruptas no mesmo local de trabalho, desenvolvendo atividade intensiva e de alto-risco, em si estressante, com intervalo apenas

para o almoço na própria instituição, não consegue manter a mesma qualidade do serviço comparada com as 6 ou 8 horas trabalhadas dos enfermeiros contratados.

Na prática, observamos cooperados que permanecem 30 horas de trabalho e, após 12 horas de descanso, retornam para uma nova jornada de 30 horas. Assim, para garantir maiores remunerações, os enfermeiros cooperados têm de manter a higidez física permanentemente, colaborando, ao mesmo tempo, com o uso da sua força de trabalho pelas cooperativas.

Tabela 8

Faixas dos Rendimentos dos Enfermeiros por Cooperativa

Faixas dos Rendimentos	C1	C 2	C3	TOTAL	%
1.500 a 2.500	16	12		28	9
2.501 a 3.500	49	53		101	32
3.501 a 4.500		41	13	54	17
4.501 a 5.500		29	13	42	13
5.501 a 6.500		17		17	5
6.501 a 8.500		6	13	19	6
acima de 8.500			13	13	4
Não respondeu		17	23	41	13
Total	65	175	75	315	100

Nota-se que a faixa de R\$ 2.501,00 a R\$ 3.500,00 constitui o rendimento mais freqüente entre todos os cooperados seguidos dos de R\$ 3.501,00 a R\$ 4.500,00, sendo também importante a freqüência daqueles que recebem de R\$ 4.501,00 até R\$ 5.500,00.

Os menores rendimentos, proporcionalmente, são mais presentes entre os enfermeiros da C1, onde as remunerações são mais baixas em relação às outras cooperativas. Observa-se que os enfermeiros da C3 são aqueles que têm maiores remunerações dado que 50% deles conseguem rendimentos de R\$ 6.501,00 e até mais de R\$ 8.500,00 (25% de 6.501,00 a R\$ 8.500,00 e 25% acima de R\$ 8.500,00) e ainda, os outros 50% estão na faixa de R\$ 3.501,00 a R\$ 5.500,00 (25% de R\$ 3.501,00 a R\$ 4.500,00 e 25% de R\$ 4.501,00 a R\$ 5.500,00). Na C3, 44,3% dos enfermeiros conseguem

rendimentos de R\$ 3.501,00 a R\$ 5.500,00 (sendo 26% entre R\$ 3.501,00 a R\$ 4.500,00 e 18,3% entre R\$ 4.501,00 a R\$ 5.500,00).

Deste modo, visualizando este quadro geral, percebe-se que o trabalho dos enfermeiros, em cooperativas, de fato lhes garante remunerações acima do mercado de trabalho formal.

Como afirma Vieira (2002), ser, entre outros, um dos pontos de atração para o cooperativismo deste profissional, e ainda, a procura dos enfermeiros por outra colocação para aumentar a renda mensal complementando os baixos salários do setor privado ou do setor público, constituindo hoje em dia, as cooperativas, um novo mercado de trabalho para os enfermeiros no país apesar dos seus aspectos negativos em relação aos direitos trabalhistas.

Tabela 9

Faixas dos Rendimentos dos Enfermeiros da C1 por Horas Trabalhadas

Faixas dos Rendimentos	101 a 200h	C1	%
1.500 – 2.500	16	16	25
2.501 – 3.500	49	49	75
Total	65	65	100

Os rendimentos na C1 é de R\$ 1.500,00 a R\$ 3.500,00 com uma carga horária de serviço entre 101 a 200 horas. Este fato evidencia não só a menor remuneração por horas trabalhadas, como também confirma menor número de plantões por cooperado, espelhando um controle de qualidade da assistência mas, sobretudo, uma cooperativa com menos contrato com a SUSAM.

Tabela 10

Faixas dos Rendimentos dos Enfermeiros da C2 por Horas Trabalhadas

Faixas dos Rendimentos	30h - 100h	101h - 200h	201h - 300h	301h - 400h	Acima de 400h	Total	%
1.500 – 2.500	6	6				12	7
2.501 – 3.500		47		6		53	30
3.501 – 4.500		41				41	23
4.501 – 5.500		17	12			29	17
5.501 – 6.500		12	6			18	10
6.501 – 7.500					6	6	3
Não respondeu			12			16	9
Total	6	123	30	6	6	175	100

Enquanto que na C1, aqueles que trabalham até 200 horas mensais recebem remuneração de até no máximo de R\$ 3.500,00, na C2, pelas mesmas horas trabalhadas, os enfermeiros conseguem maiores remunerações, ou seja, até o máximo de R\$ 6.500,00. E se compararmos com os enfermeiros da C3, as remunerações são maiores do que as outras cooperativas, considerando o trabalho de 100 a 200 horas mensais, dado que nesta faixa de horas (Tabela 11) concentram suas remunerações entre R\$ 3.501,00 a R\$ 5.500,00 mensais.

Tabela 11

Faixas dos Rendimentos dos Enfermeiros da C3 por Horas Trabalhadas

Faixas dos Rendimentos	101h - 200h	201h - 300h	301h - 400h	Acima de 400h	Total	%
3.501 – 4.500	6			6	12	16
4.501 – 5.500	6	6			12	16
6.501 – 7.500		6	6		12	16
Mais 8.501		6	6		12	16
Não respondeu	15	6		6	27	36
Total	27	24	12	12	75	100

Os dados da Tabela 11 confirmam na C3 a maior flexibilidade quanto ao número de horas trabalhadas, e, assim, os maiores rendimentos mensais, principalmente levando em conta as suas maiores remunerações por horas trabalhadas do que as outras cooperativas.

Demonstra este fato de que a especialidade em UTI é mais valorizada no mercado, tendo honorários mais elevados. Embora a remuneração mensal por horas trabalhadas por mês na C3 ser elevada, conforme relato dos enfermeiros, alguns associados reivindicam a isonomia em relação ao valor do plantão do médico. Segundo ainda o relato dos enfermeiros, a diferença do valor do plantão, entre as duas categorias, representa um fator desencadeador de conflitos da equipe.

Tabela 12

Benefícios/Atividades/Reivindicações

Benefícios/Atividades/Reivindicações	C1	C1%	C2	C2%	C3	C%
Plano de saúde	1	0,6	5	9		
Direito a férias	5	3,2	1	1,8		
Direito a voto			1	1,8	1	0,7
Escolher local de trabalho			1	1,8	3	1,9
Melhor remuneração			2	3,6	2	1,4
Redução de imposto			1	1,8		
Rodízio de enfermeiros nos finais de semana e feriados			1	1,8	2	1,4
Escala fixa			4	7,2	2	1,4
Escolher número de plantões					1	0,7
Igualdade de benefícios					2	1,4
Tickets alimentação	1	0,6	2	3,6		
Tickets combustível			2	3,6		
Verbas para cursos			1	1,8	2	1,4
Aumentar o número de auxiliares e técnicos					1	0,7
Data certa para o pagamento	1	0,6				
Direito ao 13.º salário	2	1,2				
Local para repouso dos enfermeiros (exclusivo)			1	1,8		
Prioridade de plantão/hierarquia			1	1,8		
Educação continuada eficaz			1	1,8		
Esclarecimento sobre cooperativa			1	1,8		
Tickets drogaria			1	1,8		
Satisfação			3	5,4		
Não respondeu	2	1,2	12	3,6	2	1,4

Embora tenhamos parcela dos enfermeiros representados nas reivindicações, pode perceber-se que alguns direitos trabalhistas são almejados pelos cooperativados, principalmente na C1, quanto ao direito às férias e ao 13.º salário. Na C1, as principais

reivindicações são estas últimas seguidas do plano de saúde, tickets alimentação e pagamento em dia certo. Na C2, constam principalmente: plano de saúde, escala fixa, melhor remuneração, tickets alimentação e combustível. E na C3, as maiores reivindicações são relativas a: escolha do local de trabalho, melhor remuneração, rodízio dos enfermeiros nos finais de semanas e feriados, escala fixa, igualdade de benefícios e verbas para cursos.

Pode observar-se, entre as várias reivindicações, que algumas espelham a negação dos direitos iguais, contrários ao princípio do interesse da comunidade citado por Silva *et. al.* (2001), cuja negação leva à desigualdade na distribuição dos benefícios devido à existência de grupos de interesse.

Tabela 13

Outras Atividades dos Enfermeiros por Cooperativa

Outras Atividades	C1	C2	C3	Total	%
Reunião, comissão científica		17		17	5
Reunião, treinamento	57	117	63	237	75
Supervisão, Conselho Fiscal	8		6	14	4
Nenhum		29	6	35	11
Não respondeu		12		12	4
Total	65	175	75	315	100

Além do trabalho profissional, os cooperados mantêm o compromisso de participar de todas as reuniões e assembleias, bem como dos treinamentos oferecidos pela cooperativa o que representa 75% dos enfermeiros cooperativados. Nota-se pequena participação dos cooperados em comissões científicas, bem como na supervisão e no conselho fiscal em todas as cooperativas.

Vemos, portanto, confirmada a centralização da supervisão, das atividades educativas e do controle fiscal das cooperativas por um pequeno grupo aliado à diretoria, formando, na verdade, grupos de interesse que gerenciam as cooperativas.

Esta última afirmação pode ser evidenciada, além das nossas considerações anteriores e no item 3.3, pelos relatos dos enfermeiros quanto à sua participação nas assembleias que tratam das deliberações: *Todos têm direito de voto e de ser votado*

dependendo da situação (E-C1); Participo de quase todas as assembléias da cooperativa, porém não existe direito a voto; todas as pautas já vêm previamente decididas (E-C2); Participo das decisões, quando os assuntos não são resolvidos pela direção (E-C3).

Tabela 14

Formas de Supervisão dos Enfermeiros por Cooperativa

Formas de Supervisão	C1	C 2	C3	Total	%
Diretor, supervisor	8			8	3
Supervisão diária	41	169	63	273	87
Supervisão semanal	8	0		14	4
Supervisão mensal	8			8	3
Não respondeu		6	6	12	3
Total	65	175	75	315	100%

A supervisão diária é a forma mais presente e visível para os enfermeiros, apesar das três cooperativas utilizarem as supervisões mensais, semanais e as “visitas-surpresa”. Como já comentado, as supervisões sem nenhum parâmetro sistematizado de avaliação do trabalho técnico, como do trabalho em equipe, transformam-se, na verdade, em fiscalização ou um controle diário da frequência através da qual se consegue um baixo absentismo e a substituição dos profissionais em caso de falta ou necessidade de ausência do serviço.

Este controle, evidentemente, é apreciado pelos gestores das instituições de saúde que, como declararam, o baixo absentismo assim como a não preocupação com faltas e reposições de profissionais, constitui grandes vantagens da utilização dos enfermeiros cooperativados.

Tabela 15

Falta de Tempo para Outras Atividades Declarado pelos Enfermeiros por Cooperativa

Falta de Tempo/ Atividades	C1	C 2	C3	Total	%
Convívio com a família		12	6	18	6
Equilibrado	8	23	6	37	12
Lazer	16	6		22	7
Lazer, consultas médicas		6		6	2
Lazer, convívio com a família	25	70	19	114	36
Lazer, estudar	8	23	25	56	18
Nenhuma		29	13	42	13
Não respondeu	8	6	6	20	6
Total	65	175	75	315	100

Considerando as grandes cargas horárias de trabalho dos enfermeiros nas cooperativas, pode observar-se na Tabela 15 entre todos os profissionais, que, na verdade, 69% deles se ressentem da falta de tempo para diversas atividades pessoais. Como o lazer aparece continuamente e o convívio com a família, pode deduzir-se que a qualidade de vida dos enfermeiros encontra-se bastante afetada pela atividade profissional que consome a maior parte do seu cotidiano.

Da mesma forma, a sobrecarga de trabalho também interfere na qualidade de vida profissional conforme demonstra a Tabela 16.

Tabela 16

Desgaste e Estresse Declarados pelos Enfermeiros por Cooperativa

<i>Desgaste/Estresse</i>	C1	C2	C3	Total	%
Sim	57	76	50	183	58
Não	8	93	25	126	40
Não respondeu		6		6	2
Total	65	175	75	315	100

Assim, verifica-se que 58% dos enfermeiros das três cooperativas acham seu trabalho desgastante e estressante. Chama atenção, na C1, onde 87,7% dos seus profissionais se ressentem deste desgaste e estresse profissional, que pode ser exemplificado pela declaração: *Considero desgastante e estressante, porque a responsabilidade e cobranças são muito maiores que nas instituições públicas* (E-C1).

Confirmando a sobrecarga de trabalho como fator desencadeante de desgaste e estresse, assim como o processo de trabalho diferenciado, as declarações seguintes resumem este quadro na C2: *Desgastante e estressante devido à carga horária e por se tratar de criança que demanda muita atenção, cuidado, bom humor e criatividade da equipe* (E-C2); *Sim, ambos porque não temos lazer* (E-C2). Na C3, por sua vez, onde se tem um trabalho mais intensivo, ou seja, em UTI, 77,7% dos seus enfermeiros declaram que o estresse e o desgaste se referem mais a este processo de trabalho, que pode ser exemplificado através da afirmação: *Estressante porque trabalhamos com o limite da vida, e com criança que significa o início da vida* (E-C3).

Tabela 17

Pontos Positivos e Pontos Negativos em Relação à Cooperativa

Positivos	C1	C1%	C2	C2%	C3	C3%
Remuneração	6	3,8	11	19,8	5	3,6
Valorização profissional			7	12,6	4	0,3
Qualidade da assistência			4	7,2	8	5,7
Oportunidade de trabalho			3	5,4	1	0,7
Supervisão	1	0,6	8	14,4	3	2,1
Número de plantões			1	1,8		
Condições de trabalho			4	7,2	2	1,4
Relação com os diretores					1	0,7
Flexibilidade de horário de trabalho			3	5,4	1	0,7
Flexibilidade de trabalho	2	1,2	1	1,8	1	0,7
Assiduidade					1	0,7
Responsabilidade profissional	2	1,2	1	1,8		
Flexibilidade de ganhos			2	3,6		
Melhoria da qualidade de vida			1	1,8		
Interação com a equipe			6	10,8		
Não respondeu	1	0,6	3	5,4		
Negativos	C1	C1%	C2	C2%	C3	C3%
Instabilidade de serviço	1	0,6	6	10,8	2	1,4
Rotatividade nos hospitais					1	0,7
Sobrecarga nos plantões	1	0,6	2	3,6	3	2,1
Falta de direitos trabalhistas	6	3,8	11	19,8	6	4,3
Local e hora de repouso			1	1,8		
Baixa qualidade de vida			1	1,8	5	3,6
Divergência entre cooperados			1	1,8	3	2,1
Baixa remuneração em relação aos médicos					2	1,4
Substituição de falta	1	0,6			1	0,7
Ingresso de enfermeiros sem qualificação			1	1,8		

Imposto de renda elevado			1	1,8		
Hierarquia					1	0,7
Data certa de pagamento	1	0,6				
Falta de interesse pelo cooperado	1	0,6				
Falta de direito a voto	1	0,6				
Cobrança por parte da supervisão	2	1,2	1	1,8		
Flexibilidade de horário	1	0,6	1	1,8		
Rotina estressante			2	3,6		
Propina/desorganização			1	1,8		

Entre os pontos positivos do trabalho em cooperativa, os enfermeiros apontam, principalmente, a remuneração e a qualidade da assistência; entre os negativos, a falta de direitos trabalhistas e a baixa qualidade de vida devido ao trabalho estressante.

Na C1, os principais pontos positivos se referem à remuneração, flexibilidade do horário de trabalho e a responsabilidade profissional; e os negativos, a falta de direitos trabalhistas e a cobrança por parte da supervisão.

Na C2, a remuneração seguida da supervisão e da valorização profissional são os indicados como os pontos positivos; e os negativos, a falta de direitos trabalhistas e a cobrança por parte da supervisão.

Na C3, os enfermeiros declaram como positivos, a qualidade da assistência, a remuneração e as condições de trabalho; e como negativos, a falta de direitos trabalhistas, a baixa qualidade de vida, assim como a sobrecarga de plantões e a divergência entre os cooperados.

Desta maneira, confirma-se que a maior remuneração constitui um grande atrativo para a opção do trabalho em cooperativa, como também se confirma o seu lado negativo, ou seja, a falta de direitos trabalhistas dos profissionais.

Tais resultados corroboram com a afirmação de Vieira (2002), a qual pondera que a terceirização dos trabalhadores de saúde, e em particular, dos enfermeiros, através das cooperativas, que atualmente se apresenta como um novo mercado com maior remuneração, por outro, apresenta-se como uma das relevantes desvantagens, justamente, a perda dos direitos trabalhistas.

Assim, o quadro resumo sobre as cooperativas pode ser exemplificado pela seguinte declaração: *A cooperativa, apesar dos pontos negativos como sobrecarga de trabalho,*

falta de direitos como férias, 13.º salário, licenças, etc., trouxe para a enfermagem respeito para com seu trabalho, e um poder aquisitivo diferenciado dos demais profissionais enfermeiros que estão fora das cooperativas (E-C2).

Tabela 18

Pontos Positivos e Negativos em Relação aos Enfermeiros Cooperativados

Positivos	C1		C2		C3	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Cooperação/responsabilidade	2	1,2	15	27	4	2,8
Capacidade técnica			1	1,8	1	0,7
Crescimento profissional			3	5,4		
Pontualidade			1	1,8	1	0,7
Bom relacionamento					1	0,7
Trabalho em equipe			1	1,8	5	3,6
Enfermeiros competentes e envolvidos					1	0,7
Respeito da instituição					1	0,7
Qualidade da assistência	1	0,6			1	0,7
Objetivos direcionados					1	0,7
Assiduidade	2	1,2				
Pessoal treinado			2	3,6		
Igualdade no número de plantões			1	1,8		
Não respondeu	2	1,2	14	28,8	1	0,7
Negativos	C1		C2		C3	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Falta de cooperação	1	0,6	6	10,8		
Instabilidade					1	0,7

Falta de informação sobre cooperativismo					2	1,4
Falta de reconhecimento					1	0,7
Falta de envolvimento			1	1,8	1	0,7
Enfermeiros sem experiência profissional			1	1,8		
Concorrência entre empregos de outros Estados			1	1,8		
Dificuldade de trocar plantão			1	1,8	1	0,7
Estresse			1	1,8		
Rotatividade de local de trabalho			1	1,8		
Impontualidade			1	1,8		
Falta de tempo para lazer			1	1,8		
Não respondeu	6	3,8	21	37,8	6	4,3

Em relação aos próprios colegas de trabalho, os enfermeiros cooperativados, estes profissionais apontam como principais pontos positivos a cooperação e a responsabilidade registradas nas três cooperativas, mas, em menor proporção, aparece também como ponto negativo na C1 e C2 o que configura que há problemas no trabalho em equipe nestas duas cooperativas.

Já na C3, justamente o trabalho em equipe é o ponto positivo mais citado seguido da cooperação e responsabilidade. Nas duas outras cooperativas, os outros pontos positivos mais citados são respectivamente na C1 e C2, a assiduidade e o crescimento profissional.

Tabela 19
Pontos Positivos e Negativos em Relação à Instituição de Trabalho na Visão dos
Enfermeiros

Positivos	C1		C2		C3	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Adaptação ao serviço					1	0,7
Coerência			1	1,8		
Equipe de enfermagem e médica			1	1,8		
Adquirir conhecimentos			1	1,8		
Ambiente agradável			3	5,4	4	2,8
Bom relacionamento c/ direção e equipe	3	1,9	5	9	7	5,0
Apoio à classe			1	1,8		
Supervisão			1	1,8		
Baixa mortalidade						
Manutenção dos equipamentos			2	3,6	1	0,7
Economia dos materiais			1	1,8	1	0,7
Presidência comprometida					1	0,7
Promoção de cursos					1	0,7
Qualidade dos serviços	1	0,6	3	5,4		
Estrutura dos hospitais			1	1,8		
Economia dos materiais			1	1,8		
Proximidade da residência			1	1,8		
Assiduidade			1	1,8		
Continuidade da assistência			1	1,8		
Não respondeu	4	2,5	13	23,4	2	1,4
Negativos	C1		C2		C3	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Déficit de funcionários			1	1,8		
Falta material	2	1,2	1	1,8		
N.º de leitos além do permitido			1	1,8		
Equipamentos danificados			1	1,8		

Falta de poder de decisão			1	1,8		
Falta de condições de trabalho			1	1,8	1	0,7
Comunicação					1	0,7
Cobrança	2	1,2				
Falta de interdisciplinaridade profissional			2	3,6		
Demora nas resoluções			1	1,8		
Falta de pesquisa em serviço			1	1,8		
Falta de compromisso			1	1,8		
Falta de apoio administrativo			1	1,8		
Demanda de cliente elevada			1	1,8		
Inexperiência dos auxiliares			1	1,8		
Burocracia			1	1,8		
Aquisição de novos equipamentos			1	1,8		
Não respondeu	6	0,48	17	30,6	10	7,2

Entre os pontos positivos em relação às instituições de saúde em que trabalham, chama mais atenção o bom relacionamento com o gestor hospitalar e a equipe, mais citado na C1 e C3; e na C2, assim como na C3, o ambiente agradável. Por sua vez, vários pontos negativos são apontados em relação às instituições, principalmente administrativos, oriundos tanto da gestão hospitalar quanto da gestão e desenvolvimento de recursos humanos. Há de se notar também nesta tabela que 23,4% dos enfermeiros da C2 não responderam ao questionamento quanto aos pontos positivos e 30,6 % quanto aos pontos negativos o que representa um número expressivo de profissionais e nos chama a atenção e deixando uma certa curiosidade.

Por fim, para detectar a percepção dos enfermeiros sobre o futuro das cooperativas locais, encontramos um quadro predominantemente pessimista, conforme demonstram a Tabela 20 e o Gráfico 5.

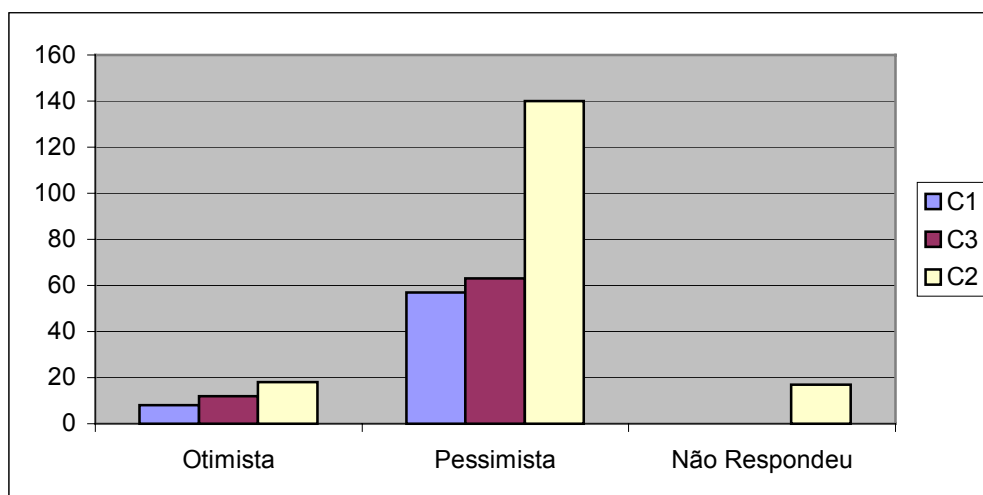
Tabela 20

Perspectivas Futuras do Cooperativismo Declaradas pelos Enfermeiros por Cooperativa

Perspectivas	C1	C2	C3	Total	%
Otimista/liderar mercado	8	18	12	38	12
Extinção	57	140	63	260	83
Não respondeu		17		17	5
Total	65	175	75	315	100

Gráfico 5

Perspectivas Futuras do Cooperativismo Declaradas pelos Enfermeiros por Cooperativa



Assim, entre todos os enfermeiros cooperativados, 83% acreditam na extinção das cooperativas em função da oferta de novos profissionais no mercado de trabalho, mas,

principalmente, pelas prováveis mudanças no governo do Estado que poderão não manter os contratos com as cooperativas.

Desta forma, apenas 12% dos enfermeiros acreditam numa perspectiva otimista para o sistema de cooperativismo em Manaus; dentre estes, somente 4% acham que as cooperativas vão liderar o mercado de trabalho local.

Estes resultados pessimistas condizem com as opiniões do gestor da C1, o gestor G1 e o G4. E, de certa forma, com os gestores G2 e G3, que visualizam a atuação futura das cooperativas, apenas para serviços altamente especializados.

Pode então, através destas opiniões, perceber-se que, principalmente os enfermeiros, sentem-se ameaçados com a possibilidade da extinção das cooperativas, revelando, a nosso ver, uma visão política realista já que visualizam que este sistema está altamente atrelado às decisões governamentais e sujeito a mudanças conforme o titular.

A visão de que a maior oferta de profissionais no mercado pode alterar o sistema de cooperativas local, e lembrando que em poucos anos foram criadas novas escolas, assim como os enfermeiros vêm durante os últimos anos se especializando cada vez mais, pode ser exemplificada através da seguinte declaração: *Acredito que num futuro bem próximo as cooperativas irão acabar, sobrevivendo aquela que tem um serviço extremamente necessário e qualificado como Terapia Intensiva, e poucos enfermeiros gostam dessa área de atuação. Nos próximos anos formarão novos enfermeiros que provavelmente suprirão a necessidade da rede tanto estadual como municipal e por este motivo acredito que as cooperativas estão com os dias contados* (E-C1).

Diante da perspectiva pessimista, de extinção das cooperativas, os enfermeiros temem a volta de um mercado de trabalho que não lhes oferece as mesmas vantagens de remuneração, que pode também ser exemplificada através das declarações: *Se não houver união da classe, corre o risco de rompimento do sistema, forçando a realização de concursos para a contratação de enfermeiros com baixo salário* (E-C2); *Acho que o governo está se preparando para acabar com elas, pois para ele não importa a melhoria no atendimento à população e sim o baixo gasto com folha de pagamento* (E-C3).

Na perspectiva de extinção das cooperativas, os enfermeiros acham que políticas de valorização profissional no mercado devem ser implementadas através do órgão regional da corporação (COREN), para legalmente garantir melhor remuneração e estabelecer carga

horária que proporcionem uma melhor inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho formal.

Tal visão pode ser identificada pela declaração: *Gostaria de que houvesse mais valorização por parte dos nossos governantes, e que todos os profissionais pudessem fazer parte de uma cooperativa, ou que o COREN conseguisse esta valorização dando-nos os direitos de carga horária e piso salarial aprovados no Congresso, pois só assim nós teríamos o direito aprovado por lei, e as instituições não iriam brincar de nos pagar e nos fazer de conta que trabalhamos* (E-C1).

Aqui cabe, portanto, uma consideração importante. Já que a maioria dos enfermeiros, em todas as cooperativas, tem bastante discernimento de que este sistema local é frágil, ou extremamente dependente da mudança do governo do Estado, e como declaram que a maior vantagem de trabalhar-se em cooperativas se refere às melhores remunerações, e ainda percebem a alta desvantagem de não participação dos direitos trabalhistas; deduzimos que esta forma de inserção no mercado de trabalho local se apresenta para os enfermeiros como uma alternativa exclusivamente para melhores ganhos mensais.

Inferimos, portanto, que se o mercado formal oferecesse melhores salários, condições de trabalho e desenvolvimento profissional, a opção preferencial seria a do trabalho neste mercado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compra de serviços, através de cooperativas de trabalho, que inicialmente era restrita a determinadas especialidades médicas, na última década generalizou-se, organizando serviços de outros profissionais, como os enfermeiros.

O movimento de proliferação dessas cooperativas vem ocorrendo num contexto em que se acentua o debate acerca da redefinição do tamanho e funções do Estado, e no cenário da consolidação da reforma do setor saúde brasileiro.

Se de um lado o Estado vem deslocando seu eixo de atuação com medidas de flexibilização no que concerne ao mundo do trabalho, por outro, no Sistema Único de Saúde, continua em pauta uma política de alocação de recursos humanos direcionada para a estabilidade.

O setor, mediante a premência de agilidade para esta alocação, necessária principalmente devido à municipalização do sistema de saúde, tem lançado mão de diversas formas de utilização dos profissionais de saúde, com tendência contrária à política setorial, mas em direção ao contexto nacional das políticas flexibilizantes de trabalho e de emprego.

Como este processo no setor é historicamente recente, tivemos limitações para a viabilização desta pesquisa, como a escassez de estudos e dados sistematizados acerca do objeto proposto, e, ainda, a dificuldade da realização da coleta de dados através de questionários pelos enfermeiros que compunham as cooperativas.

Acreditamos que esta última dificuldade deveu-se ao caráter inovador desse tipo de cooperativa de trabalho no âmbito do serviço público em Manaus, e o que isso poderia trazer como questionamentos. Fato esse que pode ser exemplificado pelo ocorrido com os representantes da C3, que tiveram, no princípio, resistência em responder ao questionário, como também pela não disponibilidade dos estatutos das cooperativas.

As cooperativas de enfermeiros em Manaus, contratadas pelo serviço estadual da Superintendência de Saúde do Amazonas, em regime terceirizado para prestar assistência de enfermagem nos hospitais e prontos-socorros da cidade, enquadram-se no segmento das cooperativas de trabalho.

Teoricamente, esta forma de cooperativa é definida como aquela que é criada por profissionais autônomos, que se unem em um empreendimento e prestam serviços à coletividade e a terceiros, sem intermediação.

Tendo como base os dados coletados, destacamos, no quadro abaixo, alguns itens observados para melhor visualizar comparativamente as cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Quadro 3

Características Observadas nas Cooperativas de Enfermeiros em Manaus

Itens Observados	(C1)	(C2)	(C3)
Formação e adesão	Criada através de um grupo de enfermeiros que idealizaram a cooperativa por demanda governamental; formada por enfermeiros do serviço público federal, estadual e municipal em atividade; adesão espontânea e disponibilidade de vagas.	Criada através de demanda do tomador de serviços; formada por servidores estaduais em atividade; adesão por indicação.	Criada na época da inauguração de uma unidade hospitalar; formada por profissionais do próprio hospital estadual e federal; adesão em diferentes formas: espontânea, por formação, e disponibilidade de vagas.
Afastamento e/ou eliminação	O conselho de administração da cooperativa poderá eliminar o associado que deixar de cumprir as disposições do estatuto.	A eliminação é aplicada em virtude de infração legal ou estatutária e o afastamento pode ser a pedido.	A eliminação é aplicada em virtude de infração legal ou estatutária e a saída pode ser a pedido.
Quota-parte	O valor unitário da quota-parte é de R\$ 2.000,00 (dois mil reais); o número	O valor unitário da quota-parte é de R\$ 3.000,00 (três mil reais); o número	O valor unitário da quota-parte é de R\$ 6.000,00 (seis mil reais); o número

	de quota-parte é único e pode ser integralizada em até 6 parcelas.	de quota-parte é único e pode ser integralizada em até 6 parcelas. O cooperado pode pagar em serviço, ou seja, com o plantão, com débito direto na fonte de renda.	de quota-parte é único e pode ser integralizado em até 6 parcelas.
Produção cooperativista	Nos contratos públicos estaduais o valor do plantão é pago conforme designação da cooperativa que ganhou a licitação (é um fator determinante para a aprovação da licitação), para prestar o serviço e a especialidade dos profissionais que a compõe. O valor do plantão é de R\$ 364,83 (trezentos e sessenta e quatro reais e oitenta e três centavos) por 12 (doze) horas trabalhadas. A produção dos cooperados pelos serviços prestados é efetuada mensalmente conforme o número de plantões.	Nos contratos públicos estaduais o valor do plantão é pago conforme designação da cooperativa que ganhou a licitação para prestar o serviço e é um fator determinante para a aprovação da licitação. O valor do plantão é de R\$ 413,00 (quatrocentos e treze reais) brutos por 12 (doze) horas trabalhadas. A produção dos cooperados pelos serviços prestados é efetuada mensalmente conforme o número de plantões.	Nos contratos públicos estaduais o valor do plantão é pago conforme designação da cooperativa que ganhou a licitação para prestar o serviço e é um fator determinante para a aprovação da licitação. O valor do plantão é de R\$ 530,00 (quinhentos e trinta reais) bruto por 12 (doze) horas trabalhadas. A produção dos cooperados pelos serviços prestados é efetuada mensalmente conforme o número de plantões.
Carga horária semanal de cada	Estabelecida pela direção da cooperativa conforme o estatuto.Quanto ao	Estabelecida pela direção da cooperativa conforme o estatuto, a carga horária	Estabelecida pela direção da cooperativa conforme o estatuto. Divisão do

cooperativado	número de plantões, varia de cooperado para cooperado, mas o mínimo é de 12 horas por ano ou de 12 plantões por mês, podendo o associado “pegar” plantões a mais com os colegas.	mínima é de 12 horas por ano e a carga horária máxima é de 72 horas semanais diurnas ou de 36 horas semanais noturnas, ou seja, 23 plantões de 12 horas por mês.	número total de plantões por grupos conforme o livro de matrícula da C3, ficando estabelecido o número máximo de plantões de um cooperado a 25 plantões, e o número mínimo de 5 plantões.
Fundos	FATES	FATES	RATES, Reserva de Assistência Técnica, Educacional e Social.
Benefícios não revestidos em fundos	Não encontrados.	Sobra de balanço que é distribuído entre os cooperados conforme a escala hierárquica por tempo de associação e por produtividade. Seguro de vida por serviço terceirizado; empréstimo sem juros; e ticket alimentação.	O ticket alimentação é viabilizado aos cooperados através da taxa administrativa recolhida pela cooperativa mensalmente. A taxa administrativa recolhida é de 50% do valor da produtividade dos cooperados/mês sobre o valor líquido dos plantões, podendo ser alterada após deliberação da Assembléia Extraordinária. Deste montante, 10% fica retido na C3 para despesas da cooperativa

			(funcionários, materiais, equipamentos). Os 40% restantes são devolvidos aos cooperados em forma de benefícios, proporcionalmente a produtividade de cada um. Os benefícios são: despesas com gasolina, colégio dos filhos, cursos, carros, materiais de escritório, revelação de filmes fotográficos, medicamentos, livros, passagens aéreas e roupas.
Contribuição ao INSS	Recolhimento ao INSS.	Recolhimento ao INSS.	Recolhimento ao INSS.

Entretanto, podemos apontar importantes características das cooperativas de enfermeiros em Manaus, que não vão ao encontro com os princípios do cooperativismo, ou seja, a grande influência e dependência do tomador de serviço na criação das cooperativas, e a semelhança, mais com uma empresa, do que com uma cooperativa, devido às formas de gestão centralizada por grupos de interesse, os quais detêm, de fato, a administração, as decisões e uma relação mais próxima a de empregador/empregado com os enfermeiros associados.

Esta semelhança pôde ser observada nas formas de admissão, seleção, fiscalização intensa do trabalho chamada de supervisão, escrutínio permanente das faltas e respectivas punições, a centralidade das decisões pelas diretorias e, ainda, pela não observância da prerrogativa do direito ao voto livre em questões importantes que direcionam o trabalho das cooperativas. Mesmo que o afastamento do associado da cooperativa, em princípio, seja voluntário, na verdade, ele pode ser induzido pelas rígidas regras permanentemente vigiadas pela supervisão.

Ressaltamos que o excesso de trabalho observado através do grande número de plantões por cooperativado, associado ao tipo de atividade desenvolvida, com clientela de risco, constituem, na prática, uma superutilização da mão-de-obra destes profissionais que ainda consideram ser vantajoso maiores remunerações mensais.

Mas é necessário enfatizar que esta superutilização demanda higidez física e predisposição para dispor a maior parte das suas vidas para o trabalho, em detrimento da saúde física e da qualidade de vida e trabalho.

Pois, como constatamos, há aqueles que passam até 30 horas ininterruptas no mesmo local de serviço, desenvolvendo atividade estressante com intervalo apenas para o almoço na própria instituição, e após 12 horas de descanso, retornam para uma nova jornada de 30 horas.

Evidentemente que tais condições de trabalho afetam a qualidade dos serviços prestados, principalmente considerando que as cooperativas prestam serviços em urgência, emergência e em unidades de tratamentos intensivos. Esta qualidade de assistência, embora tenha sido bem avaliada, mesmo sem indicadores, a nosso ver, necessita de uma avaliação consistente através de um outro estudo com base em indicadores quantitativos e qualitativos para conhecer melhor a realidade do trabalho dos enfermeiros em Manaus.

Entre tantas questões, e apesar ainda do reconhecimento pelos enfermeiros das desvantagens da falta dos direitos trabalhistas, as cooperativas vêm se constituindo, em Manaus, uma forma de inserção no mercado de trabalho de saúde na cidade. Este mercado, de fato, desenvolveu-se, oportunizou a geração de colocações no mercado setorial com fôlego suficiente para atrair enfermeiros de outros Estados, além de modificar a oferta de ensino, tanto de graduação quanto na pós-graduação.

Mas, a nosso ver, e tendo como base os dados e as opiniões, este mercado, apresenta-se como “alternativo” ao um mercado formal que se caracteriza pelos salários bem menos vantajosos, embora garanta os direitos trabalhistas. E a opção dos profissionais tem sido pelas maiores remunerações, embora se ressintam, entre outros, do excesso de trabalho e da falta dos direitos trabalhistas.

Os enfermeiros, assim como grande parte dos gestores, temem pelo futuro das cooperativas em Manaus. No nosso ponto de vista, esta expectativa tem fundamento. As cooperativas são altamente dependentes das decisões governamentais. Deste modo, a partir de uma decisão política, elas podem deixar de existir ou as suas vantagens serem

minimizadas. Assim, este mercado para os enfermeiros também se caracteriza fortemente pela instabilidade de sua permanência em Manaus.

Vale ressaltar que alguns aspectos devem ser aprofundados em relação às perspectivas futuras das cooperativas, e entre estes, um dos mais importantes constitui-se a análise política, e os custos do sistema.

E em relação ao cooperativismo dos enfermeiros, de uma forma geral, alguns aspectos que devem ser considerados em novas pesquisas, tais como: a avaliação da qualidade da assistência prestada; averiguação junto aos usuários, da satisfação dos serviços no sentido da humanização da assistência; avaliação da qualidade de vida dos profissionais; verificação dos estatutos das cooperativas e, principalmente, a sua implementação no cotidiano dos enfermeiros cooperativados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, J., 1987. Flexibilidad o fragmentación? El mercado de trabajo del Reino Unido en la década de los ochenta. *Trabajo y Sociedad*, v. 12, n.º 1, p. 99-121, ene.

BERQUÓ, E. S.; SOUZA, M. P.; GOTLIEB, S. L. D., 1997. *Bioestatística*. São Paulo: EPU.

BOYER, R., 1987. Flexibilidad del Trabajo: formas constatadas, efectos mal conocidos. *Trabajo y Sociedad*, v. 12, n.º 1, p. 123-149, ene.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997. *Situação sobre vínculo empregatício e Incentivos no âmbito das SÉS – Informações consolidadas*. Brasília: M. S., jun.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999. Programa de formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem. *Dossiê Mercado de Trabalho em Enfermagem no Brasil*. Brasília: M. S, março.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003. Proposta de Diretrizes e Estratégias do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

CHERCHGLIA, M. L., 1999. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU*. Natal: M. S./OPAS/UFRGN.

CHERCHGLIA, M. L.; GIRARDI, S. N.; VIEIRA, R. C.; MARQUES, R. B.^a; PEREIRA, L. A. C., 1998. Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995. *Rev. Panam. Salud Publica*, 4 (2).

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J. L.; BOYLE, P., 1994. *Saber preparar uma pesquisa*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.

CORIAT, B., 1998. Novas tendências do mercado de trabalho. *Revista do Serviço Público*, 49 (3): p. 5-29, jul./set.

DI PIETRO, M. S. Z., 1999. *Parcerias na administração pública: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas*. São Paulo: Atlas, 3.^a ed.

FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. D., 2002. Agenda Nacional de Recursos Humanos em Saúde: Diretrizes e Prioridades. In: Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho (B. Negri; R. Faria; A. L. D. Viana, Orgs.), p. 289-322, Campinas: Unicamp.

GIRARDI, S. N., 2002a. *Mercado de trabalho médico de São Paulo*. São Paulo: CRMSP/UFMG.

GIRARDI, S. N., 2002b. *Contratação de serviços e tecnologias na rede hospitalar de Minas Gerais*. Belo Horizonte: CRMMG/UFMG.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária, 2002*. Tabulações Especiais. Ministério da Saúde/Secretaria-Executiva.

JATOBÁ, J.; ANDRADE, E. G. L., 1993. A Desregulamentação do Mercado e das Relações de Trabalho no Brasil: Potencial e Limitações. *IPEA*: n.º 312.

KREIN, J. D., 1997. Reestruturação Produtiva e Sindicalismo. In: CARLEAL, L.; VALLE, R. (Orgs.). *Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil*. São Paulo: Hucitec-ABET.

LAGOS, R. 1994. Que se entiende por flexibilidad del mercado de trabajo? *Revista de la Cepal*, Santiago do Chile: n.º 54, diciembre. p. 81-95.

MACHADO, M. H., 2000. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1.

MARTINS, S. P., 1996. *A terceirização e o Direito do trabalho*. São Paulo: Malheiros Editores. 2.^a ed.

MICHON, J., 1987. Time and flexibility: Working time in the debate on flexibility *Labour and Society*, v. 12, n.º 1, p. 56-69. enero.

NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA, 2003. *Árvore Lógica da Contratação de Recursos Humanos no SUS*. Brasília: NESP/UNB/MS/OPAS/OMS, CD-ROM.

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA, 2001. *Vínculos Institucionais de Médicos e Enfermeiros nos Municípios*. Disponível em: www.medicinaufmg.br/nescon, Acessado em: 10/7/2003.

NEULDERS, D.; WILKIN, L., 1987. La Flexibilidad de los mercados de trabajo: prolegómenos e análisis de un campo. *Trabajo y Sociedad*, v. 12, n.º 1, p. 11-26, ene.

NOGUEIRA, R. P., 1999. *A Regulação dos Vínculos de Trabalho no SUS*. Coordenação Geral de Desenvolvimento de RH para o SUS. Brasília: MS.

NOGUEIRA, R. P., 2002. O Trabalho em Saúde Hoje: Novas Formas de Organização. In: *Recursos Humanos em Saúde: Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho* (B. Negri; R. Faria; A. L. D. Viana, Orgs.), p. 257-274, Campinas: Unicamp.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO – OIT., 1986. *Labour Market. Flexibility – Report of na Experts Group Meeting*. Ginebra: OIT, mayo.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS, 1999. OCB/DETEC/Banco de Dados.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS, 2002. OCB/DETEC/Banco de Dados. Disponível em: www.ocb.org.br, acessado em: 10/7/2003.

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS – OCDE, 1986a. *Labour Market Flexibility – A Report by High-Level Group of Experts to the Secretary General*. Paris: OCDE, mayo.

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS – OCDE, 1986b. *Flexibility in the Labour Market – The Current Debate*. Paris: OCDE, octubre.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DE EMPLEADORES – OIE, 1985. *Adapting the Labour Market*. Ginebra: OIE, septiembre.

PESSOA, L. R., 1996. *Terceirização nos hospitais públicos: mais um problema ou uma possível solução*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ..

PIORE, M. J., 1986. Perspectives on labour market flexibility. *Industrial Relations Journal*, v. 25, n.º 2, p. 76-89, primavera.

PROAHSA, 1997. *Boletim de Indicadores*, Ano 1, n.º 1, abr.

QUEIROZ, C. A. R. S., 1998. *Manual de terceirização: onde podemos errar no desenvolvimento e na implantação dos projetos e quais são os caminhos do sucesso*. São Paulo: STS.

RODGERS, G.; RODGERS, J., 1989. Precarious jobs in labour market regulation: the growth of atypical employment in Western Europe. Geneva: International Institute for labour Studies.

SEIXAS, P. H. D., 2002. Os Pressupostos para a Elaboração da Política de Recursos Humanos nos Sistemas Nacionais de Saúde. In: *Política de Recursos Humanos em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, p. 101-113.

SILVA, A. J. H.; DORNELAS, H. L.; BRAGA, M. J., 2001. Cooperativas de Trabalho: A Práxis dos Princípios Cooperativistas e sua Análise Jurídica. *Anais do V Congresso de Ciências Humanas, Letras e Artes*. Ouro Preto-MG, 28 a 31 de agosto de 2001.

STANDING, G., 1986. Labour flexibility: Towards a research agenda, Labour Market Analysis Working Paper, n.º 3, Ginebra: Labour Market Analysis and Employment Planning, Programa Mundial del Empleo, OIT.

SUNSERI, R., 1998. Outsourcing loses its “Mo”: our annual survey points to a plateau for most contracts services. *Hospitals & Health Networks*, 20, nov.

TEIXEIRA, C. P., 2000. *Cooperativas de Profissionais de Saúde dos Serviços Municipais e Estaduais no Município do Rio de Janeiro e a Cooperativa do Hospital Geral de Nova Iguaçu: Abordando as Prestadoras*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: ESNP/FIOCRUZ.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS/NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS – NEPP., 2000. *Avaliação da implementação do PAB*. Campinas: UNICAMP/NEPP.

VIEIRA, A. L.; OLIVEIRA, E. S., 2001. O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 54, n.º 4, p. 623-629, out./dez.

VIEIRA, A. L., 2002. Empregabilidade dos Enfermeiros no Brasil. Esc. Anna Nery, *Revista Enfermagem*, v. 6, supl. 1, dezembro, p. 65-74.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO PARA OS GESTORES DAS COOPERATIVAS

1. Em que ano a cooperativa foi criada e por que?

.....
.....

..2. Para que tipo e porte de instituição de saúde (hospital, ambulatório, especialidades médicas) a cooperativa presta serviços?

.....
.....

..

3. Para quem a cooperativa presta serviços? (Secretaria Estadual ou Municipal, instituições privadas, direto com as instituições). Como se dá o repasse de verbas para a cooperativa?

.....
.....
.....

...

4. Qual a forma de vinculação legal da cooperativa (contrato, convênio) com o sistema de saúde (Secretarias de Saúde) e ou instituições de saúde? Qual a duração em anos da contratação dos serviços da cooperativa?

.....
.....

..

5. Quais as especialidades que são desenvolvidas pela cooperativa?

.....

6. Qual o número de enfermeiros cooperativados?

No ano de criação da cooperativa ().

2000.....2001.....2002.....

.2003

(período).....

7. Existe déficit atualmente entre o número de enfermeiros cooperativados e o número de enfermeiros necessários nas unidades atendidas? Se sim, por quais motivos?

() SIM () NÃO

.....
.....
..

8. Qual o perfil de enfermeiro que mais interessa à cooperativa? (idade, sexo, especialidade, anos de formado)

.....
.....
.....
...

9. Qual a carga horária mínima e máxima (mensal) para cada cooperado?

Mínima.....Máxima.....

.

10. Como é distribuída a carga horária dos cooperativados?

.....
.....

..11. Qual(is) a(s) forma(s) de adesão dos enfermeiros na cooperativa?

.....
.....
..

12. Qual é a rotatividade dos enfermeiros nas cooperativas? (tempo mínimo, médio e máximo de permanência dos cooperativados)

.....
.....
..

MÍNIMO.....

..MÉDIO.....

..MÁXIMO.....

...

13. Entre os itens abaixo, quais são os adotados na cooperativa?

Descanso anual () Remunerado Sim () Não ()

Período de tempo.....

Gratificação natalina ()

Licença maternidade () período de tempo.....

Outros.....

.

14. Em média (e em reais), qual a remuneração/dia (24h) dos cooperativados?

.....

.

15. Em média (e em reais), qual a remuneração/mês dos cooperativados?

.....

.

16. Como a cooperativa supervisiona o trabalho dos enfermeiros? (com que profissionais, periodicidade, turnos, quais os critérios de avaliação da assistência de enfermeiros, descrever o processo de controle de qualidade da assistência dos enfermeiros).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. Do seu ponto de vista, quais são os 3 maiores aspectos positivos e os 3 aspectos negativos em relação à cooperativa?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

18. E em relação aos enfermeiros cooperativados?

19. Na sua visão, quais são as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus?

.....
.....
.....
.....
.....

20. Deseja livremente emitir alguma opinião em relação à cooperativa, aos cooperativados e, ainda, em relação à instituição para a qual a cooperativa presta serviços?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO PARA OS GESTORES HOSPITALARES

1. Quais os motivos da opção da instituição, para utilização de enfermeiros cooperativados?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. A chefia de enfermagem é um cargo de enfermeiro contratado da instituição ou de enfermeiro cooperativado?

.....

3. E as chefias de serviços de enfermagem por clínicas?

.....

4. Qual o número de enfermeiros contratados pela própria instituição?

.....

5. Qual o número de enfermeiros cooperativados que prestam serviço nesta instituição?

.....

6. Existe déficit atualmente de enfermeiros cooperativados? Se sim, por quais motivos?

() SIM () NÃO

.....

.

.....

.

.....

.

7. Quais são os 3 maiores aspectos positivos e os 3 maiores aspectos negativos do trabalho dos enfermeiros cooperativados na sua instituição?

.....

.

8. Quais as diferenças, vantagens e desvantagens na prestação dos serviços de enfermagem, entre os enfermeiros contratados pela instituição e os enfermeiros cooperativados?

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

9. Qual a rotatividade dos enfermeiros cooperativados na sua instituição?

.....

.

10. Como a instituição supervisiona o trabalho dos enfermeiros? (com que profissionais, periodicidade, turnos, quais os critérios de avaliação da assistência de enfermeiros, descrever o processo de controle de qualidade da assistência dos enfermeiros cooperativados)

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

11. Do seu ponto de vista, quais são os 3 maiores aspectos positivos e os 3 maiores aspectos negativos em relação à cooperativa que a instituição utiliza?

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

12. Na sua visão, quais são as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus?

.....

.

.....

.

.....

.

13. Deseja emitir livremente opiniões sobre a cooperativa, os enfermeiros cooperativados ou os enfermeiros contratados pela própria instituição?

.....

.

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS

1. Qual a sua especialidade e/ou habilitação?

.....
.

2. Há quanto tempo faz parte da cooperativa?

.....
.

3. Já fez parte de outra cooperativa? Se sim, por quanto tempo?

.....
.
.....
.

4. Como você aderiu à cooperativa? (que exigências foram cumpridas?).

.....
.
.....
.

5. Você tem outro emprego? (se sim, assinale o tipo de instituição).

() SIM () NÃO

Instituição Pública () Federal () Estadual () Municipal ()

Instituição Privada ()

6. Qual é o seu emprego principal? (do qual você não sairia por vontade própria, pedido de demissão ou desvinculação da instituição, e que pretende manter durante todo o tempo do exercício profissional de enfermeiro)

Instituição Pública () Federal () Estadual () Municipal ()

Instituição Privada ()

Cooperativa ()

7. Na sua opinião, existe déficit (na cooperativa) entre o número de enfermeiros escalados e o número de enfermeiros necessários nas unidades atendidas? Se sim, por quê?

() SIM () NÃO

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

8. Como é distribuída a sua carga horária mensal e de seus colegas mais próximos de trabalho? (n.º de horas, turnos, número de plantões de x horas).

.....

.

.....

.

.....

.

9. Qual é a sua remuneração mensal? (em reais na cooperativa).

MÍNIMA.....(média/horas/trabalho/mês)

MÉDIA.....(média/horas/trabalho/mês)

MÁXIMA.....(média/horas/trabalho/mês).

10. Qual(ais) o(s) mecanismo(s) utilizado(s) pelo grupo de enfermeiros para solucionar uma situação de falta ao serviço? (doença individual, da família, acidente, outros)

.....

.

.....

.

.....

.

11. Como é administrada, pelo grupo, a situação de férias (descanso anual), afastamento por interesses particulares, licença médica e outros motivos?

12. Quais são os seus compromissos mensais com a cooperativa além do trabalho técnico como enfermeiro?

.....
.
.....
.
.....
.

13. Como a cooperativa supervisiona o seu trabalho técnico? (quem, período, como)

.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.

14. Qual a média de tempo em horas mensais que você fica em casa?

.....
.

15. Para quais atividades pessoais, familiares (não profissionais) falta tempo para você?

.....
.
.....
.
.....
.

16. Gostaria de fazer algum curso? Qual(ais)? Se não, quais os motivos?

() SIM () NÃO

17. Você participa de assembléias da cooperativa, com direito a voto? Em que tipo de deliberações? Se não, quais os motivos?

() SIM () NÃO

.....
.
.....
.
.....
.....
.
.....

18. Qual(ais) benefício(s), atividade(s), ou outras reivindicações que você gostaria de que a cooperativa atendesse?

.....
.
.....
.
.....

19. Do seu ponto de vista, quais são os 3 maiores aspectos positivos e os 3 aspectos negativos em relação à cooperativa?

.....
.
.....
.
.....
.....
.
.....
.....
.
.....
.....

20. E em relação aos seus colegas, os enfermeiros cooperativados?

21. E em relação à instituição(ões) para a(s) qual(ais) você presta serviço profissional?

22. Considera o seu trabalho desgastante, ou estressante? (se sim, por quê?)

() SIM () NÃO

.....
.
.....
.
.....
.
.....
.
.....
.

23. Na sua visão, quais são as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus?

.....
.
.....
.
.....

24. Deseja emitir opiniões sobre a cooperativa, a(s) instituição(ões) em que trabalha, ou ainda sobre os enfermeiros cooperativados?

ANEXO 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTORES DAS COOPERATIVAS)

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa cujo título é Cooperativa de Enfermeiros em Manaus. Você foi selecionado(a) pois representa um dos gestores de cooperativas de enfermeiros de Manaus, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a sua instituição, ou ainda com a Fiocruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, e a Universidade Federal do Amazonas.

O objetivo central desta dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, é analisar as cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer, através de questionário aplicado pela pesquisadora, dados relativos às características da cooperativa: ano de criação e motivos; para quem presta serviços; qual a forma legal de contratação da cooperativa com os serviços ou secretarias ou instituições de saúde; as especialidades desenvolvidas pela cooperativa; número de enfermeiros cooperativados; déficit de enfermeiros cooperativados; perfil requerido dos cooperativados; carga horária mínima e

máxima; distribuição da carga horária; forma(s) de adesão dos enfermeiros; rotatividade dos enfermeiros; benefícios sociais; remunerações; supervisão dos enfermeiros; aspectos positivos e negativos em relação à cooperativa e aos enfermeiros cooperativados; e as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento, no Brasil, de cooperativas de profissionais de saúde na literatura e principalmente da inexistência de estudos que abordam cooperativas de enfermeiros. Além de contribuir, academicamente, sua participação se torna bastante relevante para toda a enfermagem brasileira em relação, principalmente, à sua inserção no mercado de trabalho em saúde.

As informações contidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo. Assim, sua participação não envolve risco pessoal ou profissional. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, bem como da sua instituição que serão tratados na dissertação como cooperativa C1, C2, C3. No material de coleta de dados (questionário), também asseguramos a não identificação pessoal ou da cooperativa.

Você receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Gilsirene Scantelbury de Almeida
Pesquisador Principal

Pesquisador Principal: Gilsirene Scantelbury de Almeida
End: Rua 208, n.º 52, núcleo 16 – Cidade Nova III
CEP: 69098-380 – Manaus-Amazonas

E-mail: scantelbury@bol.com.br

Fone: (0__92) 233-2371

Comitê de Ética em Pesquisa

End: Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 32

Manguinhos – CEP: 21041-000 – Rio de Janeiro-RJ

Telefax: (0__21) 2290-0085, 2590-3789, ramal 2054.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Manaus, _____ de _____ de 2003.

ANEXO 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTORES DOS HOSPITAIS)

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa cujo título é Cooperativa de Enfermeiros em Manaus. Você foi selecionado(a), pois representa um dos gestores dos hospitais que utilizam os enfermeiros cooperativados de Manaus, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a sua instituição, ou ainda com a Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública, e a Universidade Federal do Amazonas.

O objetivo central desta dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, é analisar as cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer, através de questionário aplicado pela pesquisadora, dados relativos: motivo pela escolha de enfermeiros cooperativados; chefias de enfermagem e de serviços nas clínicas; número de enfermeiros da própria instituição; aspectos positivos e negativos do trabalho dos enfermeiros cooperativados na instituição; déficit de enfermeiros cooperativados e de enfermeiros nas

unidades; diferenças, vantagens e desvantagens dos serviços de enfermagem cooperativado; rotatividade e supervisão dos enfermeiros cooperativados; aspectos positivos e negativos em relação à cooperativa e aos enfermeiros cooperativados; e as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento, no Brasil, de cooperativas de profissionais de saúde na literatura e principalmente da inexistência de estudos que abordam cooperativas de enfermeiros. Além de contribuir, academicamente, sua participação se torna bastante relevante para toda a enfermagem brasileira em relação, principalmente, à sua inserção no mercado de trabalho em saúde.

As informações contidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo. Assim, sua participação não envolve risco pessoal ou profissional. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação, bem como da sua instituição que serão tratados na dissertação como hospital H1, H2, H3. No material de coleta de dados (questionário), também asseguramos a não identificação pessoal ou da instituição.

Você receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Gilsirene Scantelbury de Almeida
Pesquisador Principal

Pesquisador Principal: Gilsirene Scantelbury de Almeida

End: Rua 208, n.º 52, núcleo 16 – Cidade Nova III

CEP: 69098-380 – Manaus-Amazonas

E-mail: scantelbury@bol.com.br

Fone: (0__92) 233-2371

Comitê de Ética em Pesquisa

End: Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 32

Manguinhos – CEP: 21041-000 – Rio de Janeiro-RJ

Telefax: (0__21) 2290-0085, 2590-3789, ramal 2054.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Manaus, _____ de _____ de 2003.

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIROS DAS COOPERATIVAS)

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM SAÚDE PÚBLICA NA AMAZÔNIA
OCIDENTAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa cujo título é Cooperativa de Enfermeiros em Manaus. Você foi selecionado(a) aleatoriamente através de sorteio entre os enfermeiros cooperativados de Manaus, e sua participação não é obrigatória nem trará benefícios diretos a você ou a cooperativa. A qualquer momento você pode desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador, com a sua instituição, ou ainda com a Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública, e a Universidade Federal do Amazonas.

O objetivo central desta dissertação de Mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, é analisar as cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer, através de questionário aplicado pela pesquisadora, dados relativos: especialidade e habilitação profissional; tempo de cooperativismo; participação em outra cooperativa; exigências para adesão na cooperativa; outro(s) emprego(s); emprego principal; déficit entre o número de enfermeiros escalados e o número de enfermeiros necessário nas unidades atendidas; distribuição da

carga horária semanal e de seus colegas mais próximos de trabalho; remuneração mensal; mecanismo(s) utilizado(s) pelo grupo de enfermeiros para solucionar uma situação de falta ao serviço; administração pelo grupo das situações de férias (descanso anual), afastamento por interesses particulares, licença médica e outros motivos; compromissos mensais com a cooperativa, além do trabalho técnico como enfermeiro; supervisão do trabalho técnico; período de tempo no lar; atividades não desenvolvidas após inserção na(s) cooperativa(s); necessidade de aprimoramento profissional; participação em assembléias da(s) cooperativa(s); benefícios, atividades e reivindicações desejadas; aspectos positivos e negativos em relação à cooperativa, aos enfermeiros cooperativados e à(s) instituição(ões) onde presta serviços; trabalho desgastante, e estressante; e as perspectivas futuras para o sistema de cooperativas de enfermeiros em Manaus.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento, no Brasil, de cooperativas de profissionais de saúde na literatura e principalmente da inexistência de estudos que abordam cooperativas de enfermeiros. Além de contribuir, academicamente, sua participação se torna bastante relevante para toda a enfermagem brasileira em relação, principalmente, à sua inserção no mercado de trabalho em saúde.

As informações contidas nesta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo. Assim, sua participação não envolve risco pessoal ou profissional. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação bem como das instituições de saúde onde trabalha, bem como da(s) cooperativa(s). No material de coleta de dados (questionário), também asseguramos a não identificação pessoal ou das instituições e cooperativas.

Você receberá uma cópia deste termo no qual consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Gilsirene Scantelbury de Almeida
Pesquisador Principal

Pesquisador Principal: Gilsirene Scantelbury de Almeida

End: Rua 208, n.º 52, núcleo 16 – Cidade Nova III

CEP: 69098-380 – Manaus-Amazonas

E-mail: scantelbury@bol.com.br

Fone: (0__92) 233-2371

Comitê de Ética em Pesquisa

End: Escola Nacional de Saúde Pública

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, sala 32

Manguinhos – CEP: 21041-000 – Rio de Janeiro-RJ

Telefax: (0__21) 2290-0085, 2590-3789, ramal 2054.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Manaus, _____ de _____ de 2003.