

ENFERMEIROS COOPERATIVADOS EM MANAUS

Gilsirene Scantelbury Trindade¹
Ana Luiza Stiebler Vieira²
Antenor Amâncio Filho³
Márcia Teixeira⁴

RESUMO

O presente artigo focaliza os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, vinculados a três organizações que se enquadram no segmento das cooperativas de trabalho, cujos serviços que oferecem são contratados, com exclusividade e em regime terceirizado, pela Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, para prestar assistência de enfermagem nos hospitais e prontos socorros localizados na cidade de Manaus. Tem como finalidade apresentar e analisar os elementos constitutivos dessa modalidade de incorporação e gestão do trabalho dos enfermeiros e, a partir de um estudo de caso, contribuir para aprofundar a compreensão quanto à utilização dessa modalidade como mecanismo de inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho em saúde do país.

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, Professora Assistente da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: scantelbury@bol.com.br

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ, Pesquisadora Titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca-Fiocruz. E-mail: stiebler@ensp.fiocruz.br

³ Doutor em Educação. Pesquisador do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. E-mail: amancio@ensp.fiocruz.br

⁴ Socióloga, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - Fiocruz, pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Recursos Humanos ENSP/FIOCRUZ. E-mail: marciatx@fiocruz.br

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem, cooperativas de trabalho, mercado de trabalho em saúde.

Nurses Cooperativados in Manaus/ Cooperatives of Nursing in Manaus

ABSTRACT

The present article focuses the professionals of the health, in special the nurses, tied the three organizations that if fit in the segment of the cooperatives of work, whose services that they offer are contracted, with exclusiveness and in (intermediated) terceirizado regimen, for the State secretary of the Health of Amazon, to give to assistance of nursing in the hospitals and ready/ soon-aid pronto socorros located in the city of Manaus. It has as purpose to present and to analyze the constituent elements of this modality of management and incorporation of the work of the nurses and from a study of case to contribute to deepen the understanding how much to the use of this modality as mechanism of insertion of the nurses in the market of work in health of the country.

Key Words: Nursing, Cooperatives of Work, Market of Work in health.

1 – INTRODUÇÃO

O mercado de trabalho brasileiro em geral tem dado fortes sinais de flexibilização, tendo em vista a crescente desregulamentação das relações de trabalho, o incremento do trabalho informal e do desemprego, a generalização de contratos de trabalho temporários, as sub-contratações e, em especial, a precarização do emprego pela via da denominada terceirização dos contratos.

No contexto mais amplo, tais experiências surgem num cenário de debates em torno da reestruturação da produção no mundo e a nova organização do trabalho que tem

na flexibilização seu eixo condutor, e ainda, com o questionamento acerca da relação Estado-Mercado em diferentes países, marcados principalmente pelas propostas de revisão das funções do Estado e de medidas reformuladoras da administração pública.

Sem perder de vista tais movimentos que informam a concepção de políticas de gestão do trabalho para o setor de saúde, consideramos ainda necessário uma abordagem mais localizada, para que seja melhor revelada a natureza e o desenvolvimento de tais experiências. Acreditamos ainda que, para se compreender adequadamente os problemas da implementação da política de saúde e contribuir para suas soluções é preciso identificar os novos elementos que passam a constituir o cotidiano da gestão do trabalho em realidades sociais determinadas. Assim, a experiência na incorporação e gestão do trabalho dos profissionais de enfermagem no Estado do Amazonas torna-se o *locus* privilegiado desse estudo.

No Brasil, os enfermeiros, como trabalhadores inseridos no setor terciário da economia, no caso o de serviços de saúde, estão sujeitos às transformações contextuais do mercado de trabalho em geral e, em especial, do mercado de trabalho em saúde. Neste, a terceirização dos profissionais por meio de cooperativas, inicialmente restrita aos médicos se estende a outros profissionais do setor, e os enfermeiros não são uma exceção. As cooperativas de trabalho passam a representar uma importante alternativa para alocação de recursos humanos no mercado de trabalho em saúde, com destaque para a grande quantidade de trabalhadores atuando sob essa modalidade de vínculo no Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Cherchglia (1999), a forma cooperativada é definida como aquela que tem por objetivo a venda de bens e de serviços para o mercado e que, de acordo com a Organização das Cooperativas Brasileiras (1999), se caracteriza por ser constituída por trabalhadores autônomos de uma mesma categoria profissional que se unem em um empreendimento para prestarem seus serviços à coletividade e a terceiros, sem intermediação, atendendo a demandas de diferentes segmentos, dentre os quais o setor industrial, de transporte, cultural, da educação e da saúde. As cooperativas de trabalho são regidas pela Lei nº 5764 de 16 de dezembro de 1971, que define a política nacional de cooperativismo.

Estudo realizado pelo NESCON (2001), sobre a inserção dos médicos e enfermeiros nas instituições de saúde dos municípios brasileiros, através de cooperativas, revela que esse contingente representava, em 1999, respectivamente 4,7% e 4,3% do conjunto de modalidades alternativas à contratação direta pelo Estado. No caso do Programa Saúde da Família, as cooperativas, de acordo com o NESP (2003), vêm se impondo, com muita frequência, como forma alternativa de resposta à reivindicação de um incentivo pecuniário à dedicação integral de médicos e enfermeiros no exercício de suas atividades, possibilitando que os níveis de remuneração sejam de duas a três vezes mais elevados em relação ao que é pago para os mesmos profissionais que, com igual carga horária, trabalham nos serviços usuais, em ambulatórios e hospitais. Dados da Pesquisa Assistência Médica Sanitária (IBGE, 2002) demonstram que a inserção dos enfermeiros no setor saúde mediante a intermediação de empresas e de cooperativas, equivale a 7,0% do total dos postos de trabalho (88.952, em números absolutos) desses profissionais em todo o país,

representando nas Regiões Norte, 15,3%; Nordeste 7,4%; Sudeste, 6,1%; Sul, 6,4% e Centro-Oeste, 5,6%.

Se de um lado a proliferação da compra de serviços através de cooperativas de trabalho, movimento que se intensificou na década de 90, vem ocorrendo num quadro em que o Estado procura redefinir o seu papel e deslocar o seu eixo de atuação com medidas de flexibilização no que concerne ao mundo do trabalho, por outro, no âmbito do Sistema Único de Saúde, após um forte movimento de incorporação do trabalho sob múltiplas vias, atualmente está em pauta a luta por uma política de alocação de recursos humanos direcionada para a estabilidade e para a desprecarização da utilização da força de trabalho que nele atua. (MS, 2003)

Segundo Nogueira (2004), as cooperativas que agem no setor saúde são apontadas como irregulares por burlarem dispositivos constitucionais de avaliação de mérito e de publicidade para ingresso de trabalhadores no serviço público e, também, por representarem uma das formas utilizadas para descaracterizar o vínculo empregatício, isentando-se muitas vezes do cumprimento de obrigações trabalhistas e fiscais.

O presente artigo focaliza os profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, vinculados a três organizações que se enquadram no segmento das cooperativas de trabalho, cujos serviços que oferecem são contratados, com exclusividade e em regime terceirizado, pela Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, para prestar assistência de enfermagem nos hospitais e prontos socorros localizados na cidade de Manaus.

Assim, destaca-se como um dos objetivos do estudo realizado, a análise da inserção dos enfermeiros nas cooperativas consideradas e, mediante essa análise, conhecer melhor a dinâmica dessa relação. Nesse sentido, ao longo do texto são tecidas reflexões sobre o tema, na expectativa de contribuir para aprofundar a compreensão quanto à utilização dessa modalidade como mecanismo de inserção dos enfermeiros no mercado de trabalho em saúde do país, bem como servir de subsídios na formulação de políticas públicas direcionadas para esse segmento profissional.

2- LEVANTAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa desenvolvida teve como escopo o modelo utilizado em um estudo de caso. Os dados foram coletados entre os meses de janeiro e julho de 2003 junto a cinquenta enfermeiros, selecionados no universo constituído por aqueles associados às cooperativas consideradas e identificadas como C1, C2 e C3. A esses cinquenta sujeitos do estudo foi aplicado um questionário com perguntas fechadas e abertas, para obtenção de dados sobre especialidades e habilitações profissionais, critérios para adesão às cooperativas, outro(s) vínculos empregatícios, carga horária mensal de trabalho, remuneração mensal, mecanismos utilizados para solucionar situações como férias, afastamentos por interesses particulares e licença médica, principais atividades não desenvolvidas após inserção na cooperativa, aspectos positivos e negativos em relação às cooperativas, trabalho desgastante e estressante; perspectivas futuras para o sistema de cooperativismo dos enfermeiros em Manaus.

Para representar o universo dos profissionais, foi utilizada a amostragem aleatória simples, obedecidas as seguintes etapas: explicitação dos objetivos, definição da população,

escolha das variáveis, especificação do grau de precisão desejado mediante o cálculo do peso amostral do cooperado pelo o universo de cada cooperativa, escolha dos instrumentos de medida e da forma de abordagem, escolha da unidade amostral onde se estipulou a menor parte identificável da população para fins de enumeração e sorteio da amostra e, ainda, seleção da amostra após definição do seu respectivo tamanho.

A partir do censo das cooperativas que totalizou 315 cooperados, distribuídos pelas três cooperativas estudadas (C1 com 65, C2 com 175 e C3 com 75 enfermeiros associados), a amostra se constituiu de cinquenta enfermeiros, assim distribuídos: 08 da C1, 30 da C2 e 12 da C3.

Os dados quantitativos foram consolidados utilizando-se o programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS. Foi atribuído um peso para cada cooperado, tendo em vista representar o universo de cada cooperativa. Foram obtidos, então, os seguintes pesos amostrais: respondentes da C1 com peso 8,48; respondentes da C2 com peso 5,83 e respondentes da C3 com peso de 6,25.

3- OS ENFERMEIROS COOPERATIVADOS

A cooperativa C1, criada em 1997 e com propósito, ainda mantido, de prestar serviços de enfermagem a uma unidade de saúde pública especializada em pediatria, contava em 2003 com 65 associados (e, em março de 2005, com 45.) No ambulatório os enfermeiros prestam assistência primária em pediatria e na internação atuam nos setores de

clínica médica, clínica cirúrgica, isolamento, alto-risco, semi-intensivo e no centro cirúrgico.

A cooperativa C2, criada em 1999, contava em 2003 com 175 enfermeiros (e, em março de 2005, com 197.) Prestam serviços de enfermagem em duas unidades públicas, um pronto socorro infantil e um hospital de urgência e emergência, o qual é referência em traumatologia.

A cooperativa C3, por sua vez, foi criada em 1995 e contava, em 2003, com 75 enfermeiros associados (e, em março de 2005, com 97,) que atendem a todas as UTIs pertencentes à Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas - SUSAM. Vale ressaltar que todas as cooperativas foram demandadas por essa Secretaria, na busca de enfermeiros como maior qualificação, principalmente para os cuidados mais especializados e intensivos, coincidindo inclusive com a implantação de unidades de saúde e setores de internação especializados.

No entanto, se o pressuposto da baixa qualificação profissional dos servidores constituiu a principal justificativa por parte do Estado, para a utilização de enfermeiros cooperativados, os servidores, por sua vez, tornaram-se associados, demandando às cooperativas instituir um processo de capacitação de seus quadros. Apesar desse processo, é possível perceber pelas Tabelas 1 e 2 que os associados ainda necessitam adequar as suas habilitações às finalidades das unidades de saúde em que prestam serviços, considerando que a grande parcela do trabalho demandado da enfermagem é especializada e intensiva.

Tabela 1

Áreas de habilitação dos enfermeiros por cooperativas

Habilitações	C1	C2	C3	Total	%
Hab. adm. hosp.	16	6	6	28	8,9
Hab. enf. Trabalho		6		6	1,9
Hab. méd. cir.	8	6	19	33	10,5
HAB. Obstetrícia	8	23		31	9,8
Saúde pública	25	23	19	67	21,3
Nenhuma	8	111	31	150	47,6
Total	65	175	75	315	100,0

Tabela 2

Áreas de especialidades dos enfermeiros por cooperativas

Especialidades	C1	C 2	C3	Total	%
Adm. hosp.	8	6		14	4,4
Saúde da família	8			8	2,5
Urg. e emergência		12		12	3,9
UTI	16	35	56	107	34,0
Nenhuma	33	122	19	174	55,2
Total	65	175	75	315	100,0

Chama a atenção, nas três cooperativas, o fato de 47,6% dos enfermeiros a elas associados não terem qualquer habilitação profissional; 55,2% não possuem nenhuma especialidade; serem inadequadas as habilitações e especializações dos associados da C1 que trabalham em pediatria em vários níveis de risco; o baixo percentual de qualificação em urgência e emergência na C2, assim como a não qualificação de seus associados em pediatria e traumatologia. Evidencia-se um melhor esforço na C3 no sentido de adequação e melhor qualificação especializada para o trabalho intensivista demandado contratualmente.

Outro ponto que merece destaque são os 21,3% habilitados em saúde pública, cuja formação foi ofertada pela Universidade Pública de Manaus, entidade que, historicamente,

constituía a única formadora de enfermeiros em Manaus, destacando-se pela sua diretriz de formação em saúde pública. Assim, pode-se afirmar que o cooperativismo vem provocando mudanças no perfil desses profissionais, já que vem sendo restringida ou abandonada a formação direcionada para o campo da saúde coletiva e ganhando impulso uma formação bastante específica, hospitalocêntrica e com especialização em áreas de cuidados intensivos e de risco. Ao mesmo tempo, as cooperativas vêm impactando também o mercado educativo, principalmente o privado, com a criação de mais três novas faculdades de enfermagem em Manaus. Onde, ademais, se assiste à proliferação de cursos de especialização particulares, que se caracterizam por seus elevados custos e de cuja oferta participam as próprias cooperativas.

As formas de ingresso nas cooperativas observam a adesão livre e voluntária, mas o princípio de “portas abertas”, enunciado na Lei N^o 5764/71, é bastante relativizado através de seleção e estágios probatórios técnicos. Na cooperativa C1 o ingresso ocorre mediante a análise do currículo do candidato pela diretoria e pagamento da quota-parte de R\$ 2.000,00 (julho de 2003), passando para R\$ 2.400,00 (março de 2005); na C2, o candidato se submete a um estágio probatório e, se aprovado, participa com uma quota-parte de R\$4.000,00 que pode ser paga em oito parcelas, mediante desconto no valor a ser recebidos dos plantões mensais; na C3, após análise do currículo e entrevista seletiva, o enfermeiro se submete a um estágio de 120 horas e, se aprovado, ingressa na cooperativa, participando com uma quota-parte de R\$3.000,00 (julho de 2003), passando para R\$ 6.000,00 (março de 2005), que pode ser integralizados em seis parcelas mensais, mediante desconto do valor a ser pago pelos plantões cumpridos.

Na Tabela 3, pode-se observar que 53% dos cooperativados tinham vínculo empregatício em instituições públicas ou privadas. Na C1, todos os cooperados possuíam emprego formal; na C2 e na C3, respectivamente 58 (33,1%) e 44 (58,7%), estão vinculados a empregos públicos ou privados. Esses dados deixam transparecer que os enfermeiros buscam manter vínculo empregatício, sinalizando que a estabilidade e os direitos trabalhistas pesam substancialmente na opção profissional (e pessoal) de vida garantindo, ao mesmo tempo, outra remuneração, muitas vezes sendo utilizado, para manutenção do vínculo, o artifício do repasse, por parte do “titular”, das suas atividades e plantões para outros enfermeiros.

Tabela 3

Associação e vínculos dos enfermeiros por cooperativa

Associação/Vínculos	C1	C2	C3	Total	%
Associação Exclusiva c/ Cooperativa		117	31	148	47,0
Cooperativa, estadual e municipal	8			8	2,5
Cooperativa e federal		23	25	48	15,0
Cooperativa, federal e municipal	8			8	2,5
Cooperativa e municipal	49	17	13	79	25,0
Cooperativa, municipal e privado		12	6	18	6,0
Cooperativa e privado		6		6	2,0
Total	65	175	75	315	100,0

Considerando apenas as horas trabalhadas nas cooperativas, observa-se na Tabela 4 que 67,3% dos cooperados trabalham entre 101 e 200 horas mensais o que representa, em média, 38 horas semanais, mínimo de 25 e máximo de 50 horas. Destacam-se os percentuais de enfermeiros trabalhando na faixa de até 300 e de até 400 horas mensais perfazendo, respectivamente, em média 63 e 88 horas semanais, o que significa o mínimo de 50 e 75 horas e o máximo de 75 e 100 horas semanais. Entre as cooperativas, na C3 é onde se verifica, percentualmente, mais enfermeiros com carga horária de até 300 horas

(32,%) e, também, de até 400 horas mensais (17,3%), não sendo desprezível, entretanto, o fato de 19,9% dos enfermeiros da C2 trabalharem entre 201 e 400horas mensais (16,5% entre 201 e 300horas e 3,4% entre 301 e 400horas). Chama atenção especial a C3 onde, percentualmente, seus enfermeiros possuem mais vínculos em outras instituições, trabalham mais horas nas cooperativas em atividades mais complexas ou de cuidados exclusivamente intensivos de enfermagem nas UTIs.

Visualizando a natureza do trabalho e as atividades desenvolvidas em cada cooperativa – a maioria delas de risco e de cuidados especializados-, pode-se considerar que existe uma sobrecarga de horas semanais trabalhadas em todas as cooperativas, apesar do limite médio indicado pelas cooperativas, de 276 horas mensais ou de 23 plantões mensais de 12 horas.

Tabela 4

Horas mensais trabalhadas exclusivamente nas cooperativas

Carga Horária Mensal	C1	C2	C3	Total	%
30h - 100hs		6		6	2,0
101h - 200hs	65	122	25	212	67,3
201h - 300hs		29	24	53	16,8
301h - 400hs		6	13	19	6,0
Sem resposta		12	13	25	7,9
Total	65	175	75	315	100,0

O estudo realizado permite constatar a prática da flexibilidade numérica externa e 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), que compreendem a liberdade de modificar o tamanho da força de trabalho (aumentando ou diminuindo) e das horas de trabalho sem variar a quantidade de trabalhadores para responder às demandas e às inovações tecnológicas. Do 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. 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, os cooperados declararam que permanecem 30hs no trabalho e, após 12hs de descanso, retornam para uma nova jornada de 30hs. Assim, se de um lado garantem maiores remunerações, de outro, colaboram ao mesmo tempo, com as referidas flexibilidades através da utilização da sua força de trabalho.

Considerando os rendimentos obtidos exclusivamente do trabalho nas cooperativas, a Tabela 5 mostra que a faixa de R\$ 2.501,00 a R\$3.500,00 constitui o rendimento mais freqüente entre todos os cooperados, seguidos de R\$3.501,00 a R\$4.500,00, sendo também importante os percentuais daqueles que recebem de R\$4.501,00 a R\$5.500,00. Os menores rendimentos, proporcionalmente, são mais presentes entre os enfermeiros da C1, onde as remunerações do trabalho e dos plantões são mais baixas. No entanto, tendo em vista o

salário do emprego formal das instituições ligadas à SUSAM, ou seja, de R\$1.940,00 mensais brutos (líquido de R\$1800,00), percebe-se que 75,4% dos enfermeiros na C1 conseguem remunerações entre R\$2.501,00 e R\$3.500,00. Os enfermeiros da C3, além de manterem uma quantidade maior de outros vínculos empregatícios, são os que têm maiores remunerações, dado que trabalham mais horas, os pagamentos por plantões são os mais elevados entre as cooperativas. Com isto, 34,7% deles conseguem rendimentos de R\$6.501,00 a até mais de R\$8.500,00, sendo que outros 34,7% situam-se na faixa de R\$ 3.501,00 a R\$5.500,00.

Refletindo sobre esse quadro geral, percebe-se que o trabalho dos enfermeiros em cooperativas, de fato lhes garante remunerações acima do ofertado pelo mercado de trabalho formal. Em 2003, o valor bruto do plantão da C1 era de R\$364,83 (líquido de R\$173,29, devido a descontos de taxa administrativa, INSS e IRF); na C2, de R\$450,00 (líquido de R\$236,25) e, na C3, de R\$530,00 (líquido de R\$278,25). Já em março de 2005, os valores líquidos passaram, respectivamente, para R\$395,00, R\$399,00 e R\$499,00. Em Manaus, tais remunerações têm provocado fluxos migratórios de profissionais de outros estados, (principalmente de São Paulo), sendo tais fluxos, inclusive, responsáveis pela criação da C1 e da C2.

Tabela 5

Faixas de rendimentos exclusivos nas cooperativas

Faixas dos Rendimentos (reais)	C1	C 2	C3	TOTAL	%
1.500 a 2.500	16	12		28	9,0
2.501 a 3.500	49	53		102	32,3
3.501 a 4.500		41	13	54	17,0
4.501 a 5.500		29	13	42	13,3
5.501 a 6.500		17		17	5,4

6.501 a 8.500		6	13	19	6,0
acima de 8.500			13	13	4,0
Sem resposta		17	23	41	13,0
Total		65	175	75	315
					100,0

Tendo em vista as grandes cargas horárias de trabalho dos enfermeiros na busca por maiores remunerações, pode-se observar na Tabela 6 que 68,7% deles se ressentem da falta de tempo para diversas atividades pessoais. Como o item que mais se destaca refere-se a “lazer e convívio com a família”, é possível depreender que a qualidade de vida pessoal dos enfermeiros vem sendo afetada, já que a atividade que exercem consome a maior parte do seu cotidiano, com reflexo na qualidade do trabalho realizado nas instituições de saúde, principalmente se considerado que o trabalho que executam se caracteriza como intensivo. Verifica-se, assim, que cerca de 80% dos enfermeiros das três cooperativas acham seu trabalho desgastante e estressante, alçando como motivos as cobranças (pressões) muito maiores que no emprego público, a carga horária elevada, o cuidar de crianças (o que demanda muita atenção e perícia), a falta de lazer e o processo de trabalho em si, onde se lida com o limite da vida.

Tabela 6

Falta de tempo para atividades declarado pelos enfermeiros por cooperativa

Falta de Tempo/ Atividades	C1	C 2	C3	Total	%
Convívio com a família		12	6	18	5,7
Equilibrado	8	23	6	37	11,7
Lazer	16	6		22	7,0
Lazer, consultas médicas		6		6	2,0
Lazer, convívio com a família	25	70	19	114	36,2
Lazer, estudar	8	23	25	56	17,8
Nenhuma		29	13	42	13,3
Sem resposta	8	6	6	20	6,3
Total	65	175	75	315	100,0

Dos enfermeiros que participaram do estudo como sujeitos, 50,2% apontassem aspectos positivos e negativos em relação ao trabalho nas cooperativas. Detendo-se nos pontos positivos, como mostra a Tabela 7, as maiores remunerações propiciadas pela flexibilidade de horários e de plantões e, ainda, a oportunidade de trabalho, constituem as principais vantagens. Destaca-se também que os enfermeiros, embora tenham declarado a sobrecarga de plantões, se sentem mais valorizados, com *status* social diferenciado, reconhecem a qualidade da assistência, as melhores condições de trabalho e relação com a equipe profissional. Como assinala Vieira (2002), maiores remunerações, a busca de maior autonomia, a valorização profissional, entre outros, constituem pontos de atração para o cooperativismo desse profissional que se sente distinguido ante os demais profissionais de sua categoria e que, por livre arbítrio, pode aumentar a sua renda mensal, compensando os baixos salários do setor privado ou do setor público.

A supervisão das cooperativas, mesmo percebida como fiscalização e controle diário da frequência (que resulta em baixo absenteísmo, cuja ocorrência tem impacto significativo em forma de desconto nas remunerações) e a substituição dos profissionais em caso de falta ou necessidade de ausência, é apontada como positiva para o desenvolvimento do trabalho e, evidentemente, apreciada pelos diretores e chefes de enfermagem das unidades de saúde (profissionais vinculados em regime estatutário).

Destacam-se como pontos negativos a ausência de direitos trabalhistas (como férias, licença maternidade, 13^o salário, outras licenças e afastamentos temporários), a instabilidade em termos de garantia do trabalho, a sobrecarga de plantões aliada à baixa qualidade de vida e divergências entre os cooperativados originadas na disputa por plantões e, nessa disputa, as vantagens adquiridas pelos mais antigos. Para o descanso anual (férias), os associados formam um consórcio específico e solicitam um desconto mensal, equivalente a um ou dois plantões, sendo que a escala obedece a um sorteio ou é estabelecida mediante acordo entre os componentes do grupo. Para o equivalente ao 13^o salário, opcionalmente também se prevê um desconto mensal. Nos afastamentos para a maternidade, as cooperadas negociam com outras, as substituições dos plantões com o repasse das remunerações, procedimento também adotado em outros tipos de afastamento, embora as cooperativas possibilitem o afastamento, sem nenhuma remuneração por até um ano, em média. Entretanto, seja para maternidade, interesses particulares, tratamento médico entre outros, o que usualmente se constata são afastamentos entre dois a três meses, dependendo das necessidades financeiras do cooperativado.

Merece ser assinalado que a rotatividade está presente nas cooperativas, evidenciada nas trocas de plantões dos enfermeiros nas diferentes unidades de saúde atendidas pelas cooperativas, como também para substituir faltas e afastamentos. Nesse quadro, se de um lado o profissional conquista maior autonomia, mais *status*, por outro perde a visão de conjunto do processo de trabalho em que se encontra inserido e das transformações que nele ocorrem, o que contribui para que se instale a descontinuidade das ações que conformam esse mesmo processo, seja em determinado setor, no hospital como um todo e, principalmente, no que diz respeito à assistência direta aos pacientes os quais perdem a referência dos profissionais com os quais possuíam alguma relação, contribuindo para um ambiente de tratamento menos humanizado.

Tabela 7

Pontos Positivos em Relação às Cooperativas

Positivos	C1	C2	C3	Total	%
Remuneração	6	15	5	26	28,3
Qualidade da Assistência		4	8	12	13,0
Supervisão	1	8	3	12	13,0
Valorização Profissional		7	4	11	12,0
Flexibilidade de horário, plantões e de remuneração	2	5	2	9	9,8
Interação com a equipe		6		6	6,5
Oportunidade de Trabalho		3	1	4	4,3
Responsabilidade Profissional	2	1		3	3,3
Relação com os diretores			1	1	1,1
Melhoria da qualidade de vida		1		1	1,1
Assiduidade			1	1	1,1
Total	11	54	27	92	100,0

Tabela 8

Pontos Negativos em Relação às Cooperativas

Negativos	C1	C2	C3	Total	%
Falta de direitos trabalhistas	6	11	6	23	34,8
Instabilidade de manutenção do trabalho	1	6	2	9	13,6
Sobrecarga nos plantões	1	2	3	6	9,0
Baixa qualidade de vida		1	5	6	9,0
Divergências entre cooperados		1	3	4	6,0
Muita cobrança por parte da supervisão	2	1		3	4,5
Baixa remuneração em relação aos médicos			2	2	3,2
Falhas na substituição de falta	1		1	2	3,2
Rotina estressante		2		2	3,2
Falta de local e hora de repouso		1		1	1,5
Ingresso de enfermeiros sem qualificação		1		1	1,5
Imposto de renda elevado		1		1	1,5
Hierarquia acentuada			1	1	1,5
Data incerta de pagamento	1			1	1,5
Falta de interesse pelo cooperado	1			1	1,5
Falta de direito a voto	1			1	1,5
Rotatividade nos hospitais			1	1	1,5
Propina/Desorganização		1		1	1,5
Total	14	28	24	66	100,0

Além de cumprirem as atividades profissionais, os cooperados mantêm o compromisso de participar de reuniões e assembléias e, dentre outras reivindicações, como plano de saúde, tíquetes alimentação, pagamento em data certa, escolha do local de trabalho, financiamento para cursos, lutam pela igualdade de direitos, principalmente no tocante ao peso dos votos nas assembléias. De acordo com os depoimentos colhidos, as decisões e deliberações são previamente tomadas e acordadas por grupos de dirigentes das cooperativas, o que contraria o princípio da igualdade de direitos indicada no Art. 37, inciso III da Lei N^o 5764/71, que preconiza o não estabelecimento de restrições de qualquer

espécie ao livre exercício dos direitos sociais nas cooperativas. A negação desse princípio, segundo Silva et al. (2001), permite que se instale a desigualdade na distribuição dos benefícios, devido à existência de grupos de interesse e, ainda, a não participação dos cooperados em cargos de direção e de fiscalização da cooperativa, fazendo com que, de fato, se estabeleça uma relação empregado-empregador. Ainda através dos depoimentos, nas três cooperativas foram constatadas desigualdade na distribuição dos benefícios advindos do Fundo de Assistência Técnica, Educacional e Social, a pequena participação dos cooperados em comissões científicas, em atividades de supervisão e no conselho fiscal, o que pode vir a ser a confirmação da existência de grupos de interesse que, aliados às diretorias, gerenciam as cooperativas e os cooperativados.

Em relação a perspectivas futuras do cooperativismo dos enfermeiros em Manaus (Tabela 8), 82,5% dos entrevistados acreditavam na sua extinção, devido a mudanças políticas no governo do estado. Para um grupo menor e numa visão considerada otimista, a perspectiva é de que para as cooperativas estaria reservada uma posição de liderança no mercado no que diz respeito a serviços altamente especializados de enfermagem, como nas urgências e emergências e nas unidades de tratamento intensivo.

Tabela 9

Perspectivas futuras do cooperativismo
declaradas pelos enfermeiros por cooperativa

Perspectivas	C1	C2	C3	Total	%
Otimista/liderar mercado	8	18	12	38	12,1
Extinção	57	140	63	260	82,5
Sem resposta		17		17	5,4
Total	65	175	75	315	100,0

É possível perceber que os enfermeiros se sentem ameaçados com a possibilidade da extinção das cooperativas, apontando como um dos principais pontos negativos a instabilidade do trabalho revelando, ao nosso ver, uma visão realista, pois identificam que esse sistema está fortemente atrelado a decisões governamentais. De fato, as cooperativas foram criadas por demandas da SUSAM na década de 90 e, anualmente, os contratos são (re)negociados, visando sua renovação.

Na avaliação de Nogueira (1999), os profissionais de saúde têm aderido às cooperativas, por diferentes motivos: livre e voluntária adesão; aspiração de manter uma condição de autonomia no mercado de trabalho; pouca valorização na atualidade, da condição de servidor público; perda de vantagens, em termos de remuneração, na aposentadoria no sistema de previdência pública; criação de vínculo coletivo de solidariedade entre os profissionais, obrigando o gestor local do SUS a se dispor a negociar os valores e os itens dos contratos com as cooperativas. O autor, entretanto, assinala que na maioria das situações as cooperativas não prestam serviços para clientes do setor privado e, desse modo, se vêem obrigadas a vender seus serviços somente ao setor público, situação que restringe sua capacidade de negociação. Nesse sentido, os enfermeiros se sentem inseguros e percebem que a extinção ou a manutenção das cooperativas pode ocorrer de acordo com mudanças nas políticas governamentais, em especial quando se adotam medidas que desestimulam o cooperativismo mediante o fortalecimento de processos seletivos públicos para ingresso no sistema de saúde, posicionamento que encontra respaldo nas medidas que vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde, para combater a precarização do trabalho na área da saúde.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo não tendo obtido acesso a informações e dados como os estatutos das cooperativas e os custos do sistema, o estudo realizado permitiu evidenciar características importantes das cooperativas de enfermeiros em Manaus, como a grande influência (e dependência) do contratante dos serviços na criação das cooperativas, a semelhança que possuem, em termos de estrutura e de funcionamento, com as encontradas nas empresas privadas, o que transparece na forma de gestão centralizada, ordenada por grupos de interesse que detém, de fato, a administração, as decisões e, por fim, uma relação de trabalho que pouco preserva o conceito e os princípios do cooperativismo, posto que muito mais próxima de uma relação vertical como a de empregador e empregado. Essa semelhança pôde ser observada nas formas de seleção, admissão, fiscalização do trabalho (chamada de supervisão), escrutínio permanente das faltas e conseqüentes punições, na centralidade das decisões pelas diretorias e, ainda, pela não observância do direito ao voto livre e proporcional em questões importantes que direcionam o trabalho das cooperativas.

Mesmo que o afastamento do associado da cooperativa, em princípio, seja voluntário, na prática ele pode ser induzido por rígidas regras estabelecidas e exigidas pela supervisão. O excesso de trabalho observado através do grande número de plantões por cooperativado, associado ao tipo de atividade desenvolvida, com clientela de risco; constitui, na prática, uma grande utilização da força de trabalho desses profissionais que, ainda assim, consideram ser essa uma situação vantajosa, em virtude da maior remuneração mensal que percebem. É necessário enfatizar que esta superutilização demanda rigidez

física e predisposição para dedicar a maior parte do seu tempo ao trabalho, em detrimento da própria saúde e com prejuízo da qualidade de vida e de trabalho. Evidente que tais condições de trabalho afetam, também, a qualidade dos serviços prestados, principalmente considerando que os cooperativados prestam serviços em urgência, emergência e em unidades de tratamentos intensivos. A qualidade da assistência, ao nosso ver, requer uma avaliação mais profunda, abrangente e consistente, feita com base em indicadores de reconhecida confiabilidade e precisão.

Além desse conjunto de questões e apesar de desvantagens como o não cumprimento de direitos trabalhistas, das incertezas em relação à garantia do trabalho e do excesso de horas trabalhadas, o trabalho nas cooperativas constitui, em Manaus, uma forma incisiva de inserção no mercado de trabalho de saúde local. Mercado que, de fato, se desenvolveu a ponto de possibilitar a expansão e a geração de novos postos de trabalho, com força suficiente para atrair enfermeiros de outros estados, além de influenciar e modificar a oferta de cursos, tanto de graduação quanto de pós-graduação. As cooperativas se apresentam como alternativas de ingresso ao mercado formal, dado que permitem maiores remunerações e certa autonomia profissional. Como assinalado, por Vieira (2002), atualmente as cooperativas constituem um novo mercado de trabalho para os enfermeiros no país, apesar de variados aspectos negativos que comprometem as relações de trabalho/cidadania desses profissionais e a qualidade de assistência.

5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *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, 2003.

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

CHERCHGLIA, M.L. 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, 1999.

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

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

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

NOGUEIRA, R.P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In.: André Falcão do Rêgo Barros (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA-NESCON. *Vínculos Institucionais de Médicos e Enfermeiros nos Municípios-2001*. Disponível em: www.medicinaufmg.br/nescon. Acessado em: 10/07/2003.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS-OCB/DETEC/Banco de Dados-1999. Disponível em: www.ocb.org.br. Acessado em: 17/06/2003.

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

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