



UFES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TULLIO CEZAR DE AGUIAR BROTTTO

**SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE:
com a palavra a Secretaria Municipal de Saúde.**

VITÓRIA

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TULLIO CEZAR DE AGUIAR BROTTTO

**SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE:
com a palavra a Secretaria Municipal de Saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maristela Dalbello-Araújo

VITÓRIA

2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

B874s Brotto, Tullio Cezar de Aguiar, 1987-
Saúde do Trabalhador da Saúde: com a palavra a Secretaria
Municipal de Saúde / Tullio Cezar de Aguiar Brotto. – 2012.
161 f. : il.

Orientadora: Maristela Dalbello de Araujo.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Setor de Assistência à Saúde. 2. Saude do trabalhador. 3.
Trabalho em Saúde. I. Dalbello-Araújo, Maristela. II. Universidade
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.
Título.

CDU: 614

TULLIO CEZAR DE AGUIAR BROTTTO

**SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE:
com a palavra a Secretaria Municipal de Saúde.**

Dissertação de mestrado: submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maristela Dalbello-Araujo – **Orientadora**
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Francis Sodré – **1^a Examinadora**
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Thiago Drumond Moraes – **2^o Examinador**
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima – **1^a Suplente**
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Fernando Lefèvre – **2^o Suplente**
Universidade de São Paulo

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente a Deus, meu pai do céu, e a Jesus pela força, pelo ânimo e pela sabedoria a mim concedidos que me permitiram completar esta parte de meu trajeto. Agradeço também pelas pessoas maravilhosas que foram postas em meu caminho para me ajudar e pelos acasos que facilitaram em muito a jornada até aqui.

Agradeço à minha família pelo apoio e incentivo. Por demonstrarem interesse no que me propunha a pesquisar e por compreenderem quando não pude estar junto por causa do mestrado. Agradeço especialmente a minha avó Ruth, a meus pais Julio e Léia, a meus tios Cláudio e Andréa e a todos os outros tios, primos e agregados desta família tão grande e bonita.

Agradeço a meu irmão biológico Thales e aos meus irmãos de consideração Felipe e Yuri, pelo vários momentos de descontração cruciais para eu pudesse suportar esta empreitada. A vocês dedico esta dissertação e espero poder fortalecer nossos laços daqui para frente.

Agradeço aos meus irmãos espirituais, minha igreja, pelo carinho e apoio.

Agradeço aos companheiros de graduação e de mestrado pela ajuda mútua nos momentos difíceis. Sucesso e felicidades em seus projetos futuros, e que nossos caminhos possam se cruzar novamente. Destaco aqui os companheiros do grupo de estudo NESC, juntos nos ajudamos, nos criticamos e rimos. Especialmente à minha professora Maristela pelo carinho e dedicação que por vezes excederam as minhas expectativas e à Bruna, amiga cuja companhia desfruto há sete anos.

Agradeço a instituição de fomento CAPES pelo suporte financeiro e a instituição pesquisada, bem como às pessoas entrevistadas pela disposição demonstrada.

Para fechar em grande estilo, agradeço à minha namorada Tati, que me agüentou nos bons e nos maus momentos e que acreditou em mim mesmo quando eu não acreditava. Dedico também a você esta dissertação e espero poder desfrutar de sua companhia por ainda muito tempo.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Vitória, fevereiro de 2012.

Tullio Cezar de Aguiar Brotto

Eu ví os expoentes de minha geração destruídos
pela loucura, morrendo de fome, histericos, nus,
arrastando-se [...] em busca de uma dose violenta
de qualquer coisa ...

(Allen Ginsberg)

RESUMO

BROTTO, T.C.A. **Saúde do Trabalhador da Saúde:** com a palavra a Secretaria Municipal de Saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

O trabalho tem sido afirmado como lugar de significações desejantes, fonte de auto-valorização, de auto-percepção e produção de sujeitos. Podendo ser encarado portanto, como palco de expressões subjetivas e lutas políticas. Desse modo, a relação que se constrói entre o trabalhador e seu fazer suplanta a mera execução de tarefas coordenadas visando um produto, influenciando de maneira contundente na saúde deste trabalhador, tendo a organização do processo de trabalho papel fundamental neste processo. Todavia, o que a literatura científica afirma no setor saúde é a presença ainda marcante de modelos de gestão do trabalho focados na produção e que tratam os trabalhadores como recursos que devem ser preservados a fim de que tal produção se mantenha. Modelos inspirados na produção fabril. Não obstante, a literatura aponta também para o adoecimento expressivo de trabalhadores do setor saúde. Por esta razão, políticas e diretrizes têm sido formuladas nos cenários nacional e internacional voltadas a este público-alvo, a ponto da Organização Mundial de Saúde (OMS) eleger o período de 2006 a 2016 como a década da valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde. Assim, a pesquisa investigou qual a compreensão que a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS) tem sobre a saúde do trabalhador do setor saúde. Buscou com isto compreender qual a concepção deste órgão governamental a respeito das causas do adoecimento dos trabalhadores de saúde e as propostas de seu enfrentamento. Utilizou-se a metodologia da Análise Temática de Conteúdo (ATC) para analisar relatórios de gestão e a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) para analisar as entrevistas. Foram entrevistadas 10 (dez) gestoras envolvidas com a discussão da temática de Saúde do Trabalhador de Saúde (STS). Observou-se que a SEMUS não tem consenso sobre o tema, todavia sugere haver um alto índice de adoecimento dos trabalhadores de saúde. Quanto as causas deste adoecimento houve uma preponderância de respostas que o atribuíram a características dos trabalhadores. A Secretaria afirmou ainda não haver política específica voltada à diminuição deste processo de adoecimento, apesar de haverem políticas indiretas como a de contratos efetivos e a de melhorias nas condições infra-estruturais de trabalho. Entretanto, afirmou que neste mesmo período os índices de adoecimentos e a insatisfação com o trabalho aumentaram. Uma das causas parece ser a diminuição da co-gestão. Assim, concluiu-se que estratégias que busquem a diminuição do processo de adoecimento dos trabalhadores de saúde não devem preterir a co-gestão do trabalho, pois estarão ratificando modelos de gestão hegemônicos que expropriam a autonomia dos trabalhadores, reduzindo possibilidades de gerir seu trabalho e obter prazer com isso.

Palavras-chave: Setor de Assistência à Saúde; Saúde do Trabalhador; Gestão de Pessoal em Saúde.

ABSTRACT

BROTTO, T.C.A. **Health Worker's Health**: with the word the Municipal Health Department. Dissertation (Master's degree in Public Health) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

Working has been asserted as a place of desirable meaningfulness, source of self-evaluation, self-perception and subjects production. It can be seen therefore, as a stage for subjective expressions and political conflicts. Thus, the relationship built between the worker and his duties supersedes the mere execution of coordinated tasks aiming at a product, decisively influencing on this workers' health, having the organization of the work process an essential role in this process. However, what the scientific literature states to the health sector is the presence still remarkable of work management patterns focused on the production process and treats the workers as resources to be preserved in order to sustain such production. Manufacturing inspired patterns. Nevertheless, the literature also points to the significant sickening of health sector workers. For this reason, policies and guidelines have been conceived in both national and international levels aiming at this group, which led the World Health Organization (WHO) to elect the period of 2006-2016 as the decade of the work and health workers appreciation. Thus, this essay investigated Vitória's Municipal Health Department's understanding of the health care workers' health. Intended to understand what this government agency conception of the causes of the sickening amongst health workers was and their coping proposals. We used the Thematic Content Analysis methodology (TCA) to analyze management reports and the Collective Subject Discourse methodology (CSD) to analyze the interviews. We interviewed 10 (ten) managers involved in the discussion of the Health Workers Health (HWH) issue. It was observed that this is not a consensus to the Department, however, it suggests a high rate of sickening among health workers. As for the causes of this sickening process there was a preponderance of workers' characteristics attributed responses. The Department also claimed not to have a specific policy aiming at the decrease of this sickening process, although there are indirect policies such as the effective contracts and the improvement of infrastructural work conditions. However, asserted the increase of illnesses and work dissatisfaction rates in this same period. One of the causes seems to be the decreased of co-management. It was concluded that strategies seeking the decrease of the sickening process of health workers should not underestimate the co-management, once they will be confirming hegemonic management patterns that expropriate workers' autonomy, reducing their chances of managing their work and obtaining pleasure from it.

Keywords: Health Care Sector; Worker's Health; Health Personnel Management.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

| | |
|---|-----|
| TABELA 1 – Categorias de análise documental | 65 |
| GRÁFICO 1 – Defina processo de trabalho em saúde | 77 |
| GRÁFICO 2 – Os trabalhadores de saúde estão adoecendo? Por que? | 95 |
| GRÁFICO 3 – O que tem sido feito em relação a este fenômeno? | 116 |
| TABELA 2 – O que deveria ser feito? | 126 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Ancoragem

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ATC – Análise Temática de Discurso

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CES – Coordenação de Educação em Saúde

CONCOSAT – Conselho da Comissão de Saúde do Trabalhador

COSAT – Comissão de Saúde do Trabalhador

DesprecarizaSUS – Política Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

E-Ch – Expressão-Chave

GFDS – Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Física

IC – Idéia Central

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCCV – Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos

PHN – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RS – Representação Social

SAMS – Sistema de Assistência Médica Supletiva

SEMAD – Secretaria Municipal de Administração de Vitória

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

SOE – Serviço de Orientação ao Exercício

STS – Saúde do Trabalhador de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sumário

| | |
|---|------------|
| APRESENTAÇÃO | 15 |
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 O SETOR SAÚDE: panorama atual. | 17 |
| 1.2 TRABALHO: considerações teóricas. | 20 |
| 1.3 TRABALHO NO SETOR SAÚDE: como se estrutura, quais suas especificidades e o que produz. | 28 |
| 1.4 TRABALHO NO SETOR SAÚDE: porque os trabalhadores da saúde adoecem? | 37 |
| 2 OBJETIVOS | 48 |
| 2.1 GERAL | |
| 2.2 ESPECÍFICOS | |
| 3 MÉTODO | 49 |
| 3.1 METODOLOGIA | 49 |
| 3.2 CENÁRIO DE ESTUDO: SEMUS-Vitória | 53 |
| 3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTAL ANALÍTICO | 55 |
| 3.3.1 Pesquisa Documental | 55 |
| 3.3.2 Pesquisa de Campo | 59 |
| 3.3.3 Questões Éticas | 64 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 65 |
| 4.1 PESQUISA DOCUMENTAL | 65 |
| 4.2 PESQUISA DE CAMPO | 76 |
| 4.2.1 Defina processo de trabalho em saúde. | 76 |
| 4.2.2 Os trabalhadores de saúde estão adoecendo? Porque? | 94 |
| • Características ligadas ao trabalho | 98 |
| • Características dos trabalhadores | 105 |
| 4.2.3 O que tem sido feito em relação a este fenômeno? ... | 116 |

| | |
|---|------------|
| 4.2.3 O que deveria ser feito a esse respeito? | 126 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 137 |
| 6 REFERÊNCIAS | 145 |
| APÊNDICE A [Roteiro de entrevista] | 156 |
| APÊNDICE B [Termo de consentimento] | 157 |
| Anexo 1 [Termo de aprovação no CEP] | 158 |
| Anexo 2 [Termo de aprovação em Vitória] | 159 |
| Anexo 3 [Mapa da regionalização da saúde em Vitória] | 160 |
| Anexo 4 [Organograma da SEMUS] | 161 |

APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar o tema Saúde do Trabalhador da Saúde (STS) vem sendo construído ao longo da trajetória acadêmica. Durante a graduação em Psicologia tive a oportunidade de participar em dois projetos de extensão, desempenhando funções de sub-coordenador de terapia de grupo e de acompanhante terapêutico em ambientes hospitalares. Nestas ocasiões observei e acompanhei diferentes processos de trabalho no setor saúde, identificando certas particularidades que podiam chegar a adoecer tais trabalhadores e outras tantas que parecia encher-lhes de vida.

Após este período participei do núcleo de estudos e pesquisas voltados ao estudo das conexões entre subjetividade e trabalho, desenvolvendo uma pesquisa como bolsista pelo Programa Institucional de Iniciação Científica. Esta pesquisa focava docentes do Ensino Fundamental, servidores públicos de um município da Grande Vitória. Nela agreguei conhecimentos sobre a grande área de estudos que é a Saúde do Trabalhador, aprofundando-me em questões-chave que não havia percebido nas experiências anteriores. Por exemplo, como as organizações ligadas ao Estado são vinculadas a interesses políticos e podem (ou não) dificultar as lutas dos trabalhadores por melhorias em seu trabalho; como os sindicatos estão atrelados a interesses políticos que os predispõem a discutir alguns assuntos em detrimento de outros (salário em vez de saúde, mais especificamente); e como os trabalhadores podem criar recursos próprios em seu cotidiano para melhorar seu trabalho e sua saúde, ainda que nem sempre se apercebam disto.

Por fim, cursei uma disciplina que versava sobre Psicologia e Saúde Coletiva, experiência que proporcionou entender políticas públicas e conhecer e querer me engajar no Sistema Único de Saúde (SUS) e no que ele representa. Fruto desta experiência, escolhi estagiar em uma Unidade de Saúde da Família. Assim, pude compartilhar do cotidiano de outro serviço de saúde, agora com outros olhos, presenciando as possibilidades do trabalho produzir autovalorização, felicidade, independência e também mazelas aos trabalhadores.

Em conseqüência de tais experiências, da vontade de aprofundar

conhecimentos e do questionamento ainda vago sobre o que estava sendo feito para sanar o adoecimento potencial e crescente dos trabalhadores do setor saúde, decidi enveredar no mestrado em Saúde Coletiva a fim de investigar o tema Saúde do Trabalhador de Saúde.

Deste modo, a presente dissertação estrutura-se em um capítulo inicial seguido de metodologia, resultados e discussão, além das referências e anexos. Quanto ao capítulo inicial, versa brevemente sobre a realidade conjuntural em que o setor saúde se encontra no cenário nacional a fim de possibilitar melhor compreensão sobre alguns meandros do trabalho neste setor. Isto posto, o capítulo se volta ao que é trabalho e quais as especificidades deste constructo no setor saúde, mostrando como tais especificidades podem e tem propiciado o adoecimento dos trabalhadores.

Assim, a presente dissertação objetiva relatar a concepção que a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória-ES (SEMUS) tem a respeito da saúde do trabalhador deste setor e quais respostas sociais, via ação estatal, são possíveis de serem dadas à questão tema. Assim, apresenta concepções desta Secretaria sobre quais são as especificidades do trabalho neste setor que podem propiciar adoecimento, algumas corroborando outras contrastando com a literatura científica recente. Demonstra ainda quais as alternativas vislumbradas de respostas. Neste sentido, procura jogar luz sobre ocasionais incongruências entre as ideias e representações fornecidas. Busca com isto, propiciar uma discussão sobre os limites e possibilidades institucionais de um órgão governamental encarregado de implementar os ideais do SUS e as influências de seus direcionamentos a partir das concepções de sua gestão.

As experiências que me conduziram a pesquisar sobre Saúde do Trabalhador de Saúde me aproximaram aos trabalhadores, sua realidade, dificuldades e desejos. É possível que em alguns momentos isto se torne evidente. Todavia, e talvez por isto, procurei me ater ao rigor metodológico. Porém, friso aqui que a apreensão que tenho e tento demonstrar do fazer diário desses profissionais não é de vitimização, nem mesmo de vilanização da gestão. É de sujeitos cuja potência política pode e deve ser (re)afirmada no trabalho, a fim de que tenham seus direitos respeitados, seus deveres cumpridos e seus desejos validados.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O SETOR SAÚDE: panorama atual

Optamos por iniciar o referencial teórico deste trabalho tecendo um panorama, ainda que breve, da realidade em que se encontra o setor saúde no cenário nacional. Esta opção é por entender que não há como se alcançar as relações intrínsecas ao trabalho em saúde apenas dissertando-se sobre o trabalho em geral. Há que se entender quais são as diretrizes e os princípios que regem tal setor, como ele se encontra organizado e quais as políticas públicas que sobre si incidem. Isto porque, de tal compreensão prescinde o entendimento de como se dá a organização do processo de trabalho em saúde, influenciando suas possibilidades, seus limites e direções. Assim, entende-se aqui que tal compreensão deve preceder a discussão sobre o trabalho em si.

Hoje, quando se propõe debater sobre o setor saúde no Brasil, costumeiramente se inicia a discussão a partir do cenário que antecedeu a redemocratização do país, passando da Ditadura Militar para a República Nova. O que se busca frisar sempre com este ponto de partida é: 1) como as lutas teóricas bem como as político-sociais dentro deste setor influíram no processo de redemocratização do país e 2) como que a falência do regime militar se refletia no setor saúde propiciando burocratização, ineficiência, e exclusão social, entre outros. Todas estas problemáticas, superadas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Deste modo, o SUS foi postulado como alternativa à exclusão social dos concidadãos que não tinham direito ao auxílio médico por não terem empregos formais nem detinham condições financeiras para adquirir seguros-saúde. É, portanto, freqüentemente apresentado como um sistema de vanguarda, cuja base teórica defende a saúde como um direito de todo cidadão, a ser arcado pelo Estado. E neste sentido, de fato, muito se avançou em relação à realidade vivenciada nas décadas da ditadura. No entanto, diante da 'generosidade' deste projeto de reforma da conjuntura sanitária do Brasil da época, a realidade

atual apresenta problemas que trazem indignação, principalmente pelo fato de já poderem estar resolvidos (PAIM, 2009).

De fato, a redemocratização do país teve pouca força para determinar o avanço do setor saúde no rumo das proposições reformistas e revolucionárias que deram luz ao SUS. Isto porque, o setor, além de receber o legado das formas de organização do antigo regime, não foi prioridade dos partidos políticos, dos sindicatos ou das agendas governamentais, tendo o SUS ainda sido minado na década de 90 (sua infância) pelo ordenamento econômico-político neoliberal (PAIM, 2006; PAIM, 2009).

Assim, a partir do processo de redemocratização vivido em nosso país, o que se objetivava ao setor saúde era a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados, além da experimentação de modelos de atenção à saúde que contemplassem seus princípios e diretrizes norteadores. A saber, a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a hierarquização e a participação social. O instrumento para a materialização disto seria o SUS, i.e., a unificação dos modelos de assistência à saúde em um só sistema. O que se verifica, no entanto, é que, apesar de vários avanços terem sido feitos, hoje existem dois sistemas de saúde separados, bem como duas agências que os regulamentam. Além do SUS, sistema de saúde público regulado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), existe o Sistema de Assistência Médica Supletiva (SAMS), formado pelos planos de saúde privados e cooperativas de medicina de grupo que operam sob o modelo de seguro-saúde e são regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Isto torna o setor saúde segmentado e complexo por estabelecer diferentes padrões de qualidade bem como distintas formas de acesso, organização e prioridades (PAIM, 2006).

É importante frisar ainda, que os modelos de atenção à saúde baseados no seguro-saúde vão na contramão do ideal de saúde como um direito, reduzindo-a a uma mercadoria (LANDMANN, 1983). Além disto, sua eficiência é contestável e tende a diminuir se considerarmos as dificuldades recentes pelas quais este mercado tem passado no cenário nacional.

Outras dificuldades enfrentadas atualmente no setor saúde, mais

especificamente pelo SUS, referem-se ao financiamento¹, à organização, à infra-estrutura e à gestão (PAIM, 2009). Deste modo,

ainda nos deparamos com obstáculos identificados há quase duas décadas tais como: clientelismo político, fisiologismo e favoritismo; debilidade da base de sustentação política; formas obsoletas de gestão; falta de compromisso com os serviços públicos; deficiências no suprimento de insumos (PAIM, 2009, p.28).

Nestas condições, um dos principais desafios ao setor saúde, de modo especial (mas não exclusivo) do SUS, é estruturar e implementar modelos de atenção à saúde que sejam eficientes (CECCIM, 2005); que operem pelo princípio da racionalidade e da equidade no emprego dos recursos, apostando na possibilidade revolucionária e democrática do sistema (PAIM, 2009); que se ajustem ao perfil epidemiológico da população atendida (PAIM, 2006); que contribuam a constituição ontológica de sujeitos autônomos, empoderados e co-responsáveis por sua saúde (CAMPOS, 2000); e que se voltem à acessibilidade e ao acolhimento dos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007). Isto, porque

qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar (MERHY, 2007).

Aliás, este é um dos princípios fundantes do marco teórico-político da Política Nacional de Humanização (PNH): atenção e gestão são indissociáveis (FILHO, 2011). Como se pode perceber, os modelos de atenção, de gestão e de organização do processo de trabalho em saúde estão interligados, estando sob influência direta de questões políticas, governamentais e econômicas, e sofrendo por suas ocasionais incongruências. Dois têm sido os eixos estruturantes reconhecidos no SUS para mudança do modelo hegemônico: o Programa de Saúde da Família (PSF) e a Vigilância em Saúde (PAIM, 2006).

¹ Frisa-se aqui, como nos diz Mattos (2005), que o SUS enfrenta problemas de financiamento, não de insuficiência de recursos. Assim, afirmamos como este autor que não falem recursos financeiros para serem investidos no setor saúde, mas devido às políticas governamentais os recursos por vezes são realocados a outros setores e distribuídos não de forma igualitária. Talvez seja possível sugerir que a distribuição de tais recursos por vezes não respeite o próprio princípio da equidade, uma vez que o setor saúde não tem sido prioridade governamental.

A proposta da Vigilância em Saúde está embasada na ação intersectorial, devendo procurar reorganizar as práticas em saúde em âmbito local. Atualmente este eixo se vê cada vez mais conectado ao eixo do PSF, uma vez que seu referencial teórico e metodológico recente aproxima-se das concepções contemporâneas de promoção à saúde (PAIM, 2006).

O PSF alcançou patamar de estratégia passando de política de governo sujeita as agendas partidárias a ser tratada como política pública de Estado. Assim, os investimentos e apostas neste eixo se explicam pela reordenação dos serviços de saúde à primazia da atenção primária à saúde. De fato, este reordenamento ocorre sob a hipótese de que através dele seja possível superar as desigualdades no acesso e minimizar iniquidades sociais históricas (BRASIL, 2001; SOUSA, 2007). Todavia, o que se percebe muitas vezes é a dificuldade de se garantir o acesso e o acolhimento do usuário nos serviços de saúde pelos modelos de atenção, de gestão e de organização do processo de trabalho em saúde muitas vezes desarticulado, focado na figura do médico especialista e embasado em modos de gerenciamento formulados para o setor privado (FRANCO; BUENO; MERHY, 2007).

Assim, este mesmo Sistema Único de Saúde, que se propõe a superar problemas de acesso, de eficiência, de democratização e de mudanças sociais, se vê obstaculizado na implementação de seu projeto por não ser 'único', ser complexo e enfrentar problemas de financiamento e de gestão. É neste cenário que se dá o trabalho em saúde, requisitando dos trabalhadores que se esforcem a cumprir o projeto do SUS a despeito, muitas vezes, de seus obstáculos e questões estruturais. Tendo isto em mente, passemos a considerar o que é o trabalho e, mais a frente, como ele ocorre no setor saúde.

1.2 TRABALHO: considerações teóricas.

O que é trabalho? Trabalho é um constructo humano, e como tal conserva uma historicidade. Todavia, sua historicidade deve ser analisada muito menos sob suas variações estéticas, do que das semióticas. Isto porque, é óbvio que os modos de trabalhar mudaram ao longo da história da humanidade, e subjacente a tais mudanças, encontram-se modos múltiplos de se conceber o

trabalho, ou seja, várias significações.

Na Grécia Antiga, por exemplo, a virtude máxima do homem era a liberdade, característica que, entre outras, o diferenciava dos animais. Todavia esta era concebida de modo diverso ao de hoje; estava ligada ao esforço do grego antigo em não se tornar dependente de nada. Esta virtude expressava-se nos modos de trabalho conferindo-o um caráter restritivo. Trabalhar, de forma fixa, constante e rotineira, era sentido como aprisionar-se. Os gregos preferiam uma vida sem excessos a fim de que fossem livres, às vezes correndo o risco da incerteza da subsistência. Para esta cultura o arar e cultivar a terra, por exemplo, era considerado uma forma de aprisionamento e o provisionamento advindo desta atividade algo desonroso (ARENDETT, 1987).

Esta forma de conceber o ato de trabalhar como indigno, reservado às mulheres que não conseguiam se casar e principalmente aos escravos, pode ser encontrado em várias civilizações da antiguidade, pois estava nas bases de suas organizações. Assim, a escravidão correspondia ao processo natural de subjugação de uma sociedade sobre outra, sendo reservada aos que se submetiam a esta situação como opção à morte em batalha, portanto, aos covardes (SILVA-FILHO, 2001).

Com o advento da Idade Média, marcada pela reestruturação das sociedades ocidentais sob a cosmovisão da cristandade, o trabalho passa a ter outro sentido, ainda penoso. Herdeira de uma cosmogonia judaica, esta forma de pensamento via o trabalho como punição divina aos pecados cometidos, pois o paraíso seria um jardim que não necessitaria de cuidados e ainda assim produziria o sustento com fartura. De tal modo, o trabalho foi concebido muitas vezes como forma natural de expiação destas faltas cometidas ao estatuto sagrado.

Neste período surge o termo trabalho, ligado ao sofrimento. Etimologicamente o termo trabalho deriva do latim antigo *tripalium* (três paus), um instrumento utilizado para tortura de escravos, de onde surgiu o verbo *tripaliare* que seria submeter alguém aquele tipo de tortura. Mais tarde, por volta do século 12 d.C., este termo ingressou nas línguas neolatinas mantendo a conotação de agonia e sofrimento, sendo que até hoje o termo em francês (*travail*) remete a um

instrumento variante do *tripalium* usado na troca de ferraduras para imobilização dos cavalos (MORENO, 2005). Todavia, esta lógica se circunscrevia em camadas específicas da sociedade. Assim, o trabalho nesta época tendia a ser destinado aos homens pobres e às mulheres feias (SILVA-FILHO, 2001).

É somente com a fragilização da hegemonia do pensamento cristão católico da Idade Média que o trabalho começa a ser concebido de forma positiva. Weber (2004) nos mostra como uma aliança improvável se formou entre o pensamento racionalista iluminista, novas interpretações cosmogônicas advindas da Reforma Religiosa Protestante e o surgimento de um novo sistema econômico baseado na produção, comercialização e acumulação de bens e riquezas. Aliança esta que ressignificará a prosperidade em bênçãos divinas, expressão das graças dos céus, e o trabalho como forma legitimada de alcançá-la (FARIA, 2010).

Assim, já há algum tempo que o trabalho não é mais considerado apenas e tão somente um fardo ou agonia nos campos teórico ou jurídico. Ao contrário, tem sido afirmado como lugar de significações desejanter, fonte de auto-valorização e de auto-percepção. Ao ponto de existir na sociedade ocidental moderna uma relação instituída entre o trabalho e a saúde e entre o trabalho e a moral. Deste modo, “no Ocidente, se uma pessoa não quer trabalhar, a primeira hipótese é de que ela está doente” (LANDMANN, 1983, p.14) ou que seja preguiçosa (DALBELO-ARAUJO, 2000). Ou seja, sob este prisma, ficar doente é um pecado!

De fato, é interessante perceber que, enquanto o capitalismo se alimenta dos outros ditos Pecados Capitais, transformando-os de desejo a combustível da força produtiva, a preguiça se mantém até certo ponto alheia a tal processo. Isto porque preguiça significa “aversão ao trabalho”. Deste modo, a preguiça não gera força de trabalho, tendo sido negada historicamente. Aliás, a negação da preguiça, perpassando níveis religiosos ou econômicos, é um dos pilares para a construção de uma ética voltada ao trabalho (DALBELLO-ARAUJO, 2000). Isto porque,

A significação do trabalho ligada a um valor vital e espiritual foi

extremamente útil para fazer florescer a produção e o excedente que, dessa forma, pode ser trocado, acumulado, vendido. Além disso, todo esse movimento foi decisivo para a construção da racionalidade capitalista ocidental moderna (FARIA; DALBELO-ARAUJO, 2010, p.431).

É claro que ainda é possível encontrar indivíduos cuja percepção de seu trabalho seja um fardo, mesmo porque de fato ainda existem vários lugares onde as condições de trabalho são por demais degradantes e aviltantes. Todavia, isto não nega papel central do trabalho na vida atual. Mesmo porque, no mundo moderno, o trabalho é apontado como a possibilidade digna de sustento e um lugar definidor de caráter e de subjetividade.

Mas, como definiríamos o que é trabalho?

Quando se colocava, há 20 ou 30 anos, a questão “o que é o trabalho?”, tinha-se sempre a imagem de um operário e sua máquina. A partir dos anos 1980, isso se torna um pouco obsoleto e não se tem mais espontaneamente esta reação. [...] Tem-se a impressão de que se modificou o que é pedido aos homens e às mulheres no trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.25).

O trabalho pode ser descrito como a própria utilização da força de trabalho, isto é, como a ação de se trabalhar, o processo pelo qual o homem se transforma em trabalhador por se dispor a transformar algo do meio ao seu redor,

processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. [...] Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana (MARX, 2008, p.211).

Contudo, são exatamente os meios e os instrumentos pelos quais o homem estabelece esta relação com a natureza que mudaram e continuam mudando. Assim, subseqüentemente ao surgimento do capitalismo, as mudanças no processo de trabalho se aceleraram justamente por se acelerarem as mudanças nos meios utilizados para se relacionar com a natureza a fim de modificá-la, bem como por se alterar o modo particular de encarar a própria natureza.

Neste cenário, os trabalhadores foram destituídos dos meios e do

conhecimento do processo de produção (FRIEDRICH, 2005). Seu fazer foi empobrecido de sentido por uma alienação sistemática. O foco, estimulado pelos ideais capitalistas, passou a ser a alta produtividade e o lucro. Surgem assim, modelos de gestão do trabalho voltados a cumprir tais objetivos.

A Organização Científica do Trabalho, por exemplo, modelo concebido por Taylor, objetivava aumentar a produtividade por intermédio da detecção, condenação e diminuição da 'vadiagem'. Esta vadiagem "não eram tanto os momentos de repouso que se intercalavam no trabalho, mas as fases durante as quais os operários, pensava ele, trabalhavam num ritmo menor do que aquele que poderiam ou deveriam adotar" (DEJOURS, 1992, p.37). Assim, Taylor se detinha nesta questão apenas condenando os mais lentos por considerá-los burros ou preguiçosos, sem nunca se questionar sobre as razões destas variações rítmicas. Dejours (1992) argumenta que, ao contrário, esta desaceleração no ritmo produtivo seja, de fato, "uma etapa do trabalho durante a qual agem *operações de regulagem* do binômio homem-trabalho, destinadas a assegurar a continuidade da tarefa e a proteção da vida mental do trabalhador" (p.37). Assim posto, os mecanismos colocados em ação por trabalhadores para regular sua própria produção e suas tarefas passam de vadiagem condenável a flexibilidade desejável na medida em que garantem a execução da tarefa bem como a saúde de quem a executa.

Então, com o advento do taylorismo e também do fordismo o processo de trabalho passa a ser "alvo de tentativas de controle pelo capitalismo" (FARIA, 2010, p.20). E apesar da finalidade inicial focar-se na produção fabril o controle alcança outros campos de produção sem demora, como o próprio setor saúde (FARIA, 2010).

Estes não foram os únicos modelos de gestão do trabalho. Outro bastante importante também foi o toyotismo, surgido no Japão após a 2ª Guerra Mundial. Por todo o globo, os processos de trabalho foram influenciados por estas estratégias de gestão, a começar pelas fábricas e indústrias até chegar nos setores de serviços, chegando a influenciar modificações na orientação de políticas públicas de formação profissional. É neste momento que insere-se a concepção de 'recursos humanos', por exemplo.

Após crises econômicas mundiais “o trabalho passa a ser desregulamentado e flexibilizado para dotar o capital de ferramentas necessárias à sua adaptação” (FARIA, 2010, p.22). Ou seja, esta virtual valorização do trabalhador enquanto livre e competente mascara uma exploração intensa apoiada na precarização das relações de trabalho.

Nesse panorama, o Brasil tem sido capaz, como economia emergente, de gerar empregos, a maioria informais e de baixa qualidade. O aumento do trabalho informal pressiona uma maior desregulamentação do mercado de trabalho, sob a premissa de que com menos encargos sociais as empresas poderiam fortalecer-se em competitividade e aumentar a capacidade de contratação (FRIEDRICH, 2005). Esta pressão alcança não somente os setores privados, mas também os públicos. Assim, neste contexto a produtividade aumenta, mas o trabalho fica apartado de sua potência política (NEGRI, 2001).

De fato, a atividade produtora é muitas vezes reduzida à noção de emprego. Não deveria ser, pois os desempregados também trabalham e podem produzir riquezas. Há, por um lado, na sociedade contemporânea uma inacreditável capacidade produtiva adquirida pelos trabalhadores (em todas as formas de trabalho) que por sua vez não é por estes percebida, uma vez que há permanência da consideração de trabalho em relação sinonímica com emprego (NEGRI, 2001).

Neste sentido, o trabalho contemporâneo desenvolve-se por um alto caráter imaterial, ou seja, um “conjunto das atividades intelectuais, comunicativas, afetivas, expressas pelos sujeitos e pelos movimentos sociais – portanto eles conduzem à produção” (NEGRI, 2003, p.92). Estas atividades comunicativas e afetivas são cada vez mais cobradas na forma de habilidades e capacidades ligadas à produção, principalmente nos setores de serviços.

De fato, o próprio conceito de competência emergiu na literatura francesa nos anos 90 apontando para dar conta das mutações no mundo do trabalho. Fleury e Fleury (2001), ao comentarem a obra de Zarifian sobre o assunto, demonstram que, na literatura científica francesa, este conceito impôs à gestão das organizações considerarem as necessidades atuais no mundo do trabalho

de gerir as imprevisibilidades, de se comunicar e conseguir construir acordos sobre objetivos organizacionais e de atender como noção central das atividades de uma organização.

Assim, Marx (2008) concebe o trabalho como algo dinâmico que se dá apenas no momento de emprego de forças. Afirma ainda que nesta situação o trabalho se apresenta como uma mercadoria a qual seu comprador consumirá. E é apenas nesta lógica de consumo desta força de trabalho que seu vendedor se vê posto a trabalhar. Isto uma vez que ao encontrar-se o produto concluído o processo de trabalho cessaria (MARX, 2008). A isto Friedrich (2005) acresce que a relação estabelecida entre trabalhadores e empregadores sob a consigna de força do trabalho, cuja lógica subjacente consiste em redução do potencial de agir humano expresso no trabalho em mercadoria a ser vendida, faz com que muitas vezes o trabalhador perca o interesse pelo próprio trabalho uma vez que, estando vendido, este perde muito da capacidade de controle e regulação sobre os processos de produção. Tornam-se alienados. Pouco mais que máquinas a serem fiscalizadas e reguladas quando preciso.

Todavia, este referencial admite que “o trabalho porta um componente permanente, que é a liberdade” (FARIA, 2010, p.23). Esta liberdade expressa-se não só no como proceder o trabalho (isto é, nível de autonomia e controle sobre o que se faz), mas também como concebê-lo. Este último refere-se à característica que o trabalho humano apresenta de estar parcialmente liberto da materialidade. Ora, Marx (2008) é quem nos dirá o que distingue o processo de trabalho humano dos operados por animais (apesar da destreza milimétrica destes últimos): é a capacidade de prefiguração mental do trabalhador humano do que se pretende com o ato de transformação, que norteará o próprio ato (MARX, 2008, p.211).

Ainda, para o pensamento marxista, o trabalho tem grande importância para o homem visto que influirá na sua constituição enquanto pessoa, enquanto sujeito. O trabalho tem, portanto, um papel central na teorização materialista histórica. De fato, para esta teoria, se por um lado o homem, em sua interação histórica com a natureza, e com os outros homens, criou o trabalho e continua recriando-o a cada vez que o processa, por outro, o trabalho também cria (e

recria) o homem constantemente, através da história e até hoje. Pois, o

trabalho é o processo pelo qual o homem regula e controla seu metabolismo em relação com a natureza, modificando-se a si mesmo. É através do trabalho humano que o homem se constitui social e culturalmente como ser criativo e reflexivo, se diferenciando dos outros animais (FARIA, 2010, p.19).

Friedrich (2005) apresenta como explicação a esta afirmação de que o trabalhar modifica não apenas o objeto ao qual o trabalho é investido em, mas também o próprio trabalhador, o fato de que com o processar de seu trabalho lhe é demandado que solucione os percalços e imprevistos que porventura emirjam. E seria exatamente este interagir com o inesperado, sob a pressão de que seja capaz de geri-lo, que propiciaria ao trabalhador repensar e modificar sua abordagem às situações, “transformando seu modo de pensar e, assim, se modificando” (p.32).

Assim, Faria e Dalbello-Araujo (2010) demonstram que na literatura científica que o trabalho é apontado como capaz de socialização, de organização do aparelho psíquico e de elaboração cognitiva, entre outras. Sutilmente sugerem que estratégias como a divisão técnica do trabalho, implementadas a fim de reforçar o modo capitalista de produção, agem pelo controle deste sujeito através da intervenção sistemática sobre estas funções ontológicas do trabalho. É talvez na esteira deste pensamento, reafirmando a centralidade do trabalho para o homem moderno, mas vinculando-o a seu potencial humanizador que Friedrich (2005) afirma que

os indivíduos não querem ser observadores passivos, mas atores ativos na realidade em que trabalham. A grande maioria procura o desempenho de um papel social relevante e o reconhecimento pelos serviços desejados pela sociedade; oportunidades de aprendizagem e progresso constantes; maior liberdade e autonomia na execução de suas tarefas; possibilidade de influência nos destinos do serviço em que trabalha e equidade e justiça entre o grau de contribuição e o grau de retribuição pelo trabalho exercido (p.50).

De fato, é possível encontrar na literatura científica estudos que afirmam que, apesar da centralidade que o trabalho tem na vida dos trabalhadores de saúde, estes por vezes sentem haver uma “incompatibilidade entre o ideal desejado

pelo trabalho e a prática vivenciada” (ATHAYDE, 2011, p.23), não encontrando na prática “condições de ‘auto-expressão’, possibilidade de adaptação do trabalho a preferências pessoais, como desejavam” (ATHAYDE, 2011, p.23).

1.3 TRABALHO NO SETOR SAÚDE: como se estrutura, quais suas especificidades e o que produz.

Até agora falamos de modo geral sobre o trabalho, buscando conceituá-lo. E quanto ao trabalho em saúde especificamente? Quais são suas particularidades e o que ele produz? Se Marx (2008) sugere que todo trabalho é orientado por um objetivo, uma finalidade prefigurada, qual seria o objetivo do trabalho em saúde?

Talvez a apreensão mais simples e direta do trabalho em saúde, apesar de ampla, seja a fornecida por Faria e Dalbello-Araujo (2010): “Trata-se de um mundo complexo, dinâmico e criativo, no qual o trabalho prescrito e o trabalho real se confrontam cotidianamente” (p.432). E porque é complexo? Porque é multifatorado, tem distintos tipos de processos de trabalhos, cada qual com suas peculiaridades, se inscreve no panorama descrito anteriormente de projetos políticos audaciosos e estratégias de organização conflitantes, além de ter várias características que o distinguem de outros setores de trabalho e de produção.

O primeiro ponto interessante de se ressaltar sobre o trabalho em saúde é que o número de trabalhadores que se dedicam a esta atividade tem crescido nos últimos anos, a despeito do aumento de equipamentos tecnológicos que não têm podido substituir este contingente de pessoal ao redor do mundo. E estima-se que o Brasil tenha a maior área de saúde do mundo (incluindo setores público e privado), gerando mais de dois milhões de empregos diretos em mais de cinco mil municípios (ATHAYDE, 2011).

As condições infra-estruturais também são um ponto crucial, necessário à compreensão deste quesito. Isto porque, muitos serviços em saúde têm condições infra-estruturais precárias e impróprias ao desenvolvimento do trabalho neste setor (BRASIL, 2004). O trabalho em saúde é uma modalidade

que requer em especial um nível estrutural adequado para que os envolvidos neste processo (pacientes e trabalhadores) não adoçam no local cuja função é produzir ações de saúde.

As péssimas condições de trabalho em parte se explicam pelo legado do modelo anterior ao SUS. Esse modelo provinha de uma prática que se consistia em construir e equipar hospitais e entregá-los à administração privada. À medida que se instalavam e ganhavam notoriedade, estes serviços se descredenciavam do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) sem contrapartidas financeiras aos cofres públicos. Deste modo, os serviços públicos de saúde foram relegados a segundo plano, sem grandes investimentos, e a população geral permanecia sem acesso aos serviços mais novos e melhor equipados. Lógica que infelizmente pode ser encontrada ainda hoje. Deste modo, vários são os casos de serviços de saúde onde há falta de materiais e/ou equipamentos necessários à execução do trabalho (BRASIL, 2006a), além da ausência de um nível mínimo de condições ergonômicas favoráveis ao trabalho e ao trabalhador (BRASIL, 2004).

É necessário que se frise que, a credibilidade atribuída ao sistema de saúde pelos seus funcionários tem sido prejudicada substancialmente pela precariedade das condições de trabalho em contraste às elevadas exigências de responsabilidade (ATHAYDE, 2011).

É neste sentido que a forma sumária e burocrática pela qual o processo de trabalho em saúde se dá freqüentemente é, em alguns textos, atribuída como característica proveniente da forma como os próprios trabalhadores optam por organizar seu processo de trabalho (BRASIL, 2005). Percebe-se aí uma responsabilização dos trabalhadores pela gestão de seu trabalho, imputando-lhes o dolo de seus percalços. Esta compreensão não é consensual, havendo teóricos que têm postulado a burocracia no processo de trabalho em saúde como uma possibilidade, apesar de triste, muito presente e intrínseca a certos modelos de gestão do trabalho (FRIEDRICH, 2005; LUZ, 2007).

Neste sentido, o papel do burocrata é arbitrar quem tem e quem não tem direito a usufruir de um serviço ou outro, desincumbindo o Estado desta tarefa. Assim,

a burocracia deve ser entendida como lógica de relação com o público atendido baseada na garantia do mínimo. Esta lógica de mínimo garantido se expressa tanto nas instituições que se protegem ao se comprometer com o oferecimento de um mínimo de serviços, quanto nos profissionais que se protegem se comprometendo com um mínimo de responsabilização por estes serviços oferecidos (LUZ, 2007).

Assim, também nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde esta lógica de relação com seu público-alvo, seus usuários, aparece, traduzindo-se por modelos de gestão “que se pautam por ordenações tempo-espaciais, muitas vezes regulados em protocolos de ação decididos verticalmente, ou centrados em procedimentos médicos” (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010, p. 433). Esses modelos reorganizam-se de modo a que cada um ocupe seu lugar preestabelecido, preenchendo os requisitos de seu papel profissional de maneira total, mas garantindo apenas o mínimo da responsabilização profissional por se dar a atuação de forma disciplinada e pautada em comunicações hierarquizadas e corporativas.

Há também a grande quantidade de modalidades de vínculos empregatícios existentes no setor saúde que contribui para aumentar o número de vínculos precarizados além de propiciar “situações de contraponto entre as regras de funcionamento das instituições e as regras vigentes sobre o exercício profissional” (FRIEDRICH, 2005, p.44). Além disso, este setor apresenta um assalariamento crescente fruto das modulações sofridas pelo capitalismo (FRIEDRICH, 2005). Este processo muitas vezes reforça o fato das lutas sindicais no setor concentrarem-se na reivindicação de aumentos salariais.

Há ainda o fato das relações interpessoais no trabalho em saúde frequentemente se darem de forma hierarquizada e autoritária (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006a). O processo de trabalho em saúde conduzido sob a lógica de organização centrada na produção de cura, que é ainda hegemônica, tem consequências diretas nas relações inter-profissionais e intra-trabalhadores de saúde. Relações marcadas por hierarquias, relações de poder expressas em subordinação de saberes e intensa divisão de trabalho (FRIEDRICH, 2005). Vale ressaltar que um processo de trabalho gerido por modelos autoritários

prejudica a saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2006a) e empobrece o próprio trabalho (ROSENFELD, 2004).

Finalmente, o trabalho em saúde impõe ao trabalhador não apenas riscos e agravos especiais à saúde, dado ao contato com possíveis antígenos e substâncias físico-químicas danosas (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008), mas também o contato constante com a dor e o sofrimento de pacientes (REZENDE ET AL, 2005; RIOS, 2008), situações limítrofes à vida humana, sem dúvida.

Há que se pontuar que as características que acabaram de ser explicitadas, embora presentes em vários setores de trabalho, ganham real e inegável expressividade no setor saúde, bem como para os trabalhadores deste. Isto porque a história do setor saúde no país corresponde a uma luta intensa entre forças neoliberais e o intento expresso de diversas camadas e movimentos por um projeto de Estado de provisão social. Isto tem significado uma pressão 'de todos os lados' para que os serviços de saúde apresentem eficácia e eficiência ou resolutividade. Desta forma, quer se defenda que o Estado não tem condições de prover serviços com qualidade a todos e por isso os serviços devem ser privatizados (projeto neoliberal), quer se argumente a necessidade de um Estado forte que oferte e financie a todos os cidadãos os devidos serviços de direito (projeto de Estado de provisão social), ao setor saúde resta um esforço por atendimentos resolutivos e com qualidade.

Todavia, se os objetivos finais de ambas as formas de se encarar o papel do Estado é o mesmo, os meios para alcançá-los divergem drasticamente. Esta divergência dificulta que os próprios objetivos comuns de resolutividade, acesso e qualidade sejam alcançados, pois propicia o surgimento de incongruências no plano organizacional. Isto tem correspondido na prática à estratégia de aplicação de instrumental administrativo inadequado à proposta do SUS, o que acaba por incitar maior regulação e controle dos serviços, implicando no recrudescimento das características discutidas em detrimento do aspecto relacional do trabalho no setor saúde. Isto porque, os modelos gerenciais hegemônicos objetivam normatizar ao máximo o processo de trabalho em saúde, diminuindo a autonomia dos trabalhadores, pois a racionalidade gerencial tecnológica não coaduna com uma racionalidade da

prática autônoma, inventiva e relacional intrínseca ao trabalho em saúde (CAMPOS, 2011).

Estas características citadas como definidoras do processo de trabalho em saúde parecem, não coincidentemente, caminhar para a sugestão de que este processo de trabalho propicia o adoecimento de seus trabalhadores, de forma explícita ou não.

Todavia, a característica que tem sido afirmada como fundamental ao processo de trabalho em saúde é seu caráter relacional, expresso em atos de cuidado. Este cuidado para com o outro (no caso o usuário) tem sido afirmado como o produto primordial do trabalho em saúde (MERHY, 2002a; CAMPOS, 2003; FARIA, 2010; FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2010).

Para sua compreensão é preciso ter em mente que o setor saúde faz parte do setor de serviços. Desta forma, distingue-se de trabalho fabril porque, neste a fabricação e o consumo do produto se dão em momentos separados e, diferentemente, no setor de serviços o ato de produção do produto e de seu consumo se dá concomitantemente (MERHY, 2002a; CAMPOS, 2003). Neste sentido, a noção de serviço está ligada a necessidade atual das organizações de valorização do atendimento aos clientes (internos ou externos), levando sempre em consideração quais os possíveis impactos do produto e/ou serviço ao consumidor final (FLEURY; FLEURY, 2001).

Neste contexto, o produto do setor saúde seria o cuidado, produzido pelos trabalhadores deste setor e consumido pelos usuários simultaneamente à sua produção. Desta forma, o produto em saúde não pode ser dissociado de seu processo de produção para ser comercializado no mercado uma vez que se completa na sua realização (MERHY, 2002a; CAMPOS, 2003; FRIEDRICH, 2005).

Todavia, apesar do setor saúde não ter, por estes motivos, as características típicas do industrial, ainda assim foi influenciado pelos modelos produtivos formulados para o processo fabril, como taylorismo e o fordismo, por exemplo. As modificações estruturais do capitalismo e de suas relações trabalhistas decorrentes se traduzem em modelos de gestão (FARIA, 2010) que por vezes refletem-se na assistência diária aos usuários maquinizando e automatizando-a

(MERHY, 2002a).

Talvez por isso as mudanças do capitalismo e o aumento da tecnologia de ponta neste setor não foram capazes de aumentar o desemprego como era de se esperar, nem ao menos foi capaz de substituir o trabalho humano (FRIEDRICH, 2005); contudo, acabaram por gerar uma exigência por qualificação cada vez maior. Isto intensificou a divisão trabalho manual-trabalho intelectual no setor (MERHY, 2002a).

Assim, a reestruturação produtiva no setor saúde está marcada pela “possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos” (MERHY, 2002a, p.27). Portanto, tem ocorrido no setor saúde uma transição da ênfase do trabalho para o campo das tecnologias leves, inscritas no modo de atuação do trabalho e nos processos de gestão do cuidado para com o usuário (MERHY, 2002a). Por tecnologias leves entendam-se tecnologias relacionais – distinção operada por Merhy (2002a; 2002b) que afirma o acolhimento e o vínculo, por exemplo, como tecnologias tanto quanto um estetoscópio ou uma máquina de raio X, e tão imprescindíveis quanto.

Faria e Dalbello-Araújo (2010) acrescentam a este ponto que, se a especificidade primordial do trabalho em saúde é o fato de lidar com seres humanos, impõe-se que tal processo de trabalho oriente-se instrumentalmente a este caráter relacional inerente. Assim, deveria se estruturar de modo a focar-se no acolhimento dos usuários e de suas queixas e o estabelecimento de vínculo com estes, a fim de facilitar entre outros pontos a anamnese.

Ou seja, o que se tem argumentado na literatura recente sobre processo de trabalho em saúde é que a boa aplicação de tecnologias relacionais no processo de produção do cuidado propiciaria uma compreensão mais clara e aprofundada do problema apresentado pelo usuário, facilitando a construção de um projeto terapêutico que lhe confira respostas viáveis e resolutivas. De fato, é possível encontrar estudos que apontam que o processo de trabalho em saúde calcado em tecnologias relacionais pode aumentar os níveis de produção do serviço em questão, melhorando o acesso e tornando-o mais resolutivo (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; 2007).

Assim, uma vez que as ditas tecnologias leves nada mais seriam que as capacidades intelectuais, afetivas e comunicativas que são postas a trabalhar, poder-se-ia dizer que o cuidado como tem sido postulado para o processo de trabalho em saúde é expressão de trabalho imaterial. Ou seja, não é um trabalho que se caracteriza por produzir bens materiais ou mercadorias intercambiáveis, mas que se põe a produzir serviços idealizados, instituídos e consumidos a partir de um encontro singular trabalhador-usuário (MERHY, 2002a; CAMPOS, 2003; 2011; FARIA, 2010; FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010). Para tanto, é preciso que este produto, o cuidado, seja construído a partir da relação e do vínculo que estes sujeitos estabelecem (MERHY, 2002a; FRANCO; BUENO; MERHY, 2007), alimentando mais de um conhecimento proveniente da prática de que de conhecimentos tecno-científicos (CAMPOS, 2011). Portanto, trabalho imaterial (NEGRI, 2003).

Considerando esta aproximação teórica, é possível afirmar que este tipo de trabalho pode escapar as muitas prescrições e que ele exaure as forças dos trabalhadores. Isto porque, se a marca primordial do trabalho em saúde passa a ser o trabalho imaterial ativado por tecnologias relacionais, isto implica em capacidade de experimentação, invenção e reinvenção nos atos de intervenção em saúde para considerar as singularidades dos que serão atendidos e escapar as prescrições (FARIA, 2010; FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010). No entanto, implica também na possibilidade de 'ingerência' do trabalho sobre a vida dos trabalhadores, uma vez que as ações e decisões mentais (intelectuais e emocionais) que alimentam os atos passam a ser tão importantes quanto o ato em si. Assim, deixando de ser mecanizados os afazeres passam a demandar do trabalhador reflexão constante. Deste modo, ele nunca pára de trabalhar, pois não para de pensar e refletir sobre seu trabalho e como melhorá-lo (NEGRI, 2003).

Todavia, apesar das considerações teóricas acima provenientes do que a literatura científica recente tem afirmado como caracter primordial do trabalho em saúde, o que se percebe no cotidiano dos serviços de saúde é, por vezes, outra realidade. No cotidiano do trabalho em saúde "muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um

processo de trabalho centrado nos formulários, protocolos, procedimentos, como se fossem um fim em si mesmos” (BRASIL, 2005, p.72). O que se observa é um “aumento nas investidas de construção regulatória, postulado pela lógica da qualidade total, cujo foco nuclear é a fiscalização da oferta de serviços, melhorando assim as formas tradicionais de avaliação e controle” (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010, p.432). Investidas cujo resultado por vezes faz encarar a saúde apenas como valor de troca, e não pelo seu valor de uso. Ou seja, em sua capacidade de produzir procedimentos em detrimento de sua capacidade de cuidar (CAMPOS, 2003; FARIA, 2010).

É preciso avaliar aqui que embora a unidade de análise destacada seja este encontro singular entre trabalhador e usuário, ele é atravessado por múltiplos fatores que devem ser ponderados, pois se abordados levemente podem interferir obstaculizando-o. Assim, não apenas o profissional e aquele que busca o serviço devem ser considerados, mas também “o contexto que atravessa a relação entre eles: valores, crenças e as instituições que permeiam a vida em sociedade” (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2010, p.433).

É neste contexto que as influências do capital e do projeto neoliberal nos modos de gerenciamento dos serviços de saúde geram modelos de gestão competitiva orientados a uma noção de clientela consumidora (MERHY, 2002a), ao invés de propiciar a constituição de sujeitos empoderados como deveria/poderia ser a atuação dos serviços de saúde (CAMPOS, 2000; 2003). De fato, “a insistência em pensar-se o trabalho em saúde como tecnológico [...] tem produzido o fetiche da ferramenta, do arranjo organizacional, da planilha para diagnósticos cognitivos e da subjetividade, de dado modelo assistencial” (CAMPOS, 2011, p.3039).

Deste modo, a gestão em saúde é frequentemente baseada nos dados epidemiológicos, na demanda, na quantificação de atendimentos e na capacidade resolutive, o que acaba por reduzir o processo de trabalho em saúde ao atendimento da demanda. E o ritmo é frequentemente acelerado uma vez que a demanda é sempre maior à prevista. Por fim, a necessidade de produtividade impõe ao processo de trabalho em saúde o foco na quantidade em detrimento à qualidade dos serviços e atendimentos prestados (ATHAYDE,

2011).

Assim, mesmo afirmando as possibilidades do trabalho em saúde como campo de invenção e de atuação para além do prescrito e normatizado previamente, é necessário que se considere que muitas vezes a atividade laboral no setor saúde é altamente prescrita e limitada, centrada em protocolos e procedimentos, e que isto é facilitado ou não pelas estratégias de gestão implementadas. Pensar de outra forma significa incorrer no risco de sugerir que a responsabilidade pela ineficiência e/ou baixa resolutividade dos serviços de saúde seja prioritariamente dos trabalhadores.

Aliás, tal culpabilização pode ser vista em documentos oficiais. Eles afirmam como característica fundamental ao processo de trabalho em saúde o fato de que “o trabalhador possuir um razoável autogoverno sobre o seu trabalho, isto é, ele comanda o modo como vai se dar a assistência” (BRASIL, 2005, p.74). Assim, se este acontece “de forma burocrática e sumária, é determinada por quem está em ato, na relação com o usuário, no caso, o próprio trabalhador” (BRASIL, 2005, p.74).

Assim, processo de trabalho em saúde, ao mesmo tempo que se vê afirmado como eminentemente relacional, enfrenta dificuldades de efetivação deste caráter por alta prescrição e orientação do trabalho a procedimentos. Percebe-se também, outras características que dificultam esta modalidade de trabalho, tais como: questões infra-estruturais, burocratização, hierarquização, entre outras. Nota-se neste cenário uma divisão da concepção do que isto representa ao trabalho em saúde e aos trabalhadores deste setor. Enquanto uns apostam na inventividade e na capacidade regulatória do trabalho pelo próprio trabalhador, possibilitando a inferência de que tais trabalhadores sejam os responsáveis prioritários pela eficiência dos serviços, outros sugerem que tais questões de eficiência se devem às estratégias de gestão, pouco podendo fazer o trabalhador para mudar a situação.

De fato, podemos dizer como Campos (2000), que “a racionalidade gerencial hegemônica não renunciou a buscar obediência e docilidade dos trabalhadores” (p.29), ao contrário, seu objetivo esteve sempre voltado a extirpar destes o controle dos processos de produção. Assim, a “racionalidade

hegemônica apóia-se em uma série de arranjos organizacionais voltados para realizar uma verdadeira educação para o servilismo e para a mediocridade” (p.30). Sob este ponto de vista, não há como negar o poder altamente pedagógico das tecnologias gerenciais, que têm educado com exímia habilidade para a submissão dos desejos dos próprios trabalhadores em prol da hierarquia e dos ‘desejos das organizações’, bem como para o medo de inovar e seu subsequente silêncio. Tudo isto sob o risco de ser penalizado (CAMPOS, 2000).

Neste cenário de dificuldades à resolutividade dos serviços de saúde e ao cumprimento do projeto constitutivo do SUS, que se complexifica pela multiplicidade de concepções para abordagem do problema, há que se perguntar: Quais são as conseqüências desta conjuntura para a saúde destes profissionais?

1.4 TRABALHO NO SETOR SAÚDE: porque os trabalhadores da saúde adoecem?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008; ROLLO, 2007). Assim, encontrando-nos no meio deste período, importa que se discuta e investigue acerca das interfaces que o trabalho em saúde estabelece com a saúde de seus trabalhadores.

Parece sintomático como o número de trabalhadores do setor saúde tenha crescido nos últimos anos acompanhado por um processo de adoecimento destes ao redor do mundo (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008). Não apenas isto, mas o tema Saúde do Trabalhador de Saúde é tendência atual de pesquisa no cenário nacional com um número crescente de publicações a cada ano (ALMEIDA; DAMASCENO; ARAUJO, 2005; JACKSON-FILHO, 2008). Contudo, apesar da pluralidade de estudos que o apontam, há sérias limitações quanto à identificação quantitativa de acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e agravos decorrentes do trabalho em saúde. Isto porque os sistemas de notificação são precários e burocratizados, questionando a confiabilidade e acurácia dos dados; isto sem levar em consideração a subnotificação

(LORENZI; OLIVEIRA, 2008).

Talvez essa conjuntura contribua para que seja tão difícil localizar e enumerar onde estão estes casos e quais suas causas mais prováveis. De fato, os estudos sobre o assunto apontam diferentes causas para o adoecimento de trabalhadores do setor saúde, não havendo consenso sobre quais as mais prováveis e/ou mais significativas.

Assim, ao pontuar que aqueles que cuidam de outrem têm cada vez mais se encontrado no lugar daqueles que demandam cuidados os estudos divergem quanto as causas. As mais frequentemente destacadas são: 1) a qualidade dos materiais a que estes trabalhadores estariam em contato, estando mais expostos a riscos de contaminação e de acidentes com materiais perfuro-cortantes ou resíduos químicos (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008); 2) o caráter de serviços prestados que manteriam os profissionais de saúde em contato prolongado e constante com o sofrimento e adoecer humano (REZENDE et al, 2005; RIOS, 2008; ATHAYDE, 2011); 3) as condições ergonômicas e infra-estruturais de diversas instituições de saúde impróprias ao trabalho que se desempenha bem como à saúde do trabalhador (BRASIL, 2004; PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010); 4) a alta frequência com que as interações construídas no ambiente de trabalho se dão de modo hierarquizadas, burocratizadas e verticalizadas (BRASIL, 1990; 2006c); 5) os investimentos na saúde por parte do Estado que são escassos (BRASIL, 2006c; ROLLO, 2007).

Além destas, outras características também podem ser encontradas na literatura como determinantes no adoecimento dos trabalhadores de saúde. São elas: as jornadas fatigantes, os baixos salários, os múltiplos empregos, a ausência de apoio familiar, a negligência aos direitos trabalhistas (PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010), o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores e os poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização dos trabalhadores (BRASIL, 2006c).

Por conta das características citadas, há indícios que apontam para o adoecimento ou morte cada vez mais frequente desses trabalhadores por “Infarto do miocárdio, hipertensão arterial, AVC [acidente vascular cerebral],

depressão, ansiedade, suicídio, alcoolismo e outras dependências químicas, além de acidentes automobilísticos, doenças psicossomáticas entre outras” (PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010, p.4). Além disto, outra questão bastante estudada como consequência destas características supracitadas é o desgaste físico e mental desses profissionais. A Síndrome de Burnout e os problemas decorrentes de estresse extremo são exemplos disto (ATHAYDE, 2011).

Algumas destas características, aliás, já foram abordadas como particularidades do processo de trabalho em saúde. De fato, analisando as produções de periódicos de enfermagem de relevância no país, Almeida, Damasceno e Araujo (2005) verificaram que os temas mais abordados quando o tema era Saúde do Trabalhador de Saúde foram: a saúde mental dos trabalhadores, acidentes de trabalho, condições de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores. A maioria destes com enfoque metodológico qualitativo descritivo e/ou exploratório, indicando que há muito por se produzir sobre este tema. De fato, estes autores afirmam que não são todas as produções científicas sobre este tema que sugerem propostas de ações para aplicação dos conhecimentos produzidos.

Nesta realidade, os acidentes com materiais e as contaminações são os agravos relativamente fáceis de traçar umnexo causal com o processo de trabalho. Entretanto, o fato é que os profissionais de saúde estão propensos a serem acometidos por flagelos tanto físicos quanto psicológico-afetivos. Reis (2005) afirma que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão adoecidos ou em processo de adoecimento por fatores relacionados ao trabalho em saúde, dos quais ela destaca:

a demanda por aumento de produção; a eleição de prioridades pautadas unicamente em dados epidemiológicos; o grande número de famílias acompanhadas por uma única equipe; a divisão do trabalho e as relações de poder estabelecidas entre os profissionais; a desvalorização do saber da comunidade (p.174).

Os demais trabalhadores de saúde também vivenciam frustrações e angústia, sofrimento e decepção no seu fazer cotidiano (REIS, 2005). Isto porque o trabalho em saúde é muito custoso ao trabalhador, pois “trata-se de trabalho

reflexivo, que articula dimensões técnicas, éticas e políticas, em cenários de múltiplos e diversos atores [...] Além disso, trabalha-se no campo temático mais denso da experiência humana: a vida, o corpo, a morte” (RIOS, 2008, p.152).

Da mesma forma, ao comentar sobre pressão emocional dos trabalhadores de saúde o documento Condições de Saúde e Trabalho no Setor Saúde (2008) afirma que a literatura científica menciona constrangimentos capazes de gerar “sintomas inespecíficos” suficientes para abalar sua qualidade de vida tanto quanto suas carreiras. Demarca-se aqui uma dificuldade em se construir um nexos causal que seja tão forte, palpável e/ou indelével como em casos de acidentes de trabalho, por exemplo. Por isso o termo “sintomas inespecíficos”.

Aliás, apenas no ano de 1999 (Decreto nº 3.048) a Previdência Social passou a discriminar transtornos mentais relacionados ao trabalho (RAMMINGER; BRITO, 2008).

De fato, no Brasil os direitos reservados ao trabalhador – direitos trabalhistas e direitos previdenciários – apesar de serem fruto de importantes lutas sociais não resguardam todos, apenas os trabalhadores formais. Isto porque, os trabalhadores informais estão alheios de muitos destes direitos, portanto, em vários sentidos, desprotegidos. De mesma forma, estes direitos não são capazes de suprir as necessidades do trabalhador porque não operam sobre o processo de trabalho em si. A Previdência trabalha sob uma lógica reparatória e os direitos trabalhistas sob uma lógica contratual, ‘negociando’ os direitos. Assim, um risco a saúde pode ser negociado e traduzido em compensação financeira (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Ao contrário, mediante a atuação do SUS pela Vigilância Sanitária, o direito à saúde pode chegar a promover intervenções diretas nos processos de trabalhos julgados insalubres. Assim, a Saúde do Trabalhador, enquanto área de atuação, deve buscar centralizar o debate da relação saúde-trabalho no processo de trabalho, não no indivíduo, a fim de alcançar reflexões profundas e resultados efetivos (RAMMINGER; BRITO, 2008; GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Para tanto é preciso encarar o trabalhador “como sujeito ativo do processo saúde-doença e não, simplesmente, como objeto de atenção à saúde” (RAMMINGER; BRITO, 2008, p.37).

Todavia há autores que defendem que a história dos direitos trabalhistas e da Saúde do Trabalhador partem de um mesmo ponto: o Estado interessa-se pela saúde de seus cidadãos eminentemente pelo fato destes indivíduos serem a força produtiva da Nação (LANDMANN, 1983; ATHAYDE, 2011). Estando esta premissa correta, os indivíduos teriam sua saúde assistida apenas na medida em que interessa ao Estado, ou seja, apenas ao ponto de mantê-los trabalhando, produzindo e consumindo. Isto significaria que diferentes classes sociais e diferentes categorias profissionais seriam assistidas de modos diferentes, tendo acesso a distintos serviços de saúde. Alguns autores sugerem que esta seja a história da saúde nos povos ocidentais, o Brasil incluso (FOUCAULT, 1981; LANDMANN, 1983; ATHAYDE, 2011).

Esta é, entre outras, a lógica que se objetivava ultrapassar com a criação do SUS no Brasil. Foi nesse sentido também que a saúde foi incluída no texto constitucional como direito do cidadão e dever do Estado. Assim, foi necessário que as bases do novo sistema de saúde se estruturasse sob uma lógica distinta da que havia imperado durante o sistema anterior. Ou seja, precisou que se organizasse sob bases diferentes a de uma clínica focada eminentemente no corpo individual e no saber estritamente médico. Isto porque um sistema de saúde estabelecido a partir destas bases citadas converge primordialmente à reprodução da força de trabalho. Deste modo fez-se necessário superar tais concepções a fim construir um setor saúde capaz de garantir o direito universal (ATHAYDE, 2011).

Assim, diferentemente dos direitos citados acima, o direito à saúde no Brasil é um dos mais vanguardistas do mundo por ampliá-lo a todos, sob a consigna de que cabe ao Estado a incumbência de garantir tal intento. Assim, à medida que, a partir da Constituição Cidadã, toma como princípio doutrinário de seu sistema público de saúde a universalidade do atendimento à saúde passa a garantir automaticamente a todos os trabalhadores o direito à saúde (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011) – inclusive os trabalhadores que se empenham em fazer este sistema funcionar.

Todavia, apesar da extrema relevância da questão da saúde do trabalhador de saúde, sustentada até aqui, não há indícios de atenção devida à tal temática

pelas instâncias de direito. Por exemplo, apesar da relevância global deste fenômeno e das tendências ético-humanista de suas declarações, a OMS não se pronunciou sobre esta conjuntura que mantém a Saúde do Trabalhador dissociada da Saúde Pública (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

No Brasil a relevância da Saúde do Trabalhador de Saúde já é reconhecida socialmente, mas não ao ponto de ter “despertado de forma significativa o olhar dos atores sociais envolvidos e das diversas instâncias de gestão dos serviços” (JACKSON-FILHO, 2008, p.4). Deste modo, como já dito, a OMS elegeu o período 2006-2016 como década de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008; ROLLO, 2007) e, no entanto, até hoje não houve de modo significativo na agenda do SUS preocupação com o direito do trabalhador de saúde, bem como não houve o reconhecimento destes como fundamentais ao processo de produção de saúde (ROLLO, 2007).

Mais que isso, por vezes quando são os trabalhadores de saúde que necessitam de cuidados especiais relativos à sua saúde eles enfrentam mais dificuldades de acesso a serviços de assistência à saúde que o público externo formado por usuários (PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010). Neste sentido, destacamos o documento intitulado ‘Saúde para o trabalhador de saúde: COMSAT – Comissão de Saúde do Trabalhador’ formulado por uma agência sindical do município de São Paulo-SP (SINDSAÚDE-SP, 2006). Neste documento é possível perceber o leque restrito de alternativas de cuidados direcionados aos trabalhadores do setor saúde. A única proposta apontada neste documento, caso o trabalhador se acidente no ambiente de trabalho, situação cada vez mais frequente, é a licença médica após avaliação pericial (SINDSAÚDE-SP, 2006).

Aliás, quanto ao trabalho pericial ligado à medicina do trabalho voltado aos servidores públicos, apenas recentemente foi publicado um documento nacional estabelecendo que “a perícia deve estar integrada a outras ações que visem à recuperação da saúde do servidor e o seu retorno ao trabalho” (BRASIL, 2010, p.20), todavia este documento não traz sugestões de quais devam ser estas ações.

Ressaltamos ainda que, como já dito, o atributo que tem sido apontado como primordial ao trabalho em saúde é o seu caráter relacional, tendo como produto o cuidado. Todavia, quando a literatura aborda este mesmo processo de trabalho buscando compreender o adoecimento dos trabalhadores e sua insatisfação com a atividade laboral este caráter relacional é por vezes posto em segundo plano e outras características são elencadas. O foco muda: antes no encontro trabalhador-usuário, passa para a falta de infraestrutura, de condições ergonômicas e de proteção a riscos de acidentes e contaminações e aos excessos de burocratização dos serviços, de verticalização das relações interpessoais e do contato constante com o sofrer alheio.

Os questionamentos que propomos ao evidenciarmos tal situação são: Porque estas características são comumente abordadas separadamente na literatura? Será que as análises sobre o processo de trabalho em saúde, suas possibilidades e limites não se beneficiariam da consideração conjunta destes caracteres? Isto porque, nos parece improvável considerar que o caráter relacional do trabalho em saúde possa se efetivar com toda a sua potencialidade uma vez que haja problemas infraestruturais, ergonômicos, de proteção a riscos e burocráticos obstaculizando o processo de trabalho.

Estes questionamentos fazem ainda mais sentido se considerarmos que tais obstáculos são fruto de estratégias de gestão, atuais e pregressas, que não se ajustam ao setor público de saúde (BRASIL, 2004; 2006a; PAIM, 2009), antes buscam alcançar resolutividade a partir do recrudescimento de normas e metas (CAMPOS, 2003; 2011). Não é este cenário contrário a aplicação de tecnologias relacionais? Entendemos que sejam.

Talvez mesmo por esta cisão ao abordar o trabalho em saúde, quando o objetivo é analisar o adoecimento dos trabalhadores de saúde, o caráter argumentativo dos textos parece por vezes apresentar o adoecimento dos trabalhadores do setor saúde como natural e esperado, inerente ao seu fazer. Mas será que o adoecimento dos trabalhadores é (precisa ser) mesmo inerente ao trabalho em saúde? Ou não será, ao contrário, que o adoecimento parece ser inerente porque existam pontos inalterados da gestão do processo de trabalho em saúde? E mais, será que a questão relacional do trabalho não

pode vir a gerar também subprodutos nocivos à saúde dos trabalhadores?

Porém a questão é que esta relação trabalho-adoecimento tomado como fato *a priori* à experiência não é algo recente. Já o primeiro compêndio da história sobre Saúde do Trabalho (do artesão, final do século XXVII) relacionava os riscos e doenças desenvolvidos por trabalhadores como intrínsecos ao próprio trabalho. Realidade anunciada. Os autores que nos trazem esta informação discutem que esta lógica se daria àquela época por não serem conhecidos os mecanismos etiológicos microscópicos que causariam muitas das doenças hoje assim explicadas. Assim, não haveria outra explicação plausível à disposição do que compreender que o trabalho em si desencadeasse adoecimentos, mas atualmente esta realidade não se configuraria da mesma forma. Uma vez que teríamos o conhecimento dos antígenos causadores das doenças, o trabalho estaria desvinculado das doenças dos trabalhadores (PENA; GOMES, 2011).

Todavia, não é esta a realidade verificada. Ao menos, não quando analisamos o processo de trabalho em saúde como demonstramos. O que presenciamos é o crescente adoecimento de trabalhadores do setor saúde nos últimos anos (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008), seguido de sistemas de notificação precários, burocratizados (LORENZI; OLIVEIRA, 2008) e dados subnotificados que não são capazes de esclarecer o fenômeno. Por outro lado os trabalhadores vinculam o adoecimento ao trabalho (SOUZA, 2010) e os órgãos internacionais apontam o surgimento de sintomas difíceis de serem identificados por serem inespecíficos (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008), mantendo a questão da Saúde do Trabalhador apartada da discussão sobre Saúde Pública (GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Cabe-nos revisitar a questão: o que o trabalho em saúde produz? Para Campos (2000; 2003) o trabalho em saúde produz sujeitos. Assim, vários são os autores que defendem que, no meio desse processo, outra questão está em jogo, devendo ser considerada: os desejos dos trabalhadores (CAMPOS, 2000; SILVA-FILHO, 2001; CAMPOS, 2003; FRIEDRICH, 2005; BARROS; BARROS, 2007). O trabalho em saúde deve, para tanto, ordenar-se de modo não apenas a assegurar sobrevivência, mas também à felicidade (CAMPOS, 2003).

Ao utilizarmos o termo 'sujeito' fazemos referência a um conceito. Este remete

à noção de indivíduos cuja determinação ontológica é multifatorial – determinações biológicas, de desejo, de interesses, de necessidades sociais e de necessidades das instituições às quais o indivíduo se vincula. Portanto seus padrões de ação e de pensar são multicausados. Todavia, este processo de formação ontológica nunca se finda, de modo que os indivíduos podem intervir consciente e propositalmente sobre os fatores que os determinam. Assim, tornam-se Sujeitos de sua própria história, na medida em que se responsabilizam por suas decisões, seus desejos e pelos rumos de suas vidas. Para tanto, devem aprender a identificar como esta multiplicidade de fatores os constituem e como manipulá-los a fim de manipularem-se a si mesmos (CAMPOS, 2000).

O conceito de sujeito se constitui então através do binômio ‘sujeito-objeto’, ou seja, quando se utiliza o termo sujeito tomado como conceito para analisar formas de condutas e ação (modos de trabalhar aqui incluso) o que se põe em análise e discussão é a capacidade dos indivíduos de refletirem sobre estas formas, co-responsabilizando-se por elas. Isto em oposição à atitude de reprodução maquinizada (i.e., sem reflexão) destes padrões de conduta, que pode deixá-los à mercê dos interesses e desejos alheios, tornando-os objetos de outrem.

A argumentação de Campos neste ponto centra-se na modificação dos sujeitos vislumbrando a constituição de cidadania e subjetividade dos indivíduos envolvidos no processo de cuidado à saúde: usuários e trabalhadores de saúde. Para este autor, esta produção de sujeitos não deve ser percebida e tratada como um subproduto, mas como consequência lógica desta relação estabelecida no encontro das necessidades dos usuários com os serviços de saúde (CAMPOS, 2003). Este é da opinião de que setores como o de saúde devem sim incorporar os desejos e interesses dos sujeitos que consumirão tais bens e serviços como também dos sujeitos que produzirão tais bens e serviços, o que assegurará a ambos, pela ação comprometida com prática, autonomia (CAMPOS, 2011). Não se podendo olvidar desta tarefa se objetivam garantir maior eficácia das organizações (CAMPOS, 2000).

Deste modo, o trabalho produz sujeitos, modificando-os à medida que requisita

dos trabalhadores que modifiquem a natureza a atender e adequar-se às suas necessidades. Então, diferentemente da Antiguidade e do Medievo, o mundo moderno valoriza o trabalho e aponta-o como lugar no qual (ou pelo qual) os indivíduos devem buscar realizarem-se (ARENDR, 1987). Este mundo contemporâneo organiza-se de modo a impelir que os indivíduos estruturem suas vidas em torno do trabalho e nele passem a maior parte de seu tempo. É neste sentido que as mesmas transformações que estão a acontecer na sociedade contemporânea podem produzir de um lado complexificação, heterogeneização e fragmentação do trabalho e de outro reiterar o papel central do trabalho na vida social atual (SCHERER; OLIVEIRA, 2011).

Assim, situações que impeçam esses indivíduos de trabalharem têm sido interpretadas no imaginário social de forma negativa. O adoecer é freqüentemente percebido, portanto, como um sinal de fraqueza e motivo de vergonha, pois equivale a paralisação do trabalho. A questão “não é evitar a doença, o problema é domesticá-la, contê-la, controlá-la, viver com ela” (DEJOURS, 1992, p.30).

Resta-nos questionar se o trabalho, que ocupa um lugar central à constituição do indivíduo moderno, é mesmo prejudicial ou se são as formas como este trabalho se organiza e se estrutura guardam um caráter disruptivo à saúde deste trabalhador. Centrando-nos no trabalhador da saúde: é o trabalho em saúde ou as formas que ele toma que adoecem o trabalhador? Se a resposta forem as formas específicas, há esperança de que este fenômeno de adoecimento diminua, basta construir caminhos coerentes. Todavia, se o processo de adoecimento dos trabalhadores de saúde for realmente inerente ao trabalho, triste senda terão tais indivíduos.

O que os setores governamentais pensam a esse respeito? Como tem encarado tal situação e a que atribuem-na? Quais caminhos vislumbram? De fato já existem órgãos governamentais municipais no Brasil se questionando a este respeito e propondo estratégias de enfrentamento deste fenômeno, atribuindo à gestão o compromisso por “promover ações, campanhas, programas e políticas assistenciais voltadas aos colaboradores, tendo como base, fundamentalmente, a ética, o respeito, o reconhecimento mútuo, a

solidariedade e a responsabilidade” (PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010, p.3).

No documento desta proposta citada é interessante perceber que uma das identificações básicas do fato dos trabalhadores de saúde estarem adoecendo é a dificuldade destes em acessarem os serviços de saúde para receberem cuidados quando necessitam. Razão pela qual um dos objetivos da proposta é facilitar este acesso à rede de serviços instalada (PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010).

Entretanto, se analisarmos a metodologia e dos planos de ações propostos desta proposta o que perceberemos é a utilização, dentre outras, de estratégias pedagógicas (oficinas, seminários e palestras) além de serviços de atendimento individuais. Nenhum destes parece intervir diretamente no processo de trabalho em saúde, ou mesmo garantir o objetivo citado. Ao contrário, parece um programa de caráter provisório de fornecimento de serviços para além da rede, e não de inserção dos trabalhadores na rede de serviços (PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010).

Isto não parece convergir com o que propõe a Política Nacional de Humanização quanto às estratégias gerais para a gestão trabalho. Neste ponto, a PNH propõe como forma de humanizar o trabalho em saúde

a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento profissional (BRASIL, 2006c, p.20).

Assim, faz-se importante que se investigue em outros setores governamentais municipais como esta conjuntura apresentada até aqui tem sido encarada e gerenciada. Deste modo, objetivou-se com este estudo apresentar: 1) a concepção de uma secretaria municipal de saúde sobre a relação saúde do trabalhador-trabalho em saúde; 2) analisar como esta secretaria explica este fenômeno, i.e., quais as razões que atribui para o adoecimento dos trabalhadores de saúde; e 3) quais as providências que em sua concepção seriam cabíveis para diminuir este problema.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Investigar qual a compreensão que a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória tem sobre a saúde do trabalhador do setor saúde.

2.2 ESPECÍFICOS

- Investigar qual a(s) concepção(ões) a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória têm sobre processo de trabalho em saúde;
- Verificar qual o entendimento que a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória tem sobre as causas do adoecimento dos trabalhadores do setor saúde;
- Identificar, na concepção da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, qual(is) o(s) melhor(es) caminho(s) para se garantir saúde aos trabalhadores do setor saúde.

3 MÉTODO

3.1 METODOLOGIA

Quanto à metodologia, Lakatos e Marconi (2007) resumem a finalidade da atividade científica como “a obtenção de *verdade* através da comprovação de hipóteses, que, por sua vez, são pontes entre a observação da realidade e a teoria científica que explica a realidade” (p.45, grifo nosso); devendo, todavia, esta *verdade* ser considerada de forma relativa e pontual. Afirma-se isto uma vez que as próprias autoras também alegam que o conhecimento científico é considerado analítico na medida em que, entre outros fatores, pondera sobre problemas parciais, tendo, por conseguinte, soluções também parciais e restritas à finalidade de análise. Assim,

O método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros - traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista (LAKATOS; MARCONI, 2007, p.46).

Para tanto, o caminho que se propõe aqui consiste num método de avaliação qualitativa do problema já apresentado. Método este que

se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2008).

Assim, os procedimentos para coleta e produção de dados foram divididos em duas etapas: pesquisa documental e pesquisa de campo.

Tendo em vista os objetivos deste estudo, a metodologia usada se adequou ao estudo de Representações Sociais, julgado mais apropriado para o processamento e análise de compreensões, concepções e opiniões. A teoria das Representações Sociais e seus conceitos têm recentemente sido utilizados de modo amplo pelas pesquisas sociais das mais distintas áreas. Mas este

termo não é recente, por assim dizer. Foi cunhado por Émile Durkheim, um dos pais da Sociologia, quando desenvolvia seus teoremas do funcionamento social (SÊGA, 2000; ARRUDA, 2002).

Este autor postula um consciente coletivo no qual representações e valores seriam compartilhados por uma sociedade e que embasariam os valores e o pensamento individual. Entretanto, Sêga (2000) e Arruda (2002) afirmam que é a partir das contribuições de Serge Moscovici que o conceito retorna nos anos 60, e as posteriores contribuições de Denise Jodelet fazem com que ele ganhe corpo e *status* de teoria. É assim, mantendo fortes laços com pressupostos sociológicos, que este conceito alcança outras áreas do conhecimento humano.

Quando falamos de Representações Sociais tratamos, como diria Durkheim, de representações coletivas que perpassam as representações individuais e as balizam. Refere-se assim às formas de estruturação cognitiva do pensamento. Mais do que dados e informações imagéticas flutuando transcendentemente os grupos e coletivos, as Representações Sociais

se apresentam como uma maneira de interpretar e pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas posições em relação a situações, eventos, objetos e comunicações que lhes concernem. [...] Em outras palavras, a representação social é um conhecimento prático, que dá sentido aos eventos que nos são normais, forja as evidências da nossa realidade consensual e ajuda a construção social da nossa realidade (SÊGA, 2000, pp.128-129).

Deste modo, o pressuposto básico da teoria das Representações Sociais é que elas influenciam diretamente as atitudes e comportamentos dos indivíduos. Isto porque, é por meio das Representações Sociais que o homem dá sentido aos eventos de sua vida cotidiana, a partir de elaboração cognitiva e simbólica destes mesmos eventos e de seus elementos constituintes. Assim, supõe-se que os comportamentos e ações sejam em certa medida determinadas por essas representações uma vez que os comportamentos se orientam pela compreensão que o indivíduo tem da situação que se apresenta a ele (SÊGA, 2000). Em termos mais simples: as Representações Sociais são fruto de

decodificações culturais do mundo das quais o indivíduo se utiliza para orientar suas ações. Assim, por exemplo, se em uma dada microcultura há um lugar cuja valoração é negativa – por exemplo: o lugar é perigoso, o lugar é insalubre, o lugar é propício às práticas imorais, etc. – os indivíduos desta microcultura tenderão a evitá-lo.

Apesar deste exemplo ser simples e reducionista serve para entender que as Representações Sociais estão ligadas a um processo de valoração de objetos, coisas e/ou pessoas que orienta os indivíduos que dela partilham nas suas atitudes com relação a estes objetos, coisas e/ou pessoas. Porém, mais do que isso, as Representações Sociais estão ligadas ao processo do indivíduo de racionalização destes valores e sua transformação em procedimentos e objetivos. “É esse sentido que a noção de representação social inova em relação às outras formas psicológicas, ela relaciona processos simbólicos e procedimentos” (SÊGA, 2000, p.129).

Sêga (2000) afirma ainda que para Jodelet a Representação Social tem cinco características básicas:

- a) é sempre representação de um objeto;
- b) tem sempre um caráter imagético e a propriedade de dixer intercambiáveis a sensação e a ideia, a percepção e o conceito;
- c) tem um caráter simbólico e significante;
- d) tem um caráter construtivo;
- e) tem um caráter autônomo e criativo (SÊGA, 2000, p.129).

No mesmo sentido, Chamon (2006) elenca quatro funções das Representações Sociais: 1) permitem compreender a realidade; 2) situam os indivíduos no campo social; 3) guiam os comportamentos; 4) permitem a justificação *a posteriori* das decisões individuais em contextos sociais.

Assim, uma característica se apresenta: as Representações Sociais são argumentativas. Elas não apenas fornecem conteúdos à consciência ou regras atitudinais, mas racionalizam sobre eles justificando as ações e comportamentos pessoais frente à microcultura em que o indivíduo se insere. Este processo de argumentação, de racionalização e de justificação dos

elementos que se oferecem ao pensamento individual ou coletivo e que tem a capacidade de enraizamento social da representação e do objeto que esta se refere dá-se o nome de Ancoragem (SÊGA, 2000; CHAMON, 2006). Assim, ao contrário de sentidos manifestos mais facilmente encontrados, a ancoragem refere-se a sentidos latentes (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009). Esses sentidos, quando aparecem nos discursos, funcionam como manifestações diretas das Representações Sociais já que se configuram em afirmações veiculadas nos depoimentos, que enunciam, de forma explícita, valores, crenças e ideologias.

A Ancoragem, por ser o processo de argumentação da Representação Social é também ao mesmo tempo o processo de fixação cognitiva da representação no âmbito individual e o processo de tradução desta representação em linguagem veiculável. Ao momento que estes elementos e justificativas veiculam são sociabilizados e depurados pelo embate argumentativo. Ou seja, é do intercâmbio de representações individuais em que os elementos mais significantes e as argumentações mais fortes se ancoram e formam as Representações Sociais (SÊGA, 2000).

Ao mesmo tempo, é pela força em que se encontram ancoradas sistemas de representações preexistentes que os novos elementos serão lidos e (re-) interpretados. Assim, este embate entre novos elementos à disposição do pensamento e as representações preexistentes, entre o estranho e o familiar, podem tanto modificar as representações ou modificar os novos elementos num esforço por integrá-los cognitivamente. “Toda vez que surge um conflito entre uma opinião e uma ação [...] ele [o homem] racionaliza para reduzir a tensão entre as duas” (SÊGA, 2000, p.131). Ou, como afirma Chamon (2006),
a

função [da ancoragem] é de realizar a integração cognitiva do objeto representado num sistema de pensamento preexistente. Dessa maneira, os novos elementos de conhecimento são colocados numa rede de categorias mais familiares (p.23).

Foram feitas duas etapas metodológicas de coleta de dados visando contrastar resultados, aprofundar as possibilidades de análise e fortalecer as inferências e conclusões construídas. Foram também dois os procedimentos de análise

destes dados. Cada etapa, pelas particularidades dos seus instrumentos de coleta, demandou uma forma de análise distinta e adequada. Assim, a pesquisa documental foi analisada através da Análise de Conteúdo Temática e a pesquisa de campo foi analisada pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo. Vale ressaltar que as duas técnicas são utilizadas para a investigação de Representações Sociais e são métodos estabelecidos e em voga na pesquisa social no contexto brasileiro (BAUER, 2002; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO: SEMUS-Vitória

O município de Vitória localiza-se na Região Sudeste – é a capital do estado do Espírito Santo. Sua população é de aproximadamente 297.500 pessoas segundo dados do IBGE (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2011a). A escolha por propor um estudo em um órgão municipal de Vitória funda-se na preocupação histórica da prefeitura desta cidade com a saúde do trabalhador (BOURGUIGNON ET AL., 2001). Preocupação que se expressa, por exemplo, no fato de Vitória ser uma das cidades pioneiras na instituição de política de cargos e salários aos seus funcionários, contando com esta discussão em seu escopo legal municipal desde o ano de 1978 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a). Além disso, cabe ressaltar como justificativa a pesquisa nesta esfera governamental local, o fato de que desde o final dos anos 90 os municípios se tornaram “os principais prestadores públicos de ações e serviços de saúde no âmbito nacional” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2006, p.82).

Não obstante, Vitória é a capital de melhor índice de satisfação dos serviços públicos no país, de acordo com pesquisa realizada pela Fundação Getúlio Vargas em 2002 (PREFEITURA DE VITÓRIA, 2011a), fato altamente relevante dado à opinião histórica de ineficácia dos serviços públicos (ROLLO, 2007). Assim, por ser a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS-Vitória) um órgão do setor público, órgão este regulamentador das ações municipais no setor saúde, justifica-se investigar sua atuação.

Atualmente a SEMUS-Vitória dividiu o município em seis Regiões Territoriais de Saúde. Cada qual abrange um território específico com suas respectivas Unidades Básicas de Saúde. A rede municipal de saúde de Vitória conta com

28 Unidades de Saúde espalhadas por todo o município (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b). Além das 28 Unidades de Saúde, o sistema de saúde de Vitória compreende: uma Policlínica, dois Pronto-Atendimentos, seis centros de referência, onze Módulos de Serviço de Orientação ao Exercício, academias populares, um Laboratório de Análises Clínicas, um laboratório de Manipulação de Medicamentos Fitoterápicos, uma Central de Ambulâncias e uma Central Municipal de Agendamento de Especialidades (Vide ANEXO 3).

Ademais, o município tem convênios firmados com o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), o Hospital Santa Rita de Cássia, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, a Pro-Matre e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) visando ampliar o acesso dos munícipes a consultas e exames especializados (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b). É, também, composta por várias gerências e sub-setores (Vide ANEXO 4).

Quanto a seu efetivo, a SEMUS-Vitória conta com um quadro de 3.428 servidores, 2.611 efetivos (76,2%). Os outros 817 (23,8%) são formados por profissionais contratados em regime de CLT e profissionais temporários (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b).

Vale destacar também que o município de Vitória já se encontra na segunda gestão consecutiva de ordenação de centro-esquerda, podendo-se inferir uma orientação dos aparatos estatais locais mais coadunada às lutas e demandas trabalhistas e menos às formas de gestão liberais, estas últimas apontadas anteriormente como fragilizadoras do Estado enquanto protetor social e, portanto, promotoras de adoecimento nos trabalhadores (de saúde). Por conseguinte, acreditamos que este município se encontre numa posição favorável à discussão sobre processos de trabalho de seus funcionários e as condições específicas que se encontram. Conjetura que se faz importante visto o quadro delineado anteriormente de adoecimento dos trabalhadores do setor saúde.

Assim, esperava-se que o município em questão encontrasse-se em nível avançado de discussão deste quadro na sua localidade e encaminhando à

construção de respostas caso houvesse a percepção por seus gestores de que este quadro se confirmasse na realidade local. Discutir-se-á esta expectativa prévia a pesquisa a partir dos resultados encontrados.

3.3 TAREFAS, TÉCNICAS E INSTRUMENTAL ANALÍTICO

3.3.1 Pesquisa Documental

Considera-se como documentos os materiais escritos, cujo uso dado pode ter influência sobre um ou mais comportamentos humanos, interferindo-o, ou mesmo exercendo controle sobre este. Podem ser, portanto, leis, normas e memorandos, pareceres, etc. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Assim, a pesquisa documental teve como material a investigação e análise dos Relatórios de Gestão e Planos Municipais do período de 2006 à 2010. A saber, foram analisados os seguintes documentos: o Plano Municipal de Saúde 2006-2009, os Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008, e 2009 e a Programação Anual de Saúde SEMUS 2010.

Estes documentos foram julgados relevantes à temática de saúde do trabalhador do setor saúde de Vitória uma vez que foram produzidos pela própria SEMUS e versam sobre seus planos e metas e/ou sobre suas realizações e dificuldades. São assim, documentos passíveis de investigação acerca das concepções da SEMUS sobre o processo de trabalho em saúde – um dos objetivos da presente pesquisa. De fato, segundo a própria SEMUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009a), estes referidos Relatórios de Gestão foram construídos “tendo como referencial os relatórios de atividades elaborados pelas Referências Técnicas da SEMUS e o resultado da avaliação” (p.6) do ano em questão.

Esta seleção não-aleatória dos documentos investigados teve como critério documentos produzidos pela instituição investigada e publicizados, que contêm a visão desta instituição sobre a organização de seus deveres, seus planos e agenda e a organização do processo de trabalho que possibilita a realização dos quesitos anteriores.

Com a finalidade de nortear a pesquisa documental, focou-se o período de

2006 a 2010, que coincide com o primeiro quinquênio da década de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2006; ROLLO, 2007).

Consonante ao que nos dizem Reis e Garcia (2008), entende-se que trabalhar com pesquisa a análise de documentos implica numa reflexão que, para além da redação, considere para quem foram elaborados, em que época e contexto. Isto porque a análise documental enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados tem por intuito apresentar e representar de modo alternativo essa informação, transformando a composição anterior noutra em cuja forma dos dados se apresente sucinta e trabalhada (BARDIN, 2004). Mais que isto, tal aparato metodológico “permite identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p.38) e fazer inferências sobre os contextos que perpassam uma problemática específica a ser pesquisada.

Este tipo de pesquisa é mais indicada entre outros em casos quando se pretende comparar os resultados obtidos desta técnica com resultados obtidos por outras técnicas, quando a linguagem do(s) sujeito(s) de pesquisa se faz crucial à investigação e serve também como técnica exploratória (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). No presente estudo foi usado com tais objetivos, em contexto prévio à pesquisa de campo. Assim, teve por finalidades justamente a aproximação em carácter exploratório à linguagem da SEMUS-Vitória e a possibilidade de enriquecimento dos resultados e análises a partir da comparação com os resultados gerados pela técnica de pesquisa de campo.

Assim, os procedimentos de coleta e categorização dos dados apresentam-se a seguir: Foram feitas buscas de todas as ocorrências do termo evocador *trabalh*². Ao utilizar como termo evocador este prefixo foram evocados todas as ocorrências em que é usado nestes documentos os substantivos *trabalho* e *trabalhador* (e suas inflexões), bem como as vezes que aparece o verbo *trabalhar* (e suas inflexões).

² Este termo refere-se ao sufixo *trabalh* e encontra-se escrito em linguagem digital. Uma vez que os documentos pesquisados se encontram disponibilizados em formato digitalizado no sítio eletrônico da Prefeitura esta busca foi feita pelo campo “localizar” presente na barra de ferramentas de todo arquivo em formato PDF.

A partir das ocorrências do termo evocador foram selecionadas as que continham descrições e/ou apontamentos sobre o processo de trabalho em saúde. Tanto tais ocorrências foram categorizadas e contabilizadas quanto foram selecionados trechos pertinentes à definição de processo de trabalho em saúde que corroborem ou elucidem os dados da mensuração citada. A lógica usada concebe que, apesar deste proceder ignorar outras descrições presentes nos textos investigados, a utilização do prefixo trabalh* como termo evocador pressupõe que serão evocadas a maioria das ocorrências que versem sobre o processo de trabalho em saúde e/ou liguem-no a ideias e concepções que possibilitem o esclarecimento de qual a compreensão da SEMUS sobre processo de trabalho em saúde.

Para o processo de categorização foram respeitadas as diretrizes metodológicas já especificadas da Análise de Conteúdo temático, uma vez que este método de análise é o método geralmente utilizado para pesquisas documentais (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; BARDIN, 2004).

Este método permite encontrar significados profundos presentes no campo das comunicações, subjacentes à superfície da mensagem emitida (OLIVEIRA, 2008), ou ainda, “produzir inferências de um texto para seu contexto social de maneira objetivada” (BAUER, 2002, p.191). Define-se como: descrição analítica, de acordo com métodos ordenados e com objetividade, de descrição do conteúdo das mensagens (OLIVEIRA, 2008). Para Bardin (2004)

[...] isto não é suficiente para definir a especificidade da análise de conteúdo. [...] A intenção da análise de conteúdo é a *inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (qualitativos ou não)* (BARDIN, 2004, p. 33-34, grifo da autora).

Oliveira (2008), citando Berelson, um dos primeiros autores de Análise Temática de Conteúdo, afirma haver quatro exigências fundamentais à replicação deste método: objetividade, sistematicidade, abordar apenas o conteúdo manifesto e quantificar. Assim, *objetividade* implica na clareza com que as categorias em que a mensagem será decomposta e classificada esteja garantida de modo a possibilitar reprodução por outro pesquisador;

sistematicidade implica que a análise não se restrinja a seleção(ões) arbitrária(s) dos elementos de acordo com a agenda do pesquisador; abordar o *conteúdo manifesto* implica que a análise deve abordar o que foi efetivamente expresso e não o presumido; e a *quantificação* permite obter informações mais precisas e objetivas sobre a frequência da ocorrência das características do conteúdo (OLIVEIRA, 2008).

Porém, para que estas exigências sejam atingidas no transcorrer da análise há que se vejam respeitadas ambas as dimensões que compõem a re-apresentação dos textos em elementos sistematizados e provedores de inferências ao real. Estas são: a dimensão sintática e a dimensão semântica.

A partir do exposto, Bardin (2004) orienta a organização da Análise Temática de Conteúdo em três etapas, a saber: a pré-análise – etapa em que se tem como objetivo a organização das informações coletadas –, a exploração do material – etapa na qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades permitindo descrição – e o tratamento dos resultados – etapa em que os dados produzidos e sistematizados em conversa com a teoria mediada pelo pesquisador permitem interpretações e inferências mais consistentes (BARDIN, 2004; GOLDEMBERG; OTUTUMI, 2008; OLIVEIRA, 2008).

Assim, durante o processo de pré-análise os documentos foram selecionados e lidos e durante a etapa de exploração do material as buscas com o termo evocador trabalh* foram feitas e os trechos em que tal termo aparecia foram destacados. Durante a etapa do tratamento dos dados estes trechos foram categorizados e computados.

As categorias foram construídas a partir dos sentidos presentes nas frases ou parágrafos de cada ocorrência do termo evocador. A fim de não desconsiderar materiais importantes presentes em trechos dos textos apresentados em equivalência e/ou proximidade dos segmentos nos quais se encontrou o termo evocador, estes trechos foram relidos. Os apontamentos e/ou descrições ali presentes foram encaixados, quando possível, em categorias já existentes suscitadas diretamente pelos segmentos de ocorrências do termo evocador. Assim, se, por exemplo, quando o termo evocador foi encontrado em um

segmento pertencente a uma lista de metas ou de atividades realizadas a lista toda foi relida e os dados ali presentes contabilizados.

É importante que fique claro também a forma utilizada para mensuração. A mensuração seguiu a lógica de contabilizar as ocorrências das categorias, não as aparições de fato. Ou seja, as ocorrências do termo evocador que suscitaram mais de uma categoria de análise foram contadas mais de uma vez, computadas pela ocorrência das categorias. Foram desconsideradas também na mensuração as evocações referentes a títulos e subtítulos. Foram ao todo, 307 ocorrências catalogadas.

3.3.2 Pesquisa de Campo

A segunda tarefa, pesquisa de campo, foi conduzida por meio de entrevistas orientadas por roteiro semi-estruturado (vide Apêndice A) dirigida aos gestores da SEMUS-Vitória envolvidos na problemática da presente pesquisa. Por gestores da SEMUS-Vitória entenda-se pessoas-chave na formulação, discussão e/ou implementação das políticas de saúde do trabalhador de saúde no Município de Vitória.

A técnica de entrevista tem como caráter principal a interação entrevistador-entrevistado, não possibilitada por outras formas de coleta de dados, que permite aprofundar e fazer esclarecimentos ou correções sobre as questões pesquisadas às vezes instantaneamente. Esta possibilidade aumenta ao passo que há liberdade na condução da entrevista, estando, portanto, dependente tanto da rigidez estrutural que a pesquisa demandará à condução da entrevista quanto das habilidades do entrevistador em fazer o entrevistado sentir-se seguro (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Por este motivo se optou-se aqui pela técnica de entrevista semi-estruturada, uma vez que possibilita maior liberdade e interação por não ser necessário seguir à risca um questionário (BAUER, 2002). De fato, com esta técnica

o entrevistador pode e deve decidir, durante a entrevista, quando e em que seqüência fazer quais perguntas. Se uma pergunta, por acaso, já tiver sido respondida *en passant* e puder ser omitida, isso poderá ser decidido *ad hoc* (UWE, 2004, p.106).

A fim de que esta liberdade fosse possível e os entrevistados pudessem responder às perguntas que lhes fossem feitas sem que suas respostas fossem restringidas ou obscurecidas no processo, fez-se necessário que o entrevistador dominasse o assunto pesquisado e que aplicasse a técnica de modo a facilitar o processo para os entrevistados (UWE, 2004). Assim, além de a interação ter sido calcada na confiança e respeito, a medida de flexibilidade na estruturação da entrevista também contribuiu bastante. Configurou-se como de extrema relevância, portanto, um roteiro que respeitasse uma lógica de complexificação crescente das questões. Daí o roteiro que serve de guia ao entrevistador para que não se perca (LÜDKE; ANDRÉ, 1986; UWE, 2004).

Ao todo foram dez entrevistas. Este número respeitou o critério de competência para responder os conteúdos específicos da pesquisa. Isto se deu porque para o rastreio dos sujeitos a serem entrevistados foi utilizado a técnica de construção amostral não-probabilística “bola de neve”. Nesta técnica as entrevistas se encerram quando se julga que todas as pessoas envolvidas aptas a falarem sobre tal assunto foram ouvidas. Assim, neste caso ouvimos todas as pessoas indicadas que estão envolvidas na discussão e implementação de soluções para a problemática de saúde dos trabalhadores.

Como funciona esta técnica de pesquisa? A técnica “bola de neve” pressupõe que uma aproximação primeira, muitas vezes oportunística e ao acaso, seja feita com um membro culturalmente competente a responder as questões do pesquisador. Ao final deste contato o entrevistado o remete, por solicitação expressa do pesquisador, a outro membro culturalmente competente (ANDRADE; MARQUES; ZAPPI, 2006). Assim, após terem sido feitas dez entrevistas as sugestões passaram a recair sobre as pessoas já entrevistadas, ou seja, o pesquisador passou a ser remetido para as mesmas pessoas. E desta forma, considerou ter atingido o limite de entrevistas possíveis com os membros culturalmente competentes a opinarem sobre a temática em questão.

É importante que se justifique que dentre as pessoas entrevistadas houve um sujeito que não pertencia aos quadros da SEMUS e sim da Secretaria Municipal de Administração da Prefeitura (SEMAD-Vitória). Tal profissional foi incluída na pesquisa por atuar em serviço que presta atendimento de saúde a

todos os funcionários da Prefeitura de Vitória, incluindo os profissionais de saúde, além de ser indicada, respeitando a técnica de coleta de dados explicitada. Também ressaltamos que dos entrevistados quatro (4) participam ativamente na Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS, espaço institucional legitimado de discussão do processo de trabalho e gestão compartilhada. Assim, para todos os efeitos desta pesquisa estes sujeitos foram computados como gestores da SEMUS-Vitória, membros culturalmente competentes de proferir opiniões e argumentações a respeito da saúde dos trabalhadores de saúde do município de Vitória, seu adoecer e suas interfaces com o processo de trabalho.

Deste modo, metodologicamente é possível considerar que, como foram entrevistados todos os gestores da SEMUS aptos a proferirem arrazoados sobre o assunto em questão, uma vez que estão diretamente envolvidos com ele, as representações captadas podem ser apresentadas como as opiniões da Secretaria Municipal de Saúde. Isto porque, mesmo que não sejam as únicas representações sociais possíveis de serem encontradas no seio da SEMUS a respeito deste tema, em termos da gestão as representações descritas são as que norteiam as ações e projetos para os trabalhadores da Secretaria.

Uma vez que esta pesquisa pesquisou não apenas o que gestores desta Secretaria afirmam e/ou pensam sobre o tema em questão, mas também quais as representações veiculadas em documentos oficiais produzidos por esta instituição, considera-se aqui que os resultados encontrados representam posicionamentos e concepções da SEMUS enquanto um coletivo que compõe uma determinada instituição e não apenas as opiniões da gestão ou de alguns gestores.

Além das entrevistas o pesquisador também presenciou, a partir da permissão de seus integrantes, duas reuniões da Mesa Municipal de Negociação Permanente do SUS cuja pauta tratava do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) e da saúde dos trabalhadores de saúde de Vitória.

Para fins da análise, as entrevistas foram, após consentimento prévio dos entrevistados, gravadas e transcritas. Tais dados gerados foram ponderados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC, como já dito, adéqua-

se à análise de Representações Sociais, pois não é uma teoria, mas um método de análise associado à teoria de Representações Sociais. Mais especificamente às contribuições de Jodelet e aos pressupostos sociológicos que lhe subjazem (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005; LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Por este método é possível que se elenque e se articule

uma série de operações sobre a matéria-prima de depoimentos coletados em pesquisas empíricas de opinião por meio de questões abertas, operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos confeccionados com extratos de diferentes depoimentos individuais – cada um desses depoimentos coletivos veiculando uma determinada e distinta opinião ou posicionamento (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006, p.517).

Assim, o método do DSC processa a partir de discursos individuais sobre um mesmo assunto um ou mais discursos coletivos nos quais se encontram Representações Sociais do grupo que os sujeitos de pesquisa estão referidos. Para que isto se dê, os sujeitos de pesquisa devem ser representativos de um grupo ou coletivo ao qual se queira pesquisar as opiniões, valores e suas respectivas explicações e interpretações (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Um dos pressupostos sociológicos que o método do DSC reconhece e tenta se adequar é que “as pessoas pensam com base em representações sociais, existentes (da perspectiva da pesquisa social empírica) em forma virtual na sociedade” (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009, p.1197). Isto significa que o pensamento individual se norteia e se nutre do que as Representações Sociais tem para lhe oferecer. Mas mais do isso, os autores que tem trabalhado com este referencial metodológico defendem que os indivíduos falam e pensam a partir das Representações Sociais que tem acesso e a cada vez que o fazem “reabastecem” tais representações. Portanto é possível e passível de investigação tais representações pelas ideias, opiniões e falas de indivíduos.

Neste ponto não há de fato uma novidade neste método. A vantagem que distingue este método de outros está em outro pressuposto que este defende. Este segundo pressuposto é: o pensamento coletivo, tanto quanto o individual, é discursivo. Aparentemente simples, este pressuposto afirma que as Representações Sociais tem como característica a argumentação, a

interpretação e o encadeamento de ideias. Assim, seria imperativo que os métodos de análise de representações, opiniões e valores sociais se adequassem a esta questão criando formas de integrar ao método não apenas categorias de análises, mas as explicações proferidas pelos sujeitos pesquisados destas categorias (LEFÈVRE; LFEVRE, 2005).

Dito de outra forma, o que Lefèvre e Lefèvre (2005) afirmam é que outros métodos de análise ou criam categorizações prévias às pesquisas ou criam categorias *a posteriori*. Contudo, estas estratégias concentram-se no aspecto quantitativo das respostas, como se fosse possível estabelecer fidedignamente as Representações Sociais de um dado coletivo apenas pelas ideias citadas com mais frequência. Os autores afirmam que esta estratégia metodológica descarta das análises a complementaridade de algumas ideias bem como suas explicações por quem as proferiu.

Neste sentido, tentando resgatar e respeitar a discursividade do pensamento que o método do DSC propõe como resultado dos procedimentos metodológicos sobre os discursos individuais sobre um tema não apenas categorias, mas um ou mais discursos representativos do coletivo escritos em primeira pessoa do singular (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Paradoxalmente, é escrevendo estes DSCs em primeira pessoa do singular, como foram proferidos pelos indivíduos, que se garante impessoalidade e desvinculação individual com os resultados, pois tais resultados, agora discursos, não são de uma ou outra pessoa, mas da coletividade. No caso específico deste estudo a aplicação deste aporte metodológico permite-nos construir falas, opiniões e posicionamentos da instituição SEMUS-Vitória, i.e., é tal instituição o sujeito coletivo que neste estudo se perscruta as Representações Sociais sobre o tema em foco.

Quanto às operações necessárias à aplicação correta do método do DSC Lefèvre e Lefèvre (2005) elencam quatro operadores cujo manuseio rigoroso produzirá DSCs condizentes com o sujeito coletivo que se constrói metodologicamente. São eles: as Expressões-Chave (E-Ch); as Ideias Centrais (ICs); as Ancoragens (ACs) e os Discursos do Sujeito Coletivo propriamente dito (DSCs). Segundo estes autores as E-Ch são “trechos selecionados do

material verbal de cada depoimento” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p.22), ou seja, categorizações, a partir de trechos, que orientam os DSCs. As ICs são “fórmulas sintéticas que descrevem o(s) sentido(s) presentes nos depoimentos” (p.22). E finalmente, as ACs, também fórmulas sintéticas, porém estas descrevem “não os sentidos, mas as ideologias, os valores, as crenças” (p.22). Já os DSCs são “a reunião das E-Ch presentes nos depoimentos, que tem ICs e/ou ACs de sentido semelhante ou complementar” (p.22).

Assim, para cada questão respondida um mesmo indivíduo pode apresentar mais de uma IC e mais de uma AC. Para cada IC deve haver uma ou mais ACs, mas nem sempre é possível encontrá-las, apenas as mais bem estabelecidas. Após a identificação das ICs e ACs comuns e complementares nos diversos depoimentos individuais dos membros culturalmente competentes e do destaque das E-Ch são confeccionados os DSCs agrupando estes elementos comuns em um único DSC.

A fim de auxiliar nos procedimentos de tratamento dos depoimentos e transformação destes em DSCs optamos por utilizar uma ferramenta digital o software “*QualiQuantSoft*”. Este software foi desenvolvido em uma parceria da Universidade de São Paulo, dos criadores de método do DSC e uma empresa de criação de programas de computador e serviu para fortalecer o método. De fato, este programa destina-se a agilizar, facilitar e validar tal metodologia (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). O software tem distintas formas de licenças, neste estudo foi utilizado pela licença de demonstração.

3.3.3 Questões Éticas

A pesquisa considerou os princípios éticos, adequando-se à resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, bem como a toda normatização vigente sobre ética em pesquisa aplicável ao desenho de estudo apresentado. Nesse sentido, a pesquisa só foi iniciada após aprovada na SEMUS (ANEXO 2) e no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde – Espírito Santo (protocolo nº210/10) (ANEXO 1). A fase de entrevistas respeitou os preceitos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (vide Apêndice B). A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2011.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PESQUISA DOCUMENTAL

Como já dito, a pesquisa documental focou-se na concepção sobre processo de trabalho em saúde veiculada pela SEMUS-Vitória em seus documentos oficiais. Os resultados seguem-se apresentados na Tabela abaixo.

| TABELA 1 – Categorias de análise documental | |
|--|--------------------|
| CATEGORIAS DE ANÁLISE | OCORRÊNCIAS |
| Relação serviços-população | 26 |
| Interação c/ outros atores sociais | 24 |
| Treinamento e capacitação | 23 |
| Escala, fluxos, protocolos e rotina | 21 |
| Trabalho em eq. Interdisciplinar | 18 |
| Educação Permanente | 18 |
| Grupo de trabalho | 17 |
| Oficinas e seminários | 15 |
| Saúde do Trabalhador | 13 |
| Condições de trabalho | 12 |
| Sist. Informação e notificação | 12 |
| Problemas infraestruturais | 12 |
| Trabalho como valor | 11 |
| Trabalho que dá resultados | 11 |
| Gestão democrática | 10 |
| Cuidado | 10 |
| Contratação | 10 |
| Org. processo de trabalho | 8 |
| Relações de trabalho | 8 |
| Gestão do trabalho | 7 |
| Aquisição de insumos | 5 |
| Outros | 16 |
| TOTAL | 307 |

Os resultados não serão discutidos respeitando estritamente a ordem apresentada na Tabela 1 – ordem decrescente de números de ocorrências de cada categoria. Antes, apresentar-se-ão tendo em vista os objetivos da pesquisa e procurando elucidar possíveis relações que estas categorias estabeleçam entre si.

É interessante perceber que, dentro do organograma institucional da SEMUS, o trabalhador³ se encontra inserido em dois lugares distintos (Vide ANEXO 4). A saber, na Coordenação de Saúde do Trabalhador (vinculada à Gerência de Vigilância em Saúde, que por sua vez responde à Subsecretaria de Atenção em Saúde) e na Coordenação de Gestão de Pessoas (vinculada à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que responde à Subsecretaria de Apoio Estratégico). Isto nos parece configurar um dado analisável, pois, se por um lado, a atenção específica à saúde do trabalhador é considerada como importante, estando presente no organograma, ela insere-se nas ações de Vigilância em Saúde. Isto aponta para o tipo de saúde a que se refere e de cuidados que serão dispensados. Ou, melhor dizendo, a que público se refere: aos munícipes, prioritariamente.

Este dado condiz com os achados apresentados na tabela. Foram encontradas 13 ocorrências do termo evocador ligado à ideia de *Saúde do Trabalhador*. Nelas a importância de focar esforços nesta área é ressaltada. A proposta da SEMUS para a saúde do trabalhador é:

Priorizar a organização das ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas pelas Gerências de Vigilância em Saúde e de Vigilância Sanitária da SEMUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009b, p.41).

Como foi sugerido, o trecho acima não especifica a quem estas ações de saúde do trabalhador se dirigem. Todavia as gerências apontadas como responsáveis a desenvolver estas ações trazem uma pista para esta questão, pois, nem uma das duas são gerências ligadas ao setor de Recursos Humanos, mas ligam-se sim a ações voltadas aos munícipes. Deste modo, os

³ Trabalhador como termo genérico, sem especificação de que trabalhador, de que classe/categoria profissional ou de que tipo de trabalho.

dados encontrados nos relatórios de gestão da Secretaria, quando falam sobre saúde do trabalhador, não trazem referências aos seus próprios trabalhadores. De fato, em várias vezes que há ocorrência do termo *Saúde do Trabalhador* este aparece ligada à Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) cujo foco não está nos servidores e sim nos trabalhadores dos municípios.

Por outro lado também, percebem-se nos documentos analisados referências ao trabalhador da SEMUS. Uma delas é a preocupação com a gestão de pessoal da SEMUS que se vê vinculada às ações de Educação em Saúde. Isto parece sugerir que na compreensão da Secretaria as ações de gestão do trabalho e de capacitação/formação se complementam para a organização dos processos de trabalho em saúde. Esta inferência se vê corroborada nos dados da tabela 1 pelas categorias *Educação Permanente*; *Treinamento e capacitação* e *Oficinas e seminários* que apresentaram, respectivamente, com 18, 23 e 15 ocorrências. Apresentados juntos compreendem 56 ocorrências, 18,24% do total.

Nos segmentos em que apareceram tais categorias é ressaltado com frequência a falta de qualificação dos trabalhadores de saúde ou a formação descompassada com as novas práticas exigidas. Não só isto. Há trechos dos documentos que parecem demonstrar que na compreensão da SEMUS a educação permanente está intimamente ligada aos processos de gestão. Esta ideia aparece de forma explícita nos três trechos em destaque:

A Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde – GFDES no ano de 2006 abrigou a estrutura da Coordenação de Educação em Saúde (CES) da Gerência de Gestão do Trabalho pela afinidade dos processos de Educação Permanente que vinham sendo implementados (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2007, p.21).

A política de educação permanente implementada pela SEMUS priorizou, no ano de 2006, a discussão do processo de trabalho dos profissionais através das rodas de educação permanente (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2007, p.21).

[...] a Gerência de Formação e Desenvolvimento em Saúde (GFDS) desenvolveu uma série de atividades de caráter formativo [...] Objetivou com tais ações conduzir o indivíduo ao pensamento reflexivo e transformador, transportando-o do lugar de sujeito para ator do processo de trabalho dentro da rede de serviços da SEMUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008, p.23).

A premissa presente nos documentos pesquisados é de que o trabalho em saúde tem passado por sérias transformações, visto ser um trabalho altamente complexo e que alguns aspectos da gestão do trabalho em saúde constituem-se fundamentais à implementação do SUS, porém têm sido relegados. Neste contexto

[...] a formação de trabalhadores para a saúde se destaca como peça fundamental para a elaboração e implementação de uma política de gestão do trabalho para o SUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.45).

Além disto, a distinção entre subsecretarias de Atenção em Saúde e de Apoio Estratégico e as gerências que as compõem sugerem haver uma distinção institucional entre os públicos assistidos pela Secretaria. Estabelecendo qual o foco de ação deste órgão público. Isto porque, se há uma subsecretaria de 'apoio' o mais provável esta subsecretaria dê suporte a outra. Então os públicos atendidos pela subsecretaria de Atenção em Saúde seus projetos e focos de atuação parecem ser os prioritários, estando a subsecretaria de Apoio Estratégico encarregada de apoiar para que tais projetos possam ocorrer. Se esta premissa estiver correta, uma vez que as gerências que se voltam ao trabalhador e ao seu processo de trabalho inserem-se na subsecretaria de Apoio Estratégico e que as gerências que compõem a subsecretaria de Atenção em Saúde voltam-se aos munícipes, a preocupação com a gestão do trabalho apareceria como meio propiciador ao funcionamento dos serviços de atenção em saúde destinados aos munícipes. De fato, o estreitamento entre gestão e educação em saúde sob a justificativa de que a formação dos profissionais em serviço é deficitária e que as estratégias pedagógicas nas capacitações e treinamentos podem ser usadas como ferramentas de gestão do trabalho parecem colaborar com esta ideia.

Esta discussão torna-se mais interessante se considerarmos que um dos objetivos para a gestão do trabalho projetadas para o período de 2006-2009 foi:

Instituir comissões de Saúde do Trabalhador da SEMUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.47).

Apesar de esta frase estar incluída no documento, não se segue explicações a seu respeito, permitindo novamente um entendimento ambíguo. Ou seja, não se especifica se as comissões a serem instituídas se focariam na saúde dos trabalhadores da SEMUS ou se as comissões seriam constituídas na SEMUS para tratar do campo Saúde do Trabalhador (dos munícipes). Se for o caso da segunda opção pode-se deduzir a configuração de um indicativo de que a preocupação com os próprios funcionários da SEMUS seja encarada enquanto questão estratégica para facilitação e suporte aos serviços de saúde destinados à população.

Existe outro dado, porém, que parece contribuir para a inferência da primeira opção acima: a lei estadual de número 5627/98 (ESPÍRITO SANTO, 1998). Esta lei, sancionada sete anos antes do relatório de gestão cujo trecho supracitado foi retirado, institui para o território estadual a criação de comissões de saúde do trabalhador (COSATs) e seus conselhos (CONCOSATs) para os servidores. Esta lei também confere uma margem de poderes deliberativos sobre o processo de trabalho aos trabalhadores de modo a nele interferir se for preciso para assegurar a saúde dos servidores.

Todavia, cabe ressaltar que, apesar desta lei e do documento citado apresentarem a intenção de instituir uma Comissão de Saúde do Trabalhador, os relatórios de gestão subsequentes pesquisados não trazem referência alguma a esta comissão, não fornecendo assim informações adicionais quanto a se esta chegou a ser criada e qual o foco e extensão de sua atuação. Aliás, autores apontam como a instituição destas comissões pode ser dificultada e a sua atuação permanecer aquém do que está estabelecido em lei. Isto, em razão de questões burocráticas e de divergências de interesses políticos que se põem nos meandros da administração pública (SOUZA ET AL, 2011).

Neste sentido, fosse uma comissão voltada aos seus trabalhadores ou fosse uma comissão voltada aos munícipes a que o documento se refere, sua atuação não consta nos relatórios subsequentes como melhorias institucionais, como é o caso de outros quesitos assim apresentados. Este fato cabe ser considerado, pois parece sugerir que: ou estas comissões não foram criadas, ou foram instituídas em setores específicos provavelmente com espectro de ação reduzido, ou sua atuação não foi expressiva, ou ainda não foi considerada relevante aos objetivos da Secretaria. Qualquer que tenha sido o desfecho é passível de futuras investigações e, mais importante a presente dissertação, não coaduna com um interesse sistemático da SEMUS pela promoção de saúde de seus funcionários através de mudanças no processo de trabalho.

De fato, os documentos sugerem ainda que na compreensão da SEMUS o trabalho em saúde deva ser destinado a seus munícipes, e aos trabalhadores os cuidados necessários para que cumpram tal tarefa de modo satisfatório. Isto também aparece ressaltado na tabela. A categoria *Relação serviços-população* recebeu 26 ocorrências (categoria com o maior número de ocorrências). Elas referem-se à necessidade de adequação dos serviços de saúde à população e suas realidades locais e à necessidade de ampliação dos espaços físicos das instalações de saúde e da oferta de serviços. Ambas, circunstâncias que afetam diretamente o acesso da população atendida. Este dado somado às ocorrências da categoria *Problemas de infraestrutura* (12) compõem 12,38% das ocorrências. Esta última categoria refere-se à necessidade de reformas infraestruturais em vários estabelecimentos que prestam serviços de saúde no município de Vitória e à inadequação desses espaços ao que pedem os serviços ali prestados, bem como à necessidade de aquisição e manutenção de insumos – equipamentos, leitos, etc.

Estas limitações estruturais assumidas pela SEMUS e identificadas como pontos estratégicos, são incluídos nos Relatórios de Gestão e Planos de Saúde pois, sem dúvida, dificultam o trabalho em saúde. Além de propiciar tensão entre trabalhadores e a população e entre trabalhadores e a gestão (local e/ou central) também podem levar à exposição de riscos e agravos. Não à toa, as categorias *Condições de trabalho*, *Gestão democrática*, *Gestão do trabalho*,

Organização do processo de trabalho e *Relações de trabalho* emergem, apresentando 12, 10, 7, 8 e 8 ocorrências, respectivamente. Juntas representam 14,66% do total de ocorrências do termo evocador.

A categoria *Condições de trabalho* refere-se aos riscos inerentes ao trabalho em saúde, aos acidentes ocupacionais ocorridos e à necessidade frisada nos documentos de se discutir sobre o assunto e se intervir sobre o ambiente de trabalho. A categoria *Gestão democrática* refere-se às tentativas implementadas pela SEMUS de democratizar a gestão do trabalho em saúde, empoderando os trabalhadores, bem como às reuniões internas ocorridas nos serviços de saúde. A categoria *Gestão do trabalho* liga-se à identificação de que a relação entre trabalhadores e gestores é muitas vezes conflituosa, necessitando ser trabalhada. A categoria *Organização do processo de trabalho* faz menção às dificuldades e tentativas de organizar o processo de trabalho em saúde, já a categoria *Relações de trabalho* faz menções aos conflitos interpessoais entre os profissionais presentes no ambiente de trabalho em saúde.

Como já dito, a análise das ocorrências aponta que na compreensão da SEMUS:

a gestão do trabalho ainda não recebeu o devido destaque, correspondente ao grau de importância que representa na consolidação do sistema [Único de Saúde] (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.45).

Em contrapartida,

As novas formas de ingresso; a mobilidade do trabalhador [...]; a grande heterogeneidade de vínculos que cria um emaranhado de conflitos nas relações de trabalho; e a formação de profissionais que não corresponde mais àquela necessária para atender aos avanços e as novas práticas de saúde, está entre as situações importantes que interferem nos processos e resultados do trabalho (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005, p.45).

Assim, a Secretaria em questão procura demonstrar esforços feitos no sentido

de empoderar seus trabalhadores no processo de gestão do trabalho. De fato, ao contrastar os dois trechos destacados acima (do mesmo documento) é possível perceber que se por um lado há a percepção de que a gestão do trabalho não recebeu o destaque devido, por outro este fato não parece se dar por falta de compreensão de quais os aspectos do trabalho em saúde podem interferir nos processos deste trabalho. Assim, os esforços feitos pela Secretaria parecem ter como motivação o reconhecimento dos limites institucionais que de outra forma afetariam diretamente os resultados do trabalho, a eficácia dos serviços. Deste modo, a preocupação em discutir as condições e a organização do trabalho, bem como os esforços por democratizá-lo parecem ter pouco a ver com o trabalhador, especificamente.

Com este cenário em mente a Prefeitura implantou a Mesa de Negociação Permanente Municipal do SUS em 2007. Um projeto que:

envolve o poder público e representantes das diversas categorias de profissionais de saúde, para discutir as relações e condições de trabalho nas unidades de saúde da Capital. [...] um fórum privilegiado de discussão do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de construir canais participativos, sistemáticos e resolutivos de interlocução permanente, como eixo central da democratização das relações de trabalho (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2008, p.19).

Para tanto, o Relatório de Gestão 2009, frisa que a Mesa de Negociação do SUS funcionou regularmente no ano de 2009, com reuniões mensais, tendo um papel importante nas negociações concernentes à greve dos profissionais de saúde ocorrida naquele ano, por exemplo, (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b).

Quanto à categoria *Contratação* (10 ocorrências), que faz menção à necessidade de maior número de trabalhadores na área de saúde a fim de ampliar a oferta de serviços, dando-se prioridade aos trabalhadores efetivos pela intenção de diminuir os conflitos gerados pela heterogeneidade de vínculos empregatícios. É neste sentido que o trecho a seguir se apresenta:

Alguns avanços importantes foram efetivados em 2006, destacando-se a implantação do Plano de Cargos e Carreiras e Vencimentos (PCCV), através da Lei 6756/06; e realização da 1ª fase do concurso público para provimento de 202 vagas (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2007, pp.19-20).

De fato, quanto a este ponto, os documentos pesquisados apresentam uma preocupação com a razão entre os trabalhadores efetivos e os contratados e celetistas, frisando-se, ano após ano, os esforços por aumentar o número de efetivos no município.

Outros pontos são também apontados como caminhos para a gestão do trabalho e organização do processo de trabalho em saúde no município de Vitória de acordo com a SEMUS. As categorias *Escala, fluxos, protocolos e rotinas* (21) e *Sistema de informação e notificação* (12) exemplificam isto. Juntas representam 10,75% do total de ocorrências.

A primeira refere-se à necessidade de organizar os processos de trabalho em saúde em escalas melhor estruturadas e padronizar em protocolos os procedimentos que compõem tais processos de trabalho, permitindo o melhor fluxo dos serviços. A importância destes processos está na afirmação da SEMUS de que o estabelecimento e uso de protocolos visa não só contribuir para a melhora de indicadores de saúde como a redução dos índices de mortalidade infantil, por exemplo. Segundo os documentos analisados, servem também para:

[...] propor um conjunto de ações, procedimentos técnicos e reorganização do processo de trabalho das unidades de saúde e uma ferramenta para o manejo clínico das patologias e da coordenação do cuidado (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2007, pp. 36-37).

Já a categoria *Sistema de informação e notificação* faz menção às dificuldades que o município de Vitória enfrenta nestes quesitos. Situação que pode comprometer de forma considerável o planejamento das ações e programas de saúde adequados às realidades locais. Neste sentido, nota-se, a partir da sequência temporal dos documentos, o esforço da SEMUS por instituir

sistemas de informação em vários serviços de saúde. Aliás, a importância que este quesito tem para a gestão, na compreensão da SEMUS, pode ser visto no seguinte trecho:

A área que compreende o sistema de informação vem aprimorando a organização do seu processo de trabalho, no sentido de executar a digitação dos instrumentos de registros de óbitos, nascimentos e doenças de notificação compulsória, em tempo hábil e conseqüentemente, fornecendo as informações atualizadas subsidiando a Coordenação de Informação em Saúde na retro-alimentação para os territórios e demais setores da SEMUS (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b, p.75).

Destaca-se assim que até 2010 muitos dos registros não se encontravam digitalizados.

Igualmente, as categorias *Trabalho em equipe interdisciplinar* (18) e *Grupo de trabalho* (17) apresentam outra peça da concepção de processo de trabalho em saúde para a SEMUS. Juntas correspondem à 11,40% das ocorrências catalogadas. A primeira refere-se especificamente a descrições de programas e ações, ou serviços estruturados a partir de equipes inter ou multidisciplinares. Não são explicados os motivos e/ou necessidades dessas ações e serviços serem desenvolvidas através de equipes interdisciplinares.

A segunda refere-se à uma ferramenta metodológica de debates e proposições. O grupo de trabalho é uma estratégia usada comumente para discussão pontual, necessitando de um número restrito de pessoas. Assim, a proposta é que este grupo se aprofunde no debate de algum ponto específico sem que um número maior de pessoas tenha de ser arregimentada, o que comprometeria o funcionamento de outras atividades. A presença desta categoria foi, cronologicamente, se tornando mais recorrente nos documentos analisados. Ela representa ao mesmo tempo, tanto que nos documentos a SEMUS julga esta ferramenta como útil, quanto que há um número crescente de questões identificadas por esta Secretaria necessitando de discussão e providências.

Compõe-se a estas categorias a *Interação com outros atores sociais* (24), que

sozinha representa 7,82% das ocorrências registradas. Esta categoria refere-se à necessidade identificada pela SEMUS e aos seus esforços por construir parcerias entre secretarias, órgãos, entidades e programas, buscando na intersectorialidade o caminho para a resolutividade dos problemas sociais do município.

Retornando aos valores, a categoria *Trabalho como valor* (11) apresenta um dado muito interessante: na concepção presente nos documentos da SEMUS, o trabalhar é um valor defendido pela administração atual. Neste sentido, compuseram esta categoria as ocorrências que apresentavam: o trabalho como uma marca definidora da SEMUS e de sua abordagem às questões de saúde locais; o trabalho em saúde como um trabalho intenso; o trabalho em saúde como uma forma de trabalho no qual não se poupa esforços; o trabalho em saúde como um trabalho fruto de esforço coletivo.

Neste ponto é interessante ressaltar que na concepção da Secretaria, não somente o se esforçar no trabalho em saúde é um valor, mas também que este esforço tem um fim específico e dá resultados. As categorias de análise *Cuidado* (10) e *Trabalho que dá resultados* (11) dão conta de explicitar tal concepção. A categoria *Cuidado* refere-se à compreensão de que o trabalho em saúde é destinado ao cuidado de pessoas, e a categoria *Trabalho que dá resultados* faz menção a trechos que explicitam avanços obtidos pelos esforços empregados em determinadas áreas.

Compomos a estas três últimas categorias as duas ocorrências de *trabalho como bem-estar*, que entraram na composição da categoria *Outros* (16). Optou-se por destacar estas duas ocorrências porque, apesar do trabalho em saúde ser apresentado como um valor, com o fim específico de cuidar de outrem e que produz resultados palpáveis, apenas em duas ocorrências (0,65%) ele é descrito como prazeroso aos trabalhadores.

Assim, os resultados apontam como indicadores da concepção dos documentos da SEMUS de que o processo de trabalho em saúde é algo complexo e em constante transformação, fato pelo qual os trabalhadores de saúde não se encontram qualificados para as demandas do mesmo. Por isso, as estratégias de educação são importantes para aprimorar a qualidade dos

serviços ofertados e necessárias ao prosseguimento de tais serviços, encaradas e utilizadas como ferramentas de gestão do próprio trabalho.

Além disto, o trabalho em saúde se vê descompassado das realidades locais e demandas populacionais e deficitário em infraestrutura e nos sistemas de informação e notificação.

Neste cenário faz-se imprescindível o trabalho em equipe, a articulação com outros atores sociais envolvidos no processo, e a discussão constante dos impasses que este cenário gera e impõe aos trabalhadores. Realidade dificultada pelos conflitos nas relações de trabalho, seja com os pares, seja com os gestores. Por isso mesmo, os esforços por democratizar a gestão. Ainda quanto à gestão do trabalho em saúde, esta se encontra obstaculizada pelas deficiências na organização dos processos de trabalho e em seus protocolos, fluxos e rotinas.

Ainda assim, o trabalho em saúde é visto como um valor, com um fim claro e nobre (cuidar de pessoas), que dá resultados, mas que não é sempre agradável aos trabalhadores.

4.2 PESQUISA DE CAMPO

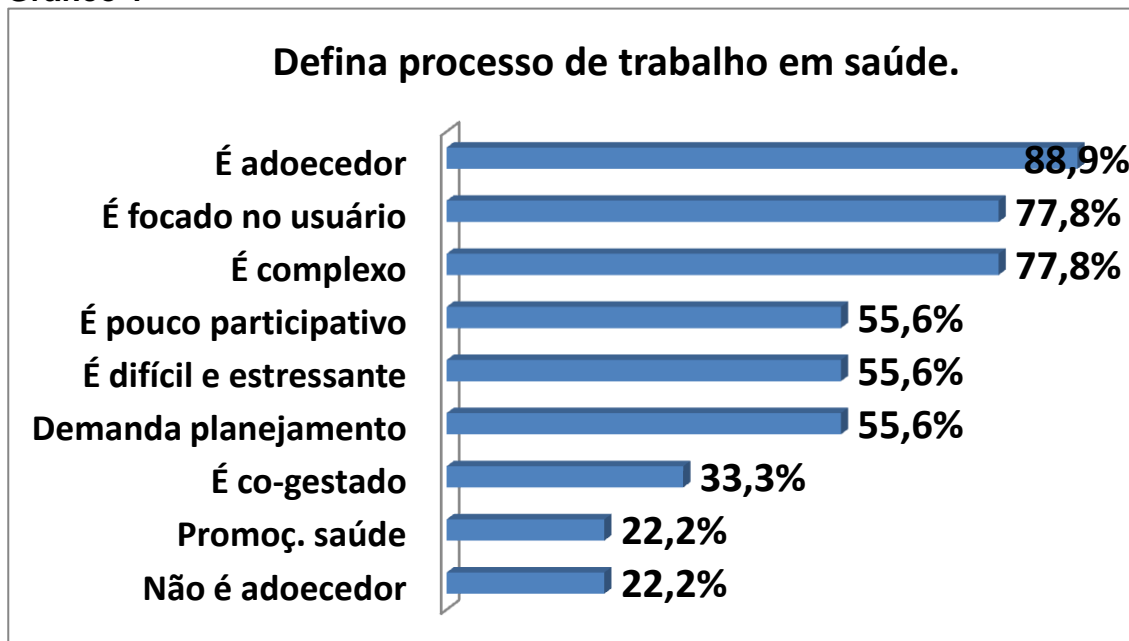
Os resultados da etapa de pesquisa de campo apresentam-se abaixo organizados em quatro questões aglutinadoras. São elas: 1) Defina processo de trabalho em saúde; 2) Os trabalhadores de saúde estão adoecendo? Por quê?; 3) O que tem sido feito em relação a este fenômeno?; 4) O que deveria ser feito a esse respeito?

4.2.1 Defina processo de trabalho em saúde.

Como é possível perceber no gráfico abaixo, várias foram as características apresentadas como definidoras do processo de trabalho em saúde. Algumas conflitantes – por exemplo, a Representação Social (RS) de que o trabalho em saúde provoca adoecimento nos trabalhadores da saúde e outra de que o mesmo trabalho em saúde não provoca tal resultado. Outras parecem ser

complementares. Os DSC seguem-se ao gráfico da mesma forma como na discussão da análise documental, não pela ordem de porcentagens, mas procurando lançar luz sobre as relações que subjazem tais representações.

Gráfico 1



O trabalho em saúde é complexo

Eu penso que o processo de trabalho em saúde é muito complexo, porque são muitas variáveis que interferem no processo de saúde e doença de uma população. E dar conta dessas várias variáveis, diretamente ou indiretamente, se articulando com outros setores torna a ação do setor saúde e o trabalho em saúde uma ação complexa. O trabalho em saúde: precisa ser um trabalho humanizado; tem algumas especificações que fazem com que algumas pessoas tem que trabalhar a noite toda, ou em regime de plantão, ou final de semana e feriado; exige um trabalhador, que no dia a dia trabalhe com questões de adoecimento. E é um trabalho que precisa ser feito de forma multiprofissional, em equipe. Além disso, vai ta lidando não só com pacientes, mas com as famílias desse paciente. Então esse trabalho aqui tem que fazer a relação com a família, com as condições de vida dessa família neste território, tem que fazer interface com outras políticas setoriais que estão naquele território... Por exemplo, uma criança que eu atendo com uma alergia: aí essa criança não sara, não sara, tem um processo alérgico. Não adianta eu ficar atendendo essa criança dentro da unidade de saúde, eu tenho que saber onde é que essa criança mora. Não adianta eu tratar da alergia dela aqui embaixo, eu vou ter que fazer uma ação intersetorial. Por isso que a

especificidade do processo de trabalho em saúde é uma coisa muito complexa. Porque ele se dá em muitos níveis e com vários tipos de profissionais.

Neste DSC aparece a ideia de que o trabalho em saúde envolve muitas variáveis, o que o torna complexo. Dentre elas estariam: a necessidade de que seja *humanizado*; o fato de muitas vezes obrigar ao trabalhador ciclos de trabalho prolongados e fora do turno diurno; além de impor ao trabalhador o contato constante com o adoecimento alheio, tendo de lidar não apenas com o doente em si, mas sua família também; entre outras. Revisitaremos mais tarde estes pontos quando estivermos discutindo os motivos que causam o adoecimento dos trabalhadores da saúde.

Todavia, a questão que parece estar patente neste discurso como justificativa para a complexificação do trabalho em saúde é a necessidade de que este estabeleça constante relação com *a família e as condições de vida* [do paciente] *neste território*. Assim, a SEMUS afirma que muitas vezes, para se alcançar resultados positivos no processo saúde-adoecimento, é preciso intervir na realidade em que vive a população atendida.

Esta ideia não é nova. Está, aliás, na base da concepção da Atenção Básica em saúde e da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2001; SOUSA, 2007). Porém, o que a SEMUS acrescenta é que para tanto tem de se *fazer interface com outras políticas setoriais que estão naquele território*. Ou seja, a ideia que se encontra aqui é que a saúde enquanto setor não é capaz de, por si só, resolver ao menos uma parte considerável das questões relativas à saúde de uma população.

Se somarmos a isto outro fator apresentado como complexificador mais um dado emerge. Este discurso traz uma ressalva sobre o trabalho em saúde ser *um trabalho que precisa ser feito de forma multiprofissional, em equipe*. Assim, ao se discutir sobre processo de trabalho em saúde, a SEMUS parece afirmar como possível que a resolubilidade dos serviços de saúde não seja alcançada, mesmo havendo alta qualidade nos serviços e muito esforço pessoal por parte dos trabalhadores. Isto porque os índices de saúde não dependeriam somente do esforço individual dos trabalhadores ou gestores de saúde; sofrendo

influências também da articulação destes esforços individuais em um esforço conjunto coerente e coeso, bem como da realidade social do território abordado, suas demandas e as políticas socioeconômicas que se destinam a tal localidade. Apresentaremos mais a frente outros dados que corroboram esta inferência, mas a Ancoragem (AC) deste DSC traz claramente esta ideia:

AC – A saúde de uma pessoa depende de inúmeros fatores.

Normalmente eu faço algumas considerações sobre o trabalho as pessoas falam para mim o seguinte: mas isso não é fácil. Aí eu falo assim: **em nenhum momento** da minha fala eu falei que era fácil, mas também não uso a palavra difícil. Penso que é complexo. São muitas variáveis a serem consideradas, muitas atuações possíveis para interferirem nesse processo de saúde/doença de uma população. Então você precisa tá o **tempo todo** estudando. Eu acho que por isso que o serviço de saúde ele é muito mais complexo, porque ele acaba não dando conta de **todas** essas questões que envolvem a pessoa quando do adoecimento dela.

Ou seja, o imenso número de variáveis envolvidas no processo saúde-adoecimento interfere no processo de trabalho em saúde muitas vezes impossibilitando que a pessoa atendida tenha seu adoecimento plenamente considerado. Isto torna menos provável um atendimento resolutivo.

É patente que se ressalve também que, apesar da SEMUS afirmar aqui a necessidade de ações intersetoriais para que se chegue a resultados positivos na saúde. Entretanto, Soares (2010) verificou em pesquisa recente em uma das Câmaras Territoriais do mesmo município foi que, apesar de ela ter sido criada como espaço voltado a projetar e implementar tais ações intersetoriais, sua efetividade é, por vezes, obstaculizada por fatores como disputas de poder entre os setores. Também observou é que esta forma de funcionamento propiciou o surgimento de ações sob a consigna de solução rápida para os problemas enfrentados, recaindo em ações normatizadoras de comportamentos, com baixa participação da população como gestora de si (SOARES, 2010).

O trabalho em saúde demanda planejamento e organização

O que caracteriza o processo de trabalho no setor saúde é a organização de um trabalho que trata do cuidado de uma população que nasce, vive e tem um processo de adoecimento e morte num dado território. É organizar e acompanhar esse processo de vida e principalmente de adoecimento e morte de uma população e intervir sobre ele com ações individuais e ações mais coletivas. Então, você tem que saber claro o que você quer: o que você tem e onde você quer chegar e como você vai chegar. Até pouco tempo tinha-se a impressão que era por conta da desqualificação, da despreparação dos trabalhadores de saúde. Isso tava na boca do gestor. Não do gestor central, mas do gestor lá do nível local da unidade de saúde. “Ah, a gente não dá conta de cumprir esse indicador porque não temos qualificação”. “Ah, a gente não organiza esse trabalho porque os trabalhadores não têm qualificação”. Ou seja, os problemas de mau desempenho eram problemas educacionais. Mentira! Você resolve um problema não por uma iniciativa de um curso, mas com mudanças ali, na verdade é um problema da gestão, de organização de processo de trabalho. Mas a saúde já foi melhor planejada. Já tivemos planejamentos horizontais, e hoje são verticais. E muito focado na intercorrência. Fecha-se a agenda para atender intercorrência. Na epidemia da dengue tudo bem, mas não é só na situação de epidemia. Então o planejamento acabou acabando. Então eu penso que é isso, se você planejar, você consegue.

Da mesma forma como o DSC anterior, a SEMUS sustenta a opinião de que o processo de trabalho em saúde não pode ser compreendido desvinculado das condições de vida do território que vive a população a ser atendida. Assim, afirma como característica definidora deste processo de trabalho a necessidade de planejamento e de organização, a fim de que se possa levar em conta este território, intervindo para transformá-lo. Outra vez surge a questão da resolutividade como consequência do modo como se processa o trabalho neste setor: *você tem que saber claro o que você quer: o que você tem e onde você quer chegar e como você vai chegar.*

Neste sentido, este DSC veicula a ideia de que também os resultados alcançados não podem ser compreendidos desvinculados das estratégias de planejamento e de gestão do processo de trabalho em saúde. Anteriormente demonstramos nos relatórios de gestão como que a Secretaria tem encarado os cursos de treinamento, capacitação e qualificação dos profissionais, formulando-os como estratégia de gestão do trabalho. Sob a premissa de que

os trabalhadores não estariam qualificados para o que lhes é exigido atualmente no setor saúde. Aqui encontramos esta ideia vista por outro prisma: este DSC traz a afirmação de que a frequente falta de eficácia dos serviços não é proveniente da má qualificação/capacitação dos trabalhadores. Não se vê a negação da existência desta ideia na Secretaria, todavia localiza-a como proveniente dos gestores locais. Ou seja, o que se afirma é que a falta de qualificação/capacitação dos trabalhadores não seria a causa dos problemas de resolubilidade dos serviços, e sim a falta de organização desses serviços.

Estes dados são até certo ponto conflitantes com o que já foi levantado na pesquisa documental quando se aborda a questão da qualificação e capacitação dos trabalhadores. Isto, uma vez que os documentos oficiais são produzidos pela gestão centrais e estes apontaram ora a necessidade de cursos e capacitações para seus funcionários, ora os cursos já concluídos como pontos positivos para a melhoria do processo de trabalho em saúde no município em questão.

Outra afirmação feita é que o processo de planejamento e organização do trabalho em saúde no município, tão caro à efetividade dos serviços de saúde, já teve melhores momentos, e hoje o planejamento estaria *acabando*. Pois seria *vertical* e muito *focado na intercorrência*. Esta ideia conflita com outras presentes em outros DSC, como veremos ainda.

Assim, a Ancoragem sustenta que:

AC – Os resultados só podem ser satisfatórios se houver planejamento.

Antes de tudo você tem que planejar para que depois você organize esse trabalho para que ele flua da melhor maneira possível. Se você não planejar bem, os resultados que você quer conseguir neste processo de trabalho não consegue. É igual **em tudo, se não houver** planejamento na saúde você não consegue chegar em lugar **nenhum**. Fica ali fazendo só intercorrência, aquelas coisinhas e não avança. Aí não é bom para a população que não tem saúde, não é bom para o profissional que não se realiza **nunca**, porque não faz **nada**.

O trabalho em saúde define-se pela promoção à saúde

A característica que define o trabalho em saúde é a promoção da saúde. Isto resume muito, porque para promover a saúde a gente tem também que tratar dos agravos que o doente tem. Então tem uma meta, tem um objetivo ali. A saúde não pode se focar nem só em prevenção nem só no curativo. Tem que haver um equilíbrio aí para poder realmente promover a saúde. Mas os usuários vêm para questões que são mais preventivas. Vem para vacina, né? E principalmente nos momentos de doença. Porque assim, na saúde a gente faz muito pouco de promoção, a gente faz muito pouco de saúde mesmo. Porque quando o usuário vem para esse segmento saúde, ele já vem com um agravo. São poucas as pessoas que vêm para fazer uma atividade de promoção.

AC – O trabalho em saúde não pode ser somente de um sentido.

Eu entendo que **a gente tem que** tratar dos agravos e promover a saúde. Eu penso que **a saúde tem que** trabalhar nesses dois sentidos, **não pode** se focar **nem só** em prevenção **nem só** no curativo.

Aqui se verifica a promoção à saúde como organizadora do processo de trabalho em saúde, uma vez que propiciaria uma *meta*, um *objetivo*, um sentido a tal setor. Percebe-se também na AC que a promoção à saúde é uma regra: **a gente tem que tratar dos agravos e promover a saúde**. Paradoxalmente, afirma-se que se faz *muito pouco de promoção*. A Secretaria parece sugerir como resposta a este paradoxo a localização do fracasso no usuário que não procura *fazer uma atividade de promoção*, buscando os serviços de saúde apenas em momentos de adoecimento.

Todavia outra pesquisa no mesmo município, focando os profissionais de saúde, apontou como entrave ao desenvolvimento de ações de promoção à saúde pouca compreensão do conceito de promoção à saúde. Assim, muitos a reduziam a prevenção de doenças, por exemplo (IGLESIAS, 2009). Isto apoia o DSC anterior que afirma que o planejamento tem sido vertical e focado em intercorrências. Ou seja, mesmo que se considere que o trabalho em saúde deva ser determinado pela promoção da saúde, uma vez que hoje o sistema de saúde nacional se propõe reorganizar-se por modelos de gestão voltadas a Atenção Básica – campo foco de ações deste tipo – se não houver estratégias de gerenciamento do trabalho em saúde que garantam que este não se reduza

a apenas *só prevenção* ou *só curativo*, reduzir-se-á ao atendimento de intercorrências.

Ainda quanto à questão do usuário ser responsabilizado por não buscar atividades de promoção à saúde, a Estratégia de Saúde Família preconiza o contrário, que os serviços busquem os usuários, localizando diagnosticando e acompanhando-os. Existe um conceito para isto: Busca Ativa (BRASIL, 2001).

O trabalho em saúde é focado na relação com o usuário

O trabalho em saúde acontece na relação. Tem muita coisa que não está na relação, mas boa parte do trabalho em saúde está na relação. Na relação do trabalhador com o trabalhador, do trabalhador com o usuário. Então a saúde não tem mercadoria pronta colocada e posta no mercado. Essa mercadoria ela se dá nessa construção profissional com o usuário, com o cliente. E aí você tem que perceber a necessidade do outro para então, com o outro, construir o projeto de intervenção que é o projeto terapêutico dele. Então o foco tem que ser o usuário. Porque assim, a gente não lida só com a gestão do sistema de saúde, a gente lida também com essa expectativa do usuário, com o desejo dele. E acaba que a gente pensa muito no usuário, na política, de como vai interferir na vida da cidade. O que eu faço hoje também tem um impacto na vida do usuário.

Encontramos aqui uma compreensão em voga na área da saúde: a atuação do trabalho em saúde deve ter por foco o usuário dos serviços. Esta compreensão se apoia na ideia de que o setor saúde, por ser um setor de serviços, não produz mercadorias, mas sim produtos imateriais na relação trabalhador-consumidor; no caso, trabalhador de saúde-usuário dos serviços. Ou seja, na saúde a *mercadoria se dá nessa construção profissional com o usuário, com o cliente*. Assim, o produto (imaterial) do trabalho em saúde seria o cuidado à saúde (MERHY, 2002; CAMPOS, 2003; CECCIM, 2005; FRANCO; MERHY, 2005; FARIA, 2010).

Esta terminologia – atendimento em saúde usuário-centrado – é utilizada para discutir o processo de trabalho em saúde sob uma lógica de organização do atendimento oposta ao atendimento em saúde centrado em procedimentos e exames laboratoriais (postura flexneriana de atendimento à saúde). Este

segundo tipo de atendimento exalta tanto o uso dos procedimentos quanto o recrudescimento das especialidades. De tal modo, opondo-se a este, dever-se-ia restituir o usuário neste processo produtivo; melhor forma de garantir resolutividade no atendimento (CECCIM, 2005) – *O que eu faço hoje também tem um impacto na vida do usuário.*

Assim, o que se postula com esta terminologia e com as posturas práticas que dela derivam é uma preocupação ideológico-política de humanizar e empoderar os que buscam atendimento e ajuda – passando então suas demandas a foco norteador do atendimento ao invés de protocolos técnicos e ou burocracias (CECCIM, 2005). Neste sentido, esta proposta é um avanço. Todavia, é necessário que se considere que uma política de organização do processo de trabalho que se orienta prioritariamente aos usuários pode acabar por relegar a segundo plano os trabalhadores. É preciso que se considere esta possibilidade principalmente porque os modelos de gerência presentes no setor saúde hoje são: de cunho neoliberal; adequados mais ao setor privado e fabril; objetivam eminentemente a produtividade; e se focam na racionalidade tecnológica dura (MERHY, 2002a; PAULA, 2009; FARIA, 2010; CAMPOS, 2003; 2011).

Assim, por mais que Ceccim (2005) defenda que os trabalhadores não devam ser tratados como “recursos”, antes serem reconhecidos como “atores sociais” de produção da saúde, é válido considerar se um processo de trabalho em saúde centrado no usuário não produziria um trabalhador encarado como mero recurso ou meio para um fim (a saber, resolutividade no atendimento). Como isto se dá na prática? Como a concepção de que o processo de trabalho deve ser focado no usuário pode influenciar na prática dos serviços? A Ancoragem abaixo apresenta-nos uma possibilidade:

AC – O trabalho em saúde deve se adequar ao usuário, não ao planejamento ou aos trabalhadores de saúde.

Em alguma medida tem, você pode normatizar tudo. **Tudo** está preconizado, do primeiro fio de cabelo até o dedão do pé, tudo está normatizado, regulamentado. E para você fazer isso **você tem que** planejar bem. Mas por mais que se queira estabelecer regras em tudo e normatizar todos os itens, tem alguma coisa que escapa. A realidade é muito mais dinâmica **muito mais** viva **do que tudo que** é normatizado. Você tem que se adequar, se adaptar em algumas

situações. Eu vejo que isso é uma questão que o trabalhador ele tem que ta **sempre** buscando aquilo que a própria secretaria deseja de nós além de nossas atribuições. **Nunca** ficam somente nelas. Porque a gente lida também com a expectativa do usuário, com o desejo dele, então **nem sempre** aquilo que está super planejado, bem organizado ou até mesmo pactuado é de fato o que o usuário necessita. E se o usuário chegar e gritar com o funcionário, o funcionário ta errado. O funcionário **nunca** tem razão em **nada**. Porque o usuário é o fiel da balança. O foco é no paciente não voltar e não reclamar.

É interessante que ao final da AC apareça a frase: *se o usuário chegar e gritar com o funcionário, o funcionário ta errado*. Refletiremos mais à frente sobre as consequências disto à saúde dos trabalhadores de saúde; mas, vale ressaltar que esta frase baliza a ideia de que os trabalhadores, por uma (má) compreensão do trabalho em saúde como centrado e focado no usuário, sejam utilizados como recursos, tornando-se secundários ao processo em si. A AC acrescenta à frase acima afirmando que muitas vezes o gestor não defende o funcionário, porque *o usuário é o fiel da balança*.

Quanto a isto, a maioria das escolas de gestão tem por intento normatizar e protocolar ao máximo o fazer gerenciado. E recentemente este intento tem aparecido sob o codinome de *performance*. Assim, os modelos gerenciais hegemônicos atuais trazem para dentro dos processos de trabalho a concorrência do mercado, passando os resultados a serem medidos por metas e indicadores de interesse do poder dominante (CAMPOS, 2011). O usuário como *fiel da balança*, produzindo um atendimento curativista, focado em intercorrências parece ser um exemplo desta situação em que indicadores, escolhidos por interesses políticos são utilizados para normatização do processo de trabalho em saúde. É assim, talvez, que a proposta de um atendimento centrado no usuário se transforme, sob influência destas tendências gerenciais, em centrado *no paciente não voltar e não reclamar*.

Assim, o caso apontado pela Secretaria de Saúde não parece ser fruto exclusivo de uma proposta de atendimento usuário-centrado. Porém, mesmo havendo outros elementos ainda não considerados, não podemos descartar o que aqui se expõe. Isto porque, a terminologia usuário-centrado surge numa

tentativa de contrabalancear a relação de poder existente entre o usuário e o trabalhador de saúde; ou seja, entre alguém que se reconhece como necessitado de auxílio em algum âmbito de sua saúde e desprovido de meios a resolver sozinho e outrem supostamente detentor de um saber possível de responder a demanda posta por aquele. Todavia, sob influência das teorias administrativas modernas que tencionam reduzir trabalhadores a recursos utilizados para obtenção de resultados, os trabalhadores da saúde podem muitas vezes ser concebidos, tratados, utilizados e controlados como pouco mais que peças-chave.

Neste sentido é interessante perceber que, ao ser o trabalho identificado com esta relação, a *expectativa do usuário* e o *desejo dele* são levados em conta, mas não os dos trabalhadores, como defende Campos (2003).

O trabalho em saúde é adoecedor

A uns sete anos atrás eu ia falar que não, os trabalhadores de saúde de Vitória não adoecem muito. Mas agora, eu acho que sim. Porque hoje o serviço tem uma dinâmica de trabalho com uma qualidade muito intensa. Eu observo que as equipes estão mais cansadas, o ritmo mudou muito. Eu não sei, as pessoas estão muito doentes, eu não sei o que acontece. Eu acho que quando a gente trabalha bem a gente adocece menos. O trabalho só adocece quando ele está ruim, como qualquer coisa na vida. Ta adoecendo muito é porque tem muita gente infeliz. Porque na verdade esse é um trabalho que ele é estressante porque o sujeito ele chega frágil. Eu aprendi também a não levar isso para casa depois, senão eu não vou conseguir dormir. Então assim, eu acho que esse contato com a realidade do paciente, os problemas de saúde do usuário, pode ser prejudicial ao trabalhador porque às vezes ele não encontra no sistema uma resolutividade. A gente ainda não tem uma rede organizada que dê condição ao profissional de lançar mão sem o clientelismo, sem o companheirismo... Não tem uma rede que chega lá... E aí é que o sofrimento se dá. O que eu faço hoje na gestão também tem um impacto na vida do usuário, mas eu não escuto o tempo inteiro as lamúrias dele. Isso não me bate todo dia. Eu prefiro ter as cobranças que eu tenho hoje de tantas formas do que ver o usuário sofrendo e eu me sentindo impotente em resolver.

Nota-se que a gestão percebe este processo de adoecimento de seus trabalhadores não é esporádico porque relata serem muitos os casos, nem ao

menos casual, pois situa este processo na linha do tempo. Afirma ser um fenômeno que só recentemente alcançou tal magnitude. Talvez a justificativa para isto esteja na frase “*ta adoecendo muito é porque tem muita gente infeliz*”.

Aparecem ideias interessantes, como uma certa confusão quanto a este fenômeno expresso na frase “*Eu não sei o que acontece*”. Há também a presença de ideias que, em contraposição ao que os estudos apontam como causas para o adoecimento, parecem tender ao senso comum: “*quando a gente trabalha bem adocece menos*”, “*tem que ter muito apoio da família*”, “*aprendi também a não levar isso para casa*”. Mas antes de descartar tais afirmações é preciso que se considere que o trabalhador sabe mais sobre as dinâmicas específicas de seu trabalho e o que lhe afeta que qualquer pesquisador (CLOT, 2007). O que levanta a pergunta quais papéis estas questões desempenham no processo saúde-doença do trabalhador de saúde?

Contudo, se, por exemplo, a afirmação de que quando se trabalha bem adocece menos é feita após admitir-se haver um processo de adoecimento entre os trabalhadores o que se está afirmando é que o trabalho não está bom. Assim, é possível perceber também que este DSC ancora-se numa crença da necessidade de um ambiente de trabalho harmônico como caráter protetor à saúde:

AC – Se não tiver harmonia no trabalho em saúde o trabalhador adocece.

Acho que no trabalho você tem que **sempre** procurar buscar um ambiente harmonioso. Seja com os colegas, seja com os usuários. Porque se a gente não tiver aquele desejo de encontrar com o outro no local de trabalho aí você pode ter certeza que você vai dormir menos, vai comer menos e vai ser menos feliz. E de fato, o trabalho **só** adocece **quando** ele está ruim, **como qualquer coisa na vida**. Mas ta adoecendo **muito** no setor saúde porque tem **muita** gente infeliz. Aqui na gestão o clima é mais tranquilo. Eu não escuto o **tempo inteiro** as lamúrias do usuário o **todo dia**.

Aparece como justificativa primordial ao adoecimento dos trabalhadores de saúde questões derivadas da relação trabalhador-usuário. Aparece como preferível à gestão as cobranças do trabalho de gestor a ouvir as “*lamúrias*”

dele". A partir dos estudos já feitos em relação a este resultado poderia ser compreendido como fonte do adoecimento o contato frequente com o sofrimento trazido por este usuário (REZENDE et al, 2005; RIOS, 2008). Todavia, levando em consideração a Ancoragem do DSC que traz como proteção à saúde um ambiente harmonioso, pode-se supor que de fato, na concepção da gestão o que causa adoecimento ao trabalhador no contato com o usuário não seja o seu sofrimento em si, mas a desarmonia que ele traz ao ambiente de trabalho. Por isso talvez os termos "*lamúrias do usuário*" "o tempo inteiro". Cabe o questionamento se porventura os usuários não reclamassem tanto ou não perturbassem a ordem dos serviços de saúde os trabalhadores adoeceriam menos.

Este questionamento faz ainda mais sentido se considerarmos o que diz o DSC anterior: o trabalho em saúde é focado no usuário por ser um trabalho do setor de serviços. Assim, não é possível trabalhar no setor saúde sem o contato direto ou indireto com o usuário e seu sofrimento. Mas será que tal usuário necessitaria se lamuriar sempre? Como é que os trabalhadores poderiam adequar seu processo de trabalho para diminuir as reclamações dos usuários e assim, se estressarem menos e salvaguardarem sua saúde? Estas parecem ser questões pertinentes. Talvez isto seja mais fácil em algumas atividades do setor que outras. É o que traz o discurso a seguir:

O trabalho em saúde é difícil e estressante

Eu acho que o trabalho em saúde é difícil sim. Porque quando você pensa a saúde não mais como uma doença isolada do contexto de vida dessa pessoa, então eu acho que o trabalhador da saúde não consegue dar conta desse problema de saúde. Eu acho que é isso que acontece muito. Porque muitas vezes as pessoas têm uma complicação em relação à saúde, porque ele não tem uma habitação ou ele não tem uma alimentação. Eu acho que por isso que o serviço de saúde acaba não dando conta de todas essas questões que envolvem a pessoa quando do adoecimento dela. Então é difícilimo eu acho. O trabalho em saúde é estressante. Porque na verdade é um trabalho que se desdobra muito, são muitos processos. E na verdade é um trabalho que ele é estressante porque o sujeito ele chega frágil. Aqueles, por exemplo, que estão na urgência. Eu colocaria que o serviço de urgência ele é muito estressante. Mas trabalhar em equipe também é difícil para algumas pessoas, porque

são pessoas diferentes, mas que a gente tem que lidar com isso.

Mais uma vez surge a questão da resolutividade dos serviços de saúde. Como no primeiro DSC que apontava o trabalho em saúde como complexo por lidar com muitas variáveis, este reitera esse ponto. Uma diferença sutil é que naquele discurso o trabalho em saúde não era posto em termos de facilidade ou dificuldade, neste há a afirmação de que *é difícil sim e muito estressante*.

Entre vários pontos citados que dificultam este processo de trabalho dos são fortes a ponto de ser possível identificar ancoragens distintas:

AC1 – O trabalho em saúde é difícil e estressante porque é marcado por urgências e intercorrências.

O serviço de urgência ele é muito estressante porque **a todo momento** ta chegando baleado, **todo momento** um esfaqueado e esse é um trabalho muito estressante.

AC2 – O trabalho em saúde é difícil e estressante por ter que conviver no ambiente de trabalho com pessoas diferentes e que não mudam.

Tem os conflitos que eu acho que **a todo momento** eles tem que ser ditos, porque senão a gente não resolve e isso vai virando um problema maior. Mas às vezes eu acho que é uma questão espiritual também, **tem gente que** é afastado de Deus. Então por mais que você aproxime, é autoritária...

Assim, para o caso dos serviços de urgência e emergência o fator que na opinião da SEMUS mais torna o trabalho estressante é o ritmo contínuo de demanda ao trabalhador. Quanto aos demais serviços, o fator que muito dificultaria o trabalho seriam os conflitos interpessoais não resolvidos. Mas a este segundo item acrescenta-se o que parece ser uma percepção de que alguns casos (entenda-se algumas pessoas) não têm solução, não mudam. Ou isto, ou que SEMUS não saiba como mudar estas situações, porque se chega a considerar esta questão interpessoal como *uma questão espiritual*.

O Trabalho em saúde é pouco participativo e seus trabalhadores não se sentem motivados

O que a gente quer ver é aquilo que a gente acredita em funcionamento. A gente tem o desejo que aquilo dê certo e que a gente seja reconhecido. Acho que é natural de qualquer trabalho, a gente quer reconhecimento. E na saúde a gente tem entraves para ter esse reconhecimento. Eu acho que nós enquanto da gestão que estamos vendo o que esta acontecendo no serviço temos que começar a pensar em estratégias de motivar as pessoas de forma que elas se sintam reconhecidas. Colocar às vezes “gente, vocês estão de parabéns esse mês”; “É isso, olha só, deram conta do indicador”. “Que bacana bateram a meta”. Porém, o que eu vejo é uma reclamação e uma falta de motivação para o trabalho. E não é um ou outro senão a gente poderia achar que é um problema fora do ambiente de trabalho. Não. É muita gente que reclama todos os dias que vem trabalhar angustiado. Então, o que falta para ele se sentir valorizado? Não sei, não tenho essa resposta. O trabalhador de saúde é muito cobrado à produtividade. De todos. É cobrado pela chefia, é cobrado pelo colega, é cobrado pela clientela, pela família dessa clientela. Só pensa em número de consultas, número disso, número daquilo! Não é o meu caso, mas acredito que sim. E é uma cobrança muito grande sem que você tenha participação efetiva no processo de trabalho. As determinações estão vindo muito de cima para baixo. “Toma aqui e vamos aplicar”. Fala-se de co-gestão de um lado e aplica-se outra coisa. Então, quer ou não, você vem desmotivado para o trabalho. “Peraí, eu to aqui e não participo das decisões do processo de trabalho?” Que co-gestão é essa? Na prática é exatamente o contrário. Quando foi uma coisa muito importante que realmente ia mudar o processo de trabalho não foi debatido onde tinha que ter sido debatido, veio de cima para baixo e foi imposto. E aí desmotiva as pessoas.

Neste DSC aparece de forma clara um desejo dos trabalhadores de saúde quanto ao seu fazer, qual seja: *ver é aquilo que a gente acredita em funcionamento, que aquilo dê certo e que a gente seja reconhecido*. Mas, em contrapartida percebe-se que isto não acontece. Há vários entraves ao reconhecimento do trabalhador de saúde que desencadeiam nele angústia, *reclamação e falta de motivação*. E, acrescenta-se, *não é um ou outro*.

A SEMUS se pergunta *o que falta para ele [o servidor] se sentir valorizado*, sem ter resposta. Porém, consegue pontuar entraves à motivação para o trabalho em saúde: a cobrança de *produtividade* e práticas burocráticas (*Só pensa em número*) e a verticalização que impõe questões importantes a serem

modificadas no trabalho sem debate com os trabalhadores.

Como justificativa a tal DSC a AC sugere que a cobrança excessiva é algo inerente a processos de trabalho do setor de serviços, mas que a consequência para o trabalhador é a sensação de estar sempre tendo que provar seu valor e suas capacidades.

AC – O trabalhador de saúde é sempre cobrado e tem de ficar provando-se constantemente.

Acho que a **melhor coisa que tem** enquanto trabalhador é que aquilo que você ta fazendo ta tendo uma utilidade, ta tendo resultado. Mas o trabalhador de saúde é muito cobrado quanto à produtividade. Muito, **o tempo todo**. De todos. Nisso **eu tenho bastante** convicção. Eu acho que **é assim aonde** se atende cidadão. E as pessoas te cobram e **nem sempre** você tem uma resposta para dar ali na hora. A gente tem que **sempre** ta tendo que provar algo. Mais ou menos você matar um leão todo dia. Parece que **nunca** você tem um ponto final. Você não tem uma coisa assim “ah olha o resultado é esse”.

Além das RS apresentadas até então, outros dois DSC referentes também ao processo de trabalho em saúde apareceram. São, todavia, conflitantes aos já apontados bem como à literatura científica específica sobre o tema: um afirma que o trabalho em saúde não provoca adoecimento, quando em outro DSC foi posto que provoca; e um que afirma que o trabalho em saúde no município em questão é atualmente co-gestado, quando já foi afirmado que a gestão é verticalizada, pouco participativa, burocratizada e quase sem planejamento. Apesar de serem citadas por menos sujeitos (VIDE Gráfico 1), estas RS ainda assim compõem o imaginário social dos gestores da Secretaria pesquisada, fazendo com que sejam dignas de apreciação. As discussões que os seguem, porém, são breves por serem breves também os DSC que explanam as RS.

O trabalho em saúde não provoca adoecimento nos trabalhadores

Eu não acho que o trabalho seja prejudicial à saúde, porque eu acho que traz o entendimento da matéria sobre o trabalho em saúde. Ele te traz o entendimento e o conhecimento que você pode criar as suas raízes, que você pode ter autonomia para gerir sua própria

saúde. Então de fato, é como qualquer outro trabalho, quem faz é porque gosta não vai adoecer assim.

Neste ponto a SEMUS afirma que o trabalho em saúde *não* provoca adoecimento em seus trabalhadores. Para consubstanciar esta afirmação diz que: 1) o trabalho em saúde fornece maior conhecimento sobre o processo de saúde-adoecimento ao trabalhador de saúde, propiciando-o assim maior *autonomia para gerir sua própria saúde*; e 2) não se diferencia em essência de outros processos de trabalho, *quem faz é porque gosta não vai adoecer*.

O trabalho em saúde é co-gestado e sem cobranças por produtividade

Hoje Vitória adotou um modelo de gestão que a gente chama de gestão compartilhada, a co-gestão. A SEMUS adotou este modelo como modelo de gestão dos seus processos, desde o gabinete até os níveis locais que são as reuniões de equipe, Seja equipe, seja os colegiados gestores regionais, seja o colegiado gestor ampliado, seja o colegiado de gerência. Então são espaços colegiados de gestão. Aqui você trata, define contratos, pactua, você negocia, você firma projetos. Antes o diálogo era mais normativo. Ainda não tá 100%, mas estamos buscando. Hoje a área técnica, quando vai na equipe, ela vai para discutir os problemas da equipe, e junto com a equipe traçar soluções e estratégias para poder resolver. E aí a gente nem usa mais palavra norma, diretriz. Claro que tem que ter uma padronização, uma uniformização de algumas situações que a gente constrói também junto com a unidade. Dessa forma, o trabalhador de saúde não é cobrado para a produtividade. Ele é cobrado pela vinculação com o sujeito, principalmente na atenção básica. Na atenção básica ele é cobrado por fazer essa vinculação. Ele é cobrado muito na saúde para esse olhar estendido da relação de vida desse sujeito. Aí a gente não cobra, não existe a produtividade, eu não tenho que fazer tantas consultas, eu tenho que olhar para aquela família.

AC – É pela grupalidade que se transforma o trabalho em saúde de forma perene.

Todo o coletivo rola o que a gente chama de grupalidade. Onde se dá a grupalidade? A grupalidade é **todo** o sentimento que rola no coletivo, desde sentimentos de grupalidade até outros de rivalidade, outros de concorrência, de espaço, de poder. É na verdade, dessa função que podem emergir novos olhares para o mundo. Porque você se transforma em um espaço desse, se é organizado. Trabalhar numa gestão coletiva ela é muito mais morosa, as

mudanças são mais morosas, mas são perenes.

Este discurso corrobora o que pretendem muitos dos defensores do Sistema Único de Saúde atualmente (CAMPOS, 2000; CAMPOS, 2003; BRASIL, 2005; CECCIM, 2005). É interessante, aliás, que se diga que o trabalhador não é cobrado, na Atenção Básica, quanto à produtividade, mas a estabelecer vínculos com quem é atendido. Assim, afirma-se não haver cobranças a números de consultas, por exemplo. Todavia, cabe questionar se esta RS é apenas uma impressão, uma vez que esta obteve menor frequência de respostas.

Cabe ressaltar a possibilidade de dois vieses nesta primeira questão, que não se aplicam as outras. Como esta questão não era específica a quem está envolvido com a temática de saúde do trabalhador de saúde, ao contrário, qualquer trabalhador de saúde poderia responder, é possível que o número de sujeitos não seja representativo. Assim também, como o TCLE foi apresentado e explicado, quando solicitado, antes das entrevistas ocorrerem, é possível que os sujeitos já tenham encaminhado as respostas para a temática da pesquisa, saúde do trabalhador de saúde. Ainda assim, os resultados desta primeira questão da pesquisa de campo não devem ser desconsiderados, uma vez que representam a opinião dos gestores envolvidos com a temática pesquisada, temática esta que estabelece íntima relação entre o a compreensão que se tem do processo de trabalho em saúde. Deste modo, como se perceberá a seguir, os dados expostos até então norteiam as RS quanto às causas do adoecimento dos trabalhadores de saúde e as suas soluções.

Todavia, esta primeira parte ainda se apresenta válida e expressiva da concepção da SEMUS se considerarmos que em muito reitera e complementa o que foi encontrado nos documentos pesquisados. Assim, a SEMUS parece ver o processo de trabalho em saúde como algo que deveria ser co-gestado, mas na maioria das vezes é pouco participativo, demandando planejamento e organização. Este seria, de fato, um dos motivos pelos quais os resultados ambicionados nem sempre são alcançados.

Desta maneira também, a Secretaria parece considerar que o trabalho em

saúde não precise ser adoecedor aos seus trabalhadores. Todavia tem adoecido-os, estressando-os, requisitando que trabalhem em ritmo de sobrecarga, pondo-os em contato com usuários que sofrem e reclamam e sem lhes fornecer meios de intervir de modo resolutivo.

De fato, apesar das melhorias estruturais e institucionais apresentadas nos documentos analisados anteriormente, a concepção da Secretaria é de que os trabalhadores não estão providos de uma rede que possa solucionar as mazelas trazidas pela população, mas são requisitados a fazê-lo ainda assim. Este seria outro motivo pelo qual a resolutividade não se alcançaria.

Reiteram ainda a compreensão de que o trabalho em saúde é complexo por envolver muitas variáveis e a atuação de outros setores. Fornece assim, uma explicação para a necessidade já anunciada nos relatórios de gestão de que o trabalho em saúde se organize de forma a ser feito em equipe multiprofissional.

Reaparece também a ideia de que os trabalhadores sejam qualificados, não se negando que isto seja verdade, mas afirmando que esta não é a principal causa de ocasionais problemas de resolubilidade e eficácia dos serviços.

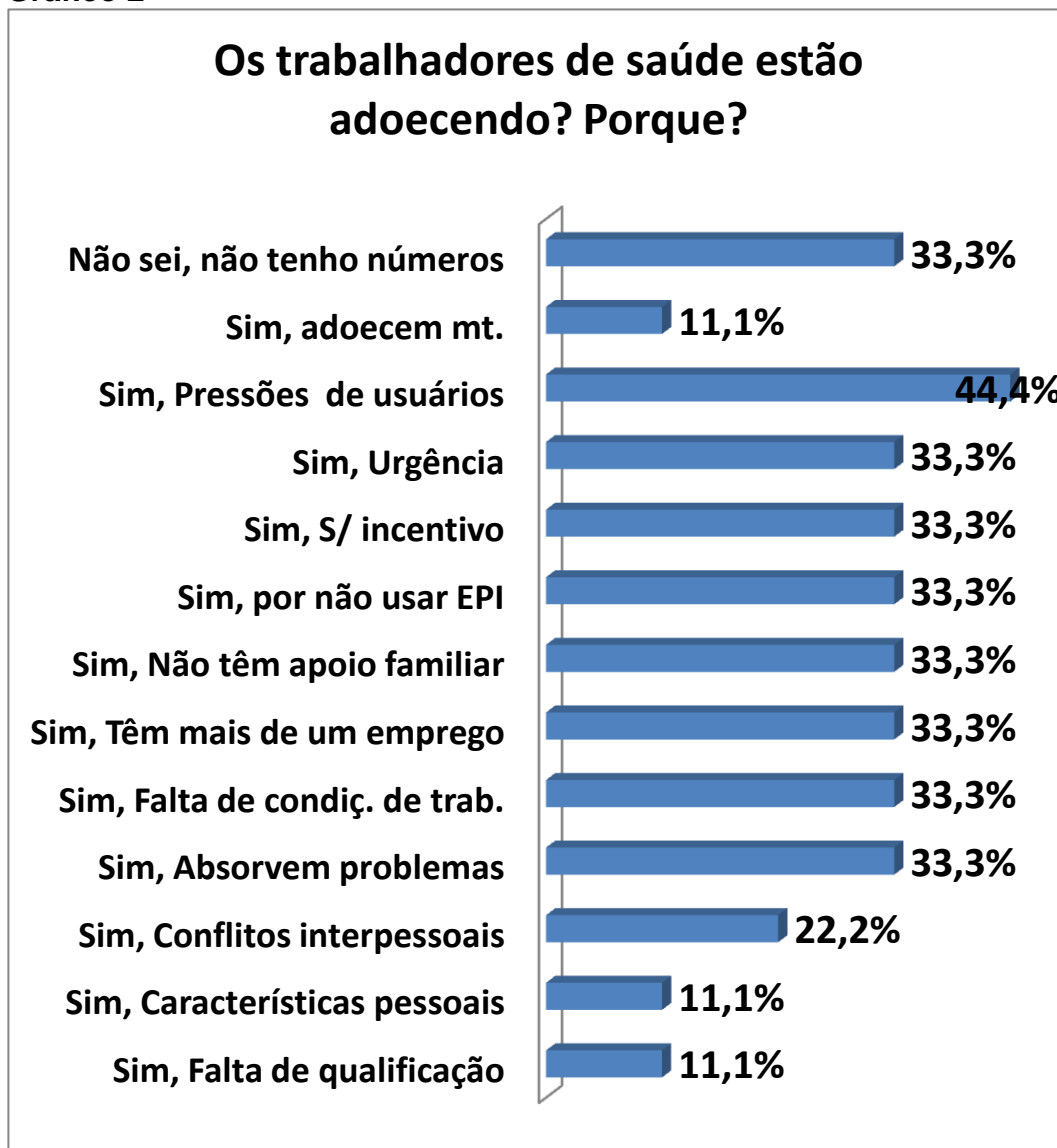
Afirma-se ainda a concepção de que os usuários dos serviços de saúde devam ser o foco primordial de tais serviços, devendo os trabalhadores se adequarem ao desejo do usuário. Esta adequação é também posta como prioritária em detrimento do próprio planejamento. Isto por sua vez, devido talvez as estratégias de gestão utilizadas que não são apropriadas ao setor público de saúde, muitas vezes acaba por se traduzir em atendimentos voltados a intercorrências e preocupado com que os usuários não reclamem. Isto, além de ter repercussões na qualidade de vida dos trabalhadores, repercute também na qualidade de seu trabalho, sendo afirmada como outra causa a não resolubilidade do sistema.

4.2.2 Os trabalhadores de saúde estão adoecendo? Por quê?

A partir, então, daquelas características definidoras, principalmente a ideia de que o adoecer do trabalhador é característica inerente do processo de trabalho em saúde, julgou-se fundamental outra pergunta: Quais as razões para este

adocimento? As respostas seguem-se como mostra o gráfico abaixo.

Gráfico 2



Os dados no Gráfico 2 aparecem ordenados pelos valores das porcentagens. Como se pode perceber, houve uma grande dispersão dos valores, i.e., houve um número considerável de respostas diferentes, todavia a variação das respectivas porcentagens não foi grande. Este fato pode ser explicado de duas formas: 1) a amostra foi insuficiente para gerar diferenciação mais significativa das idéias diversas, ou 2) as idéias expressas estão próximas umas das outras em seus graus de fixação no sujeitos e, possivelmente, estabelecem correlação entre si.

Devido ao fato de que para esta pesquisa todos os sujeitos culturalmente aptos

a responderem esta e as questões seguintes foram entrevistados, como já informado, assumiremos a segunda suposição. Assim, as duas primeiras RS apontam a existência ou não deste processo de adoecimento entre os trabalhadores de saúde, em consonância com os DSC da questão anterior que dissertavam tanto sobre o trabalho em saúde provocar quanto não provocar adoecimento em seus trabalhadores.

A partir daí pode-se perceber dois tipos de respostas: as que vinculam o processo de adoecimento a características ligadas ao serviço (condições de trabalho e características que definem o processo de trabalho em saúde) e as que o vinculam a características dos trabalhadores (características pessoais, suas decisões no ambiente de trabalho e como estabelecem seus relacionamentos). É interessante notar que optando por agrupar os dados desta maneira há preponderância de respostas que vinculam o processo de adoecimento dos trabalhadores de saúde aos próprios trabalhadores se comparadas em relação as que vinculam-no ao trabalho. Seguem-se os DSC:

Não sei, não tenho números

A impressão é de que os servidores da saúde do nosso município estão adoecendo muito. Mas essa informação de quais as queixas de imediato eu não sei te responder. Se é psicológico, se é estresse, ou se é o serviço que está acarretando. Provavelmente, do conjunto, haverá situações que estão relacionadas ao trabalho, mas eu não sei nada do que seja. Eu quero dizer, eu não sei que números são esses. Eu não sei quem ta em processo de adoecimento. Eu não posso te responder quantitativamente, é difícil avaliar, é difícil fazer o diagnóstico. Então, eu não sei isso.

Nota-se deste discurso que, apesar da impressão de que os trabalhadores de saúde estejam *adoecendo muito*, há pouco o que se possa afirmar sobre este fato. Não há, por parte da gestão municipal de saúde, um diagnóstico mesmo que preliminar ou parcial a esse respeito. Contudo, o fato de que esta impressão não confirmada por *números* esteja qualificada por alta intensidade (*adoecendo muito*) sugere que este fenômeno não seja tão repentino. Ou seja, o fato de que um fenômeno de adoecimento dos trabalhadores da saúde, que

têm conseqüências prejudiciais, às vezes permanentes, aos próprios trabalhadores, por conseguinte, afetando também o funcionamento de serviços críticos à vida na cidade, sugere que movimentos para a compreensão e avaliação do mesmo já poderiam ter ocorrido. Ou ao menos começado. Ainda mais se sopesarmos que este fenômeno não parece ser esporádico ou casual, mas intenso e crescente. Resta perguntar-mo-nos quais as razões para que o processo de avaliação e diagnóstico desta situação esteja aquém ao que poderia estar.

É interessante salientar também a valorização dada pela gestão aos dados numéricos em detrimento às impressões. Isto é, as impressões não parecem ser capazes de sozinhas evocar diagnósticos preliminares e/ou alavancar propostas para responder à situação. Para este DSC foi possível identificar a AC que se segue:

AC – Ninguém sabe ao certo.

Eu não sei quem está em processo de adoecimento. E quem tá em processo de adoecimento do quê. Eu acho, você acha, o outro acha, achamos um monte de coisas. Mas ta **tudo** "achado", e **todo mundo** perdido.

A AC encontrada corrobora o DSC citado justificando-o a partir do fato que está **todo mundo perdido**. Ou seja, justifica-se que a gestão não saiba como este processo de adoecimento se dê, uma vez que ninguém sabe a esse respeito, apenas tem impressões e conjecturas. A partir deste achado a situação se complica, pois, quem deveria saber primeiro? A quem deve ser imputado o dever de buscar compreender fenômenos que afetem o *staff* de uma instituição a ponto de por em risco seu funcionamento senão a gestão desta instituição?

Sim. Estão adoecendo

Eu não vou falar da minha opinião, eu vou falar de um pequeno estudo que a gente fez. Um estudo preliminar a pedido da gerência de Gestão do Trabalho. A gente tem que no ano de 2010, a gente teve 79% da nossa folha de trabalho com algum tipo de afastamento de licença médica. Ou era licença médica para ele ou era para acompanhar pessoa da família, mas tinha esse fato da licença

médica. 79% é um percentual que eu considero bem razoável.

Este DSC é breve, porém contundente. Quais as possibilidades de uma instituição alcançar suas metas e objetivos com esse quantitativo afastado?

Outra questão ainda merece destaque neste discurso: o fato de ser o exato oposto do anterior. Isto é, o DSC anterior disserta sobre a impossibilidade de se fazer um diagnóstico, mesmo que preliminar, uma vez que não há números que comprovem ou refutem a impressão de que os trabalhadores do setor saúde estejam em processo de adoecimento por questões laborais. De fato, chega-se a afirmar que ninguém saberia dizer [em números] sobre o assunto. Todavia, este DSC agora analisado apresenta, não só a opinião de que os trabalhadores estejam sim adoecendo, mas consubstancia-a com números. Apresenta o resultado de *um estudo preliminar*.

Neste sentido, pode-se supor, ao contrário do que foi sugerido anteriormente, que já haja um movimento por parte da gestão da SEMUS voltada à saúde de seus funcionários. Entretanto, o fato de que estes dois discursos diametralmente opostos sejam proferidos pela Secretaria Municipal de Saúde aponta para uma desarticulação dos esforços e discussões sobre esta temática no seio da instituição.

Estes foram os dois DSC que não forneciam explicações para o adoecimento dos trabalhadores do setor saúde. Quanto as respostas que afirmavam haver este adoecimento sistemático desses trabalhadores e forneciam explicações seguem-se os DSC referentes dispostos vide explicação anterior:

- **Características atribuídas ao trabalho:**

Sim, adoecem por pressões na lide com os usuários

Ta todo mundo adoecendo porque o grau de aborrecimento, de desvalorização, de assédio moral... Se o usuário chegar aqui e gritar com o funcionário, é o funcionário que ta errado. Essas violências também geram adoecimento. Não é só o trabalhador de saúde que sofre violência. Só que quando tem alguém doente da família muitas vezes um pai ou uma mãe, por ele ser violento ele já entra com agressão muito maior, então ele traz um estresse a esse

trabalhador. E o gestor não defende o funcionário, porque ele precisa defender o usuário para ele não reclamar dele na Gestão nem no Ministério Público, porque o usuário é o fiel da balança.

Este discurso veiculado pela gestão municipal de saúde disserta sobre conseqüências possíveis ao processo de trabalho em saúde na tendência de gestão que se tenta estabelecer hoje. De fato, o desafio atual proposto à saúde a ser encarado pelos que trabalham na saúde tem sido o de buscar empoderar os usuários, convocando-os a participarem do processo produtivo de seu cuidado. Pretende-se assim, assegurar ao usuário um modelo de atenção e assistência que seja centrado em suas necessidades e desejos (CAMPOS, 2000; FRANCO; MERHY, 2005). Resta-nos questionar que conseqüências para o trabalhador um modelo de gestão do trabalho em saúde centrado eminentemente no usuário pode ter. O discurso acima parece apontar que este modelo deixa os trabalhadores em situação de desigualdade podendo desencadear situações de conflito. Assim, na medida em que um modelo de gestão impõe que os serviços sejam voltados aos usuários, apontando-o como *fiel da balança*, parece abrir caminho para que violências por parte destes para com os trabalhadores sejam legitimadas.

A questão aqui não é negar a importância desta argumentação, todavia salientar que, num setor impregnado por tecnologias de gestão fundadas nas teorias administrativas neoliberais e importadas das empresas do setor privado para o setor público como acontece na área da saúde (PAULA, 2009; MERHY; 2002), há um perigo expresso de que esta proposta acabe enviesando-se na prática pela apropriação da força de trabalho como recurso, expropriando-a.

Sim, adoecem por falta de condições de trabalho

Saúde do Trabalhador vai implicar para mim o ambiente de trabalho. Então, não é uma questão de categoria. E quais são as condições sociais que a prefeitura te oferece? O trabalhador não tem plano de saúde, o trabalhador não tem lugar decente para almoçar, o trabalhador não tem ticket. Como se pensa em saúde do trabalhador se você não ta pensando na saúde mental desse cidadão, das condições de trabalho dele? Por exemplo, tinha uma unidade de saúde que era insalubre, que tinha mofo. Você vê que é uma falta de

respeito com o trabalhador. Então, se ele desenvolveu uma insuficiência respiratória, uma alergia, para mim ele é a vítima. Assim, a saúde do trabalhador para mim começa desde a hora que ele começa a fazer as atividades dele até a hora que ele tá pensando no seu trabalho. Então você tem que pensar na qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Este discurso é consonante com uma realidade que ainda existe na saúde pública – instalações insalubres e precárias (BRASIL, 2004). Mas, é interessante perceber que para a gestão municipal de saúde essas situações são *falta de respeito com o trabalhador*. Contudo, expor os trabalhadores a riscos de insalubridade vai além da questão de respeito, é ilegal. (LEGISLAÇÃO COMENTADA, 2008). Podemos, entretanto, inferir que o ‘espírito’ da fala vá neste sentido. Todavia, já é sabido que nem tudo o que se deseja nos processos que se dão no trabalho em saúde se institui e se prolifera enquanto práticas apenas pela outorgação ou instituição enquanto leis (CECCIM, 2005). Ou seja, as normas legais comumente não são capazes de por si só garantirem saúde aos segmentos da sociedade a que se destinam (CAMPOS, 2003).

Ancorando este discurso está a idéia abaixo:

AC – Os problemas de saúde de funcionários concentram-se em locais específicos.

Se você me perguntar hoje onde estão os maiores números de profissionais que pedem atestados eu observo que **são sempre** os mesmos. **Sempre** as mesmas unidades.

Assim, ancorando a idéia de que o que causa adoecimento aos trabalhadores de saúde é o ambiente de trabalho e suas condições precárias está a impressão de que os que adoecem são provenientes sempre dos mesmos estabelecimentos. Ou seja, haveria variabilidade de qualidade infra-estrutural, de condições e de ambiente de trabalho nos diferentes serviços desta mesma instituição ‘Secretaria de Saúde’, sendo que, as instalações com piores condições proporcionariam comparativamente mais adoecimento entre seus trabalhadores do que as de melhores condições. Esta afirmação, com

logicidade interna, levanta outra questão: porque há esta variabilidade?

Sim, adoecem pelo estresse da urgência e emergência

É, o trabalho em saúde ele tem um estresse. Alguns trabalhos em saúde você trabalha em um nível de estresse que são as urgências. O estresse ele gera adoecimento, e ele tá mais relacionado às urgências eu acho.

AC – Casos graves a todo o momento.

Eu colocaria que o serviço de urgência ele é muito estressante porque **a todo momento** tá chegando baleado, **todo momento** é um esfaqueado. E esse é um trabalho **muito** estressante.

Este discurso a primeira vista parece corroborar o que parte da literatura científica aponta como causa do adoecer dos que trabalham no setor saúde: o contato prolongado com o sofrimento humano (REZENDE et al, 2005; RIOS, 2008). Entretanto, caracteriza-o, circunscrevendo-o ao trabalho na urgência e emergência. Assim, não dá para ter certeza se o que está posto como adoecedor é mesmo o contato com o sofrimento ou o fato de que o processo de trabalho em ambientes como os de urgência e emergência imprimam uma velocidade intensa e pressão contínua sobre o trabalhador, acabando por estressá-lo. Nesse sentido, parece que a Secretaria Municipal associou 'estresse' no trabalho em saúde com o trabalho de urgência com mais intensidade que a outras formas de trabalho em saúde.

A AC sugere que seja de fato esta segunda possibilidade uma vez que veicula a idéia de que nestes serviços o fluxo de casos que demandariam muito do trabalhador seria contínuo, não havendo tempo de descanso ou de menor intensidade. Assim, há talvez posto aqui a idéia de que não é o contato com o sofrimento propriamente dito, mas o caráter de ritmo de trabalho célere e ininterrupto que adoeça.

Sim, adoecem porque têm mais de um vínculo empregatício

O trabalhador de saúde, pelo fato dele ter na legislação a liberdade para ter outros vínculos de trabalho, isso também acarreta o adoecer. Porque, como que um trabalhador pode trabalhar 24 horas? Impossível. Aí, às vezes, ele trabalha de manhã aqui em

Vitória, trabalha à tarde na Serra, e tem um plantão em Vila Velha, aí eu acho que sobrecarrega. Hoje a nova portaria do ministério da saúde permite isso. Aí, acaba adoecendo mesmo. Mas porque essas cargas horárias excessivas? Porque paga-se mal e aí o servidor ele tem que ter mais de um vínculo. Hoje a jornada de trabalho que o trabalhador da saúde está exposto por uma condição do capital exige que ele também tenha vários empregos. Não posso provar isso, mas eles se trabalham 12 por 36, por exemplo, trabalham um dia de dia aqui e de noite em outro lugar, dormem muito pouco. Qual trabalhador não gostaria de trabalhar em um lugar só, e ter um salário decente? Mas, plano de saúde não tem, o ticket alimentação não tem e nem lugar decente para almoçar. Com o salário que se ganha não dá para bancar todos esses custos. Então o que o trabalhador tem que fazer? Conseguir outro emprego. Isso é extremamente extenuante. Então, é uma condição de excesso de trabalho que ela não é só em um lugar.

A RS do trabalho em saúde aqui encontrada é: é comum ao trabalhador de saúde ter mais de um vínculo empregatício. As causas são postas na conjuntura socioeconômica que impediria os trabalhadores de gozarem de uma vida confortável e condigna com apenas um emprego. As consequências são: sobrecarga e uma situação *extremamente extenuante*. A lógica apontada é que por trabalharem muito não tem tempo para repor suas forças. Nem ao menos tem tempo para descansar, *dormem muito pouco*.

Esta lógica parece remontar um conceito antigo da área da Saúde Pública: o ciclo econômico da doença. Por este conceito afirma-se que em populações de baixas condições sócio-econômicas a doença implica numa diminuição da capacidade de trabalhar e produzir. Esta situação tem por consequência a diminuição do poder aquisitivo, que por sua vez diminui ainda mais a capacidade destes indivíduos de manterem padrões de vida condignos em termos de moradia, alimentação, acesso à setores de serviço, etc. Esta realidade por fim torna mais provável o aparecimentos de doenças (GUIMARÃES et. al., 2010). Aplicando-se a realidade em questão, o que parece ser dissertado é: os trabalhadores de saúde têm salários baixos e por isso trabalham em mais de um emprego. Dessa forma se desgastam sem serem capazes de recompor suas energias. Adoecem. Ao acontecer isto criam-se demandas secundárias como a necessidade de remédios, por exemplo,

diminuindo a capacidade aquisitiva do trabalhador. Por conseguinte, os trabalhadores se vêem necessitados de trabalharem mais a fim de suprir estas demandas. O conceito é 'ciclo' econômico da doença porque a lógica se dá num ciclo vicioso: situações específicas provocam o adoecimento que impele o indivíduo a agir recriando tais situações a fim de tentar sanar as necessidades geradas pelo adoecimento.

Estes resultados corroboram os encontrados por Martins e Zeitoune (2007). Estas, pesquisando profissionais de enfermagem, mostram como que, tentando sobreviver com um pouco mais de dignidade e buscando obter melhores condições de habitação, alimentação, transporte, escola, saúde e lazer, esta categoria profissional frequentemente tem mais de um emprego. Os números daquela pesquisa foram: 45% com dois empregos e 20% com três (MARTINS; ZEITOUNE, 2007).

Assim, Souza (2010) afirma que muitos trabalhadores do setor saúde identificam este processo de adoecimento não somente como advindo de acidentes de trabalho, mas vinculam-no principalmente a duas questões: vínculos empregatícios irregulares, tratada neste DSC, e à sensação de que sentem ter menos direitos do que os cidadãos, como se não fossem eles próprios cidadãos, situação já abordada aqui. Assim, acabam por questionarem-se quem seria responsável por cuidar da saúde deles. De fato, é possível encontrar na literatura científica estudos mostrando até mesmo relação entre o uso de substâncias psicoativas por profissionais da área da saúde no local de trabalho, ou mesmo de drogas lícitas fora do ambiente de trabalho, e as condições de sobrecarga de trabalho destes profissionais. Situação que compromete tanto a sua saúde quanto o desenvolvimento de suas atividades laborais (MARTINS; ZEITOUNE, 2007; OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVES, 2011).

Sim, adoecem porque não se sentem incentivados

Hoje o trabalho aqui no município ta ruim. O que eu vejo é uma reclamação, uma falta de motivação para o trabalho, que para mim isso já é um adoecimento. Eu mesmo já cansei de trabalhar com sinusite e agora to me sentindo uma retardada, porque os novos

eles não têm esse comprometimento. Mas não tem não é porque não querem não. É porque eles nunca foram estimulados a ter. Acho que tem que criar estratégias para renovar esse processo de trabalho sei lá, a cada dois anos, com uma política de gestão de pessoas onde as pessoas possam circular, por exemplo. Eu não gostaria de ficar para sempre no mesmo lugar, mesmo eu sendo efetiva.

AC - Ninguém gosta de trabalhar fazendo sempre a mesma coisa.

Precisa renovar o fazer diário, porque **ninguém** gosta de fica na mesmice.

Quanto ao incentivo e a motivação já discutimos. A literatura científica aponta que alguns aspectos da gestão do processo de trabalho podem afetar a satisfação dos trabalhadores de saúde negativamente se estiverem associados a atitudes inaceitáveis e inadequadas na visão dos trabalhadores (ATHAYDE, 2011).

Porém, outro elemento aparece neste discurso. A SEMUS apresenta como justificativa para seus funcionários não se sentirem incentivados: a *mesmice*, isto é, desempenhar as mesmas funções numa mesma localidade por um longo período de tempo. De fato, estar envolvido com novos projetos foi apontado por Ramminger e Brito (2008) como um fator que aumenta a satisfação dos trabalhadores de um setor da saúde.

Quanto a isto é possível afirmar-se que muitas vezes o adoecimento no trabalho pode advir de um processo de trabalho que requer do trabalhador muito pouco. Requisita-o de menos, não em quantidade, mas em qualidade e em esforço intelectual (CLOT, 2007). Assim este DSC parece concordar com o discurso que diz que o trabalho em saúde é pouco participativo, desmotivando os trabalhadores. Isto pois, apesar do trabalho em saúde ser várias vezes apontado pelo seu caráter imprevisível e relacional (MERHY, 2002; BARROS; BARROS, 2007; FARIA, 2010), de fato muito do trabalho em saúde é burocratizado, protocolado e cobrado à produtividade.

- **Características dos trabalhadores:**

Sim, adoecem por características pessoais dos trabalhadores

Acho que não é só o trabalho que adocece, é da pessoa também, do meu interior saber lidar com isso. A saúde é um trabalho estressante. Você só tem que ter a linha do limite. Você só tem que ter muita resiliência. Se a pessoa não tiver um equilíbrio, por exemplo, para tratar de uma pessoa que faz uso de álcool e outras drogas ele pode adoecer por isso. Eu conheci vários profissionais aqui que trabalharam comigo, que com o passar do tempo acabou adoecendo. Nós temos vários profissionais com essas características. Então, o trabalhador, quando vai trabalhar, ele também traz muitas questões pessoais, muitos problemas de saúde deles, muitas dificuldades dele que ele não consegue resolver enquanto trabalhador também. Eles têm muitas dificuldades nas suas vidas pessoais; a maioria são mulheres na saúde, então tem filhos, tem uma outra jornada... Então tem muito trabalho, eu penso isso. Aí, eu tenho que analisar primeiro aonde está essa sobrecarga, ou essa sobrecarga é um conjunto de coisas na vida desse ser, que aí ele geralmente vai trazer isso para o trabalho. Às vezes pode ser até uma questão espiritual também, precisa de um teólogo. Eu já propus algo assim porque eu vi que o que tava rolando ali não era técnico. Então, se ele não tiver esse equilíbrio ele pode adoecer. A gestão não avalia que o erro pode estar com eles. É o funcionário.

AC – Algumas equipes têm problemas que não emanam de questões técnicas.

Acho que é uma questão espiritual também, **tem gente que é** afastado de Deus. **Tem equipe que** eu percebo que não precisa de nenhuma palestra, qualificação, não precisa de uma área técnica, não precisa de falar nada técnico, mas precisa de um teólogo.

Verifica-se um discurso culpabilizante, pois *não é só o trabalho que adocece*. Reforça-se aqui a ideia de que os trabalhadores adoecem por questões pessoais; sejam elas: não saber lidar com as situações que o trabalho impõe (é *da pessoa também, do meu interior saber lidar*), ter baixa capacidade para suportar adversidades (*só tem que ter muita resiliência*), não se envolverem tanto com os problemas trazidos pelos usuários (*Se a pessoa não tiver um equilíbrio*), ou ainda se for alguma questão que o trabalhador *vai trazer isso para o trabalho*. O que parece estar em questão aqui é que o adoecer é percebido como desvincilhado do processo de trabalho e imputado ao indivíduo, i.e., nem ao menos é questionado como se compartilha no coletivo.

Por esta forma de compreensão, o adoecer tende a ganhar a conotação de fraqueza pessoal (DEJOURS, 1992).

Outro ponto interessante é perceber que se traz na AC como justificativa de que se adoecer por questões pessoais a compreensão de que *não precisa de nenhuma palestra, qualificação*. Esta noção diverge do que muitos autores têm defendido como necessidade premente e estratégica à área da saúde: melhorias na formação, qualificação e capacitação dos profissionais de saúde. O que afirmam estes autores é: um dos obstáculos para se alcançar eficácia e eficiência nos serviços de saúde do SUS é a má formação dos profissionais que não se encontram qualificados (CECCIM, 2005). Por outro lado, o DSC parece afirmar que isso não é o cerne da questão, ou ao menos que cursos de capacitação não resolveriam, pois a situação seria mais profunda e menos tangível, uma ‘deficiência espiritual’ do indivíduo.

Analisemos esta situação a partir da perspectiva de Merhy (2002) de que a finalidade das instituições religiosas são promover práticas sociais comprometidas com a moral religiosa da qual a instituição emana. A partir desta compreensão temos exposto no DSC acima que o fator que pode desencadear adoecimento no ambiente de trabalho em saúde é a inobservância e/ou o não cumprimento de um conjunto de comportamentos socialmente aceitos e descritos como positivos vinculados a moral religiosa que subjaz tal fala. Como é não objeto da atual pesquisa, não nos aprofundaremos.

Destaca-se ainda que a questão de gênero é percebida como propiciadora de adoecimento – *a maioria são mulheres na saúde, então tem filhos*. Este ponto é corroborado pela literatura científica específica como fator adoecedor uma vez que profissionais mulheres estão submetidas a “dupla jornada de trabalho”, tendo de dar conta dos afazeres domésticos após o expediente de trabalho. Além disto, encontram-se no setor saúde, com premência em categorias historicamente submetidas às categorias médicas. Assim, estas heranças advindos de modelos patriarcais de sociedade influem nas profissionais de saúde mulheres, não apenas causando insatisfação com o trabalho, mas também um grande impacto em sua saúde (MARTINS, ZEITOUNE; 2007; RAMMINGER, BRITO, 2008).

Todavia, se compararmos à literatura científica específica, encontraremos estudos que discordam desta posição. De fato, Oliveira, Siqueira e Alves (2011) demonstram que, apesar de haver uma predominância de absenteísmo em profissionais de enfermagem do gênero feminino, os indícios são de que não haja correlação com a presença de filhos, uma vez que faltavam mais as profissionais sem filhos. Neste sentido, outros estudos parecem ser necessários a fim de melhor compreender como as questões de gênero podem propiciar (ou não) os profissionais de saúde ao adoecimento.

Sim, adoecem porque absorvem os problemas alheios

Eu acho que sim, que os trabalhadores de saúde daqui do município adoecem muito. Porque eu acho que tem uma dinâmica de trabalho hoje, o serviço ele tá com uma qualidade muito intensa. Aí, eu vou falar da Atenção Básica. Então quando esse trabalhador se apropria muito desse território, dos problemas de saúde daquele território, e das pessoas, ele acaba talvez incorporando os problemas. Antigamente, um profissional podia chegar, atender e ir embora, sem muito envolvimento. Você não via o problema, ele não batia na sua porta com tanta intensidade. Eu observo que as equipes estão mais cansadas. Eu aprendi a olhar o paciente, a emprestar o ouvido. Mas eu aprendi também a não levar isso para casa depois, senão eu não consigo dormir. Olha, eu vou te falar, onde eu estava não estava me fazendo bem porque eu lidava muito com o sofrer do outro. Era um ambiente que a meu ver me causava um sofrimento maior do que onde eu estou hoje. Talvez se eu estivesse lá até hoje eu estaria buscando formas de me blindar. Mas eu já estava cansada de buscar formas de me blindar, então eu optei em procurar outra coisa. Foi um dos determinantes para eu vir para a gestão. Eu vi alguns casos como o meu, e vejo alguns hoje. Eu observo que um ou outro tira de letra, ou então eles não se envolvem tanto. Mas você vê muita miséria humana.

Este discurso também a primeira vista parece concordar com a literatura científica quando aponta como causa do adoecer dos que trabalham no setor saúde o contato prolongado com o sofrimento humano (REZENDE et al, 2005; RIOS, 2008). Contudo, um olhar mais atento notará que além deste contato com o sofrimento está colocado um requisito determinante para se o trabalhador adoecerá ou não: sua capacidade individual de lidar com este contato com o sofrer alheio. Isto é possível perceber em trechos como: *e/e*

acaba talvez incorporando os problemas; aprendi também a não levar isso para casa depois; estaria buscando formas de me blindar; eu optei em procurar outra coisa; um ou outro tira de letra e eles não se envolvem tanto. Assim, na esteira do discurso anterior, a gestão parece sugerir que o adoecimento só ocorra quando o trabalhador que encara cotidianamente este sofrer do usuário não seja capaz de desenvolver uma alternativa que lhe permita suportar tal situação – mesmo que esta alternativa fosse o não envolvimento do trabalhador para com o usuário. Ou seja, só adoeceriam os trabalhadores de saúde que não encontrassem maneiras de se *blindarem* deste sofrimento, desse contato humano; maneiras de não absorvê-lo em sua inteireza.

Se contrastarmos este DSC com o da questão norteadora anterior que afirmava que o adoecimento do trabalhador é característica inerente ao trabalho no setor saúde, temos mais dados para esta inferência. Isto pois, enquanto este discurso disserta que o que adoece é a incapacidade individual de se blindar aos problemas trazidos pelos usuários, aquele complementa que não é exatamente o sofrimento dos usuários que adoece, mas sim os transtornos à harmonia do ambiente de trabalho que este usuário provoca. Ou seja, o que de fato causaria adoecimento aos trabalhadores são as lamúrias do usuário e suas exigências por atendimento que não permitem um ambiente de trabalho tranquilo.

Se contrastarmos ainda este DSC com o que afirma que os trabalhadores adoecem por sofrerem violências dos usuários, percebemos como pode ser conflitante e desestabilizadora para o trabalhador de saúde esta relação com o usuário. Isto, pois, esta relação, que é afirmada como foco principal do trabalho em saúde, ora é apresentada como violenta, ora como desarmoniosa, ora ainda fonte de problemas que o trabalhador deve aprender a se proteger.

A questão se complica ainda mais se levado em conta em que este discurso se ancora:

AC – Muitas vezes os problemas de saúde requerem ações inter-setoriais para além da alçada do trabalhador da ponta.

Eu sei que tem, sei dos problemas da comunidade, sei que as equipes estão ali lidando com isso, mas não me bate tanto hoje. Por

que quando estava na ponta **nem sempre** eu sabia como resolver aquele problema, que às vezes nem era eu que ia resolver. Era uma ação inter-setorial, era uma questão mesmo do Presidente da República, mas aquilo me impactava.

Assim, o trabalho em saúde parece ser adoecedor porque lida com o sofrimento e há insuficiências da rede para dar conta deste sofrimento, sobrecarregando os trabalhadores. A AC parece apresentar a noção de que muitas vezes as demandas trazidas pelos usuários não tem como serem resolvidas pelos trabalhadores de saúde nos 'serviços da ponta'. Isto porque seriam decorrentes de questões macro, demandando ações inter-setoriais e de nível macro-governamental para serem sanadas. Então, adoeceria o trabalhador que não conseguisse compreender isto, nem conseguisse aceitar que, para vários casos suas mãos estariam atadas, pois seu fazer limitado pouco influiria na situação apresentada pelo usuário.

A percepção que estes discursos parecem apresentar é de uma sensação de impotência dos trabalhadores para com o cenário que se impõe. Assim, os trabalhadores de saúde não seriam capazes de por si só resolverem os problemas de saúde trazidos pela população atendida. E quem não se dá conta disto a tempo, adoece. Portanto, esta lógica não parece garantir mais saúde aos trabalhadores do setor saúde. Isto porque a saúde somente pode advir do trabalho quando este se organiza de modo a produzir potência no trabalhador. Potência de vida, potência de agir. E essa potência não há como ser afirmada neste contexto se não passar, para além da convocação dos trabalhadores para a resolução de certa demanda, pela possibilidade destes trabalhadores produzirem análises sobre esta demanda.

É importante considerar aqui que, o reordenamento do SUS à Atenção Primária, através do PSF, como estratégia de gestão para minorar os problemas de saúde populacionais e aumentar o acesso, parte sim da consideração de que há várias situações para as quais o modelo clínico-assistencialista, focado na figura no médico, não responde eficazmente. Todavia, propõe que o sistema seja organizado pelos princípios da hierarquização e da descentralização, pelos quais os serviços de Atenção

Primária funcionam como porta de entrada, referenciando e articulando a rede de serviços. Deste modo, ao contrário do que se expõe no DSC acima, a proposta atual de organização do SUS pressupõe ser capaz de resolver mais da metade das questões de saúde, além de interferir no território contribuindo para a diminuição de desigualdades sociais e iniquidades em saúde (BRASIL, 2001; FRANCO; BUENO; MERHY, 2007; SOUSA, 2007).

Há que se considerar ainda, que, sob os mesmos princípios, as responsabilidades que antes do SUS se concentravam eminentemente no nível federal, agora se concentram nas esferas municipais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2006). Assim, tendo esta conjuntura em vista, a Secretaria Municipal de Saúde parece afirmar que, não só o trabalho em saúde (principalmente na Atenção Básica) não é capaz de alterar certas questões do território, pois seriam questões macroestruturais, mas também que os trabalhadores que não aceitem tal fato e busquem formas de lidar com isto podem vir a adoecer. Há que se considerarem quais as consequências desta compreensão do processo de trabalho em saúde para o cotidiano de seus trabalhadores e dos serviços de saúde.

Porém, um dado deve ser ressaltado neste ponto que pode fornecer pistas para o porquê desta concepção de o trabalho em saúde muitas vezes não é capaz de resolver a demanda suscitada pelo usuário. Este dado foi citado anteriormente em outro DSC e disserta sobre a falta de um rede de serviços resolutiva a disposição do trabalhador de saúde. Deste modo, muitas vezes, em suas atividades laborais, têm de se fazer valer de clientelismo, por exemplo, para tentar melhor atender o cidadão que lhe busca auxílio. Em um cenário como este é compreensível que trabalhadores adoçam, ou, tentando evitar tal sina, busquem se 'blindar'.

Sim, adoecem porque não usam os equipamentos de segurança

Vamos falar do acidente, o acidente físico. Nós temos em relação aos equipamentos de segurança individuais, hoje para o trabalhador. Não para todos, inclusive a gente ta discutindo sapato fechado. Mas a luva, a máscara... Alguns equipamentos de segurança. Mas temos muitas pessoas que resistem a usar. Então

isso a gente até tá discutindo. Talvez fazer algum protocolo, porque ele também tem que ser penalizado. Ele é obrigado a usar, não pode deixar de usar. Aí eu me pergunto: “é responsabilidade de quem?”. Se ele tem um EPI e não usa, a responsabilidade, para mim, é do próprio trabalhador. Então eu acho que tem essa característica, não é só a responsabilidade do Governo. Tem a nossa responsabilidade. Se, por exemplo, a gente trabalha com uma cadeira que não é a melhor cadeira, mas nunca reivindica, se acomoda com aquela cadeira. Se a gente dissesse assim: “Não, não consigo trabalhar nessa cadeira”, então a gente não adquiriria alguns vícios. “Essa é a melhor mesa para trabalhar? Essa é a melhor cadeira?” A gente acaba não dizendo isso para o Governo, mas depois a gente fica doente e diz que “foi o Governo que me deixou doente”. Não! Eu concordei, eu fui conivente com isso.

AC – Existem pessoas imprudentes.

Tem muitas pessoas que são imprudentes, acho que tem que avaliar o caso.

Neste DSC surge uma tendência de responsabilização do trabalhador por seu adoecimento. O que está-se afirmando é que, ao menos quanto às questões do uso dos equipamentos de segurança, apenas os trabalhadores são os responsáveis pelos seus possíveis acidentes, o que justifica penalizá-los pelo não uso. A AC afirma uma regra clara: algumas pessoas são simplesmente *imprudentes* e este seria o caso dos que se recusam a usar equipamentos de proteção. Não parece haver questionamento quanto à aplicação destes equipamentos ao fazer diário destes trabalhadores nem a busca por outros motivos provenientes do processo de trabalho que expliquem os acidentes de trabalho para além da imprudência individual dos acidentados.

Sim, adoecem pela falta de qualificação

O profissional de saúde, você sabe, muitas vezes assim, a gente tem muito acidente com perfurocortantes. Então acho que a gente tem que dar uma educação primeiro para esses profissionais, até para aprender a trabalhar. Além dos profissionais a gente tem que trabalhar muito a educação dos profissionais, a forma de trabalhar de conscientização do risco que eles correm.

AC – É um trabalho de alto risco.

O risco é pequeno? É em alguns casos, mas o risco é **muito grande**

em outros.

Neste discurso aparece outra explicação para acidentes, além de imprudência: os profissionais de saúde não sabem como trabalhar. Devem ser ensinados. Apesar de fazer oposição a outro DSC, isto corrobora o que foi percebido na pesquisa documental como tendência da gestão. A saber, que os trabalhadores necessitam ser capacitados e isto deve ser encarado como estratégia de gestão do trabalho. Isto também contradiz em parte o que Clot (2007) afirma sobre o trabalho: que a pessoa mais habilitada a falar sobre as dinâmicas específicas do trabalho, suas dificuldades e os sentidos que as práticas laborais assumem para o trabalhador é o próprio trabalhador, não podendo um pesquisador desconsiderar os discursos produzidos pelos trabalhadores a respeito de sua atividade.

Frisamos aqui que esta RS sobre o trabalhador de saúde ser incapacitado para as demandas do seu trabalho parece ser bem intensa e evidente no meio pesquisado. Isto, porque foram constantes durante a pesquisa falas e trechos de documentos que fizessem referência a tal representação. Mesmo que o intuito fosse refutá-la. Também pudera, esta é uma das sugestões mais recorrentes na literatura científica quando o tema é Saúde do Trabalhador de Saúde (ALMEIDA; DAMASCENO; ARAUJO, 2005).

De qualquer modo, ainda far-se-ão outras referências a esta RS no corpo deste texto.

Sim, adoecem por conflitos interpessoais no trabalho

Se no meu ambiente de trabalho eu contaminao os outros de uma forma negativa, pessimista, eu vou ter isso no meu ambiente de trabalho. Um ambiente onde tem muita competição, onde as pessoas são muito vaidosas, eu acho que adoecem mais. Eu já trabalhei em lugares assim, em que eu simplesmente tive meu tempo de validade ali, e eu disse: não! Fiz minha tentativa e tive que sair porque ou eu ficava igual ou pior, ou eu adoecia, então eu optei em sair. É que na saúde muitas vezes a gente nem conversa com o colega. É um querendo comer o outro, um querendo condenar o outro porque tava um caos em alguma situação, ao invés de pensar assim como que nós vamos nos unir para reveter, para discutir, para

problematizar. Então é complicado, assédio moral mesmo. Os novos que estão entrando, como a bagunça tá muita, eles também não se comprometem com o trabalho.

Este DSC discute a idéia de que o adoecimento do trabalhador de saúde está relacionado ao trabalho a partir da qualidade das relações que este trabalhador constrói no seu ambiente de trabalho. Localiza a fonte dos conflitos interpessoais nos próprios trabalhadores. Caracteriza esta situação como extrema: *na saúde muitas vezes a gente nem conversa com o colega; É um querendo comer o outro, um querendo condenar o outro; e assédio moral.* Aponta-se como consequência destes conflitos o descomprometimento dos trabalhadores com o trabalho, i.e., a ocasional falta de comprometimento de trabalhadores com o trabalho dar-se-ia como efeito dos conflitos interpessoais e não o contrário.

O trabalhador é posto como fonte destes conflitos. Não se aparenta cogitar outras questões que poderiam explicar conflitos interpessoais no trabalho em saúde, como, por exemplo, o caráter hierarquizado e burocratizado de muitos serviços de saúde (FRIEDRICH, 2005; LUZ, 2007). Situação esta imposta por lógicas específicas hegemônicas de gerência destes serviços que reforçam a divisão dos que planejam para os que executam o trabalho (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002; PAULA, 2009; FARIA, 2010).

A AC apóia esta idéia uma vez que justifica que este trabalhador adoença pela má qualidade das relações que ele mesmo contribuiu para criar, porque não busca resolver tais conflitos. Ou seja, haveriam pessoas que não buscam discutir os conflitos no trabalho, deixando virar *um problema maior*, tornando-as mais propícias a adoecerem devido a se sentirem *mais sozinhas*. Chega a afirmar que isto seja uma questão espiritual de tão séria.

AC – Os conflitos interpessoais devem ser discutidos para não piorarem, mas nem todos querem fazê-lo.

O trabalho tem as suas dificuldades porque são pessoas diferentes, mas que a gente tem que lidar com isso. Tem os conflitos que eu acho que **a todo momento** eles tem que ser ditos, porque senão a gente não resolve e isso vai virando um problema maior e isso vai te causando mais sofrimento. Porque eu acho que **hoje em dia** as

pessoas estão adoecendo muito no trabalho por depressão, por que se sentem mais sozinhas. Então eu acho que no trabalho você tem que **sempre** buscar um ambiente harmonioso. **Nem todo mundo** tem isso... **não são todos**, eu acho, que buscam isso. Acho que é uma questão espiritual também, **tem gente que** é afastado de Deus. Então por mais que você aproxime, é autoritária. Porque é um terrorismo. Quando você chega no serviço você vê que quem já tá lá, ao invés de apagar incêndio, deixa **todo mundo** aterrorizado também, então entra ali na sintonia.

Sim, adoecem porque não têm apoio familiar

Olha, para o trabalho em saúde não ser prejudicial você tem que ter muito apoio da família, eu acho que você tem que estar com uma família. Sua vida secular ela vai interferir diretamente no seu trabalho. Então uma família que você tem uma estrutura, onde você tem apoio, onde as pessoas entendam os seus horários, onde elas apoiam aquilo que você tá fazendo facilita, isso vai repercutir no seu dia-a-dia. Então isso facilita, mas você tem que ir buscando apoio, família, amigos, ter paciência. Se as pessoas da sua família entenderem que o que você faz é legal, que é o que você gosta, então eles apoiam. Acho que só isso já te dá uma tranquilidade para você vivenciar o seu dia-a-dia.

Como sugerimos anteriormente, quanto mais o trabalho se torna imaterial mais a separação entre vida e trabalho se torna improvável uma vez que o trabalhador não pára de pensar sobre suas atividades laborais (NEGRI, 2001; NEGRI, 2003).

Os dados analisados apresentam haver uma divergência de representações quanto à questão investigada. Ora a Secretaria afirma desconhecer a existência de um processo de adoecimento dos trabalhadores de saúde no município de Vitória por falta de dados numéricos, ora tece múltiplas explicações para este fenômeno. Cada explicação descrita parece apresentar um nó do processo de trabalho em saúde na visão da SEMUS. E neste sentido, é importante que se frise a quantidade superior de respostas apontando o próprio trabalhador como fonte direta indireta de seu adoecimento no local de trabalho.

Dentre estas destacamos o fato de serem imprudentes, mal qualificados, vaidosos e autoritários, afastados de Deus, de absorverem os problemas

alheios sem construir barreiras eficazes para sua autoproteção e de não se comprometerem em mudar. Por esses motivos se expõem a riscos desnecessários, se desgastam emocionalmente e dificultam o ambiente de trabalho gerando conflitos.

Destacamos também, dentre as respostas que localizam a fonte do adoecimento em características do trabalho, os discursos que apontam a necessidade de que sejam revistas as prioridades do trabalho, retomando o planejamento, a organização e orientando-os pela promoção de saúde e pela prevenção de doenças. É premente dizer que na visão da Secretaria estes processos estão relegados a segundo plano visto centrarem-se no atendimento focado na demanda, nas epidemias e nas intercorrências.

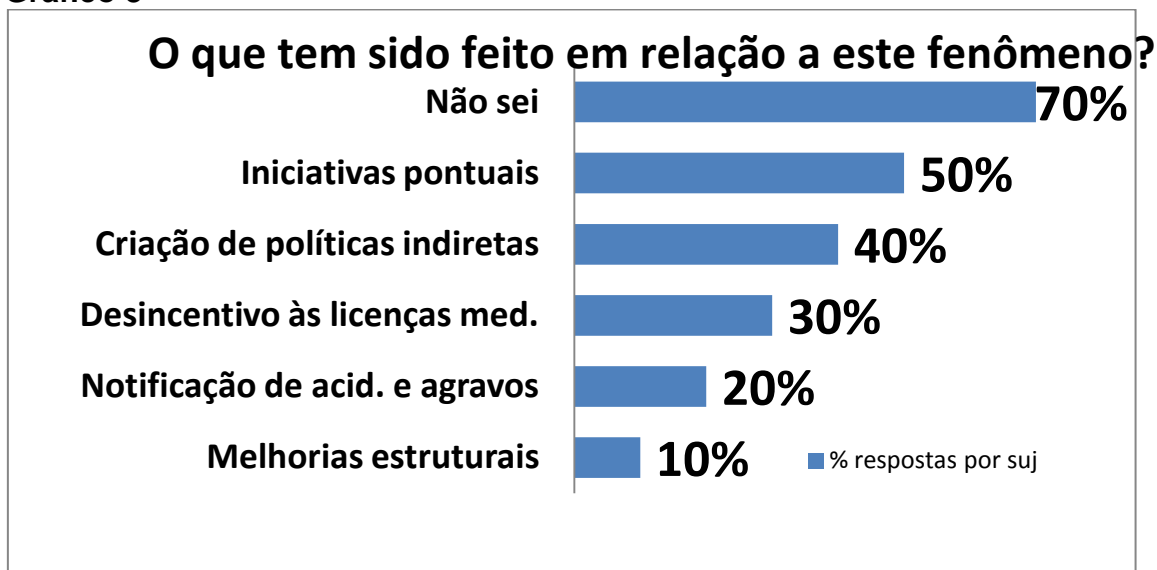
Ressalta-se também a necessidade apontada de mais investimentos em melhorias infraestruturais e numa política salarial que permitam minorar os adoecimentos advindos de acidentes e de sobrecarga de trabalho, respectivamente. Esta conjuntura, dentre outros fatores, favorece, na visão da SEMUS, à desmotivação dos trabalhadores, que também parecem não se sentirem incluídos nos processos de cogestão de seu trabalho.

Destaca-se também a percepção da Secretaria de que o encontro com os usuários e suas famílias pode ser marcado por pressões capazes de desencadear adoecimento nos trabalhadores de saúde. Essas pressões parecem emergir de exigências por produção além da impossibilidade conjuntural de apresentar respostas viáveis e resolutivas às mazelas trazidas aos profissionais de saúde pela população atendida, uma vez que demandariam ações intersetoriais.

Há variados discursos sobre o fato dos trabalhadores do setor saúde adoecerem ou não e os motivos. Entretanto, em um deles a Secretaria afirma que 79% da sua força de trabalho esteve afastada por em algum período do ano anterior. Tendo em vista os objetivos desta pesquisa este dado adquire aqui destaque, uma vez que a partir dele cabe o questionamento: O que tem sido feito pela SEMUS em relação a este fenômeno de modo a minorá-lo?

4.2.3 O que tem sido feito em relação a este fenômeno?

Gráfico 3



O que tem sido feito em relação a este fenômeno? As respostas seguem-se como mostra o gráfico acima. O Gráfico traz as porcentagens de sujeitos pesquisados que transmitiram em seus depoimentos tal concepção. Só foi possível construir AC em um dos DSCs, o com maior porcentagem.

Não sei

Olha, não tem uma política voltada para a saúde dos trabalhadores do setor saúde. Agora, se tem algum projeto eu não tenho informação. Eu sei o seguinte: quando há um processo de adoecimento se encaminha o formulário para o RH, então há um fluxo. Mas a Medicina do Trabalho não tem essa ligação com o servidor da prefeitura. Na verdade eles acabam ficando perdidos porque qual o tratamento que ele tem? A gente não pode garantir nada. A gente vê servidor aí com os dentes tudo estragados na boca e você não tem como direcionar ele para um dentista. Estamos com servidores esperando psiquiatra há seis meses. Eu mesma fiz um pico hipertensivo, fui lá e dei entrada na minha licença e ninguém me ofereceu nada de serviço. “Sua licença ta aqui”. Fizeram uma apresentação dizendo que tudo o que dão para a população o trabalhador tem direito. Então eu tenho direito à saúde no bairro em que eu moro, mas não existe cláusula dizendo que a gente tem que morar onde trabalha. Aqui não tem exames periódicos, não tem um acompanhamento de quem fuma, não tem exames para as questões ergométricas, que possa ver que horário que esse trabalhador dorme. Também não tem plano de saúde, nada. E mais, para eu fazer o meu preventivo ginecológico anual, por exemplo, não tenho

direito a sair, ou pego um atestado médico ou eu marco de noite. Porque pela regra, se eu tiver que fazer um exame e não chegar para trabalhar as sete e chegar as sete e meia, meia hora eu tenho que pagar.

Neste DSC a gestão afirma não haver uma política ou um projeto voltado para a proteção, promoção e/ou restabelecimento da saúde dos profissionais de saúde. Afirma ainda que a Medicina do Trabalho (órgão dentro da Prefeitura, ligado à Secretaria Municipal de Administração, responsável prestar atendimento médico aos servidores da prefeitura) não estabelece um vínculo mais estreito com o servidor, não podendo garantir muito além de licenças médicas. Acrescente-se a isso o fato de que a Prefeitura não realiza com seus funcionários exames obrigatórios desde o final da década de 70, nem possui uma política de liberação para que seus funcionários possam fazer seus exames por conta própria. Este cenário merece consideração mais profunda.

À saber, a Norma Regulamentadora 7 de 1978 estabelece como obrigatório para empregadores e instituições a realização dos exames: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional (LEGISLAÇÃO COMENTADA, 2008).

Para este DSC emergiu uma AC estabelecendo como justificativa para a inexistência de política específica aos trabalhadores de saúde que as discussões acerca de saúde do trabalhador não serem voltadas para os servidores da Prefeitura.

AC – As discussões sobre ST não avançaram porque são voltadas para os munícipes.

Eu sei que tem dentro da Secretaria de Saúde tem pessoas que falam sobre saúde do trabalhador. Mas na vida do trabalhador de saúde eu não vi impacto **nenhum**. Porque nós temos uma coordenação de Saúde do Trabalhador, mas isso não é para a saúde do trabalhador da SEMUS. Isso é para a saúde dos munícipes. Então, se há alguma preocupação da administração nessa matéria ela é ainda muito incipiente. Mas também, como que eles dão conta de fazer isso? **Todos** os contatos que eu tive anteriormente em que houve uma tentativa de estabelecer algum tipo de projeto, até onde eu acompanhei, isso não se conseguiu avançar porque **todos** os outros trabalhos são descentralizados.

As iniciativas são pontuais e desarticuladas

Hoje tem coisas que são talvez pontuais que a gente precisa que estejam concatenadas numa política única. São tentativas modestas. Eu acho que a própria Saúde do Trabalhador aqui tem feito um esforço. A gente chegou a apresentar no ano passado um programa, mas ele tem caráter epidemiológico. Mas, além disto, tem funcionário fazendo loga que foi instituída recentemente. Quem instituiu foi o serviço que nós temos aqui com técnicos desportivos. Tem também os relaxamentos dentro dos módulos do SOE (Serviço de Orientação ao Exercício), incentivo ao exercício, paradas. Mas para muitos trabalhadores esses grupos ficam longe e você tem que gastar seu pouco dinheirinho para pagar passagem, então não funciona. Temos também uma médica que é fitoterapeuta que está fazendo um trabalho grande no Instituto de Previdência do servidor municipal. Tem o serviço de orientação ao trabalhador dentro da Secretaria de Administração, da parte de atestados e licenças que é feita na Medicina do Trabalho. Existe também o CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), mas vai lá para você ver como funciona! O CEREST é saúde do trabalhador do estado e não dos municípios. Então assim, são várias iniciativas, mas eu acho que é pontual e não se adéqua a todos. Precisava a gente conseguir recortar essas iniciativas que dava para você estruturar uma política específica para o trabalhador do município.

Neste DSC a gestão apresenta estratégias, trabalhos e projetos que são, nas suas palavras, tentativas “*pontuais*” e “*modestas*”. Fala do esforço feito, fala de projetos de relaxamento e com plantas, além de uma tentativa de um programa de cunho epidemiológico. Mas uma característica parece perpassar todas estas tentativas: são tentativas isoladas desenvolvidas pelo interesse de seus propositores, sem apoio ou articulação maior. Corroboram a esta interpretação as falas “*A gente chegou a apresentar no ano passado um programa*”, “*Quem instituiu foi o serviço que nós temos aqui com técnicos desportivos*” e “*uma médica que é fitoterapeuta que está fazendo*”.

É possível perceber também a presença de alguns serviços com um apoio institucional maior: “*dentro dos módulos do SOE*” e “*Existe também o CEREST*”. Porém vários obstáculos são postos para estes projetos: “*esses grupos ficam longe*”, “*você tem que gastar seu pouco dinheirinho*”, “*não funciona*”, “*vai lá para você ver como funciona!*”, “*é saúde do trabalhador de*

estado e não dos municípios”.

A técnica de DSC pressupõe um grau de independência de um discurso-síntese para o outro (por expressarem Representações Sociais distintas). Apesar disto, este DSC parece complementar o anterior na medida em que apresenta várias tentativas pontuais e desarticuladas.

Políticas indiretas

Existem algumas atitudes tomadas pela Prefeitura nos últimos anos que devem ser consideradas nesta questão. Nestes últimos anos a preocupação era dar maior segurança no trabalho. Mas eu vejo que é a primeira fase, muito importante. Se você for pensar, hoje por volta de 90% de nossos servidores são concursados. Sabe o que é isso? É um salto de qualidade porque dá estabilidade ao trabalhador. Se você pensar também que a gente tem um plano de carreiras que ficou estabelecido pelo município. Então tem a questão da estabilidade, da possibilidade se qualificar e de evoluir, com um salário que tem correção anual. Pode não ser o melhor, mas eu tenho plano de carreira específico com diferencial para a saúde. Então, hoje o nosso trabalho não é precarizado. Quantos elementos não entram nessa definição? A saúde tinha 80% do trabalho precarizado e hoje essa inverteu lógica. Além disso, a gente tem uma Mesa de Negociação na saúde que discute as questões de saúde. Onde senta ali gestor, governo, trabalhador. Um marco para se discutir relação de trabalho. Isso tudo são políticas definidas. Elas não são direcionadas para a saúde do trabalhador, mas eu penso que não podem ser descartadas.

É inegável que a estabilidade no emprego é importantíssima para a melhoria da qualidade do serviço, devendo influenciar em todos os aspectos correlacionados ao processo de trabalho dos serviços que passam por estas mudanças. E o DSC transmite esta ideia ao afirmar um esforço por diminuir os empregos em condições precárias no setor saúde no município. É certo também que em vários lugares no nosso país os serviços de saúde ainda disponham de vários vínculos empregatícios precarizados (FRIEDRICH, 2005; BRASIL, 2006b; FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2011), isto é, vínculos contratuais frágeis que não dispõem também de um plano de cargos e salários.

Do ponto de vista institucional esta questão é tão importante que foi instituída a

Política Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) (BRASIL, 2006b). Esta política sugere que a situação verificada em muitos ambientes de trabalho de vínculos contratuais precarizados interfere no modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o trabalho. Afirma que, por gerar instabilidade empregatícia, compromete o ambiente de trabalho deixando-o tenso, e propicia a insatisfação dos trabalhadores quanto a sua atividade laboral, adoecendo-os (FARIA; DALBELLO-ARAUJO, 2011).

Neste sentido, a SEMUS parece demonstrar um avanço, uma vez que conta hoje com a maioria de seu quadro de funcionários em vínculo efetivo e possui um PCCV específico para estes desde a lei municipal nº 6.753 (PREFEITURA, 2006a).

Todavia cabe o questionamento: se a presença de precarização do trabalho nos serviços de saúde prejudica a qualidade no trabalho, a ausência deste quadro repercute necessariamente em diminuição do adoecimento dos trabalhadores? Assim, mesmo incomum é possível encontrar estudos que apontam para uma possível dissociação destes fatores. Ramminger e Brito (2008), por exemplo, explicitam estudos cujos resultados apontam para uma correlação entre maior satisfação de trabalhadores de saúde (mental) e contrato de trabalho precário, menor escolaridade, maior idade e atuação em projetos novos. As autoras atribuíram tais resultados ao fato de que profissionais mais novos e com maior escolaridade teriam maiores expectativas sobre o trabalho, frustrando-se mais facilmente. Ao passo que funcionários mais antigos e/ou com menor escolaridade estariam mais acostumados a dificuldades presentes no processo de trabalho, dentre elas a precarização do vínculo empregatício, conseguindo encontrar mais prazer no trabalho do que aqueles funcionários.

Outra política de âmbito nacional que não pode ser desconsiderada quando se discute o tema Saúde do Trabalhador de Saúde é a Política Nacional de Humanização do Trabalho em Saúde (PNH). Esta política propõe intervir na valorização dos trabalhadores de saúde, incentivar melhorias no ambiente de trabalho e abrir o processo de gestão do trabalho à cogestão, aumentando assim a autonomia dos trabalhadores e influenciando indiretamente sua saúde

(BRASIL, 2006c). Todavia, esta política não é arrolada no DSC acima como política indireta de enfrentamento do processo de adoecimento dos trabalhadores de saúde.

Neste sentido, as políticas indiretas ligadas à desprecarização e/ou à humanização do trabalho em saúde apontadas como alternativas de enfrentamento ao adoecimento dos trabalhadores deveriam de fato influir positivamente neste quadro. Isto uma vez que, em tese, responderiam a certas expectativas dos funcionários quanto ao trabalho. Entretanto, a PNH não é citada neste ponto e os esforços orientados pelo DesprecarizaSUS coincidem com o período em que o processo de adoecimento se agravam, vide outro DSC já analisado. Assim, uma vez que estas respostas não parecem ter efeitos expressivos no processo saúde-adoecimento dos trabalhadores de saúde na concepção da SEMUS, devemos supor que outros fatores não contemplados nestas políticas estejam deixando o trabalho em saúde aquém das expectativas dos trabalhadores.

Política de desincentivo às licenças médicas

Existia essa política de incentivo a não tirar licenças médicas. Era uma gratificação dada ao trabalhador, mas se ele tirasse atestado não receberia, era descontado. A gratificação era para efetivo exercício, mas atestados médicos não eram considerados como tal. E era uma quantia considerável. Para categorias de primeiro e segundo grau fazia muita diferença. E quando nós tínhamos essa gratificação o número de licenças era muito menor. Mas o que as pessoas faziam? Tiravam licença prêmio, em vez de tirar um atestado. Ou então tirava uma folga. Era isso ou trabalhar doente. Teve pessoas que trabalharam doentes. Era terrível, assustador, as pessoas trabalhando doentes porque não podiam descontar 100 reais do salário. Porque se descontassem não tinham como comprar remédio. Teve nada de justo nisso não. E para tirar isso na Mesa de Negociação foi horrível. Não tinha muito argumento: se tira licença demais, não precisa. E hoje, na verdade a relação da Secretaria com a Medicina do Trabalho é nenhuma. O servidor vem e tira a licença. Aqui o servidor pode ficar de licença dois anos, três anos. A prefeitura arca com a despesa. Mas o servidor tem que ficar trazendo laudos. Mas como algumas especialidades é difícil na rede demora a conseguir o laudo.

Quanto a política de desincentivo tratada neste DSC ela encontra-se na lei municipal nº6.819 (PREFEITURA, 2006b), lei que vigorou apenas três anos (PREFEITURA, 2009c). Apesar da consciência aqui apresentada pela Secretaria de que a estratégia de coibir licenças médicas não resolve a questão, ainda assim foi apontada como uma alternativa utilizada ao enfrentamento do alto número de atestados médicos dos trabalhadores até recentemente.

Uma vez que *Não se tinha muito argumento: se tira licença demais, não precisa*, parece que o que estava por trás desta política era a concepção de que os trabalhadores tirariam mais licenças médicas do que o necessário. Talvez porque, por serem do setor saúde, teriam um acesso facilitado a tais licenças. Esta inferência, apesar de não ser possível pelo DSC, parece menos improvável se considerarmos que estudos comprovam a alta frequência na prática da automedicação entre profissionais de saúde sob o mesmo argumento: o fácil acesso (MARTINS; ZEITOUNE, 2007). Todavia, a Secretaria parece compreender agora o alto número de licenças médicas como sinal de adoecimento.

Entretanto, outros dados são importantes de serem frisados ao se discutir sobre o absenteísmo, que subjaz à questão de se desincentivar o excesso de licenças médicas. O absenteísmo pode ser descrito como a “falta do trabalhador às atividades laborais, não motivada por desemprego, doenças prolongadas ou licença legal” (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVES, 2011, p.269). É possível encontrar na literatura científica estudos que apontam este fenômeno como uma grave questão do trabalho em saúde, cujas consequências seriam, entre outras, a queda na qualidade da assistência prestada e o aumento do nível de estresse nos companheiros de equipe (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVES, 2011). De fato, um ponto que parece central à discussão sobre o absenteísmo é a perda de força de trabalho, o que concorre para uma perda de produtividade que na saúde, como já discutimos, se traduz em queda na qualidade, eficiência e quantidade de atendimentos e cuidados prestados. É por este motivo que historicamente foi apontado como um fenômeno a ser combatido (LANDMANN, 1983; OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVES, 2011).

Outro ponto passível de nota é que o absenteísmo pode estar ligado ao número de vínculos empregatícios dos profissionais (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVES, 2011). Isto corrobora a opinião apresentada pela SEMUS de que o profissional ter mais de um vínculo empregatício, fato comum no setor saúde, propicie seu adoecimento. Ao menos, segundo o estudo das autoras acima, parece aumentar o números de faltas.

Todavia, este mesmo estudo conclui, se os trabalhadores de saúde estão faltando por estarem adoecendo a resposta para mudar este cenário deve ser construída com ações de Saúde do Trabalhador, pois “os problemas de saúde dos trabalhadores não poderão ser resolvidos somente através de consultas e licenças médicas, mas sim com um acompanhamento do trabalhador dentro da sua real necessidade, seja psíquica ou física” (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVES, 2011, p.277). Entretanto, as iniciativas deste cunho no município de Vitória são, na concepção da SEMUS, indiretas e desarticuladas ou inexistentes, como se demonstrou nos DSC anteriores.

Notificação de acidentes e agravos

Nós estamos em um momento de incluir a Secretaria num sistema de notificação de agravos relacionados ao trabalho. Mas para gerar uma notificação, tem que ter um atendimento e a pessoa identificar que foi um problema de saúde relacionado ao trabalho passível de notificação. Não são todos os agravos que vão ser notificados. A gente tá começando a trabalhar esse olhar por conta das doenças passíveis de notificação, começando pelas doenças ocupacionais e pelos acidentes de trabalho. Provavelmente a gente vai descobrir mais sobre esse processo de adoecimento dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde.

Este DSC é compatível com outras pesquisas que apontam que os sistemas de notificação de agravos correlacionados ao trabalho estão defasados e/ou precários tornando-se não confiáveis (LORENZI; OLIVEIRA, 2008). De fato, esta tem sido apontada como uma diretriz para a compreensão deste fenômeno de adoecimento dos trabalhadores de saúde, uma vez que um sistema de notificação bem estruturado, capaz de captar os agravos relativos ao trabalho, poderia vir a fornecer dados importantes para a compreensão

desta situação e para a formulação de ações alternativas (CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008).

A estratégia de consolidação de um sistema de notificação para tal público faz ainda mais sentido se considerarmos que é afirmado pela SEMUS não haver dados numéricos suficientes para se sobre a questão estudada. Todavia, o que o DSC acima apresenta é que este processo de consolidação do sistema de notificação para adoecimento ligado ao trabalho está em fase inicial – *A gente ta começando a trabalhar esse olhar*. Além disto, mesmo bem estruturado este sistema não será capaz de captar todas as formas de adoecimento ligado ao trabalho uma vez que *Não são todos os agravos que vão ser notificados*, pois nem todas são *doenças passíveis de notificação*.

Melhorias estruturais dos ambiente de trabalho

Eu observei nessa gestão que eles tiveram uma prioridade em estruturar os serviços com recursos materiais, com construção de novos prédios e com recursos humanos. Que eu acho que ficou por muito tempo sem ter. Então a gestão teve essa preocupação de viabilizar toda a parte estrutural. Por exemplo, os profissionais terem um ambiente melhor para trabalhar, ter um consultório adequado, uma unidade de saúde ou um centro de referência adequado. Então, os prédios, o equipamento e material foram melhorados.

O questionamento em relação ao DSC “Políticas Indiretas” serve também a este. Se há um reconhecimento institucional de que a falta de condições ergonômicas e infra-estruturais propicia o adoecimento de trabalhadores da saúde, a melhora destas condições traduz-se como melhoras de saúde do trabalhador? Alguns documentos oficiais parecem sugerir que sim, uma vez que diminuiria a exposição a riscos (BRASIL, 2004; CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008). Por outro lado, se considerarmos que é de opinião da gestão que ainda se adoce muito – num processo crescente mais recente – a resposta é não.

De fato o que os DSCs sugerem é que o período de investimentos tanto em políticas de estabilidade de emprego quanto em melhorias estruturais coincide com o período de aumento da infelicidade no trabalho e de adoecimento dos trabalhadores de saúde. Não deveria ser o contrário? Não deveriam as

políticas de desprecarização do trabalho em saúde no município e o investimento em melhores condições de trabalho produzir mais satisfação e motivação e menos adoecimento dos trabalhadores? De acordo com parte da literatura científica e com algumas das explicações fornecidas pela própria Secretaria de que os trabalhadores adoecem por falta destas questões a resposta é sim, deveriam. Todavia não é o que a SEMUS argumenta.

Assim, ao se posicionar em termos do que tem sido feito para que os trabalhadores adoecem menos a Secretaria afirma não haver uma política integrada voltada a este foco. Afirma ainda que o que há são iniciativas pontuais e sem vínculo mútuo, ofertadas a um público restrito e políticas indiretas que não parecem ser capazes de resolver a questão. Além disto, o esforço por se organizar um sistema de notificação destes agravos está no início, todavia faltam exames periódicos que poderiam facilitar o acompanhamento da saúde dos trabalhadores e a localização de fontes de agravos.

Então, o que na concepção desta Secretaria deveria ainda ser feito para resolver a questão?

4.2.4 O que deveria ser feito a esse respeito?

Como é possível observar na tabela abaixo, as respostas obtidas para esta questão também foram muitas. Todavia, a ocorrência de cada uma delas foi baixa. Deste modo, as categorias de respostas como um todo apresentam baixa frequência. Isto parece indicar baixo nível de consenso entre os sujeitos que estão envolvidos na discussão sobre a saúde do trabalhador de saúde. Assim, não parece haver muita concordância entre o que estes sujeitos vislumbram como possibilidades ou melhores caminhos para abordar tal problemática, como mostra a Tabela 2:

| TABELA 2 – O que deveria ser feito? | |
|---|--------------------|
| DSC | OCORRÊNCIAS |
| NÃO SEI | 2 |
| PLANO DE SAÚDE PRIVADO | 4 |
| MENOR CARGA HORÁRIA | 2 |
| A SEMUS NÃO É A ÚNICA INSTÂNCIA RESPONSÁVEL | 3 |
| AUMENTAR O QUADRO DE FUNCIONÁRIOS DA MEDICINA DO TRABALHO | 2 |
| CO-GESTÃO | 4 |
| NESTA GESTÃO NÃO MELHORA | 1 |
| TOTAL | 18 |

Os DSC referentes a tais respostas seguem-se:

Não sei

Acho que temos que pensar junto a gestão como resolver isso, ainda não tem isso ainda pensado. Eu creio que tem que ser em função dos números de atestados que a gente tem, e essas coisas que eu coloquei antes que acontece com o trabalhador da saúde, mas a gente tem que pensar. Eu não tenho isso ainda pensado como fazer. Assim, o que falta? Para ele se sentir valorizado? Não tenho essa resposta. Tenho que pensar.

Novamente aparece um DSC caracterizando o pouco aprofundamento sobre o tema e/ou a realidade específica enfrentada com os trabalhadores desta Secretaria Municipal. O que é pontuado aqui é que as estratégias deveriam ser construídas a partir *dos números de atestados que a gente tem*. Isto é uma postura lógica, todavia incoerente com os dados discutidos até então. Pois, quanto a isto detectamos a presença da RS que afirma não haver tais números; quanto à notificação detectamos a compreensão da SEMUS de que os bancos de dados estão aquém do que deveriam estar (não somente neste quesito, mas em outros também); e quanto às licenças médicas tiradas pelos trabalhadores especificamente, demonstramos uma política recente, apesar de extinta, de coibição de tal prática. Assim, parece adequado a este discurso não ser capaz de dizer o que fazer: *o que falta? [...] Não tenho essa resposta.*

Plano de saúde privado

A empresa prefeitura, para dar assistência ao trabalhador do município tinha que ter um plano de saúde específico para o trabalhador. Porque qualquer outra empresa tem plano de saúde específico. E a empresa municipalidade acaba não tendo isso porque tem esse setor, tem esse segmento da empresa que lida com saúde. Então você acha que todos os gatos você coloca nesse saco e acha que está tudo resolvido. Não está resolvido. Porque a saúde é só um setor dessa empresa PMV. Então, para quem pode pagar, o plano de saúde privado é a única opção. Para quem não pode se submete às filas para conseguir um especialista. E no SUS para conseguir um cardiologista é pelo menos uns seis meses. E você ainda tira a vez de alguém da população. É triste, mas é fato. Porque as possibilidades no campo do privado elas são muito maiores do que no campo do público. Só que as instituições são constituídas por seres humanos. As instituições não são estruturas transcendentais. Não! Você faz a instituição, eu faço. Um conjunto de humanos fazem a instituição. Então o Estado somos nós servidores públicos. Eu acho que a empresa Prefeitura tinha que trabalhar com o trabalhador de uma forma diferente. O que a gente não conseguiu ainda é que o serviço público olhasse para esse conjunto de trabalhadores como uma empresa mesmo. Ele não é só um servidor público.

Neste DSC a SEMUS pontua como característica importante para que se melhor compreenda o trabalho em saúde o fato de se o serviço de saúde faz parte da iniciativa privada ou se compõe o serviço público. O que se põe em jogo aqui é que, se por um lado as instituições são formadas por *um conjunto de humanos*, a capacidade de reivindicação e a forma como estes se posicionariam frente às instituições variaria em função do empregador. Ou seja, se por um lado o Estado é formado pelos servidores públicos, por outro ele é gerido por uma agenda política que pode mudar de mandato a mandato. Assim, mesmo os servidores públicos tendo mais segurança empregatícia, este discurso parece sugerir que tenham menos capacidade de causar interferência no modo como seu trabalho é gerido. Isto porque se parte do pressuposto que devam mesmo se adequar às agendas políticas escolhidas pelo povo em eleição democrática.

Outra ideia que se abstrai deste discurso é que há uma esperança de que o serviço público seja gerido como os serviços da iniciativa privada. Esta

expectativa também não é novidade, uma vez que ao serviço público se encontra vinculada a ideia no imaginário social de ineficiência e burocratização, entre outras representações de conotação negativa (ROLLO, 2007). Entretanto, há que se refletir se a tendência de importar estratégias e modelos de gestão provenientes do setor privado para o setor público é a melhor alternativa para melhorar esta questão. Merhy (2002) e Paula (2009) argumentam que esta prática ao longo dos anos teria contribuído para construir as RS negativas referentes ao serviço público e sua eficácia.

Esta RS obteve o maior número de ocorrências entre as respostas para quais os melhores caminhos para se abordar a situação do adoecimento dos trabalhadores de saúde. Tal proposta está em desacordo com o texto constitucional do SUS que prevê alcançarmos no território nacional um sistema de saúde 'único'. Neste sentido, como podem os profissionais responsáveis por gerir em nível municipal os serviços de saúde nesta direção, afirmarem como demanda à saúde de seu trabalhador plano de saúde privados? Neste sentido, é preciso considerar que planos de saúde privados, baseados no seguro-saúde, contrapõem-se a concepção filosófica de saúde como direito, inclusa na constituição (LANDMANN, 1983).

Quanto a esta questão, é necessário que se ressalte também que por vezes convênios entre instituições e empresas médicas prestadoras de serviços de saúde privados se estabelecem tendo como objetivo subjacente à diminuição do absenteísmo e dos atestados médicos e não necessariamente a assistência dos funcionários (LANDMANN, 1983). Se este for o caso, a proposta apresentada neste DSC pode acabar por funcionar a favor de estratégias de gestão empresariais que visam produtividade em detrimento dos próprios trabalhadores da SEMUS.

Menor carga horária

Reduzir a carga horária de trabalho nos vários vínculos que ele tem, entre públicos e privados. Para isso, precisa de um plano de cargos e salários mais palpável, que realmente valorize. Ficou-se muito tempo esperando, mas os que estão aí há muito tempo não tiveram ganho substancial. Se houver uma valorização tal que as

pessoas de repente possam depois largar outros vínculos para se dedicar só a prefeitura de Vitória com certeza isso vai impactar na qualidade de vida do cidadão, não tenha dúvida.

Também este discurso traz algo coerente com o que foi apontado como causas do adoecimento dos trabalhadores. Se os trabalhadores de saúde adoecem porque trabalham em mais de um emprego, e se, por sua vez, esses trabalhadores têm de manter tais vínculos empregatícios para tentar manter uma subsistência condigna, à medida que se melhorar a sua situação salarial os trabalhadores tenderão a ter um só emprego. Neste sentido, dedicar-se-ão mais ainda, por serem capazes de manter a saúde e por se sentirem mais valorizados, e sobrecarregar-se-ão menos, adoecendo menos. Estas inferências encontram respaldo na literatura científica (FRIEDRICH, 2005; BRASIL, 2006b; MARTINS; ZEITOUNE, 2007; GUIMARÃES ET AL, 2010; SOUZA, 2010).

Vale ressaltar que o município de Vitória é um dos poucos do país, que já possui um Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) específico aos trabalhadores do setor saúde, instituído em lei nº6753/06 (VITÓRIA, 2006a). Todavia, o que a Secretaria afirma neste discurso é que este PCCV não é capaz de valorizar os trabalhadores do setor permitindo-lhes se fixar em um único emprego uma vez que não é um plano de cargos *palpável* e tenha dado um *ganho substancial*, como os trabalhadores assim ansiavam.

Cabem assim, mais pesquisas em ambientes de trabalho do setor saúde cuja conjuntura salarial tenha dado tal salto e/ou em ambientes cujos trabalhadores tenham em sua maioria um só emprego a fim de que se verifique tal questão mais a fundo. Isto por que não nos parece que a valorização dos trabalhadores provenha de aumentos salariais, mas sim de sua capacidade de contribuição ativa e inventiva dos trabalhadores na melhoria de seus processos de trabalho (BARROS; BARROS, 2007).

Deste modo, é provável que a diminuição da sobrecarga de trabalho a partir de uma política de fixação dos trabalhadores em um emprego só contribua para a diminuição dos índices de adoecimento dos trabalhadores do setor saúde, como sugere a literatura científica. Entretanto, há que se considerar que a

sobrecarga de trabalho não é advinda apenas dos vários vínculos empregatícios, mas também das estratégias gerenciais que põem os desejos e contribuições dos trabalhadores em segundo plano em detrimento de protocolos, de número de planilhas e procedimentos (CAMPOS, 2003; 2011). Além disto, há que se considerar que altos salários nem sempre são a melhor estratégia de valorização de trabalhadores, bem como nem sempre são capazes de fixar profissionais, haja vista a dificuldade de se fixarem profissionais de saúde em algumas localidades interioranas e de fronteiras no país.

A SEMUS não é a única instância responsável

Eu acho que tinha que ter uma preocupação intersetorial dentro da prefeitura discutindo isso. Tinha que ter momentos com a Medicina do Trabalho, ela fica muito distante do RH da Secretaria de Saúde. Mas não tem diálogo diário com a Medicina do Trabalho. Tinha também que fazer uma interlocução maior com a Educação e com a Segurança. Mas acho que quem tem que tocar projetos à revelia eu penso que é a Gerência de Saúde e Apoio Social ao Servidor. A Secretaria de Saúde tem que ficar cutucando, participar, colaborar, mas quem tem que puxar é essa outra. Acho que são as secretarias que ao meu ver deveriam ter uma articulação. Na SEMUS tinha que ter uma articulação muito forte entre Recursos Humanos, Saúde do Trabalhador, e Atenção à Saúde. Facilitaria. Mas tinha que ter essa preocupação intersetorial também.

Este DSC aponta para a ideia de que a SEMUS não é a única instância que deve se responsabilizar pela saúde dos trabalhadores de saúde. Esta argumentação segue na esteira da necessidade de apoio intersetorial para que o setor saúde desempenhe suas funções como são vislumbradas. Esta necessidade é várias vezes apontada pela Secretaria nesta dissertação, aparecendo aqui como justificativa para a dificuldade em diminuir o adoecimento dos trabalhadores deste setor. Assim, também para garantir a saúde de seus funcionários o setor saúde seria insuficiente de sozinho resolver a questão, necessitando de apoio de outros setores da Prefeitura.

Contudo, aponta que a própria Secretaria de Saúde falha em alguns pontos devendo articular-se melhor para que ações voltadas à STS se desenvolvam

de modo mais eficaz. Ressalta-se aqui que, como foi demonstrado anteriormente na análise documental, esta desarticulação quanto a esta questão específica pode ser propiciada pelo modo como a própria SEMUS se organiza em seu organograma (Vide ANEXO 4). Como este organograma está em fase de mudança, seria interessante que a questão fosse considerada neste processo.

Ressalta-se ainda que o discurso acima aponta instâncias onde deveriam ser construídas estratégias para diminuir o adoecimento dos trabalhadores do setor saúde desta Prefeitura. Todavia não postula quais devam ser estas estratégias. Nesse sentido, parece-nos coerente afirmar que uma melhor articulação entre os setores da Prefeitura e mesmo entre as gerências da própria SEMUS possa facilitar a discussão e a construção de ações voltadas aos trabalhadores do setor saúde. Todavia, tais situações não podem ser consideradas como consequências diretas da melhor articulação intersetorial. De fato, a articulação intersetorial deve ser considerada, a nosso ver, como um passo na direção da promoção da saúde dos trabalhadores do setor saúde, mas que não implica necessariamente neste resultado. Aliás, é um passo que, segundo a SEMUS, ainda não foi dado.

Aumentar o quadro de funcionários da Medicina do Trabalho

Para nós aqui hoje se a Medicina do Trabalho tivesse esses profissionais, por exemplo, cardio, psiquiatra, fono, trabalhando com a gente diretamente, junto com a medicina do trabalho acho que melhoraria. As empresas privadas têm esse serviço, e esse serviço se volta para os trabalhadores desta instituição e procura desenvolver ações de proteção da saúde dos trabalhadores daquela instituição. Normalmente esse serviço ele é ligado ao setor de pessoal, de gestão de pessoas. Claro que é todo um trabalho de formiguinha que a gente teria que fazer, e o servidor também já tá acostumado que não tem essas coisas, então procura fora. Mas a estrutura é muito enxuta. Tem muita dificuldade de dar conta de uma rotina que está estabelecida e pensar em projetos outros. Por exemplo, a coordenação de medicina do trabalho faz um trabalho de perícia médica do servidores municipais para treze mil servidores.

Complementando o DSC anterior, este traz a ideia de que o setor responsável

pela saúde dos trabalhadores de saúde da Prefeitura é o setor de Medicina do Trabalho da Secretaria Municipal de Administração (SEMAD-Vitória). Assim, na concepção da SEMUS, uma alternativa possível para diminuir o adoecimento destes trabalhadores seria aumentar o efetivo neste setor.

Ressalta-se aqui que nem sempre os médicos do trabalho podem agir em defesa dos interesses dos funcionários pelo fato de serem eles próprios funcionários desta empresa. Assim, em caso de conflito de interesses entre os trabalhadores e a empresa a Medicina do Trabalho tenderia aos anseios e expectativas da empresa, em detrimento do trabalhador, de modo a mantê-lo trabalhando (LANDMANN, 1983). Neste sentido, há que se questionar se esta alternativa de aumentar o número de funcionários na Medicina do Trabalho teria efeitos significativos no processo saúde-adoecimento dos trabalhadores de saúde. Ainda se considerarmos, como foi dito no DSC anterior, que não há um diálogo bem estabelecido entre a Gerência de Recursos Humanos da SEMUS e a Medicina do Trabalho da Prefeitura.

Como já argumentamos, a assistência prestada pela Medicina do Trabalho segue uma lógica reparativa, ou seja, sua atuação ocorre após o dano, acidente, agravo ou adoecimento já ter acometido o trabalhador. Assim, parece-nos uma alternativa necessária na medida em que existam acidentes e adoecimentos relativos ao trabalho. Porém paliativos quando a questão é propor estratégias de diminuição do adoecimento dos trabalhadores de saúde. De fato, pensando enquanto alternativa de prevenção de agravos e de promoção à saúde dos trabalhadores o aumento do quadro de funcionários da Medicina do Trabalho é questionável em termos de eficiência, pois não opera por esses parâmetros. Melhor estratégia nos parece ser uma que considere a reorganização do processo de trabalho quando este traz danos à saúde dos trabalhadores (GAZE; LEÃO; VASCONCELOS, 2011).

Outro ponto destacado são os exemplos de funcionários demandados. Estes sugerem uma lógica subjacente de atendimento prestado aos trabalhadores sob o modelo hegemônico centrado no médico especialista – *cardio, psiquiatra, fono*. Esta lógica caminha na contramão da proposta que do PSF, através da qual os serviços públicos de saúde estão se ordenando no país (BRASIL, 2001;

SOUZA, 2007). Assim, se esta inferência realmente se verificar indicaria uma incongruência entre a lógica de assistência à saúde defendida e prestada pelos trabalhadores da SEMUS e a lógica de assistência à saúde prestada aos trabalhadores da SEMUS.

Não obstante, este discurso apresenta a concepção de que o trabalho no setor de Medicina do Trabalho é limitado pelo número restrito de funcionários. Porém, como esta situação não é nova, a consequência é que o servidor adoentado, habituado a esta precariedade do serviço, não procura o atendimento fornecido pela Prefeitura, *procura fora*. Este dado assinala que, para a Secretaria, seus funcionários não têm confiança na rede de serviços em que trabalham para resolverem seus problemas de saúde porque frequentemente não encontram suporte para suas demandas.

Cogestão, ouvir mais os trabalhadores

Tem que ouvir o trabalhador, fazer um fórum de discussão de algumas questões de trabalho, pensar em estratégias para delinear algumas ações, nem que seja inicialmente para identificar necessidades. E estar no serviço, porque você pensar a política sem estar ali no dia-a-dia, para mim você não está pensando na necessidade do trabalhador. Então eu acho que tenho que ouvir o trabalhador e tentar, dentro do pensamento da gestão, o que se pode fazer para ele e para sua saúde. Tem hoje um espaço chamado Mesa de Negociação do SUS. Eu fico pensando que isto tinha que ser uma pauta importante nessa mesa. Quem melhor para pensar isso que o representante dos trabalhadores e os representantes da gestão?! Mas demos uma parada neste assunto porque existem outras prioridades hoje, mas eu acredito que esse tema ele vai retornar. Então é isso: botar co-gestão. E o instrumento como a Mesa de Negociação é uma iniciativa, porque a partir daí você pode fazer um planejamento estratégico, fazer um plano de trabalho, pode começar a pensar dentro do orçamento. Porque sem recurso também não tem condição de se fazer muita coisa. Aí, com uma maior participação dos servidores no processo de trabalho, ouvindo mais o servidor, talvez tenha algum resultado.

Este DSC traz à discussão um tema recorrente para a análise do processo de trabalho em saúde: a cogestão. Ao defenderem esta postura vários autores postulam que a qualidade e a eficácia do processo de trabalho em saúde são

indissociáveis dos processos de gestão e que os trabalhadores, por serem os executores do trabalho em saúde e conhecedores de suas possibilidades e limites na prática, deveriam ser integrados ao processo de planejamento e gestão deste trabalho (CAMPOS, 2000; BRASIL, 2004; 2006a; 2006c; BARROS; BARROS, 2007). Assim, o DSC acima parece caminhar nesta direção, aqui defendida, quando afirma que: *Tem que ouvir o trabalhador e Quem melhor para pensar isso que o representante dos trabalhadores e os representantes da gestão?!*

Aliás, a SEMUS neste discurso vai além do que apenas afirmar a necessidade de se ouvir o trabalhador para a efetivação da cogestão. Fala que é preciso que a gestão conheça o cotidiano do trabalho a fim de que postule estratégias viáveis e exequíveis, capazes de integrar as necessidades do trabalhador à gestão do trabalho em saúde. É nesse sentido que parece proferir que: *E estar no serviço, porque você pensar a política sem estar ali no dia-a-dia, para mim você não está pensando na necessidade do trabalhador.*

Deste modo, ao se abordar a questão da saúde do trabalhador do setor saúde a cogestão seria uma alternativa viável uma vez que causaria interferências no processo de trabalho em si. Esta posição encontra respaldo na literatura científica, já que, como argumentamos anteriormente, se o processo de trabalho em saúde apresenta características cujas consequências podem ser prejudiciais à saúde dos trabalhadores e à qualidade dos serviços faz-se necessário que o próprio processo de trabalho em saúde seja repensado.

É neste sentido que a Mesa de Negociação Permanente é apresentada pela SEMUS neste DSC, apontada como um espaço propício para discussões e transformações do processo de trabalho em saúde. Todavia, alguns pontos merecem ser ressaltados quanto a atuação da Mesa de Negociação Permanente neste molde. Este instrumento institucional já se encontra em funcionamento há alguns anos, porém, em um discurso anterior, foi computado como uma política indireta, sugerindo que sua atuação nesta questão [Saúde dos Trabalhadores de Saúde] não é sistemática e/ou relevante. Além disto, afirma-se que atualmente a Mesa de Negociação deu *uma parada neste assunto porque existem outras prioridades hoje*, e pontua a questão dos

recursos financeiros a serem despendidos em propostas desta questão como algo a ser considerado a fim de que as ações propostas se materializem.

Assim, cabe, para futuras pesquisas, investigar como se dá o funcionamento de uma Mesa de Negociação Permanente do SUS e qual seu poder de influenciar mudanças no processo de trabalho no setor saúde. Isto porque, apesar de ser apontada pela SEMUS como um instrumento de discussão compartilhada do processo de trabalho em saúde a fim de promover mudanças que melhorem o quadro de saúde dos seus trabalhadores, concomitantemente outros fatores são elencados como dificultadores da atuação da Mesa de Negociação nesta lógica.

Nesta gestão não melhora

Sinceridade, não acredito que com esse governo vai melhorar, teste de paciência, a gente encara como teste de paciência, aprendizado, nesse governo eu não vejo melhora. Passando esse governo, é colocar a lei em prática, é levar a sério o trabalho.

Optamos por fechar o trabalho com este DSC uma vez que, proferido pela própria gestão da Secretaria parece expressar indignação e resignação. É, aliás, contundente este discurso ser proferido a respeito de uma gestão governamental que, pelo que foi analisado nos relatórios de gestão e pelo que foi dito em outros discursos, se empenhou em fazer investimentos para melhorias infraestruturais e na desprecarização do trabalho através da realização de concursos públicos, entre outras medidas. Todavia, é nesta mesma gestão que o processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde do município de Vitória é apontado como tendo-se agravado. Assim, este discurso parece confirmar as inferências feitas até então de que a eficácia de ações de Saúde do Trabalhador de Saúde depende diretamente do processo de cogestão e do grau de abertura concedido aos trabalhadores para tal empreendimento. Situação que na visão da Secretaria, como afirmado em outros discursos, não tem ocorrido em sua potencialidade, fato pelo qual a própria SEMUS encara ponto deste governo *como teste de paciência*.

Assim, os resultados para esta última questão seguem convergindo ao que já foi apresentado: O trabalho em saúde é complexo, pois envolve vários fatores. Muitos deles favorecem ao adoecimento dos trabalhadores do setor saúde não havendo por parte da Secretaria precisão de quais fatores acarretem mais adoecimento ou quem está em processo de adoecimento atualmente por questões relativas ao trabalho. Deste modo, se perguntado o que deveria ser feito várias respostas distintas são citadas, a começar por “não sei” e fechando com “nesta gestão não melhora”.

Como nas respostas proferidas a respeito das causas do adoecimento dos trabalhadores, dentre as várias estratégias pontuadas para se proceder quanto à questão debatida a Secretaria sinalizou preferir as que representariam reorganizações do processo de trabalho em saúde. Quando, entretanto afirma a cogestão como alternativa parece se distanciar desta postura. Todavia destacamos que na visão da SEMUS uma alternativa tão viável quanto é o tratamento destes trabalhadores como funcionários de uma empresa, recebendo plano de saúde privado, obtendo mesma ocorrência de respostas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema Saúde do Trabalhador de Saúde (STS) é relevante, pois o adoecimento massivo de trabalhadores de saúde tem conseqüências drásticas, primeiramente na vida do próprio trabalhador, depois na vida do usuário dos serviços de saúde, podendo chegar a, em nível macro, afetar a realidade social da nação. Mais do que ser relevante, o tema está em voga. Contudo, pouco se conseguiu avançar em termos de melhorias concretas. Uma das possíveis explicações para isso é que órgãos de gestão locais e regionais de serviços de saúde, a exemplo de órgãos nacionais e internacionais, não inseriram este tema em sua pauta (ROLLO, 2007; GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). Deste modo, a discussão sobre STS por vezes centra-se nas (in)capacidades do trabalhador e nas precariedades estruturais, financeiras e de recursos humanos, ao invés de centrá-la nas formas pelas quais o processo de trabalho em saúde se organiza na prática.

Neste sentido, o presente estudo demonstrou que, na concepção da SEMUS não há um consenso sobre este tema, evidenciando-se uma multiplicidade de representações sobre o processo de adoecimento dos trabalhadores do setor saúde e suas causas. Representações ora divergentes, ora complementares. Dentre elas está a ideia de que o processo de adoecimento entre tais profissionais no município em questão é desconhecido, não havendo números capazes de esclarecer, ou mesmo confirmar o fenômeno, uma vez que os sistemas de notificação de agravos neste setor estão em processo de consolidação. Especificamente, quanto ao adoecimento dos próprios funcionários da Secretaria a notificação está em processo inicial e não prevê a identificação de todos os agravos relativos ao trabalho.

Outras ideias, distintas desta, sugerem que haja um alto índice entre os funcionários da Secretaria de afastamento por licenças médicas, corroborando que de fato há um alto nível de adoecimento por tais trabalhadores. Todavia esta percepção não garante haver uma política em âmbito local voltada a esta questão. Aliás, a SEMUS afirma não haver nenhuma política voltada

especificamente à diminuição do adoecimento dos trabalhadores de saúde, apenas políticas indiretas, ações desarticuladas e sem abrangência relevante ao número total de funcionários, e algumas iniciativas conduzidas pela boa vontade e interesse de seus idealizadores (profissionais preocupados em ofertar um serviço alternativo aos colegas de trabalho). Assim, não existe por parte da SEMUS um diagnóstico preliminar ou parcial a esse respeito, nem uma política específica voltada a esta questão.

De igual modo, os caminhos vislumbrados para enfrentar tal fenômeno são vários, porém desarticulados. Comparando-se os resultados apresentados e analisados à realidade de outras localidades é possível encontrar municípios que já possuem uma proposta instituída de proteção à saúde e de valorização de seus funcionários, cujo objetivo passa pela garantia de acesso destes profissionais à rede de serviços instalada (PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010). Outrossim, ao se discutir sobre a construção de uma agenda de trabalho comum entre a Atenção Básica e a STS um outro documento estabelece, entre outras, as seguintes diretrizes: começar por conhecer e otimizar o que já tem sido feito; criar estratégias para suporte regional das ações; ampliar a notificação de agravos relacionados ao trabalho; reforçar a capacitação, a educação permanente e a pesquisa; e estruturar linhas de cuidado por meio de protocolos e fluxos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010).

Partindo destas diretrizes para analisar os resultados encontrados é possível inferir que a SEMUS segue um caminho duvidoso quanto às formas de abordagem do processo saúde-adoecimento dos seus profissionais. Isto por que: 1) não parece conhecer as iniciativas existentes, uma vez que são ditas como escassas (ou inexistentes), desarticuladas e realizadas por seus idealizadores sem maiores apoios da gestão; 2) não parece ser capaz de criar estratégias de suporte das ações bem como estruturar linhas de cuidado, uma vez que as ações existentes citadas são caracterizadas como desarticuladas e a relação com outros setores e gerências que poderiam dar apoio é fragmentada; 3) a notificação é apontada como precária; e 4) uma das alternativas propostas como possível meio de minorar o adoecimento dos

trabalhadores deste setor é disponibilizar-lhes seguros-saúde.

Neste sentido, merece destaque o fato de que a SEMUS afirma que nos últimos anos foram feitos altos investimentos em infraestrutura dos serviços, melhorando alguns ambientes de trabalho e construindo outros. Além disto, foram feitos investimentos em recursos humanos, desprecarizando o trabalho a partir de concursos públicos, conferindo estabilidade aos seus funcionários. Somando-se a isto canais institucionais de comunicação entre trabalhadores e gestores foram abertos a fim de incentivar a cogestão. Todavia, esta Secretaria afirma que o aumento de adoecimento entre os trabalhadores coincide com este mesmo período, pontuando que desde então os trabalhadores parecem estar mais desmotivados e desestimulados, insatisfeitos com o trabalho. De fato, em um dos discursos proferidos pela SEMUS encontra-se clara a compreensão de que enquanto continuar a gestão governamental atual este quadro de adoecimento dos funcionários não irá melhorar.

Estes dados são conflitantes com a literatura científica que vincula o adoecimento destes trabalhadores com precariedades infraestruturais, financeiras e de recursos humanos (BRASIL, 2004; 2006b; 2006c; ROLLO, 2007; CONDIÇÕES DE SAÚDE, 2008; PREFEITURA DE RIACHÃO DO JACUÍPE, 2010). É possível identificar nos resultados apresentados uma explicação para tal situação. Isto porque, na concepção da Secretaria, mesmo com alta qualidade nos serviços e o grande esforço dos trabalhadores, a resolubilidade não se garante automaticamente, pois há vários fatores que envolvem e interferem o processo de trabalho em saúde que fogem da alçada dos trabalhadores e gestores de saúde. Necessitando, que outros atores sociais se apresentem e ações intersetoriais tomem forma.

Assim temos que a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória parece conceber que a saúde enquanto setor muitas vezes não é capaz de, por si só, resolver as questões relativas à saúde da população por quem se responsabiliza. Necessitando, como dito, de ações intersetoriais e de políticas socioeconômicas macro-governamentais que se destinem aos territórios atendidos. Contudo, ao dissertar sobre as relações intersetoriais estabelecidas, ou mesmo entre gerências da própria Secretaria, a SEMUS afirma haver obstáculos nestas

relações. É assim, por exemplo, que diz não haver ligação em termos de projetos específicos entre a Medicina do Trabalho e os funcionários da SEMUS. É neste sentido também que afirma haver uma necessidade ainda não explorada de interlocução com os setores de educação e de segurança. Estes dados conferem com o que Soares (2010) percebeu ao pesquisar uma Câmara Territorial do município de Vitória. Esta autora afirma ser deveras difícil a construção de ações intersetoriais nesta localidade.

Esta realidade agrava as possibilidades de se alcançar resolutividade nos serviços de saúde, propiciando o adoecimento dos próprios trabalhadores ou o distanciamento destes às questões e mazelas trazidas pelos usuários, afirma a SEMUS. A partir desta concepção, nota-se um processo de responsabilização pelos fracassos nos serviços ora em outros setores, ora em políticas macroestruturais, ora nos trabalhadores, ora nos usuários. É possível perceber em alguns momentos no discurso da Secretaria o que parece ser um sentimento de impotência ao avaliar os limites e possibilidades do trabalho em saúde. Assim também, o adoecimento dos trabalhadores parece estar ligado, na visão da SEMUS, a capacidade de suportarem o sofrimento e a dor alheios quando não têm respostas a dar além de medidas paliativas e curativistas. De fato, Athayde (2011) nos diz que o “não saber fazer” no enfrentamento cotidiano dos problemas pode trazer muita angústia e insegurança ao trabalhador de saúde.

Outra explicação possível à aparente incongruência entre os investimentos feitos no setor saúde nos últimos anos e o adoecimento dos trabalhadores deste setor nos parece estar ligada ao nível de participação dos trabalhadores nas decisões dos serviços em que trabalham e no nível de autonomia que conseguem garantir no desenvolvimento de suas funções. Ou seja, nos parece fundamental à promoção de saúde dos trabalhadores do setor saúde a garantia de cogestão, a fim de que os desejos e expectativas dos trabalhadores não sejam relegados pelos modelos de gerência empregados nos serviços (CAMPOS, 2000). A primeira vista esta explicação pode não parecer coerente uma vez que foi citada anteriormente que a SEMUS afirma ter sido feitos investimentos também em espaços institucionais de incentivo à cogestão.

Todavia, nas considerações que a Secretaria tece ao processo de incentivo à cogestão predomina a ideia de que esta não tem se dado como deveria/poderia.

Um dos instrumentos citados como canal para construção de cogestão é a Mesa de Negociação Permanente do SUS. Entretanto, apesar de já estar em funcionamento há alguns anos, os documentos analisados não trazem contribuições deste espaço, exceto na negociação de uma greve dos servidores. Além disto, este instrumento institucional não tem priorizado o enfrentamento do adoecimento dos trabalhadores.

De fato, o que a SEMUS afirma em outros momentos é que os trabalhadores de saúde estão altamente pressionados, sendo muito cobrados quanto à produtividade de procedimentos, de protocolos e de planilhas e quanto ao atendimento de intercorrências. Não se nega aqui a necessidade de que os trabalhadores tenham um arcabouço de conhecimento profissional em cujo bojo seus representantes encontrem experiências e regras que norteiem o seu fazer (CLOT, 2007), e que talvez os protocolos possam representar isto. Todavia, há que se considerar também que os protocolos, como sugerem alguns autores, podem causar graves consequências à saúde dos trabalhadores. Aliás, alguns autores apresentam tais cobranças e pressões como efeitos perversos de estratégias de gestão inadequadas ao serviço público de saúde, que acabam por criar um 'fetichismo' quanto a esses instrumentos de gestão do processo de trabalho e propiciam a centralização do trabalho em saúde em intercorrências e demandas espontâneas (CAMPOS, 2003; 2011; ATHAYDE, 2011).

De fato, a própria SEMUS afirma que a organização e o planejamento dos serviços se encontram atualmente aquém do que poderiam, estando as ações de promoção à saúde relegadas a segundo plano em detrimento de ações curativistas. Diz ainda que a cogestão só parece se dar para questões com impacto reduzido no processo de trabalho em saúde. Assim, é possível perceber que a mesma estratégia – 'estruturar linhas de cuidado por meio de protocolos e fluxos' – afirmada como potencialmente adoecedora aos trabalhadores de saúde pela SEMUS é em outros momentos apontada pela

literatura como um dos meios vislumbrados para diminuir o processo de adoecimento destes (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2010). E este 'fetichismo' se opõe em termos de estratégia de gestão da cogestão (CAMPOS, 2003; 2011; ATHAYDE, 2011), bem como da concepção de trabalho imaterial sob a qual caracterizamos o trabalho em saúde (NEGRI, 2001).

Neste contexto, estando a SEMUS de fato fazendo uso de modelos de gestão do trabalho incongruentes a um setor de serviços e às diretrizes do SUS, os resultados parecem apresentar um perigo à perspectiva de atendimento usuário-centrado quando aplicada em conjunto a tais estratégias de gestão que se focam na produção. Isto porque, estratégias de gestão como as que têm sido hegemônicas no setor saúde, que operam pela lógica de aumento de produção de procedimentos e de diminuição da autonomia dos trabalhadores (CAMPOS, 2000) não coadunam com modelos de atenção à saúde centrados no usuário, pois não parecem permitir aos trabalhadores a liberdade necessária para estabelecer vínculos com os usuários e organizar suas atividades laborais pelas necessidades emergidas na prática através destes vínculos. Assim, a noção de que este encontro trabalhador de saúde-usuário deveria ser "a principal matéria-prima deste processo" (FARIA, 2010, pp.24-25) não se concilia com modelos de gerência verticais e focados em intercorrências.

Há, portanto, que se aprofundar nas pesquisas sobre este tema de modo a compreender como esta dinâmica afeta a saúde do trabalhador. Isto, uma vez que o que os dados parecem sugerir e aqui sustentamos é que a aplicação de modelos de atenção centrados no usuário concomitante com estratégias de gestão provenientes dos processos de produção fabris pode incorrer em distorções do que está proposto, acabando por imputar ainda mais responsabilidades aos profissionais. Ou seja, a postura de que os atendimentos centrem-se nos usuários em um contexto cujas possibilidades de intervenção do setor saúde se encontram restritas pela falta de ações intersetoriais que as apoiem, e em serviços cuja autonomia dos profissionais é limitada por pressões provenientes de estratégias de gestão focadas na produção de procedimentos termina por sobrecarregar e sobre-explorar os

trabalhadores.

De fato, se há possibilidade de efeitos positivos desta relação trabalhador de saúde-usuário também há possibilidade de efeitos negativos para ambos, como sugere a literatura (FARIA, 2010) e afirmam os discursos da gestão da Secretaria pesquisada.

As representações da SEMUS a respeito da explicação do processo saúde-adoecimento dos trabalhadores parecem se dividir em dois tipos de explicação: questões ligadas à organização do trabalho e questões pessoais dos trabalhadores. Todavia a preponderância de respostas que vinculam este processo de adoecimento a características dos próprios trabalhadores é evidente. Quando, ao contrário, dissertou a respeito das características ligadas à organização do trabalho em saúde como promotoras de adoecimento, o caráter das argumentações por vezes pareceu sugerir que o adoecimento dos trabalhadores de saúde é situação inerente ao processo de trabalho neste setor. Sugerimos que o adoecimento ligado ao trabalho em saúde não é proveniente do trabalho *per si*, mas das formas de organização que esse processo de trabalho adquire, que perpassam modelos de gestão. Assim, centralizamos o debate da relação saúde e trabalho no processo de trabalho, não no indivíduo, a fim de alcançar reflexões mais densas (RAMMINGER; BRITO, 2008; GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

Como exemplo disto é possível citar a reflexão feita sobre as políticas de desincentivo à licença médica. Pontua-se aqui a partir deste exemplo como que políticas internas a uma instituição podem prejudicar a qualidade de vida de seus funcionários e por vezes pressioná-los a trabalharem doentes.

Acreditamos que estes dados, apesar de circunscritos a localidade pesquisada, podem ser similares a realidade de outras regiões do país, uma vez que a racionalidade dos modelos de gestão de que se depreendem muitos destes resultados pode ser percebida por todo território nacional influenciando a administração de serviços públicos (PAULA, 2009).

Deste modo, faz-se necessário e premente mais investigações acerca da STS com o intuito de preencher as lacunas de conhecimento sobre o tema ainda presentes, bem como embasar projetos e políticas voltadas a este público-alvo.

Para tanto, é preciso ultrapassar a compreensão de que a relevância de se promover saúde ao trabalhador de saúde encerra-se na qualidade dos serviços prestados aos usuários. Esta lógica perpassa modelos de gestão do trabalho em saúde e de atenção à saúde, além de embasar várias das pesquisas encontradas na literatura científica. Ultrapassá-la significa ir além de lidar com os trabalhadores do setor saúde como recursos. Pois, estratégias de proteção, recuperação ou de promoção da saúde dos trabalhadores que se fundam apenas (ou preponderantemente) na garantia da manutenção da força de trabalho produzindo, nada mais fazem do que reduzi-los a recursos humanos. Ao fazê-lo tais estratégias parecem reduzir suas probabilidades/possibilidades de êxito.

Assim, o desafio é abordar tal questão tratando os trabalhadores da saúde como cidadãos de direitos, sujeitos empoderados e politizados, pois, enquanto cidadãos, pelo princípio da universalidade, eles devem ter sua saúde protegida independente de seu emprego, realidade só possível pelo advento do SUS.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V.C.F.; DAMASCENO, M.M.C.; ARAUJO, T.L. Saúde do trabalhador de saúde: análise das pesquisas sobre o tema. **Rev. bras. enferm.** [online]., vol.58, n.3, pp. 335-340, 2005. Acessado em 24 de jan. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672005000300016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>>.

ANDRADE, C.T.S; MARQUES, J.G.W; ZAPPI, D.C. Utilização medicinal de cactáceas por sertanejos baianos. **In. Rev. Bras. Pl. Med.**, Botucatu, v.8, n.3, p.36-42, 2006.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. São Paulo: Universitária, 1987.

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **In. Cadernos de Pesquisa**, n. 117, pp. 127-147, novembro 2002.

ATHAYDE, V. **Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador da saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa (Po): Editora Edições 70; 2004.

BARROS, R. B.; BARROS, M, E. B. Da Dor ao Prazer no Trabalho **In. Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.), pp. 61-72. Ijuí, RS: Unijuí, 2007.

BAUER, M. W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. **In. Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som**. BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.) Petrópolis: Vozes, 2002.

BOURGUIGNON, D. R. ; BRASIL A.P.R. ; ALMEIDA I.A. ; LUCIANO L.S.A. construção do Centro do Referência em Saúde do Trabalhador: a experiência do ES. **In: ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E SAÚDE: múltiplas relações**. BORGES, L.H.; MOULIN, G.B.; DALBELLO-ARAÚJO, M. (Orgs), Vitória: EDUFES, 2001, pp.363-372.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático**

do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. 2001

_____. **Política Nacional de Humanização Humaniza SUS:** Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde: Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde:** unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS:** DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS / **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde.** / LEITURAS COMPLEMENTARES. PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (orgs.) — Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2006c.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Inspeção do Trabalho (SIT) / Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho (DSST) / Coordenação do Programa de Alimentação do Trabalhador (COPAT). **Programa de Alimentação do Trabalhador:** responde. 2ªed. – Brasília: MTE,

SIT, DSST, COPAT, 2006d.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Recursos Humanos. Departamento de Saúde, Previdência e Benefícios do Servidor – DESAP. / **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal.** – Brasília, 2010.

CAMPOS, G,W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **SAÚDE PAIDÉIA.** São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. A mediação entre conhecimentos e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **In: Ciência & Saúde Coletiva**, vol.16(7), pp.3033-3040, 2011.

CECCIM, R. B. Onde se lê: “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção em Saúde”. Desafios para a Educação. **In:** PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, pp. 181-194.

CHAMON, E.M.Q.O. Representação social da pesquisa pelos doutorandos em ciências exatas. **In. ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA**, UERJ-RJ, ANO 6, N.2, pp.21-33, 2006.

CLOT, Y. **A Função Psicológica do Trabalho.** 2ª ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO NO SETOR SAÚDE / Health and work conditions of health care workers. ASSUNÇÃO, A. Á.; ROSALES, C.; BELISÁRIO, S. A. (orgs.). Belo Horizonte : Nescon – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2008.

DALBELLO-ARAUJO, M. Trabalhar menos e preguiçar mais: a utopia do século XXI. **In: Vertentes:** UNESP , v.6, p.197 - 210, 2000.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de PARAGUAY, A.I.; FERREIRA, L.L., São Paulo: Cortez-Oboré,

5ªed., 1992.

ESPÍRITO SANTO. Lei Estadual nº 5627, de abril de 1998. **Leis Estaduais**. Vitória: Assembléia Legislativa, 1998.

FARIA, H.X. **No fio da navalha**: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha – ES. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **In. Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.2, 2010, pp.429-439.

_____. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **In: Mediações**, Londrina, v. 16, n.1, p.142-156, Jan./Jun. 2011.

FILHO, S.B.S. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e do trabalho como relação de serviço. **In: Rev. Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, vol.5, nº1, pp.11-32, 2011.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. Construindo o Conceito de Competência. **In. RAC**, Edição Especial, 2001, pp.183-196.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. MERHY, E.E. et al. (orgs.) 4ªed. – São Paulo: HUCITEC, 2007, pp.37-54.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. **In: Construção social da demanda**: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.) – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, pp.181-193.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. **In. Microfísica do poder**. FOUCAULT, M. (org.) Rio de Janeiro: Graa1, 1981.

FRIEDRICH, D. B. C. **O Trabalho em saúde**: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,

2005.

GUIMARÃES, F.F.; BAPTISTA, A.A.S.; MACHADO, G.P.; LANGONI, H. Ações da vigilância epidemiológica e sanitária nos programas de controle de zoonoses. **Rev. Veterinária e Zootecnia**, v. 17, n.2, pp. 151-162, jun., 2010.

IGLESIAS, A. **Em nome da promoção à saúde**: análise das ações de macrorregião do município de Vitória-ES. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

JACKSON-FILHO, J.M. Considerações sobre o tema “Saúde dos Trabalhadores da Saúde” e breve apresentação. **In: Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 33 (117): 04-05, 2008.

LANDMANN, J. **Medicina não é saúde**: as verdadeiras causas da doença e da morte. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2ª ed, 1983.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica**. 5ª edição. São Paulo: Atlas S.A., 2007.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M. **Depoimentos e Discursos**: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília-DF: Liber Livro Editora, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M. O Sujeito Coletivo que fala. **In. Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.20, p.517-24, jul/dez, 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.; MARQUES, M.C.C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **In. Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4), pp.1193-1204, 2009.

LEGISLAÇÃO COMENTADA: Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde do Trabalho. / Serviço Social da Indústria - SESI. **Departamento Regional da Bahia**. Salvador, 2008.

LORENZI, R.L.; OLIVEIRA, I.M. Tuberculose em trabalhadores de Enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. **In: Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, 33 (117): 06-14, 2008.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. **In. Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e política de saúde no Brasil:** textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ LAPPIS: ABRASCO. 2007.

MARTINS, E.R.C.; ZEITOUNE, R.C.G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem** (online), vol. 11, Escola Anna Nery, RJ, 2007. Acessado em 2011-12-07. Disponível em: <<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127715311013>>>

MARX, K. O processo de trabalho ou o processo de produzir valores-de-uso. **In. O Capital:** crítica da economia política: livro 1, 26ª ed., Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008, pp.211-219.

MATTOS, R.A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. **In. Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002a.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. **In. AGIR EM SAÚDE:** um desafio para o público. MERHY, E.E.; ONOKO, R. (orgs), 2ª ed., São Paulo: Hucitec, 2002b, pp. 71-112.

_____. Novos modos de fabricar os modelos de atenção. **In: O trabalho em saúde:** olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. MERHY, E.E. et al. (orgs.) 4ªed. – São Paulo: HUCITEC, 2007, pp.15-36.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORENO, C. **Sua língua: Curiosidades: trabalho.** 2005. Disponível em: <<http://198.106.73.59/02/02_trabalho.htm>>, acessado em 22 de junho de 2010.

NEGRI, A. **EXÍLIO seguido de VALOR E AFETO.** São Paulo: Iluminuras, 2001.

_____. **Cinco lições sobre *Império***. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e Tendências. **In: Saúde no Brasil: contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Ministério da Saúde, 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, C.S.; SIQUEIRA, L.C.C.; ALVES, E.D. Avaliação do absenteísmo dos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **In: Rev. Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, vol.5, nº1, pp. 267-278, 2011.

OLIVEIRA, D.C. ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICO-CATEGORIAL: uma proposta de sistematização **In: Rev. Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, 16(4):569-76, out/dez, 2008.

PAIM, J.S. Atenção à saúde no Brasil. **In. Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília-DF, 2ª ed., pp.15-44, 2006.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **In. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIVA, A.C.; CRUZ, A.A.F. Estado nutricional e aspectos ergonômicos de trabalhadores de Unidade de Alimentação e Nutrição. **In: Revista Mineira de Ciências da Saúde**. Patos de Minas: UNIPAM, vol. 1, ano 1, n. 1, pp. 1-11, 2009. Acessado em 1 fevereiro de 2012. Disponível em: <<[PAULA, A.P.P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 3ª reimpressão, 2009.](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=alimenta%C3%A7%C3%A3o%22sa%C3%BAde%20do%20trabalhador%22&source=web&cd=5&ved=0CEsQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.revistasau.de.unipam.edu.br%2Ffiles%2FEd_1%2FEstadoNutricional_E_AspectosErgonomicos.pdf&ei=h1ApT5vTE4jVgQeE99WKBQ&usg=AFQjCNFZn6hmYrV4_fAj_L41eyOy3_WPpg&sig2=C4OjYfjZKJd07yBQERI0iA>></p>
</div>
<div data-bbox=)

PENA, P.G.L.; GOMES, A.R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. **In: Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma**

trajetória. VASCONCELLOS, L.C.F.; BARROS, M.H. (orgs.), Rio de Janeiro: Educam, pp.85-124, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIACHÃO DO JACUÍPE. Secretaria Municipal de Saúde. **PROJETO CUIDANDO DO CUIDADOR**. Riachão do Jacuípe-BA, 2010. Acessado em 25 de janeiro de 2012. Disponível em: <<<http://www.redehumanizadas.net/11700-projeto-cuidando-do-cuidador>>>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria de Saúde. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2006-2009**. Vitória, 2005. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_plano_2006_2009.pdf>>. Acessado em: 11 de abril de 2011.

_____. **Lei nº 6.753 de 16 de novembro de 2006**. Vitória, 2006a.

_____. **Lei nº 6.819 de 21 de dezembro de 2006**. Vitória, 2006b.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2006**. Vitória, 2007. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2006.pdf>>. Acessado em: 11 de abril de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2007**. Vitória, 2008. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2007.pdf>>. Acessado em: 11 de abril de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2008**. Vitória, 2009a. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_relator_gestao_2008.pdf>>. Acessado em: 11 de abril de 2011.

_____. Secretaria de Saúde. **PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE DA SEMUS 2010**. Vitória, 2009b. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100519_saude_programacao_2010.pdf>>. Acessado em: 11 de abril de 2011.

_____. **Lei nº 7.835 de 24 de novembro de 2009.** Vitória, 2009c.

_____. **Legislação Municipal:** plano de cargos e salários. Vitória, 2010a. Disponível em: <<<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/defaultRef.cfm?id=203>>>, acessado em 20 de julho de 2010.

_____. Secretaria de Saúde. **RELATÓRIO DE GESTÃO 2009.** Vitória, 2010b, p. 134. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100826_saude_2009_relatorio_gest.pdf>>. Acessado em: 18 de fevereiro de 2011.

_____. **Vitória em dados:** Perfil socioeconômico. Vitória, 2011. Acessado em: 18 fev. 2011. Disponível em: <<<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/geral/perfil.asp> >>

RAMMINGER, T.; BRITO, J.C. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.33, n.117, pp.36-49, 2008.

REIS, R.; GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT **In: Ciência & Saúde Coletiva**, vol.13, no.6. Rio de Janeiro Nov./Dec. 2008.

REZENDE, V. L.; DERCHAIN, S. F. M.; BOTEGA, N. J.; SARIAN, L. O.; VIAL, D. L.; MORAIS, S. S. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 27, n. 12, pp.737-743, 2005.

RIOS, I. C. Humanização e Ambiente de Trabalho na Visão de Profissionais da Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.17, n.4, p.151-160, 2008.

ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado? **In. Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs.), pp. 19-60. Ijuí, RS: Unijuí, 2007.

ROSENFELD, C. L. Autonomia outorgada e apropriação do trabalho. **In: Rev.**

Sociologias. Porto Alegre, ano 6, nº 12, pp. 202-227, jul/dez 2004.

SCHERER, M.D.A. ; OLIVEIRA, A. Editorial. In: **Rev. Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, vol.5, nº1, 2011. Acessado: 24 de jan. 2012. Disponível em: << <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/915/854>>>.

SCHWARTZ, Y. ; DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana.** Rio de Janeiro, Niterói: Editora da UFF, 2007.

SÊGA, R.A. O conceito de Representação Social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. In: **Rev. Anos 90**, Porto Alegre, n.13, pp. 128-133, julho 2000.

SINDICATO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO – SINDSAÚDE-SP. **Saúde para o trabalhador de saúde: COMSAT – Comissão de Saúde do Trabalhador.** 2006. Disponível em <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=sindsa%C3%BAde%20sp%20nr-32&source=web&cd=3&ved=0CD8QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.sindsaudesp.org.br%2Fdownload%2Fdocumentos%2FCOMSAT.pdf&ei=o4wiT8fIMli_gAeqprDuCA&usg=AFQjCNEaxh5AqbhtCjw1e4Lwbl6Z1106Tw&sig2=t4D8jfCLJE3l0pqqvlvLE5A>>. Acessado em 26 de janeiro 2012.

SOARES, J. **A DIFÍCIL CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE:** com a palavra a Câmara Territorial de Maruípe em Vitória-ES. Dissertação (de mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010, 102 p.

SOUSA, M.F. **Programa de Saúde da Família:** estratégia de superação das desigualdades na saúde? Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

SOUZA, A.S.; ALOQUIO, B.T.; RONCHI-FILHO, J.; CHIABAI, J.D.; LUCIANO, L.S.; BROTTTO, T.C.A. As Comissões e o Núcleo de Saúde dos trabalhadores: tateando “(re)existências” da atividade docente. In: **Trabalho docente e poder de agir:** Clínica da atividade, devires e análises. ROSEMBRG, D.S.; RONCHI-FILHO, J.; BARROS, M.E.B. (orgs.). – Vitória: EDUFES, 2011, pp.145-173.

SOUZA, M. T. A saúde do trabalhador do SUS. **Rev. Saúde Coletiva** – Edição Brasileira – vol.41, n.7, p.134, jun/jul 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Departamento de Medicina Preventiva e Social – Faculdade de Medicina. Em parceria com o CEREST-Estadual – MG / Hospital das Clínicas. **Desenvolvimento de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde: aspectos históricos, conceituais, normativos e diretrizes.** – Relatório técnico-científico encomendado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DSAST) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a fim de orientar a construção da Política de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental na rede de Atenção Primária à Saúde no SUS. Belo Horizonte-MG, 2010. Acessado em 24 de janeiro de 2012. Disponível em: <<[UWE, F. Entrevistas semi-estruturadas. In. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2004.](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=%22sa%C3%BAde%20do%20trabalhador%20de%20sa%C3%BAde%22&source=web&cd=4&ved=0CEwQFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.saude.rs.gov.br%2Fdados%2F13128191584462%2520Desenvolvimento%2520de%2520a%25E7%25F5es%2520de%2520Sa%25FAde.pdf&ei=n_weT7uuBcK4twef88w5&usg=AFQjCNEXug3i8XrNph1L6_3jaxuudqJxow&sig2=A_zp594anynWyMYjUlxa6A>>.</p></div><div data-bbox=)

WEBER, M. **A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo.** São Paulo, 2004.

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 Caracterize processo de trabalho em saúde.
- 2 Você acha o trabalho no setor saúde é difícil? Por que?
- 3 O que você entende por Saúde do Trabalhador?
- 4 Em sua opinião, os trabalhadores do setor saúde de Vitória adoecem muito?
- 5 A literatura científica aponta uma propensão dos trabalhadores de saúde para adoecerem por causa de questões ligadas ao trabalho. Você concorda com esta afirmação? Porque?
- 6 Segundo seus conhecimentos existe alguma política específica voltada à saúde dos trabalhadores de saúde, ou alguma medida ou programas sendo propostos em Vitória? Se não, você acha deveria existir?
- 7 Quais ações ou serviços à disposição da SEMUS poderiam ser acionados para a recuperação da saúde do trabalhador?
- 8 Em sua opinião, quais seriam as melhores formas ou estratégias de melhorar o processo de trabalho em saúde de modo a diminuir o adoecimento dos trabalhadores? Você acha que a SEMUS caminha para a implementação de estratégias como esta a curto prazo?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta é uma pesquisa coordenada pela Prof(a) Dra. Maristela Dalbello de Araújo e que será realizada pelo mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Espírito Santo e bolsista da Fundação CAPES, Tullio Cezar de Aguiar Brotto, já autorizada pela Secretaria de Saúde do Município de Vitória-ES.

Nosso objetivo é investigar qual a compreensão de técnicos da SEMUS/Vitória (pessoas envolvidas na formulação, discussão e/ou implementação das políticas de saúde do trabalhador de saúde) do que vem a ser saúde do trabalhador do setor saúde em suas interfaces com o trabalho no respectivo setor.

Garantimos que todas as informações individuais serão mantidas em sigilo e que somente serão analisadas as informações como um todo, não havendo prejuízo ao entrevistado. Agradecemos à colaboração.

Eu _____

RG: _____, autorizo a utilização dos dados coletados nesta entrevista os quais poderão ser utilizados posteriormente em publicações científicas referentes à área pesquisada. Estou ciente dos objetivos da pesquisa e dos possíveis encaminhamentos de análise desta.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do Pesquisador

Tullio Cezar de Aguiar Brotto

(tc.brotto@gmail.com ou 8823-5222)

Vitória-ES, ____/____/____.

| |
|--|
| <p>Em caso de dúvidas ou reclamações os entrevistados podem entrar em contato direto com a coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFES. Tel: (27) 3335 7211; e-mail: cep@ccs.ufes.br.</p> |
|--|

ANEXO 1



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 29 de outubro de 2010.

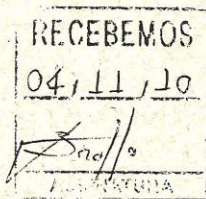
Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof. (a) Maristela Dalbello de Araújo
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "**Quais os caminhos para a saúde do trabalhador do setor Saúde? Com a palavra a SEMUS - Vitória**".


Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 210/10 intitulado: "**Quais os caminhos para a saúde do trabalhador do setor Saúde? Com a palavra a SEMUS - Vitória**" e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 27 de outubro de 2010.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra "c".





Atenciosamente,

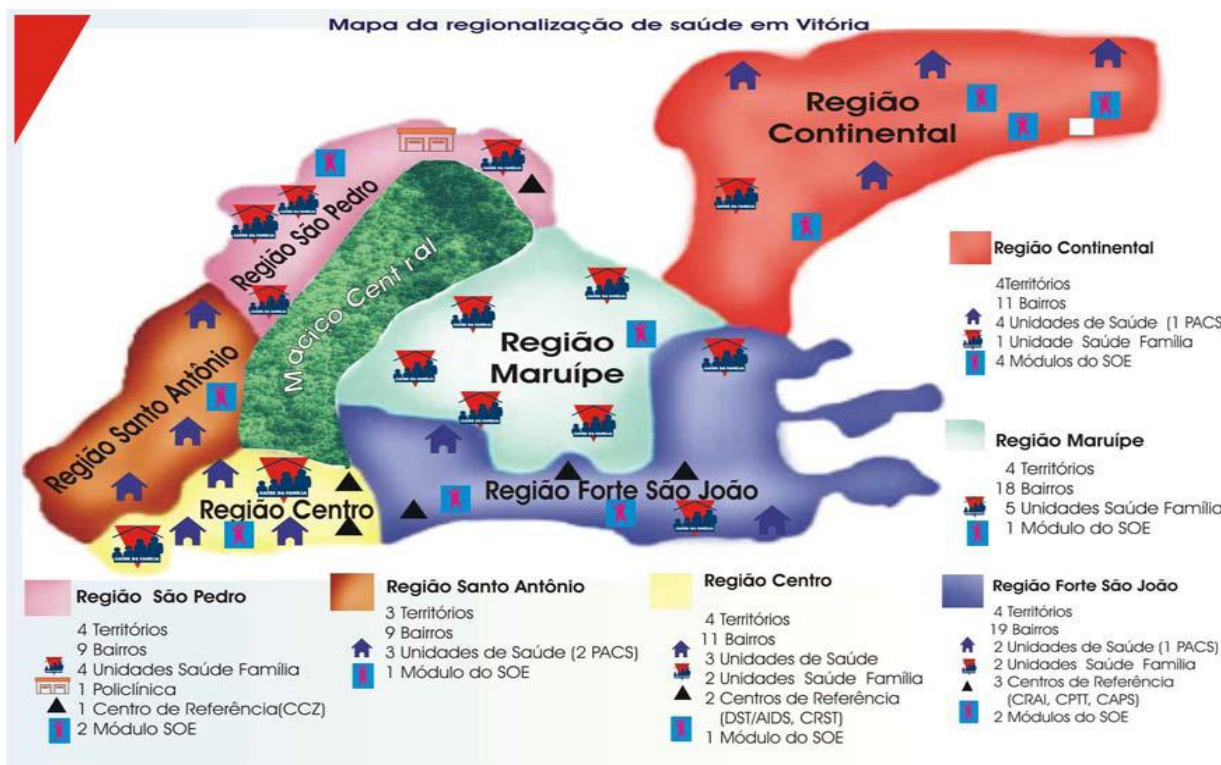

Prof.^a Dr^a Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO 2

| | | | |
|---|--|------------------------------|-------------|
|  PREFEITURA DE VITÓRIA | | Carta de Apresentação | |
| Origem | Destino | Data | Emitida por |
| SEMUS/GFDS | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA E CEDOC | 09/02/2011 | JÚLIA |
| Resumo do Assunto | | | |
| ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR | | | |
| <p>Senhor(a) Diretor(a),</p> <p>O projeto de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, intitulado "Quais os caminhos para a saúde do trabalhador de saúde? Com a palavra a SEMUS - Vitória" de autoria de Túlio Cezar de Aguiar Brotto, com orientação da Professora Doutora Maristela Dalbello Araújo foi aprovado para sua realização.</p> <p>Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de:</p> <p>Investigar qual a compreensão que os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória têm sobre a saúde do trabalhador do setor saúde.</p> <p>A metodologia a ser utilizada será através de duas tarefas: a pesquisa documental que será realizada com o material de investigação e análise de relatórios, normatizações e documentos julgados relevantes à temática de saúde do trabalhador do setor saúde de Vitória e a pesquisa de campo que será conduzida através de entrevistas orientadas por roteiros semi estruturados.</p> <p>Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria.</p> <p>Solicitamos que o pesquisador seja recepcionado e que a pesquisa seja viabilizada por esta Unidade.</p> <p>Atenciosamente,</p> <p> Josenan de Alcântara Almeida Costa Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde</p> | | | |

ANEXO 3



(PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b, p.17)

