SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

SOFRIMENTO NO TRABALHO: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO ADOECIMENTO DE TRABALHADORAS DA SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Doutorado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª. Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre
2006

SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

SOFRIMENTO NO TRABALHO: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO ADOECIMENTO DE TRABALHADORAS DA SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Doutorado da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª. Drª. Jussara Maria Rosa Mendes – PPGSS/PUCRS

_____
Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim – UFRGS

_____
Profª. Drª. Beatriz Sebben Ojeda – FAENFI/PUCRS

_____
Profª. Drª. Maria Ysabel Barros Bellini – PPGSS/PUCRS

_____
Prof.ª Drª. Dolores Sanches Wünsch - PPGSS/PUCRS

Para meus filhos Débora e João Arthur, pelo carinho de sempre.
Para meu amor, Paulo Afonso.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi marcada por uma trajetória árdua, com inúmeras contribuições, que auxiliaram a ultrapassar os obstáculos com mais facilidade e determinação. Agradeço nominalmente a algumas pessoas que estiveram comigo nesta caminhada, com a certeza de que muitas outras deveriam também aqui constar.

Á Deus por ter iluminado o meu caminho, permitindo que meus sonhos se realizassem;

De forma especial, ao meu marido Paulo, que demonstra no nosso cotidiano que a revolução dos papéis de gênero é algo possível, que se pode conquistar. De forma especial também aos meus lindos filhos Débora e João Arthur, com amor, por compreenderem a minha ausência e a minha necessidade de conhecimento. Sem o incentivo e a compreensão de vocês, eu não teria executado esse trabalho.

À minha orientadora, Profª. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes pelo carinho, pelo apoio, pelas discussões e oportunidades de conhecimento que me disponibilizou, possibilitando meu crescimento pessoal e profissional.

Aos meus pais, Liria e Lauro, por acreditarem em mim e sempre me apoiarem e encorajarem em direção à realização dos meus projetos.

Á minha querida aluna Fernanda, bolsista do projeto de pesquisa e companheira nesta caminhada. Sensibilizou-me o carinho, dedicação e responsabilidade com que se envolveu neste trabalho, demonstrando, desde já, uma próspera trajetória como futura profissional de saúde.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem e Odontologia e do Centro de Formação Profissional da Universidade de Santa Cruz do Sul, com muito carinho, pelo apoio, incentivo e pela amizade que sempre me dedicaram, mesmo nas situações mais adversas.

À Universidade de Santa Cruz do Sul, pela oportunidade e possibilidade de aprimoramento profissional, sempre acreditando na qualidade e no comprometimento do conhecimento científico.

Ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, à coordenação, aos professores, aos funcionários e aos colegas oportunidade de ampliar horizontes.

À Secretaria Municipal de Saúde por autorizar este estudo e contribuir para sua realização, oportunizando o contato com as trabalhadoras da saúde e disponibilizando dados necessários.

Aos inúmeros alunos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul, amigos e amigas que a vida me proporcionou ...

Sobretudo às trabalhadoras da saúde que participaram deste estudo, tornando possível que esta realidade fosse desvelada. A estas mulheres, as Marias, meu sincero agradecimento.

"... Quem é são pode ficar doente. A doença significa um dano à totalidade da existência. Não é o joelho que dói. Sou eu, em minha totalidade existencial, que sofro. Portanto não é uma parte que está doente, mas é a vida que adoece em suas várias dimensões: em relação a si mesmo, em relação com a sociedade, em relação com a vida".

Leonardo Boff, 1999.

Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer no planeta

Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive apenas agüenta

Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria

Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida

“*Maria, Maria”, de Milton Nascimento e Fernando Brant.*

A letra desta canção traduz o sentimento que, prioritariamente, instigou-nos a realizar este estudo. Inúmeros e significativos questionamentos mobilizaram-nos querendo entender as trabalhadoras, suas inserções nos processos de trabalho em saúde e as repercussões na saúde e no trabalho destas mulheres.

Essas mulheres trabalhadoras estão vivas, a vida é mudança, é a criação do novo. Elas trabalham, sonham, percebem a realidade à sua volta e fazem parte do mundo. A cada momento, a vida está presente e alguma coisa está acontecendo. Esse acontecer, através desta pesquisa, traz à tona angústias, dúvidas e dificuldades que também permearam a nossa caminhada em toda a vida profissional, acadêmica e pessoal.

A trajetória de luta nos espaços de vida e de trabalho dessas trabalhadoras, ou simplesmente dessas Marias, como neste trabalho serão denominadas, expressa também a nossa trajetória. Como as Marias, que tem garra, raça, força, temos a estranha mania de acreditar, por isso espera-se que estes questionamentos possam se transformar em contribuições...

RESUMO

No atual contexto mundial, permeado pelo avanço tecnológico e pelas constantes modificações estruturais que atravessam, especificamente o mundo do trabalho, são significativas as repercussões na ocorrência de patologias e acidentes de trabalho que acometem os trabalhadores. Esses compartilham um adoecer e morrer com o conjunto da população, caracterizado pelas patologias comuns, e ainda, um adoecer específico relacionado à sua atividade laboral. Nesse sentido, este estudo teve como propósito analisar e refletir sobre os fatores que contribuem para o sofrimento no trabalho, na perspectiva da construção social do adoecimento das trabalhadoras da saúde, a partir do processo de trabalho desenvolvido nos serviços públicos de saúde. A abordagem do trabalho da mulher e a saúde no trabalho conciliou análises que articularam o processo de trabalho em saúde e seus princípios organizativos no envolvimento do serviço público, sob uma perspectiva de gênero. Metodologicamente, os caminhos da investigação, no movimento dialético do ir e vir, seguiram a trajetória do estudo qualitativo, utilizando a entrevista com 17 trabalhadoras da saúde e os registros no diário de campo como instrumentos de coleta de dados. Utilizando-se da avaliação qualitativa, os dados foram analisados à luz do método de Análise de Conteúdo, através de análise temática. Do contato com as trabalhadoras, emergiram histórias diversas, mas ao mesmo tempo semelhantes, em espaços institucionais diferentes, demonstrando que o sofrimento no trabalho não é um estado explícito, de fácil identificação, que acaba se expressando de forma não verbal e não visível, traduzindo a invisibilidade social dessa situação. Nessa perspectiva, as situações de sofrimento e adoecimento vinculados ao trabalho foram expressas veladamente nas narrativas das trabalhadoras. Os fatores que levam ao sofrimento e adoecimento estiveram relacionados aos embates com o usuário no atendimento no serviço de saúde, à falta de cooperação e de reconhecimento no trabalho, entre os colegas e superiores hierárquicos, decorrente de uma estrutura organizacional pouco flexível e fragmentada em relação à divisão de tarefas, também às exigências incessantes por produtividade no trabalho em saúde, às interferências político-partidárias e às determinações administrativas. A adoção de estratégias defensivas para o enfrentamento do sofrimento é uma prática inerente ao trabalho em saúde, sem a percepção visível pelas trabalhadoras da utilização dessas estratégias. A lógica de relações entre gênero e trabalho demonstrou a existência de jeitos específicos para o trabalho em saúde, remetendo a um contexto de

invisibilidade das situações discriminatórias, que acabam por mascarar uma realidade, não percebida pelas próprias mulheres.

Palavras-chave: sofrimento no trabalho, gênero, trabalho em saúde.

ABSTRATC

In the current world context, traversed by technological achievements and steady structural changes in the realm of work, the incidence of patologies and injuries concerning workers cannot be ignored. They share illnesses and casualties (sickening and dying) with the majority of the population which are characterized by common patologies let alone a sickening process closely related to their labor activities.In this sense, the following research aims at analyzing and reflecting on the factors which contribute for the suffering of workers under the perspective of the social construction of sickening of female health workers, in light of the work process carried out throughout the public health services. To approach the work of women and the health at work helped us to harmonize analises capable of articulating the process of work healthwise as well as its organizational principles encompassing public services, from a perspective of gender. Metodologically put, the course of investigation employed a dialectical strategy, followed by a qualitative study, which interviewed 17 female health workers and resorted to field reports on a daily basis as instruments for the collection of data. By using qualitative evaluation, the data were analyzed based on the method of "Analysis of Content", through thematic analysis. Once in contact with the workers, several similar stories emerged, within different institutional spaces, thus demonstrating that suffering at work is not an explicit state, of easy identification. It is mostly perceived non-verbally and non-visibly, thus highlighting its social invisibility. In this perspective, the situations of suffering and sickening related to work were implicitly expressed in the workers´ narratives.The factors related to the suffering and sickening were due to the difficulties between the workers and the public at the moment of rendering health services, secondly, to the lack of cooperation and acknowledgment at work, often between coleagues and hierarchical superiors, thirdly, to a fairly flexible and fragmented organizational structure concerning the attribution and sharing of chores and eventually to the demands for productivity at health service, political interferences and administrative determinations. The adoption of defensive strategies to cope with the suffering is an inherent practice in health service, although workers often lack the perception of such strategies. The relationship logics between gender and work has demonstrated the demand for specific strategies in health services, mounting to a context of oblivion of biased situations which end up veiling reality which is not adequately noticed by the workers themselves.

Key words: suffering at work, gender, health work

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas no percurso de coleta de dados 73

Quadro 2 – População do estudo, segundo categoria profissional 101

Quadro 3 – Identificando as trabalhadoras do estudo..... 107

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –Distribuição percentual dos trabalhadores formalmente empregados segundo os setores de atividades, no Rio Grande do Sul e no Brasil – 1992 e 2002 55

Tabela 2 –Casos de afastamentos do trabalho por categoria profissional na Secretaria de Saúde do município de Santa Cruz do Sul no período de 2001 a 2005..... 112

SUMÁRIO

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA 16

2 TRABALHO, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO: UMA COMPLEXA INTERAÇÃO 27

3 O PROCESSO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE 36

3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS SOBRE PROCESSO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO 38

4 GÊNERO-SAÚDE-TRABALHO: UMA RELAÇÃO TRANSVERSAL 47

4. 1 A RELAÇÃO SAÚDE- TRABALHO NA CONCEPÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR 60

5 SOFRIMENTO NO TRABALHO: CONSTRUINDO CAMINHOS INVESTIGATIVOS 66

5.1 ROMPENDO O SILÊNCIO: AS HISTÓRIAS DAS MARIAS 78

5.2 A APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE EMPÍRICA 85

5.3 O CONTEXTO DO TRABALHO EM SAÚDE – OUVINDO AS TRABALHADORAS92

5.4 A IMPORTANTE E INDISPENSÁVEL ABORDAGEM ÉTICA 101

6 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO ADOECIMENTO NO TRABALHO EM SAÚDE 104

6.1 AS MARIAS: APRESENTANDO AS TRABALHADORAS DA SAÚDE 106

6.2 O PROCESSO DE TRABALHO – ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: AS CONCEPÇÕES DE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO DAS TRABALHADORAS 110

6.2.1 Banalização dos Riscos e dos Cuidados 124

6.2.2 Estratégias Defensivas da Trabalhadora 127

6.2.3 Interferências do Trabalho em Saúde no Convívio Pessoal e Familiar 130

6.2.4 A Assistência à Saúde da Trabalhadora da Saúde 132

6.3 DA TAREFA PRESCRITA À TAREFA REALIZADA: A DUPLA TENSÃO PARA A TRABALHADORA 137
6.3.1 O Trabalho em Saúde: a Produtividade no Serviço Público 139
6.3.2 Resolutividade e Qualidade das Ações em Saúde: as Necessidades dos Usuários . 145
6.3.3 As Interferências Político-Partidárias no Trabalho em Saúde 151
6.4 OS *JEITOS* DAS MULHERES NO TRABALHO EM SAÚDE 155
6.4.1 Preconceito, Discriminação e Assédio Sexual no Trabalho: Eles Existem? 162

7 FINALIZANDO... PARA NÃO CONCLUIR... PARA SEGUIR ADIANTE... 167

REFERÊNCIAS 173

APENDICES 180
APÊNDICE A – Sistematização das diretrizes de condução do estudo 181
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturada 183
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido 185

ANEXOS 187
ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul 188
ANEXO B – Ofício de autorização da realização da pesquisa pela Secretária Municipal de Saúde 190
ANEXO C – Ofício de autorização da realização da pesquisa pela Secretária Municipal de Saúde 192
ANEXO D – Ofício de autorização da realização da pesquisa pela Secretária Municipal de Saúde 194
ANEXO E – Atribuições dos cargos da área da saúde 196

1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA

As diversas transformações dos processos societários globais que vêm ocorrendo, principalmente desde a década de 70, são relevantes na determinação de inúmeras manifestações na sociedade mundial, entre elas, e mais significativamente, em suas formas de viver e conviver. Essas situações são de diferentes características e envolvem diferentes quadros como o econômico, político, social, cultural e outros. Podemos elencar algumas situações como o quadro de recessão internacional, que origina a estagnação do crescimento econômico; a ampliação das desigualdades sociais, comprometendo a viabilidade dos sistemas democráticos; as reformas liberais, a partir do crescimento do capitalismo, com conseqüências na ampliação da violência, a incisiva influência do mercado na regulação das vidas humanas; a quebra das referências entre emprego e trabalho como alguns dos componentes do panorama mundial dos últimos anos. Esses componentes nos são referendados por diversos estudiosos, entre eles, citamos Castel (2000) e Antunes (1995). Todas essas relevantes ocorrências acabam por contribuir para o desencadeamento da existência de déficits imensuráveis que acometem a cidadania dos indivíduos, princípio básico de uma vivência digna e emancipatória dos seres humanos.

A partir dessas modificações, outras diversas advêm, com significativas implicações na organização da sociedade, como as citadas por Martinelli (1998) em relação aos impactos na subjetividade e nos modos de viver das pessoas, na materialidade das profissões e, inclusive, na definição da existência de algumas delas. Outras repercussões e transformações relevantes situam-se na fronteira dos processos produtivos globais, como o processo de reestruturação produtiva, as novas formas de organização do trabalho, com intensas modificações na desregulamentação do trabalho, do emprego e das condições de trabalho. Essas transformações têm resultado em um processo de precarização do trabalho, de ameaça aos direitos do trabalho e elevado substancialmente os níveis de desemprego. Todos esses aspectos contribuem para um significativo desmonoramento da organização da classe trabalhadora, que acaba por ficar inerte, à mercê dos interesses do capitalismo (ANTUNES, 1995).

Neste grande e diverso contexto mundial, permeado incisivamente pelo avanço tecnológico e pelas constantes modificações estruturais que atravessam, especificamente, os processos produtivos do mundo do trabalho, as repercussões no crescimento dos índices da

ocorrência de patologias e acidentes de trabalho que acometem os trabalhadores, decorrentes de suas atividades laborais, são significativas. De uma forma mais clara e específica, os trabalhadores compartilham um adoecer e morrer com o conjunto da população, caracterizado pelas patologias comuns à população em geral, seja ela trabalhadora ou não. Conforme Mendes (1995), os trabalhadores apresentam ainda um adoecer específico, que são as doenças próprias da atividade laboral por eles desempenhadas, e que necessitam ser contempladas pelas ações em saúde. Aliadas a esse panorama, a reflexão e a análise a respeito das transformações, nos aspectos organizacionais e estruturais do trabalho, que vêm ocorrendo necessitam ser periodicamente repensadas, para que, a partir desse entendimento, o sofrimento no trabalho, bem como os danos à saúde desses trabalhadores possam ser minimizados e prevenidos.

Para acompanhar estas rápidas e profundas modificações sociais, políticas, culturais, econômicas e tecnológicas, os trabalhadores necessitam estar em constante atualização, e a exigência do esforço individual nesta possibilidade de acompanhamento pode acabar trazendo prejuízos, como o sofrimento no trabalho, as doenças e os acidentes de trabalho. Nesse movimento, e utilizando os dizeres de Freire (2003), os trabalhadores vão assumindo novas responsabilidades e uma grande carga de sofrimento psíquico, cujo processo resulta na ampliação do seu desgaste físico e mental.

Esse panorama pode ser definido como complexo, quando tanto o ambiente quanto o trabalho estão relacionados às atividades de saúde, executadas por profissionais da área específica. Os aspectos organizacionais do trabalho em saúde, pelas próprias particularidades e singularidades inerentes ao processo de trabalho, acabam determinando situações de sofrimento, de lesões, de adoecimentos, nem sempre somente físicos e mentais, mas também, sociais. Esses podem envolver, entre outros, dificuldades no relacionamento e na assistência ao usuário e ao próprio trabalhador da saúde, prestador dessa assistência. No conjunto dos trabalhos humanos, Pires (1998) refere que o trabalho em saúde tem características especiais. Localiza-se no campo do trabalho em serviços e diferencia-se da produção material industrial e do trabalho no setor primário da economia. Como os demais trabalhos humanos, tem sido influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho vigentes nos setores mais dinâmicos da economia.

Transportando-se para os ambientes de trabalho onde este estudo foi realizado, serviços e unidades de saúde da rede pública, a mesma autora coloca que esses serviços públicos fazem parte do sistema de proteção social de cada governo na sua respectiva instância, e a decisão de criação, de ampliação ou de redução desses serviços, bem como a definição de políticas sociais e de saúde, resulta da dinâmica do jogo político, que é um processo multideterminado e com implicações diversas.

Neste conturbado contexto, pode-se citar algumas situações de trabalho que se apresentam, como as expectativas em relação à qualidade do atendimento aos usuários, que nem sempre conseguem se equivaler ao número de profissionais que atendem; a escassez de recursos necessários, como materiais e equipamentos; e às ações preventivas, educativas e promotoras de saúde, determinadas a serem desenvolvidas por este tipo de serviço de saúde, e que a comunidade e os próprios profissionais de saúde nem sempre conseguem executar, entender e adequar. É importante lembrar que, no Brasil, apesar das formas de assistência à saúde preventiva existentes, o padrão de assistência à saúde predominantemente prestado ainda é o do enfoque curativo, de caráter predominantemente assistencialista (CAMPOS, 1997a). Esse fato traduz-se em diversos desdobramentos importantes na assistência à saúde como o modelo hospitalocêntrico, de alta complexidade em tecnologias de saúde. Todos estes embates podem, de certa forma, contribuir para o sofrimento dos trabalhadores inseridos neste processo de trabalho.

Não podemos deixar de mencionar ainda que Pires (1998) refere em seus estudos, a existência e a articulação de outros fatores que podem interferir diretamente na complexidade do trabalho em saúde e nas repercussões desse na saúde destes trabalhadores, como o avanço dos conhecimentos em saúde, o aumento da população e a ampliação da complexidade dos problemas, surgindo, assim, novas profissões e especializações em unidades e serviços. A hegemonia do positivismo como paradigma de ciência influencia, conforme a autora, profundamente, a forma de produzir conhecimentos em saúde e de organizar o trabalho assistencial, resultando em enorme fragmentação do homem e do trabalho em saúde. A assistência à saúde é organizada como um trabalho profissional exercido por múltiplos agentes, mantendo algumas das características dessas profissões, ao mesmo tempo em que a organização capitalista do trabalho penetra no setor, influenciando o funcionamento das instituições assistenciais e as formas de organização e gestão do trabalho.

Destacamos alguns fatores que nos levaram à realização deste estudo. Consideramos que o panorama da saúde dos trabalhadores, de forma geral, no Brasil, ainda não apresenta uma realidade condizente com a prática a ser desenvolvida, e as políticas públicas governamentais, de maneira geral, ainda estão iniciando sua trajetória de atendimento e assistência à saúde dos trabalhadores. Também verifica-se, historicamente, que os estudos das intercorrências em saúde da população trabalhadora sempre estiveram vinculados ao desempenho de atividades laborais das áreas produtivas dos segmentos industriais, comerciais e de serviços[1]. Antunes (2000) considera os trabalhadores de serviços em expansão no capitalismo contemporâneo, reconhecendo a retração de outros setores. Nesse segmento, sempre houve estudos significativos relacionados às atividades desenvolvidas em saúde, por exemplo, na categoria dos bancários e, mais recentemente, às atividades desempenhadas pelos trabalhadores na agricultura. Os trabalhadores da área da saúde e as suas intercorrências de saúde até hoje não foram alvo de muitos estudos, apesar de alguns já levantarem a possibilidade de que esse segmento seja um dos mais acometidos e um dos menos assistidos nos danos à sua saúde.

A opção pela realização da investigação no município de Santa Cruz do Sul deve-se a diversos fatores. Entre eles, podemos citar o fato de este ser o município de origem da pesquisadora e onde são desenvolvidas suas atividades profissionais; o fato de o município ser um pólo de desenvolvimento industrial e comercial, o que origina diversos ambientes de trabalho em diferentes setores da economia, contribuindo para a ocorrência de patologias e acidentes de trabalho; o fato de o município estar constantemente discutindo e elaborando as políticas de Saúde do Trabalhador e da Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador, atividades em que a pesquisadora está permanentemente envolvida por ser integrante da Comissão Interinstitucional em Saúde do Trabalhador (CIST) nomeada pelo Conselho Municipal de Saúde; por ser Santa Cruz do Sul um dos municípios sede do Rio Grande do Sul, de um dos Centros Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador; e por não existirem no município pesquisas e dados que analisem a questão a ser estudada, principalmente e especificamente com relação à variável gênero do presente estudo, ou seja, à saúde da mulher trabalhadora da saúde do setor público. Também a realidade do número de profissionais do sexo feminino que atuam na rede pública do município apresenta índices

[1] O setor serviços engloba prestação de serviços, serviços auxiliares de atividades econômicas, transporte, comunicação social e administração pública (DIEESE, 2001).

expressivos, conforme já apresentava o estudo realizado por Weigelt (1999), em que, dentre os 74 profissionais participantes da investigação, 33 eram do sexo feminino, considerando-se somente os profissionais de nível universitário, integrantes daquela pesquisa. É importante ressaltar que, no presente estudo, também foram consideradas as profissionais de nível médio e fundamental, o que elevou o número de trabalhadoras da população do estudo, considerada a devida proporção numérica e os recortes estabelecidos pelo estudo.

As escolhas que as pessoas fazem em suas trajetórias de vida, quer no âmbito pessoal, quer no profissional ou em outro, denotam a busca incessante por um aprimoramento, um crescimento, um melhor entendimento de si próprio como pessoa, como familiar, como profissional, enfim, como cidadã integrante de uma sociedade. Essa conotação traduz a trajetória da investigadora, enveredando por caminhos diferentes, novos e, muitas vezes, por que não dizer, desconhecidos, porém, instigantes da curiosidade humana e do conhecimento científico. Pontuamos, nesse sentido, estes aspectos, como decisivos na opção pelo encaminhamento deste estudo, com abordagem desta temática, através do Programa de Pós-Graduação em questão – Doutorado em Serviço Social -, apesar da formação específica da pesquisadora na área de Enfermagem. Essa opção se justifica também pelo envolvimento anterior da pesquisadora com um programa de Mestrado em que a concepção de interdisciplinaridade, assim como este, também estava presente, tornando a experiência prévia enriquecedora.

Também a intenção de ampliar os horizontes de conhecimento, buscando-os em um novo campo do saber, passando pelas discussões pautadas pela área do Serviço Social, com ênfase na visão da contradição, do viés do embate, do olhar antagônico e questionador, do enfoque crítico e reflexivo, envolvendo as questões sociais, entre elas, a instigante área da saúde, contribuiu para a opção por este caminho. Todos esses aspectos pontuados pelo Serviço Social no âmago de sua construção histórica profissional nos fazem refletir, a ponto de permitir um melhor entendimento sobre alguns conceitos, alguns questionamentos, auxiliando a explicitar algumas situações vividas no espaço profissional e pessoal. Particularmente, esta trajetória não foi fácil. Em diversos momentos, as adversidades não nos apontavam, inicialmente, saídas ou caminhos a serem trilhados. À medida que os fatos se sucediam, a proximidade com as discussões desse campo do saber, e os sentimentos de superação e determinação que nos assolavam, estimulavam-nos a seguir em frente.

Entendemos que, cada vez mais, o conhecimento científico não está atrelado a questões exclusivamente relacionadas à área específica de formação, mas sim, a discussões e à troca de experiências que essa interação interdisciplinar e multiprofissional proporciona. O interesse específico também justifica-se pelo fato de a área de estudos e pesquisas, que a autora da presente investigação desenvolve em sua trajetória acadêmica, estar vinculada ao campo da saúde e trabalho, contemplada em um dos núcleos de pesquisa do Programa de Pós-Graduação em questão. Assim, a intenção da pesquisadora ao realizar o estudo neste programa é contribuir para a atuação no âmbito das políticas sociais, públicas e privadas, em suas diversas dimensões, conforme um dos objetivos deste estudo.

Retomando a discussão referente à temática de condução do estudo, apontamos, entre os trabalhadores da área da saúde, as mulheres. A dualidade do papel social feminino no processo de produção capitalista e na reprodução determina algumas particularidades em aspectos como comportamentos, posturas, expectativas, sentimentos, saúde, valores, crenças, enfim, perfis diferentes dos que ocorrem na população trabalhadora masculina. Completando esse panorama, conhece-se ainda a realidade discriminatória – apesar de algumas exceções - das situações de mercado de trabalho em relação ao trabalho feminino e à visão a respeito da atuação e do sucesso das mulheres em profissões que ainda são predominantemente masculinas (OLIVEIRA; SCAVONE, 1997; SILVA, 1997). Ressalta-se, ainda, a atividade doméstica e de responsabilidade e cuidado dos filhos, cultural e historicamente atribuída exclusivamente às mulheres.

Consideramos que, apesar do avanço e do incremento da mão-de-obra feminina no mercado de trabalho, a realidade de trabalho, com algumas iniciativas e exceções, ainda traduz a discriminação em relação às mulheres trabalhadoras em seu desempenho profissional (OLIVEIRA; SCAVONE, 1997). Essas situações acabam originando posturas de descaso e sub-relevância em relação à saúde das mulheres trabalhadoras. Seguindo esse viés, o estudo do gênero como um dos balizadores desta investigação, baseou-se nas reflexões de Oliveira (1999a), quando a autora refere que este “soma-se às diferenças sociais como explicativas dos diferentes lugares de poder que ocupam no mundo do trabalho as mulheres e os homens, e que devem ser identificadas para compreender como o trabalho repercute diferentemente na saúde do homem e da mulher” (p. 30).

No sentido de enfatizar de forma mais específica as considerações a respeito da escassez de estudos acerca da presença da variável gênero nos estudos da saúde dos trabalhadores, Oliveira (1999a) menciona que é restrita a capacidade e mesmo o interesse das ciências biomédicas em estudar essa questão. A autora enfatiza que os poucos estudos realizados com esse direcionamento não adotam, por exemplo, perspectivas comparativas dos efeitos dos riscos no trabalho em homens e mulheres e também entre as próprias mulheres e suas diferentes categorias de trabalho.

Com relação à atenção à saúde da mulher na história das políticas de saúde no Brasil, essas têm sido ainda demasiadamente limitadas ao binômio materno-infantil, em função de serem mais enfatizados os aspectos reprodutivos em saúde. Falta, assim, a efetividade de políticas que assegurem a saúde mental, sexual, no trabalho, na adolescência e na velhice, enfim, que promovam a cidadania e a segurança à saúde da mulher em outros âmbitos, tão importantes quanto àquele. Dessa forma, as especificidades dessas políticas poderiam auxiliar no rompimento com o modelo materno-infantil que focaliza a mulher como cliente especial em função tão somente do seu papel na reprodução biológica da espécie.

A preocupação com o tema do trabalho da mulher e a saúde no trabalho não é essencialmente nova , conforme já nos apresenta Brito (1999) em seus estudos. A novidade no presente estudo está em conciliar análises que articulem o processo de trabalho em saúde e seus princípios organizativos no envolvimento do serviço público de saúde, sob uma perspectiva de gênero. A intenção é interagir e contribuir para as modificações do campo da saúde do trabalhador, refletir sobre a questão, sob um prisma que denote visibilidade aos fenômenos, visualizando novos enfoques no processo trabalho-saúde-gênero.

Falar sobre as mulheres, e, mais especificamente, sobre as suas perspectivas em relação à sua saúde e ao seu trabalho, implica situar tal questão no âmbito de uma trajetória ao longo da qual várias escolhas são feitas. Assim, este estudo parte de interesses que vão desde a experiência profissional da pesquisadora, envolvendo atividades relacionadas às questões da Saúde dos Trabalhadores e ao fato fundamentalmente de ser mulher, profissional da área da saúde. Os questionamentos começaram a instigar o desejo da realização deste estudo, a partir das observações e experiências como profissional dessa área em relação às dificuldades e às resistências dos trabalhadores da área da saúde nas questões que envolvem a sua própria saúde e segurança na realização de suas atividades. Em diversas situações vivenciadas, instigava-me

a forma com que esses trabalhadores entendiam e conduziam a sua concepção de saúde e doença em relação às atividades desenvolvidas no seu trabalho. Por vezes, percebia-se a crescente e iminente dificuldade de percepção desses profissionais, incluindo-se também a pesquisadora, acerca do distanciamento cada vez maior da idéia de perceber-se também como um trabalhador, vulnerável e sujeito às mesmas condições e adversidades enfrentadas no trabalho como qualquer outro sujeito trabalhador por eles atendidos.

Desse modo, a compreensão de que a participação das trabalhadoras, enquanto sujeitos de vida e cidadãs, é capaz de contribuir para o melhor conhecimento da relação saúde - trabalho, direcionou as ações desta investigação. Assim, pretendeu-se sintetizar as experiências vivenciadas pelas mulheres trabalhadoras da área da saúde e algumas também pela pesquisadora, através de um embasamento científico, em um esforço que tem a pretensão de colaborar com a conseqüente valorização do trabalho das profissionais de saúde, com a minimização do sofrimento no trabalho e das respectivas conseqüências danosas para a sua saúde e para o aprimoramento da saúde da mulher trabalhadora de forma geral. Neste contexto, este trabalho tem a tendência, segundo os pressupostos de Brito (1999), de enfocar a importância de um novo olhar para os ambientes e processos de trabalho, que ultrapasse as visões tecnicistas e incorpore a análise das diferenças provenientes da dimensão do gênero. Oliveira (1999a) afirma que o “processo de trabalho é determinante da qualidade de vida das mulheres” (p. 75).

A partir desse direcionamento, a prática de definição de valores e crenças a respeito da saúde e do trabalho pretende adequar-se à realidade vivenciada a partir das necessidades do grupo social abordado, no caso desta pesquisa, especificadamente, da mulher trabalhadora, considerando-se que essas podem conhecer de forma mais aprofundada a relação de seu trabalho com sua saúde, aprimorá-la e, conseqüentemente, minimizar o sofrimento e os danos à sua saúde. Considera-se, também, que o impacto dessas reflexões poderá ter resultados em vários outros aspectos importantes como, por exemplo, na assistência à saúde da população em geral, principalmente, através do melhor entendimento e compreensão pelas profissionais de saúde a respeito do processo de organização do seu trabalho. É com essa perspectiva, e por entendermos que a mulher tem o seu papel social, definido ao longo de sua trajetória histórica, influenciando e sendo influenciada pelo ambiente social e de trabalho, que pretendemos conhecer seus significados sobre adoecimento e trabalho e as significações que estão envolvidas em seus discursos.

Com esse entendimento, o trabalho realizou uma análise do panorama estudado e pôde contribuir no desencadeamento de reflexões que envolvam comprometimentos teórico-práticos com a transformação das relações político-sociais, subsidiando a elaboração de propostas ou até mesmo a efetivação das próprias políticas públicas municipais e regionais na área de Saúde do Trabalhador, mais especificamente da trabalhadora da área da saúde. Como refere Fonseca (2000), antes de apontar soluções e prescrições, este trabalho tem como propósito demarcar modos críticos de pensamentos e de apreciações, que se encontram ambiguamente próximos e distantes da utopia e totalizantes para os (des)caminhos da sociedade, das ciências e das profissões.

Nessa direção e na delimitação do tema proposto, o estudo pretendeu, então, analisar e refletir sobre os fatores que contribuem para o sofrimento no trabalho, na perspectiva da construção social do adoecimento das trabalhadoras da saúde, a partir do processo de trabalho desenvolvido nos serviços públicos de saúde. Metodologicamente, os caminhos da investigação, no movimento dialético do ir e vir, "tornaram o objeto de estudo repleto de incertezas, mas pleno de possibilidades" (WÜNSCH, 2004, p. 139), na medida em que os desafios que foram surgindo, foram sendo enfrentados, desvelando riquezas e descobertas que a própria realidade empírica se encarregou de mostrar.

Com esse entendimento, a investigação traçou alguns questionamentos e direcionamentos importantes e também aspectos mediadores das reflexões e das análises realizadas, a partir dos fatores que podem contribuir para o sofrimento e o adoecimento no trabalho, como as questões norteadoras a seguir:

- De que forma a organização e o processo de trabalho nos serviços de saúde da rede pública pode levar ao sofrimento e ao adoecimento dessas trabalhadoras?

- Como a questão de gênero interfere na relação entre os processos de trabalho e o sofrimento dessas trabalhadoras?

- De que forma a interferência de questões políticas nas ações de assistência em saúde pode influenciar no adoecimento das profissionais de saúde?

- Como a política de saúde norteada para a promoção e prevenção pode confrontar com as práticas curativas e assistencialistas, interferindo no sofrimento e no adoecimento das trabalhadoras do setor saúde?

Partimos, então, de alguns pressupostos iniciais sobre o tema que, na nossa compreensão, terminam por submeter as trabalhadoras de saúde a um conjunto de situações desfavoráveis do ponto de vista de sua constituição como um ser social e profissional e que podem estar na base do sofrimento e do adoecimento vinculados ao trabalho desenvolvido, a saber:

- As desarticulações existentes na organização do trabalho desenvolvido no serviço público de saúde levam ao sofrimento físico e mental dessas trabalhadoras.

- Os profissionais que atuam neste segmento estão em permanente conflito entre as ações de enfoque assistencialistas e curativas e as ações do enfoque de prevenção e promoção da saúde, havendo um permanente confronto entre o trabalho realizado e o trabalho prescrito.

- O trabalho desenvolvido pelas trabalhadoras da saúde pode prejudicar seu desempenho profissional, com repercussões nas relações de trabalho, sociais e familiares.

- As constantes alterações político-partidárias interferem diretamente na organização do trabalho das profissionais de saúde, pela ênfase no enfoque assistencialista e paternalista de assistência, imposto pelos gestores de saúde e oferecido aos usuários, resultando em sofrimento dessas trabalhadoras.

Dessa forma, o objetivo principal deste trabalho é:

- Explicitar os fatores que contribuem para o sofrimento no trabalho, na perspectiva da construção social do adoecimento das trabalhadoras de saúde pública, a partir do processo de trabalho desenvolvido nos serviços, no intuito de contribuir para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento aos usuários.

Também pretendemos com este estudo, através dos seus objetivos específicos:

- Auxiliar no processo de reflexão das trabalhadoras a respeito de questões que envolvem a execução das suas atividades laborais e os danos à saúde no sentido de oportunizar contribuições para minimizá-los;

- Ampliar o entendimento sobre as questões de gênero no ambiente e em processos de trabalho em saúde, contribuindo para o esclarecimento e a superação dos efeitos dessa relação;

- Contribuir para a implantação de modificações nas ações e políticas de atenção à saúde da trabalhadora da área da saúde, visualizando um novo enfoque nos elementos trabalho-saúde-gênero.

Pretende-se que esta investigação possa servir de subsídio para a implementação de modificações nas políticas de atenção à saúde na área de Saúde do Trabalhador, contribuindo para o aprofundamento do entendimento dos aspectos da organização dos processos de trabalho em saúde pública, visando à minimização de implicações na saúde das trabalhadoras. Busca-se contribuir para a melhoria das condições de saúde para os trabalhadores na área e também para a qualidade e excelência dos serviços de atenção ao usuário. Pretende-se, também, contribuir com os serviços já implantados, através de reflexões que possam ser traduzidas em ações mais aprofundadas e qualificadas e também trazer subsídios para a ampliação dos serviços específicos da área de Saúde do Trabalhador já existentes.

Assim, com essa trajetória, busca-se contemplar a articulação da ciência com os diferentes cenários, espaços e sujeitos sociais e políticos, em um âmbito coletivo, criando possibilidades de intervenções e reflexões, no sentido de tornar visível a realidade do sofrimento e adoecimento no trabalho, especificamente, aqui relatado, o trabalho em saúde da mulher trabalhadora.

2 TRABALHO, SOFRIMENTO E ADOECIMENTO: UMA COMPLEXA INTERAÇÃO

Fazer referência ao tema que conduz às reflexões do presente capítulo, implica abordar uma ampla e complexa discussão, pautada em diversos aspectos que se articulam no sentido de contribuir para a questão do sofrimento e adoecimento no trabalho. Assim, alguns instigantes questionamentos nos inquietam ao introduzir, neste momento, esta discussão teórica, entre eles:

- Como entender que um dos mais nobres e dignificantes atos de promoção da cidadania pode também ser um dos mais importantes propulsores de agravos à saúde das pessoas?

- Como assimilar que o espaço coletivo de socialização, proporcionado por esse processo, pode levar também à morte?

- Que fatores existentes na essência desse ato podem ser os causadores do sofrimento e do adoecimento?

Ao abordar a nobreza, a dignidade e a socialização que esse processo pode propiciar, estamos nos referindo nada mais, nada menos, ao trabalho, ao ato de trabalhar, e ao sujeito acometido por esse processo, o trabalhador. Dessa forma, a partir destas reflexões introdutórias, norteamos nossas discussões teóricas, e também nossas expectativas pessoais e profissionais, em esperança de transformação dessa realidade, considerando, de início, uma abordagem significativa de Mendes (1995, p. 25), que diz:

> Aqui o sonho é trabalhar sem necessariamente adoecer ou morrer em decorrência do trabalho. Isto é mais que uma crença, um sonho. É uma possibilidade concreta, num mundo em rápidas transformações.

Com esses princípios norteadores, iniciamos a discussão, com as considerações sobre as condições patológicas e de normalidade do que é ser sadio e ser doente, que Canguilhem (2000) refere. Nesta abordagem saúde e doença são pólos de um processo dinâmico, contidos um no outro, complementares, e não opostos, como histórica e culturalmente foram interpretados, estando sujeitos às interferências sociais e culturais. “Essas idéias de luta entre

dois agentes opostos, de antagonismo entre a vida e a morte, entre a saúde e a doença, entre a natureza bruta e a natureza animada já estão ultrapassados. É preciso reconhecer em tudo a continuidade dos fenômenos, sua gradação insensível e sua harmonia" (p. 49). Sendo assim, a saúde e a doença não são dois modos que diferem essencialmente, sendo importante não fazer desse binômio princípios distintos, entidades que disputam entre si.

Uma situação que pode ser considerada normal, apesar de ser normativa em determinadas condições, pode se tornar patológica em outra situação, se permanecer inalterado. O indivíduo e a sociedade é que avaliam essa condição, rotulando-a de doença ou saúde. O autor manifesta enfaticamente, por diversos momentos em sua obra, suas reflexões sobre o fato de o estado patológico não ser meramente uma forma linear, seqüencial do estado considerado normal, sadio. "Saúde não é a ausência de doença, e sim, poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico" (p. 160).

A partir dessas definições, percebemos que não cabe atribuir de forma isolada, individualizada ao sujeito, a responsabilidade de distinguir o ponto exato em que começa a doença e o momento de perda de capacidade de voltar a uma condição em que se sinta normal. Consideramos relevante pensar o binômio saúde-doença não como fenômeno clinico/individual, mas sim sociológico/coletivo. Minayo (1999) coloca que a linguagem da doença refere-se ao comprometimento do indivíduo de dar respostas à sociedade e às relações sociais, e não, necessariamente, em primeiro lugar, ao seu corpo. Dessa forma, o indivíduo julga seu estado não somente por suas manifestações intrínsecas, mas a partir de seus efeitos extrínsecos, necessitando legitimar a definição de sua situação através dos profissionais e dos serviços de saúde, tornando-se, assim, doente para o outro e para a sociedade.

Codo e Sampaio (1995) também dizem que o processo saúde/doença é um processo histórico, cuja dinâmica é composta por três importantes fatores, biológicos, psicológicos e sociais, sendo o indivíduo o fenômeno que expressa a totalidade das suas experiências históricas e de seu mundo. Sendo assim, a saúde deve ser resultante de uma sucessão de compromissos que se estabelece com a realidade, a partir de entendimentos como os de Pires (1999), Minayo (1999), Dias (2000), Martinelli (1998), que consideram as pessoas como sujeitos sociais, com vontade própria, individualidade e direitos de cidadania e que, ao mesmo tempo, fazem parte de grupos sociais.

Minayo (1999) refere-se às influências sociais e culturais que atingem esses conceitos, dizendo que saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, pois as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelos quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Nesse sentido, saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos os dados são reais em suas conseqüências. Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige.

Subjacente às idéias de Canguilhem (2000), Minayo (1998) e Pires (1999), os pressupostos de Dejours (1986) já sedimentavam esses conceitos, ampliados pelo autor para a fronteira das questões do universo do trabalho. Segundo o autor, esses compromissos situam-se no âmbito social, das condições de trabalho, da subjetividade e da organização do trabalho. Portanto, trata-se de um conceito de saúde, de caráter dinâmico que remete para algo a ser conquistado, ao contrário de um “estado” conforme nos indica os estudos de ordem médica, clínica/biologicista. Essa conquista não é de caráter individual, mas essencialmente uma tarefa coletiva.

A partir do entendimento de que o trabalho é elemento central na compreensão do processo saúde-doença, não apenas porque gera riscos à saúde, mas principalmente porque, como categoria social, é que estrutura a organização da sociedade (ROCHA; NUNES, 1993), o processo de trabalho pode, então, provocar, desencadear ou agravar uma doença, gerando uma doença do trabalho. Para Codo e Sampaio (1995), o trabalho ocupa um lugar na determinação das características psicológicas, pois constitui a atividade propriamente humana, que serve como estruturadora do psiquismo, da personalidade e da identidade, influenciando no modo como os seres humanos produzem suas condições de existência. Conforme essa concepção, Lima, Assunção e Francisco (2003) salientam que é pelo trabalho que o homem se constrói e destacam que o modo como o homem vive e trabalha contribui no modo como o homem é. Diante dessas constatações, podemos entender o trabalho como um elemento constitutivo da identidade, pois na medida em que o ser humano vai praticando-o, também vai se organizando, enquanto um ser social, único, singular, distinguindo-se dos demais seres humanos.

De acordo com Tittoni (1994), “o trabalho inscreve o ser humano nas relações com os seus semelhantes e com o mundo, através da produção de bens e valores que constroem a sociedade” (p. 12). Pelo trabalho, o ser humano vai se conhecendo, desenvolvendo-se e diferenciando-se dos outros, definindo sua singularidade e com isso, marcando sua presença no contexto no qual está inserido, como uma pessoa com características próprias. Assim, o trabalho pode instituir “modos de ser”, de pensar e de agir, sendo que falar em trabalho é um pouco falar de seu próprio “modo” de ser e de agir. Nesse caso, o modo de ser pode ser entendido como um conjunto de formas de comportamentos adquiridos ou absorvidos no desenvolvimento da atividade laboral, na qual sabe-se que este não se constitui somente pela experiência de trabalho, mas também durante toda a trajetória que articula as diferentes dimensões da vida dos trabalhadores.

Nesse sentido, Codo et al. (1993) afirmam que qualquer que seja o modo de produção ou a tarefa, existe sempre uma transferência de subjetividade, pois “trabalhar é impor à natureza a nossa face, o mundo fica mais parecido conosco e, portanto, nossa subjetividade depositada ali, fora de nós, nos representando” (p. 189-190). Segundo os autores, os significados reais do trabalho se escondem, e não são revelados ao primeiro olhar, dependem de uma análise rigorosa, exaustiva, onde são obrigatórias a observação do cotidiano, as representações do trabalhador, os desígnios da empresa.

Da mesma forma, Dias (2000) refere que “o processo saúde-doença dos trabalhadores, como e por que adoecem e morrem e como são organizadas e atendidas suas necessidades de saúde pode ser considerado uma construção social diferenciada no tempo, lugar e dependente da organização da sociedade” (p. 3). A autora considera que a partir da década de 90, com a Reestruturação Produtiva, que introduziu mudanças na produção, tecnologia e organização do trabalho, houve mudanças radicais na vida e nas relações das pessoas e, por conseqüência, no viver e adoecer das pessoas. Os resultados dessa revolução no universo do trabalho foram o desemprego, precarização do trabalho, fragmentação do processo produtivo e divisão social e técnica do trabalho que passaram a contribuir para a degradação da qualidade de vida e desgaste físico e mental.

Segundo Ferreira Júnior (2000), o processo de reestruturação produtiva modificou o perfil do trabalho e dos trabalhadores, os determinantes da saúde-doença dos trabalhadores, o quadro de morbimortalidade relacionada ao trabalho e à organização e às práticas de saúde

relacionadas ao trabalho. Como principal conseqüência desse processo de transformação ocorreu a diminuição dos postos de trabalho e o aumento das exigências e de qualificações requeridas dos trabalhadores, reforçando a exclusão dos menos qualificados, muito jovens e mais idosos, menos escolarizados e/ou portadores de algum tipo de desvantagem biopsíquica ou social. Cresceram, assim, também os índices do trabalho no setor informal e a terceirização dos serviços, contribuindo para a precarização do trabalho. A respeito disso, Dejours (2003) afirma que na precarização do trabalho o primeiro efeito é a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo; o segundo efeito é a neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, contra a dominação e contra a alienação; a terceira conseqüência é a estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez – negar o sofrimento alheio é negar o seu; o quarto efeito é o individualismo.

Acrescente-se a isso o aumento significativo do desemprego entre a classe trabalhadora e seus efeitos como a deterioração da capacidade de compra de bens e serviços essenciais ao bem-estar; a deterioração da auto-estima e da auto-imagem dos trabalhadores atingidos; o desenvolvimento de mecanismos de defesa para garantir a estabilidade no emprego; o acirramento dos conflitos interpessoais no trabalho e o enxugamento dos quadros de trabalhadores nas empresas. Mendes (2003) considera essa questão da seguinte forma:

> Sabemos que as condições de trabalho tem repercussões diretas sobre a saúde dos trabalhadores, uma vez que expõem as pessoas a diferentes riscos de adoecer e de morrer...Abordar esse complexo processo demanda ainda, considerarem-se algumas questões atuais, como a urbanização, o crescimento demográfico, a expansão dos meios de comunicação de massa, a sinalização da mídia e a globalização da economia, entre outros. Essas questões não deixam dúvidas de que a saúde e a doença, a vida e a morte dos indivíduos são aspectos relacionados a fatores que transcendem as análises de sua causalidade e multicausalidade (p. 49)

Nesse sentido, essas reflexões nos levam a deduzir que as inovações tecnológicas, embora tenham reduzido ou eliminado fatores de risco ocupacional, tornando o trabalho, em alguns ramos, mais leve, menos perigoso, menos sujo, têm introduzido outros, como a intensificação e a exigência da produtividade, a rigidez na hierarquização dos processos de trabalho, traduzidos na crescente carga psíquica e no sofrimento mental. Nessa linha, surgiram como conseqüência, efeitos adversos do trabalho à saúde como o estresse e o adoecimento físico e mental pela sobrecarga de tarefas, traduzida em uma diminuição do repouso e dos períodos de lazer. Outros efeitos, enfocando o âmbito biológico, também foram surgindo, como os vinculados a processos produtivos que introduziram novas matérias-primas, ou

intensificaram processos que envolviam produtos com matérias-primas já existentes há algum tempo, como aqueles que utilizam produtos que requerem tempo de latência longo, entre eles, por exemplo, leucemia em expostos ao benzeno ou câncer de pulmão em expostos à poeira de sílica, efeitos decorrentes da exposição a baixas dosagens por períodos prolongados, como os efeitos neurocomportamentais em expostos a solventes.

As inovações tecnológicas, somadas aos novos métodos gerenciais, contribuíram significativamente para a intensificação do trabalho com o aumento de ritmo, responsabilidades e complexidades das tarefas, ocasionando ainda envelhecimento prematuro, aumento das doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas, doenças ósteo-musculares relacionadas ao trabalho (DORT), e sintomas na esfera psíquica (FERREIRA Júnior, 2000). Como conseqüência, surge um novo perfil epidemiológico, caracterizado pela mistura de padrões de adoecimento e morte heterogêneos, em que os velhos problemas de saúde-doença superpõem-se aos novos, e em que a morbidade dita ocupacional mescla-se com a não-ocupacional, resultando em um tipo de mosaico.

O trabalho se desenvolve dentro de condições de higiene e segurança determinadas pelo ambiente físico, pela presença de substâncias tóxicas no ambiente, pela presença de agentes biológicos, pelas características antropométricas do ambiente de trabalho e por características da organização do trabalho que determinam a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o trabalho repetitivo, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, a responsabilidade, os salários e outros. Nesse contexto, permeado de agressões à saúde física, mental e social, o indivíduo realiza seu trabalho, com seus desejos, suas esperanças e capacidades quase sempre não consideradas pela organização do trabalho.

Aliado a essas questões, o adoecimento relacionado ao trabalho implica também um sofrimento não exclusivo dos fatores ligados à própria patologia, mas também denotam um sentimento de autoculpabilização pelo fato de ter adoecido e estar impossibilitado de trabalhar. Assim, a vivência do adoecimento profissional traz também a marca de uma individualização da doença. Os elementos que constituem essa individualização, conforme Ferreira Júnior (2000) e Minayo (1999), são a fragilização do corpo, devido à patologia, a alteração do modo de vida do trabalhador, o isolamento e o enfraquecimento dos relacionamentos estabelecidos fora do âmbito da família. Assim, o valor moral do trabalho se

torna visível pela associação trabalho = saúde = honestidade e doença = vagabundagem. Para Minayo (1999), essa intrínseca relação não deixa dúvidas de sua intencionalidade:

> Essa noção tem estreita relação com a economia e eventualmente com a criação de mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista. Para a classe trabalhadora, a representação de estar-doente como sinônimo de inatividade tem a marca da experiência existencial. Trata-se de uma equivalência social e não natural. As expressões correntes: 'a saúde é tudo, maior riqueza', 'saúde é igual à fortuna, maior tesouro'; em oposição à doença como castigo, infelicidade, miséria etc. são representações eloqüentes de uma realidade onde o corpo se tornou, para a maioria, o único gerador de bens. (p. 185).

Assim, ao invés de se modificar o modo como o trabalho é organizado e executado, culpa-se o trabalhador que se acidenta ou adoece pelo próprio infortúnio. Nesse mesmo enfoque, Dejours (1992) afirma que no processo de trabalho o que causa o sofrimento psíquico do trabalhador é a organização do trabalho. O autor afirma que nas *condições de trabalho* é o corpo que recebe o impacto, enquanto que na *organização do trabalho*[2] o alvo é o aparelho psíquico e o desejo, não se limitando a uma desapropriação do saber. Ou seja, para o autor, as condições de trabalho têm por alvo principalmente o corpo dos trabalhadores e a organização do trabalho atua em nível do funcionamento psíquico, amordaçando a liberdade de organização exercendo sobre o homem uma ação específica, com impacto no aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o ser humano, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme as suas necessidades fisiológicas e seus desejos psicológicos, isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

> O sofrimento começa quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo o que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho... Não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento... A certeza de que o nível atingido de insatisfação *não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento* (DEJOURS, 1992; p. 52).

---

[2] Por condição de trabalho entende-se o ambiente físico (temperatura, pressão, ruído, vibração, irradiação, altitude, etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc. (DEJOURS, 1992)

Assim, quando um trabalhador é acometido por uma doença física, essa ocasiona queda da produtividade e conseqüentemente prejuízo à instituição. Porém, quando ocorre o sofrimento mental, ocorre uma relação inversa, pois esse sofrimento pode contribuir positivamente para a produção, uma vez que:

> Nas tarefas repetitivas, os comportamentos condicionados não são unicamente conseqüências da organização do trabalho. Mais do que isso estruturam toda a vida externa do trabalho, contribuindo deste modo, para submeter os trabalhadores aos critérios de produtividade. A erosão da vida mental individual dos trabalhadores é útil para a implantação de um comportamento condicionado favorável à produção. O sofrimento mental aparece como intermediário necessário à submissão do corpo. (DEJOURS, 1992; p. 96)

O autor ainda constata que não existem doenças específicas geradas por essa exploração do sofrimento ocasionado pela organização do trabalho. Quando ocorre um distúrbio psíquico, esse está vinculado à estrutura de personalidade individual e seu surgimento a situações reais vivenciadas, devendo levar em consideração três componentes na relação entre o homem e a organização do trabalho: “a fadiga, que faz com que o aparelho mental perca sua versatilidade; o sistema de frustração-agressividade reativa, que deixa sem saída uma parte importante da energia pulsional; a organização do trabalho, como correia de transmissão de uma vontade externa, que se opõe aos investimentos das pulsões às sublimações” (p.122)

O desgaste físico no trabalho tende a ser menor com os constantes aprimoramentos tecnológicos e de ferramentas que auxiliam e minimizam o esforço físico do trabalhador, porém, o funcionamento mental passa a ser mais atingido (COHN; MARSIGLIA, 1993). Fatores de desgaste e predomínio quase absoluto de movimentos estereotipados e repetitivos, como a intensificação dos ritmos do trabalho e o trabalho por turnos rotativos com implicações sobre o ciclo circadiano e sobre a vida social e familiar do trabalhador, contribuem para esse processo.

O sofrimento no trabalho vai além do espaço de trabalho (DEJOURS, 1992); o sofrimento não implica só processos que ocorrem no interior da instituição, mas acrescentam-se os processos que ocorrem fora da empresa no espaço doméstico e na economia familiar do trabalhador. O que faz as pessoas viverem é seu desejo, suas esperanças, seus objetivos. Quando o desejo não é possível e não há como vencer a angústia é que estamos diante do perigo, do sofrimento e da doença. Assim não basta tratarmos o indivíduo, em particular, mas

também, questionarmos as formas da organização do trabalho, da realidade social e do coletivo dos trabalhadores. É no coletivo dos trabalhadores que poderemos encontrar os indícios de como a organização do trabalho está funcionando como estabilizador ou não do equilíbrio físico, psíquico e social destes trabalhadores (GUIMARÃES; GRUBITS, 1999).

Assim, a má qualidade nas relações de confiança, de cooperação, de reconhecimento, associada à fragmentação e a rigidez na organização do trabalho são causadores de sofrimento, sendo a somatização da doença uma saída individual na tentativa de suportar esse sofrimento. Oliveira (1999b) considera que "o trabalho passa a ser o mediador da passagem do sofrimento para o prazer, quando ocorre o espaço aberto de discussão e são respeitadas a singularidade e a subjetividade de cada um, possibilitando a construção de relações mais satisfatórias" (p. 8).

O sofrimento está presente no trabalho e para que não haja descompensação mental, o sujeito se utiliza de defesas, na tentativa de minimizá-lo, de suportá-lo e quando essas defesas são construídas coletivamente passam a denominar-se estratégias coletivas de defesa. Para Dejours (2003) essas estratégias coletivas de defesas "contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento" (p. 103).

Já Hirata (1986) e Oliveira (1999a) ao analisarem particularmente as questões de gênero e trabalho, evidenciam a não ocorrência de estratégias coletivas de defesas entre as trabalhadoras mulheres comparáveis às dos trabalhadores homens, o que a leva a ressaltar as estratégias coletivas de defesa como sendo incisivamente viris, masculinas. As autoras enfatizam que os estudos sobre este aspecto levam em conta predominantemente a população trabalhadora masculina, não sendo adequadas às mulheres trabalhadoras, supondo que, entre as mulheres, as possibilidades de criação de uma estratégia coletiva podem ser diferentes das até então estudadas pela Psicodinâmica do Trabalho, essas eminentemente masculinas.

3 O PROCESSO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para falar do processo de trabalho em saúde, o eixo condutor desta trajetória foi o entendimento de que, como trabalho, o cuidado da saúde humana assume características particulares e específicas desse ramo de atuação, embora assimile a estrutura geral de outros setores nas relações de produção de trabalho. Utilizamos como referências iniciais e introdutórias, os estudos de Lunardi Filho e Leopardi (1999) que ressaltam a divisão do trabalho em saúde em diferentes ramos de especialidades, onde diferentes grupos de indivíduos cooperam entre si, o que determina relações entre o objeto, os instrumentos e o produto deste trabalho. As atividades desses profissionais de saúde são autônomas, porém, complementares, estabelecendo uma hierarquia entre os agentes, a partir de diferentes categorias profissionais que participam deste trabalho. Essa forma de organização do trabalho coletivo em saúde apresenta uma divisão técnica com características de manufatura [3], sendo sua lógica de qualificação, no interior do setor terciário, um serviço a ser consumido.

Como serviço, segundo os autores, o trabalho em saúde torna-se menos visível em todas as suas etapas, porque produto e consumo se confundem. O cliente é, ao mesmo tempo, objeto de trabalho (um objeto-sujeito) que se torna produto ao sofrer ações dos trabalhadores de saúde e que ao usufruir das mesmas, durante as etapas constitutivas dos diversos processos de trabalho em saúde, já as usufrui na qualidade de consumidor.

Lunardi Filho e Leopardi (1999) colocam que se percebe uma “industrialização” do trabalho em saúde e comparam esse com o trabalho realizado em um escritório. A progressiva eliminação do pensamento no trabalho de escritório conseguiu reduzir o trabalho mental quase que única e exclusivamente à mera execução repetitiva de uma mesma e pequena série de funções. Ao tornarem-se repetitivos e rotineiros, os processos mentais ficam reduzidos a um fator subjacente ao processo de trabalho, no qual a rapidez e a destreza com que a parcela manual da operação pode ser efetuada dominam todo o trabalho. Porém, essa economia da força de trabalho, verificada no escritório, não se traduz na área da saúde, mantendo-se o setor como, essencialmente, de trabalho intensivo. Com relação a esse aspecto, Pitta (1994) aponta:

---

[3] Manufatura – processo de trabalho pelo qual o trabalho é desenvolvido pelo esforço humano, as operações são manuais e dependem da habilidade, rapidez, segurança e destreza individual dos trabalhadores. Para a construção de um produto são necessárias numerosas operações executadas pelo mesmo trabalhador (PIRES, 1998).

> Há quem classifique o trabalho em saúde como algo que se limita ao seu efeito útil, a produzir valores de uso estrito, não mercantis. É o trabalho que se consome como atividade útil por si mesmo, devido ao conhecimento e à capacidade técnica que o orientam, dirigindo-se quer a personalidade viva do usuário, quer a algum objeto de sua propriedade. (p. 50).

O trabalho em saúde está permanentemente sujeito a imprevistos. Há regularidades, padrões que se repetem, tendências que podem ser identificadas, porém, por alguma razão, cada caso é um caso, e assim deve ser tratado. Para isso, é importante que os serviços de saúde se constituam em uma rede articulada, com ações individuais e coletivas, possibilitando o enfrentamento dos problemas de saúde e qualificando a assistência à saúde. Os profissionais de saúde, de forma geral, apesar das adversidades econômicas, financeiras, de provisão de recursos humanos e organizacionais, presentes, por exemplo, no serviço público, referem que ainda existem aspectos que os incentivam na continuidade de seu trabalho. Exemplo disso encontramos no relato de Somavilla (2001):

> Percebemos que os profissionais destacam como sendo elemento motivador a questão da obtenção de um resultado final positivo, ou seja, a cura da doença e o reconhecimento por parte dos usuários... Outro aspecto que destacamos é que existem novas formas de reconhecimento do trabalho, dos serviços de saúde...Julgamos necessário que os profissionais estejam motivados por elementos sólidos tais como trabalho em equipe, propostas de trabalho bem estruturadas, condições para o desenvolvimento destas propostas e possibilidade de participar na elaboração e avaliação das mesmas. (p. 99-100).

Kirchoff (1995) comenta que o processo tecnológico trouxe consigo a ampliação das profissões, conseqüentemente, ampliando as necessidades da sociedade e, dessa forma, o trabalho como um todo. Assim, os profissionais de saúde são conhecidos e percebidos pela sociedade através das atividades específicas que cada categoria executa. No entanto, a finalidade no trabalho em saúde não tem uma significação específica ou exclusiva para cada momento da assistência, realizado separadamente pelas diferentes categorias profissionais, mas, sim, uma significação social que determina o rumo, as perspectivas dos profissionais de saúde, em direção a uma assistência única à saúde.

Com todas essas interferências e particularidades no trabalho em saúde, a análise do processo de trabalho torna-se enriquecedora, mas ao mesmo tempo complexa, pois não pode-se esquecer o seu objeto principal, que é o ser humano, único, com toda a riqueza de sua existência e de sua história.

3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS SOBRE PROCESSO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

As abordagens sobre processo de trabalho e organização do trabalho, muitas vezes, podem confundir suas interpretações. Dessa forma, ao analisá-las conceitualmente entendemos a necessidade de contextualizá-las e apresentá-las a seguir.

O trabalho, como ato concreto, individual ou coletivo, é, por definição, uma experiência social. Seu conceito é genérico, pois engloba atividades de produção de bens e serviços e conjunto das condições de exercício dessa atividade. Com o desenvolvimento do capitalismo, a atividade produtiva realiza-se sob a coação de uma relação econômica específica, a relação assalariada (CATTANI, 1996). Nesse sentido, a categoria trabalho implica uma gama diversificada de dimensões, embasadas nas concepções do homem como ator ou como autor de sua própria história. Assim sendo, abordar o processo de trabalho e a organização do trabalho implica contemplar a dimensão tecnológica, a dimensão organizacional e a dimensão da construção dos sujeitos coletivos (COHN; MARSIGLIA, 1993).

O conceito de processo de trabalho foi desenvolvido por Marx (1980) e diz que o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza, submetendo-as ao seu controle, extraindo e transformando os recursos naturais em formas úteis à sua vida. A partir dessa definição, Liedke (1997) caracteriza processo de trabalho como a atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer às necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção. Seu significado é eminentemente qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho. Codo et al. (1993) também referem que o processo de trabalho enfoca o aspecto qualitativo do trabalho, seu conteúdo, a produção de utilidades que irão satisfazer às necessidades humanas. Já a organização do trabalho, segundo Dejours (1986) abrange o conteúdo e a composição das tarefas, o que, conseqüentemente, implica a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores, a partir desse processo.

> Assim, quando o indivíduo trabalha sob o controle capitalista, a quem vende sua força de trabalho, o processo de trabalho passa a voltar-se não mais para produção de utilidades, de valores de uso, mas de valor de troca, como processo capitalista de

> produção de mercadorias, baseado na valorização do valor (mais-valia) (LIEDKE, 1997, p. 182).

Marx, de forma geral, em seus estudos sobre o processo de trabalho, enfatiza que o processo de trabalho capitalista é essencialmente processo de produção de mais-valia e não de produção simples de mercadorias. Esse processo produz e reproduz a relação capitalista, que se estabelece entre as classes sociais, tendo de um lado o capitalista, dono do capital, e de outro o assalariado.

As transformações do processo de trabalho no capitalismo expressam a necessidade de ampliar constantemente a produtividade tendo em vista a acumulação do capital, ao mesmo tempo em que procuram enfrentar a resistência dos trabalhadores (COHN; MARSIGLIA, 1993). O processo de trabalho é, ao mesmo tempo, um processo técnico, social e econômico, sendo os instrumentos de trabalho o resultado de determinadas relações de classe e do desenvolvimento científico-tecnológico. Nesse sentido, a acumulação do capital demanda o controle do processo de trabalho, a fim de que o trabalhador produza mais, através de formas mais aprimoradas de divisão do trabalho, sendo esse controle obtido pela separação das tarefas de concepção, das tarefas de execução do trabalho. Outro aspecto importante na acumulação do capital articula-se com o incremento da produtividade do trabalho, desenvolvendo para isso os instrumentos de trabalho.

Dessa forma, para analisar os diferentes processos de trabalho que se desenvolvem no interior da ordem capitalista, faz-se necessário abordar a divisão e a organização do trabalho, bem como as características da tecnologia empregada. O processo de trabalho ao absorver a tecnologia, e exigir uma conseqüente divisão técnica, vai crescentemente impondo o fator tempo e sua economia na execução das tarefas como elemento essencial para garantir a produtividade.

Nessa linha de pensamento, apontamos quatro momentos característicos do processo de trabalho na história do modo de produção capitalista (COHN; MARSIGLIA, 1993):

- Cooperação simples – baseia-se no ofício, que leva o trabalhador a executar tarefas variadas correspondentes às do artesão, mantendo-se preservada a unidade entre concepção e execução do trabalho. O controle do capitalista sobre o processo de

trabalho se dá pela relação de propriedade, e não pela apropriação do saber do trabalhador.

- Manufatura – os ofícios dos antigos artesãos são agora decompostos em várias atividades, e cada trabalhador realiza tarefas parcializadas, configurando-se a separação entre concepção e execução do trabalho Com isso, tem início a desqualificação do trabalho e a sua parcialização possibilita o aumento da intensidade do trabalho e, por conseqüência, sua produtividade.

- Maquinaria – a máquina substitui as ferramentas artesanais e a fonte energética deixa de ser a força humana. Aprofunda-se ainda mais a separação entre a concepção e a execução do trabalho, que é dividido em várias fases que se sucedem e são determinadas pelas operações da máquina. O trabalhador desqualifica-se ainda mais porque passa a fazer algumas tarefas isoladas que o impedem de ter um conhecimento sobre a totalidade do processo de trabalho no qual está envolvido. Ressalta-se que a chamada "organização científica do trabalho", representada pelo Taylorismo e Fordismo, não promove mudanças na base técnica do processo de trabalho com maquinaria, mas converte o trabalhador em objeto de produção e não mais sujeito. Há uma intensificação do trabalho, pois os movimentos do trabalhador são determinados pela máquina, aumenta a parcialização das tarefas, sendo estabelecido previamente o que o trabalhador deve fazer e de que forma.

- Automação – define o processo de inovação tecnológica de base microeletrônica. Com a automação ocorre uma acentuada redução da participação da força de trabalho no processo de produção, restringindo a participação do trabalhador às funções de vigilância do processo produtivo e também aumentando o número de trabalhadores qualificados para as tarefas de manutenção.

Percebe-se, com a introdução dessas etapas, uma histórica e crescente trajetória do processo de trabalho, sob uma condução capitalista cada vez mais incisiva no modo de produção. Assim, seqüencialmente, esses diferentes momentos foram sendo introduzidos, criando-se uma intrínseca relação entre o avanço tecnológico e o avanço capitalista desses processos produtivos.

À medida que vai crescendo e se aperfeiçoando, o processo de produção também vai impondo o fator “economia de tempo” na execução das tarefas como elemento essencial para garantir e aumentar cada vez mais a produtividade. Então, surgem e aperfeiçoam-se as técnicas de organização que transformam as relações sociais no interior da produção em objeto de técnicas e de áreas específicas tais como coordenação, planejamento, finanças, marketing, material e métodos, gerência, administração, recursos humanos, dentre outras (COHN; MARSIGLIA, 1993).

Sob esse enfoque, atualmente os gerentes e coordenadores têm como função, cada vez mais importante, o controle e o planejamento, ou seja, a organização do processo produtivo, buscando sua maximização, aprimorando-o e impedindo que quaisquer conflitos e problemas possam vir a prejudicar os objetivos essenciais de produtividade da empresa.

O processo de trabalho é o modo como o homem produz e reproduz sua existência e sua história individual e também coletiva nos espaços em que convive (ALMEIDA; ROCHA, 1997). Ao fazê-lo, estabelece relações sociais, transformando e sendo transformado pela realidade, de modo que pode tornar mais “objetiva sua subjetividade”, seu modo de pensar e refletir sobre as diferentes situações vivenciadas no trabalho. Assim, segundo as autoras, e seguindo a concepção metodológica que conduziu o presente estudo, a ser ainda explicitada a seguir:

> A concepção histórica, materialista e dialética procura demonstrar que cada geração transmite uma massa de forças produtivas, de capitais e de circunstâncias que é, por um lado, muito modificada pela nova geração, mas por outro, dita-lhe suas condições de existência e lhe imprimem um desenvolvimento, um caráter específico. Conseqüentemente, as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias. (p. 23-24).

Portanto, compreender o processo de trabalho e as práticas em saúde como fatores articulados ao modo de produção, às políticas sociais, como sendo parte integrante de um processo histórico, coletivo, organizado socialmente para atender às exigências e às necessidades sociais da população em saúde, constitui-se essencial para este estudo.

No caso do trabalho em saúde, dadas as características e especificidades de sua essência, Pires (1998) refere que esse se constitui de uma produção não-material, que se completa no ato de sua realização. O processo de trabalho dos profissionais de saúde, para a

autora, tem a ação terapêutica de saúde como finalidade e como objeto o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos. Já o instrumental de trabalho se constitui de instrumentos e condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde sendo o produto final a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida.

O processo de trabalho na saúde evoluiu de forma que, de cuidados simplificados, passou-se a trabalhar com instrumentos complexos, produtos de muitos outros trabalhos, havendo a necessidade de diversificação e especialização da força de trabalho para realização dessas atividades (KIRCHOFF, 1995). Outro aspecto fundamental sobre o trabalho na atualidade, citado por Leopardi (1999) e que também passou a influenciar os profissionais da saúde, é o avanço da tecnologia básica na área, correspondendo a um aprimoramento e a uma sofisticação do processo clínico. O diagnóstico e a prescrição como ato central do processo assistencial em saúde, assimilam essa sofisticação, enquanto as outras ações de saúde como, por exemplo, de enfermagem, de nutrição, de fisioterapia, de serviço social continuam a ser consideradas simples. A autora aponta que, do século XVII ao século XX, algumas mudanças e situações significativas no processo de trabalho em saúde podem ser observadas, tais como:

- Aprofundamento da *coisificação* do paciente, à medida em que a manipulação relativa os problemas de saúde, preventivos ou curativos, promove um maior distanciamento entre profissionais e pacientes, interpondo-se mais e mais artefatos entre ambos, de modo que o contato direto, até mesmo com o corpo torna-se cada vez mais raro, mais ainda em relação ao contato afetivo;

- A hierarquização do trabalho em saúde continua centrada no profissional médico, mesmo que seu trabalho venha perdendo espaço no mercado;

- O trabalhador de saúde vem sendo basicamente consumido no trabalho, pelo excesso de responsabilidades, inclusive legais, pelas cargas ocupacionais e pelas condições inadequadas no ambiente, além da perda do espaço de lazer. Traduzindo-se este item para o serviço público em saúde, deve-se considerar ainda as exigências e pressões do gestor em saúde, muitas vezes, contraditórias aos desejos e às necessidades dos profissionais de saúde em seu trabalho.

Considerando-se os aspectos apontados, percebe-se que a lógica da organização capitalista do trabalho penetra e atinge profundamente a organização da assistência de saúde, o que se verifica claramente nos espaços institucionais dos serviços de saúde, através da forma de sua organização. Assim, a assistência de saúde resulta de um trabalho coletivo, porém, parcelado em diversas atividades, planejado por alguns e exercido por muitos e diferentes profissionais de saúde e por outros trabalhadores treinados para atividades específicas da área. Pires (1998) refere que os profissionais de saúde desenvolvem os seus trabalhos com relativa autonomia, mas ainda muito sob o gerenciamento da categoria médica, o que acaba causando dificuldades de relacionamento profissional e pessoal entre os membros da equipe de saúde, pois há de se considerar que cada categoria possui as suas atribuições específicas. “Os médicos interferem no trabalho dos demais profissionais de saúde, tornando-os dependentes, em maior ou menor grau, das decisões médicas e detêm o controle do processo assistencial em si” (PIRES, 1998, p. 87). Desse modo, internamente às profissões de saúde, verifica-se, mais claramente, a lógica do parcelamento das tarefas, da fragmentação do homem, correspondente ao modelo biológico- positivista de entendimento das doenças.

Apesar de o trabalho assistencial em saúde continuar sendo prioritariamente compartimentalizado, com pouco ou nenhum espaço de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais sobre o paciente, pode-se identificar algumas atividades que quebram com esse modelo tradicional e indicam a possibilidade de um trabalho do tipo cooperativo, como o trabalho multidisciplinar, realizado cooperativamente e interdisciplinarmente na avaliação, na realização de procedimentos e na orientação de pacientes. Para isso, é preciso repensar a forma de organização dos serviços de saúde, os serviços oferecidos, a base teórica para a fundamentação das pesquisas e o modelo da prática.

Até o início da década de setenta, a assistência à saúde existente no Brasil resumia-se ao atendimento da medicina, com enfoque quase que exclusivamente curativo, exercido prioritariamente nos consultórios particulares, nos hospitais e nos grandes ambulatórios da Previdência Social (VASCONCELOS, 1997). O modelo de atenção à saúde no Brasil começou, então, a modificar-se, quando se iniciaram os questionamentos da população e de governantes a respeito de como levar assistência à saúde a parcelas crescentes da população, cada vez mais exigentes de seus direitos à saúde sem aumentar significativamente as despesas financeiras, sem falar nos altos custos dos tratamentos curativos, que envolviam aparelhos sofisticados e profissionais especializados. Assim, as políticas de saúde do governo brasileiro

foram criando projetos cada vez maiores de expansão da assistência à saúde, enfocando também as questões preventivas, surgindo, dessa forma, os serviços de atenção primária à saúde. A realidade dos profissionais de saúde que começaram a atuar nesses serviços também começou a apresentar-se de uma forma diferenciada:

> Nestes novos serviços os profissionais de saúde passaram a conviver mais de perto com os problemas das classes populares. Novas formas de atuação foram organizadas. Porém a escassez de recursos a eles destinados tornou esta prática médica muito limitada. Os baixos salários de seus profissionais e a quase ausência de acompanhamento educativo os deixou desmotivados e não adaptados às novas funções. A falta dos recursos médicos mais elementares tornou a assistência aí prestada de péssima qualidade. As constantes interferências dos políticos nesses serviços os transformaram em locais de se conseguir votos. Desta forma, os Centros e Postos de Saúde hoje existentes são, em grande parte, ocos (VASCONCELOS, 1997, p. 18).

Os escassos recursos financeiros ainda destinados a esse sistema acabam por originar uma grande demanda de pessoas ao Serviço e, na maioria das vezes, a existência de um reduzido número de profissionais acaba criando situações de insatisfação, de conflitos entre os profissionais e os clientes e entre os próprios profissionais, em função da demora e da qualidade de atendimento que consegue se prestar. Vasconcelos (1997) relata também que o relacionamento da equipe de saúde com a população nem sempre é algo tranqüilo. É comum encontrar profissionais de saúde bem intencionados, frustrados na sua relação com a população. Essas pessoas se esforçam e se desgastam para que todas as suas ações tenham como objetivo integrar-se à comunidade, e parece ser compreensível esperar um reconhecimento que nem sempre acontece. Essas situações, típicas do serviço de atenção básica à saúde, originam transtornos e dificuldades sociais e psicológicas; às vezes complexas de lidar.

O serviço público, para conseguir suportar a demanda de atendimentos e também oferecer aos seus técnicos, trabalhadores da saúde, condições para a realização das atividades de trabalho, teria de adquirir uma certa plasticidade que o capacitasse a absorver e a trabalhar as aspirações de saúde dos grupos e das pessoas, por mais que, de imediato, não correspondam às expectativas clínicas e epidemiológicas dos técnicos e também dos gestores de saúde (CAMPOS, 1997b). Isso envolveria a flexibilidade e a abertura dos serviços públicos aos reclamos da demanda, como ocorre no setor privado, alternando a racionalidade orientadora das intervenções, que visariam apoiar as pessoas, as comunidades e os profissionais de saúde por meio de ações pertinentes ao campo da saúde. Enfim, as instituições públicas

necessitariam desenvolver mecanismos para colocar-se de acordo com a complexidade e diversidade da vida, quebrando a rigidez da relação profissional/clientela, dos horários e das padronizações das condutas e procedimentos. Um pré-requisito importante para o pleno funcionamento desse modelo organizacional, segundo o autor, é a instituição de um novo estilo de gestão dos serviços, descentralizado, democrático e que valorize a autonomia e a liberdade de iniciativa dos profissionais das equipes de saúde.

Hoje, a realidade de atendimento básico à saúde já envolve também outros trabalhadores, que não somente os profissionais de saúde, com formação específica para tal. O Ministério da Saúde, em uma caracterização mais genérica, tem adotado políticas voltadas prioritariamente às ações básicas de saúde ou mesmo a programas focalizados, nem sempre direcionados para o fortalecimento e para a consolidação do SUS na sua base municipal, através do atendimento de suas necessidades mais específicas (COSTA; AQUINO, 2000). Assim, programas como o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)[4] possuem, entre os seus membros integrantes, os chamados agentes comunitários, uma categoria nova, crescente, e que pelo seu tipo de atuação profissional, com suas limitações e seus avanços, origina alguns conflitos em relação ao desempenho dos outros profissionais de saúde, pois alguns já questionam essa atuação do ponto de vista da interferência nas atribuições específicas de algumas categorias profissionais.

> O trabalho das auxiliares de saúde tem gerado muitas *discussões*. De um lado, são rejeitadas por muitos profissionais de nível superior que vêem nelas uma estratégia do Estado em substituí-los e desvalorizá-los. Por outro lado, o seu valor vem sendo exagerado nos programas de saúde do Estado (VASCONCELOS, 1997, p. 52).

Uma questão relevante nos serviços de atenção básica à saúde é a qualificação dos profissionais de saúde para o desenvolvimento do trabalho educativo, básico para as orientações e promoção e prevenção, e para uma abordagem diferenciada da clientela, com valorização da subjetividade, das diferenças e das necessidades individuais, sendo um aspecto de fundamental importância para o trabalho em saúde na rede primária e traduzindo-se em um

---

[4] Conforme Theisen (2004), a condição laboral de Agente Comunitário de Saúde consiste em uma nova categoria profissional que foi estruturada a partir da constituição do Programa de Agente Comunitário de Saúde no início da década de 90. Este tipo de atividade é considerado por alguns teóricos como *sui generis*, pois é um trabalhador proveniente do próprio local de trabalho e moradia, desenvolvendo atividades nas áreas da saúde e da educação. Atualmente, o PACS é um programa que faz parte das políticas de saúde pública e está vinculado ao Sistema Único de Saúde.

desafio cotidiano (BOARETTO, 2000). Essas qualificações constituem-se em instrumentais importantes para as ações dos profissionais de saúde.

As capacitações deveriam envolver a qualidade e o bem estar dos profissionais nas ações realizadas, no seu campo de atuação específico, abordando, entre outros, aspectos como a incorporação e a utilização de noções sobre os processos de relações no trabalho, sendo esse um mecanismo central na determinação de interações, conflitos ou acertos entre os sujeitos envolvidos na atenção à saúde (CAMPOS, 1997b). O autor aborda que em relação à dimensão da determinação social do processo saúde-doença há uma situação de despreparo semelhante, persistindo a atenção individual centrada no corpo e na doença de um indivíduo, como se ele não tivesse história, trabalho, família, concepções culturais e ideológicas. Os profissionais urgem de capacitações que os preparem para o entendimento das determinações desse processo saúde-doença. “Que ele saiba do peso que as condições de trabalho, de vida, de concepções culturais têm na história de cada caso (p. 190). O terceiro campo de aspectos a serem trabalhados, ainda segundo o autor, são os procedimentos voltados para o enriquecimento da consciência sanitária dos gestores dos serviços de saúde, dos trabalhadores da saúde, dos usuários e da coletividade, deixando de priorizar a atenção biologicista-curativa das ações em saúde, passando para uma visão de cunho social, de envolvimento e de troca de conhecimentos entre os diferentes segmentos envolvidos no processo de trabalho em saúde.

4 GÊNERO-SAÚDE-TRABALHO: UMA RELAÇÃO TRANSVERSAL

Diversas tentativas de avanços e estudos a respeito da relação homem-mulher e sua contextualização no âmbito das relações sociais, históricas, culturais, educacionais e de trabalho já foram e continuam sendo realizadas por diferentes estudiosos do tema. Assim, de imediato, é importante afirmar, conforme Louro (1996), que: “gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino ou feminino” (p. 9).

Dessa forma, parece-nos ficar claro que os conceitos nessa área acenam imediatamente para a idéia de relação, ou seja, os sujeitos se produzem em relação e na relação. Não se trata somente, então, de focalizar apenas as mulheres como objetos de estudo nas questões de gênero, mas, sim, os processos de formação da feminilidade e da masculinidade, ou os sujeitos femininos e masculinos. Ainda segundo a mesma autora, o gênero, assim como a classe ou a raça, é mais do que uma aprendizagem de papéis, de identidade aprendida, “sendo constituído e instituído pelas múltiplas instâncias e relações sociais, pelas instituições, símbolos, formas de organização social, discursos e doutrinas” (1996, p. 12).

A autora, em suas reflexões problematizadoras a respeito de gênero e sexo, refere ainda que, apesar de enfatizar o caráter social das diferenças entre homens e mulheres, não podemos negligenciar o fato de que a construção dos gêneros envolve o corpo dos sujeitos, implica corpos sexuados. Existe, então, uma estreita relação do social e do biológico, embora continuemos afirmando que a construção do gênero é, fundamentalmente, um processo social e histórico. O caminho seria, então, evitar a polarização natural e social, a dicotomia incisiva entre os dois pólos, compreendendo que o gênero também tem uma possível dimensão e uma expressão biológica.

A biologização do comportamento humano – que promove a confusão entre os conceitos de sexo e gênero – é tão antiga, que já se expressa desde os escritos filosóficos de Platão e encontra ressonância na afirmação dos tempos atuais de que as atitudes, temperamentos e comportamentos ligados ao sexo têm raízes em características inatas, ou seja, são determinados pela natureza (SANTORUM, 1996). A autora ainda refere que apesar de compartilhar com os homens a convivência em sociedade, a classe social, a etnia, a idade ou a religião, as mulheres são duplamente discriminadas no acesso a valores como poder e

bens materiais. Assim, os papéis que dão prestígio, a distribuição do tempo, a autonomia pessoal, as oportunidades de educação, de trabalho, os cuidados com a saúde são mais negados ao gênero feminino que ao masculino. Cardoso (1994) refere que a manutenção do poder ideológico sobre os oprimidos e o fortalecimento dos aparelhos de poder são aspectos que permanecem imutáveis, apesar do entendimento já mais formalizado de que é um equívoco atribuir à natureza aquilo que é produto do social, da história.

Louro (1996) enfatiza que, na verdade, a polaridade entre o masculino e o feminino é essencial na construção do gênero, pois esses se constroem na oposição e como oposição um ao outro, constituindo pólos opostos. Porém essa oposição binária repousa, segundo a autora, na verdade, não só na idéia de oposição, mas também de identidade. Ao mesmo tempo em que ela indica que os dois pólos diferem e se opõem, ela afirma que cada um é idêntico a si mesmo, criando uma interdependência entre os dois pólos. Nesse sentido, entendemos que o processo implica, na verdade, desconstruir a lógica das operações binárias, deslocando os termos, para mostrar que um está contido no outro, está presente no outro, desconstruindo, então, os termos da diferença sexual. Nessa perspectiva, no entendimento de Meyer (1996), gênero é mais do que o “lugar“ onde as subjetividades sexuadas são produzidas. Enquanto discurso, ele produz e é produzido, organiza e é organizado e, portanto, atravessa, modula e regula o próprio contexto social. Sendo assim, dentro dessa rede de relações sociais, uma mulher não se percebe somente como mulher, mas também como trabalhadora (na relação capital/trabalho), estudante, como jovem ou como velha, como mãe ou esposa, enfim, sofrendo ou exercendo uma dominação, segundo sua posição nessas diversas relações sociais (KERGOAT, 1996).

Em um jogo permanente e inesgotável de transferências e metáforas, o poder simbólico relativo aos sexos é capaz de estruturar e valorizar marcos que ultrapassam o mero reconhecimento de diferenças, sendo capaz não apenas de dividir e desigualar, mas também de indicar a dominação masculina como uma atitude natural, excluída de questionamento e reconhecida como absolutamente legítima. Assim, falar em gênero, conforme Fonseca (2000), pressupõe falar de poder.

Os trabalhos existentes na sociedade e as ocupações deles derivadas não possuem, em si, atributos que os qualifiquem como femininos ou masculinos, superiores ou subordinados. Sua classificação, agrupamento, divisão e hierarquização dão-se como efeitos de um modo

estruturado de pensar e apreciar o mundo. Os estudos sobre a categoria trabalho têm sido dominados por tradições teóricas que formatam os sujeitos sociais em conceitos universalizantes e masculinizados, não ignorando somente a categoria gênero. Podemos mencionar algumas outras categorias como raça, idade, religião e outras que também mostram-se igualmente menos enfocadas, o que reitera a tendência de formular análises que partem do pressuposto de que fazer parte da classe trabalhadora já é o suficiente para remeter a uma série de comportamentos e atitudes, rotulados como homogêneos (FONSECA, 2000).

Nesse contexto, a divisão do trabalho baseada no sexo sustenta a desigualdade de gênero, uma vez que responsabiliza as mulheres pelas tarefas desvalorizadas socialmente e centradas geralmente na vida domestica. O desenvolvimento do capitalismo, com a individualização da venda da força de trabalho, promoveu a separação entre a unidade doméstica e a unidade de produção, ou seja, a fábrica, acentuando a divisão sexual do trabalho, que se torna mais rígida do que aquela que existia anteriormente. A unidade familiar que era antes de tudo uma unidade de produção sofreu uma transformação, perdendo esse caráter. Assim, essas transformações trouxeram como conseqüência a desvalorização e a sub-relevância da importância do trabalho desenvolvido dentro de casa (SANTORUM, 1996).

A autora ainda refere que o trabalho desenvolvido gratuitamente no espaço privado doméstico tornou-se a principal responsabilidade da mulher, passando a ser reconhecido como integrante da história natural, não sendo considerado como trabalho. Ao homem foi atribuído o trabalho extralar e remunerado, sendo a única atividade reconhecida como trabalho produtivo. Assim, historicamente, o trabalho doméstico, atribuído exclusivamente às mulheres, tem sido pouco valorizado na sociedade moderna. Além dessa clara diferença, o desenvolvimento do capitalismo determinou uma discriminação salarial entre homens e mulheres, baseando-se no fato de que o trabalho da mulher era visto como uma ajuda, como um complemento ao trabalho do homem, e que, assim, não necessitava ser remunerado ou poderia ser pouco remunerado. Nesse sentido, se o trabalho doméstico é considerado desocupação, por não se encontrar diretamente envolvido no sistema produtivo e recoberto pelas marcas da marginalidade social, as “donas-de-casa” são constituídas pela sociedade como sujeitos não econômicos e apenas sexualizados (FONSECA, 2000).

Verifica-se, historicamente, que as expressões mais fortes de impedimentos ao trabalho assalariado feminino, em função da possibilidade de ruptura que esse trabalho

poderia causar ao retirar as mulheres do espaço familiar, partem dos trabalhadores, limitando a incorporação das mulheres na produção industrial. Assim, os trabalhos masculinos e femininos foram se relacionando com a introdução de características distintas. A capacidade para o uso da força, a realização de trabalhos insalubres e perigosos são atributos que definem o trabalho dos homens. Em contrapartida, há uma série de características relacionadas ao trabalho das mulheres:

> Os postos ocupados por mulheres são caracterizados por tarefas monótonas e repetitivas; jeito para certos trabalhos delicados; habilidade manual; leveza; meticulosidade; sedentarismo; eficiência e responsabilidade, requerendo submissão e obediência às imposições de ritmo e cargas de trabalho (SANTORUM, 1996, p. 40).

Como pode-se compreender, a alocação de uma mão-de-obra sexuada específica em cada setor produtivo fundamenta-se em representações e crenças existentes a respeito do que devem ser atributos de masculinidade e de feminilidade. Entretanto, sabe-se que, além de dividir as tarefas e atribuições para o desenvolvimento perfeito do trabalho, trata-se também de uma operação que hierarquiza os trabalhos e os trabalhadores/trabalhadoras em termos de carreira, remuneração e prestígio, impregnando de sentidos políticos a estrutura e a organização do trabalho que, nesse caso, apontam para a desvalorização e inferiorização das mulheres.

Enfatizamos as reflexões acima, acerca da importância da articulação das categorias gênero e trabalho, não só como uma redefinição do conceito de força de trabalho, mas também do reconhecimento de que o capital dialoga com os gêneros masculino e feminino “tornando evidente sua capacidade e interesse, tanto de discriminar a “mão-de-obra-ideal” a ser utilizada em específicos postos de trabalho e particulares casos de fabricação, como a de sexualizar ou “generificar” as próprias ocupações” (FONSECA, 2000, p. 20). Na referência enfática da autora, as mulheres no sistema capitalista de produção tornaram-se duplamente úteis, como trabalhadoras e como mães/esposas, pelo seu trabalho no processo produtivo e pelo seu trabalho na reprodução, através da criação de trabalhadores e de valores.

Para Somavilla (2001), a participação da mulher na produção encontra-se subordinada aos arranjos que garantem a reprodução cotidiana das condições de vida, que envolvem a participação fundamental da mulher nas tarefas domésticas. As articulações entre o mundo da casa e o mundo do trabalho são fundamentais ao se investigar as condições que cercam o

trabalho das mulheres, cujo universo de experiências se liga, no presente estudo, ao trabalho em saúde.

Assim, trabalhar ou não trabalhar profissionalmente fora do âmbito da família constitui uma escolha entre duas esferas de atividades autônomas em que a questão fundamental continua sendo tornar compatível o exercício de uma atividade profissional das mulheres com o trabalho doméstico. Não há separação, para as mulheres, entre os diferentes tempos de trabalho assalariado e o tempo de trabalho doméstico. A crença de que o homem é o legítimo provedor familiar confere, por conseqüência, uma posição de trabalhadora complementar ao fato de ser mulher, evidenciando-se que, apesar de o capitalismo tê-la introduzido nas redes do trabalho e do mercado, não permitiu que essa identidade primeira se perdesse. Assim, percebida e legitimada como agente da esfera familiar e privada, a mulher não se vê reconhecida, no campo da produção, sendo compelida a manter-se, economicamente, sob a dependência do homem. Apesar dos novos modelos familiares e da situação do mercado que absorve, cada vez mais, a mão-de-obra feminina, tornando-as reais provedoras do sustento familiar, ainda percebe-se incisivamente a crença de que a mulher é uma trabalhadora complementar e que depende economicamente do homem. Para Fonseca (2000), sustentar a crença de que cabe exclusivamente ao homem prover o sustento familiar implica desconhecer o trabalho assalariado feminino e as motivações que o sustentam, não reconhecê-lo e não legitimá-lo, como acontece com o trabalho invisibilizado e desqualificado da mulher no âmbito doméstico:

> Mesmo estando presentes no mundo do trabalho, como aliás, em todas as cenas sociais, recai sobre elas o peso determinístico de uma carga social que as dota de uma certa transparência e invisibilidade, que nunca permite, assim, que se reconheça sua concreta realidade e existência. Seres sob suspeita social, existentes mas não visíveis, presentes mas envoltos nas sombras, as mulheres parecem ainda não ter recebido, de forma plena, a conquista de seus direitos de serem mulheres, guardando, por conseguinte, como que em seus relicários, as conquistas que vão realizando, como provas de sua imposição frente a uma ordem social que as subestima e inferioriza (p. 56).

As mulheres, desse modo, conforme Oliveira (1999a), ocupam profissões no mundo do trabalho vistas no âmbito da qualidade e da vocação, como uma extensão das atividades qualificáveis e valorizadas que desenvolvem no mundo doméstico, não como atividades produtivas, de utilidade social. As pesquisas da autora mostram que “as tarefas domésticas embora repetitivas, rápidas, precisas e solitárias, são fundamentalmente imprevisíveis e repletas de variâncias” (p. 32), exigindo um replanejamento imediato das prioridades e das

conseqüentes atividades a serem realizadas. Então, a realização do trabalho doméstico demandaria, na verdade, capacitações específicas para essas habilidades e funções apresentadas pela autora, o que, no entanto, ocorre somente no mundo do trabalho realizado fora do âmbito doméstico, sendo visto como um fator de especialização, de concorrência, ou seja, positivo.

O prejuízo econômico atribuído à oferta de trabalho às mulheres no mundo do capital, é mencionado por Oliveira (1999a), considerando que elas podem potencialmente engravidar e as instituições empregadoras precisam pagar os respectivos direitos trabalhistas, onerando, dessa forma, as instituições e dificultando o seu crescimento financeiro e econômico. Esse argumento, na verdade, mascara uma outra realidade, pois, na verdade, os salários das mulheres são mais baixos e sua ascensão na carreira e aos cargos de chefia é dificultada. Outra estratégia utilizada para influenciar a percepção comum, em relação ao trabalho das mulheres, é utilizar a interpretação natural e biológica para tentar compreender o comportamento dessas trabalhadoras. Algo como interpretar o cansaço das trabalhadoras por razões concretas e objetivas, com justificativas psicológicas, de desequilíbrio hormonal ou no âmbito do comportamento histérico.

Outro exemplo referido por Oliveira (1999a), são os dados referentes à morbidade diferencial, entre homens e mulheres, quando se discute a saúde no trabalho, sobretudo no que diz respeito às características biológicas da mulher. As estatísticas apontam as doenças ocupacionais, universalizando os trabalhadores em sujeitos masculinos, não contemplando, por exemplo, a esfera do sofrimento e desgaste mental no trabalho. Os estudos mostram que o sofrimento psicofísico provocado pelas condições e organização do trabalho pode levar a alterações no desejo sexual, chegando em alguns casos até a alterações hormonais, como o aumento do risco de esterilidade com alterações no ciclo menstrual entre as mulheres que desenvolvem tarefas que exigem muito esforço físico.

Ao refletir sobre a conotação histórica acerca de trabalho, saúde e gênero, verificamos que o capitalismo industrial, após a Revolução Industrial em 1848, com a introdução das máquinas e o modelo taylorista, impulsionou e exigiu o crescimento da produção. Os operários, já nessa época, eram regidos pela eficácia rígida do sistema produtivo. A migração campo-cidade, impulsionada pelas dificuldades de sobrevivência no campo ao mesmo tempo que a indústria precisava de mão-de-obra barata, fez com que os trabalhadores se sujeitassem

às condições impostas pelo capitalismo. Essa migração provocou concentração de população urbana, sem que as cidades apresentassem as condições mínimas para a nova situação. A necessidade de subsistência e manutenção do emprego, a qualquer custo, apontam que a relação saúde e trabalho nasce em uma relação na qual as condições de saúde do trabalhador eram absolutamente penosas, sem garantias e sem ações preventivas, sendo o corpo do trabalhador docilizado e submetido a qualquer condição para manter o emprego. O trabalho feminino, já nessa época, era marcado por um valor mais baixo e pela dupla jornada de trabalho das mulheres. Nesse momento inicial da história da saúde e do trabalho, não se falava em doença. Ao se falar em doença estava posto o desemprego. Se alguém manifestasse alguma queixa decorrente das condições de trabalho, era demitido, construindo, assim, uma representação social da doença para o trabalhador, fundada no medo da perda do emprego, da vergonha de ser demitido, da fraqueza e da negatividade .

No final do século XVIII, acentua-se a migração campo-cidade, consolida-se a burguesia e paralelamente surge o proletariado feminino caracterizado pelo trabalho em domicílio das mulheres, decorrente da recusa dos homens quando elas tentam ingressar nas fábricas. Desde esse tempo, as mulheres, assim como os homens, sempre estiveram expostas aos riscos do trabalho. No entanto, elas não eram consideradas produtivas e, conseqüentemente, suas atividades não eram consideradas de risco para a saúde. Os médicos, já nessa época, as controlavam intervindo em seus corpos, pelo controle da reprodução e da sexualidade (OLIVEIRA, 1999a).

A participação das mulheres na força de trabalho brasileira vem aumentando de forma crescente (SENNA; FREITAS, 1993; e OLIVEIRA 1999a). As mulheres estão em diferentes profissões, particularmente nas que exigem destreza manual e naquelas que são consideradas tipicamente femininas. Recebem um salário que corresponde, na cidade de São Paulo, a 53% do salário dos homens, embora 27% sejam chefes de família, quebrando o mito de que elas trabalham fora somente para ter seu dinheiro próprio. Essa situação contribuiu na modificação das doenças no mundo do trabalho. Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), apresentados por Oliveira (1999a), havia uma previsão, na época, de que no ano de 2000, a força de trabalho iria ser constituída por 2,5 bilhões de pessoas, sendo que, dessas, 33%, aproximadamente, seriam mulheres que se concentram na indústria têxtil, de confecção e na produção de calçados. Os dois ramos que ocupam predominantemente as trabalhadoras são as atividades sociais que, culturalmente, têm se colocado como tarefa das mulheres e o

setor de prestação de serviços, onde estão incluídas as empregadas domésticas e, no caso dessa investigação, as profissionais da saúde. Na indústria, a participação feminina concentra-se em atividades como as indústrias têxteis e do vestuário. Em se tratando de saúde e dos cuidados de saúde, esses são especialmente, setores guetos que atestam um leque restrito de escolha profissional das mulheres (LOPES, 1996).

Silva (1997) refere que a feminilização da força de trabalho não é exclusiva de um campo profissional, estando presente em outras profissões, notadamente na área da educação de primeiro e segundo graus e na área da saúde. Na área da saúde, entre 1970 e 1980, a participação feminina evoluiu de 41,5% para 63%, indicando uma hegemonia feminina no perfil dos profissionais de saúde. Esse crescimento apresentou-se de forma mais acentuada entre os profissionais de nível superior, quando a participação feminina passou de 18% para 35%. No Rio Grande do Sul, em 1980, 99% dos enfermeiros, 71% do farmacêuticos e 49% do odontólogos em atividade eram mulheres. Na medicina, esta tendência, embora com proporcionalidade ascendente, ainda não era majoritária na época, situando-se na faixa de 41%, fato que, segundo a autora, ocorrerá nas próximas duas décadas, mantida a tendência atual.

Ao mesmo tempo em que se constata o aumento significativo do trabalho feminino, através do expressivo número de mulheres presentes no mercado de trabalho, em torno de 49%, segundo dados do DIEESE (2001), percebe-se algumas diferentes nuanças na divisão sexual do trabalho. A atração da mão-de-obra feminina ocorreu em meio à repulsa da força de trabalho masculina. Sua ocupação na indústria, por exemplo, dá-se em atividades de menor qualificação e remuneração, sendo no trabalho precarizado o maior crescimento do trabalho feminino, nas atividades predominantemente informais e parciais.

Ressaltamos outros dados significativos do DIEESE (2001), no panorama referente ao mercado de trabalho atual no Brasil, destacando não somente a participação feminina, como também a masculina em um contexto maior de interpretação. Assim, verificamos que a maior parte da população economicamente ativa está concentrada em três regiões brasileiras – sudeste, sul, nordeste, ou seja, representam 88,1% da força de trabalho no Brasil. A maioria é composta por jovens, tendo 50,5% desses entre 20 a 39 anos, com menos de oito anos de estudo (59,6%), sendo a maioria do sexo masculino (59,7%).

A maior parte dos trabalhadores são absorvidos pelo setor de serviços, significando cerca de 41,2%, 24,2% estão na agricultura, 13,4% no comércio, 12,7% na indústria, 6,6% na construção civil (DIEESE, 2001). A respeito disso, a Tabela 1 apresenta a distribuição dos trabalhadores, não considerando o recorte de sexo, em uma totalização de empregados por setor de atividades no Rio Grande do Sul e no Brasil, com dados do Ministério do Trabalho e Emprego.

Tabela 1 – Distribuição percentual dos trabalhadores formalmente empregados segundo os setores de atividades, no Rio Grande do Sul e no Brasil – 1992 e 2002

	BR	**BR**	**RS**	**RS**
SETORES DE ATIVIDADES	**1992**	**2002**	**1992**	**2002**
Extrativa Mineral	0,52	0,43	0,31	0,22
Indústria de Transformação	21,16	18,16	28,49	27,56
Serviços Industriais de Utilidade Pública	1,43	1,08	1,23	0,93
Construção Civil	4,06	3,86	2,33	3,41
Comércio	11,87	16,83	13,84	17,39
Serviços	**27,58**	**32,01**	**25,78**	**28,28**
Administração Pública	20,63	23,66	19,07	18,76
Agropecuária, Extração Vegetal, Caça e Pesca	2,12	3,97	2,11	3,45
Outros/Ignorado	10,63	0	6,83	0
TOTAL	**100**	**100**	**100**	**100**

Fonte: Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego. Relação Anual de Informações Sociais -RAIS.

Verifica-se que os maiores percentuais de alocação dos trabalhadores com registro de carteira de trabalho assinada situa-se no setor serviços - em negrito -, com um crescimento desses índices, tanto no âmbito estadual como no federal, no período apresentado na tabela. Lembramos que o trabalho na área da saúde é um dos integrantes do setor de serviços.

A predominância feminina na força de trabalho em saúde, além de reafirmar a tendência à feminização no setor, aponta que o crescimento do trabalho feminino em saúde tem sido mais significativo entre os trabalhadores do nível superior que entre os de nível médio e fundamental na última década (PITTA, 1994). Isso nos leva a suspeitar de duas ordens de determinação: uma de natureza econômica, determinada pelo mercado de trabalho; e outra de ordem subjetiva, que fala de uma adequação, que estende, para os locais de

trabalho, funções habitualmente presentes na esfera doméstica, qualificando e monitorizando impulsos femininos do cuidar, do tratar, do aliviar, conforme já abordado anteriormente neste estudo.

No âmbito geral, em torno de 70% dos trabalhadores hospitalares são mulheres, sendo esses índices ainda mais elevados se considerarmos outros campos de atuação da saúde (LOPES, 1996). Já a mão-de-obra masculina da área da saúde concentra-se na categoria médica, situando-se em torno de 67%. É interessante ressaltar um dado apontado pela autora, de que se observa em certas especialidades do exercício médico uma tendência à concentração feminina, como nos setores assalariados e nas especialidades da saúde pública e da pediatria, por exemplo.

Nas teias da questão de gênero, e em especial na área da saúde, existem diversos fatores que atravessam diretamente esta variável, entre eles a já abordada "naturalização do trabalho feminino", com o seu modo característico do cuidar e do tratar. Segundo Lopes (1996), cuidar no espaço do hospital e em outros espaços institucionais de saúde, por exemplo, é exercer um papel de continuidade com o longo preparo do processo cultural de socialização das mulheres. "Como discernir o que é próprio à Enfermagem e às enfermeiras, enquanto competências profissionais, do que é doméstico, do que é "qualidade natural" da mulher?" (p. 79). Aparece, também nesses espaços, uma rígida hierarquia dos saberes legítimos, mas também uma flexibilidade na utilização de mão-de-obra quando necessário, para viabilizar economicamente a empresa hospitalar ou de saúde. Nesse viés da divisão do trabalho em saúde e mais especificamente da enfermagem, Pitta (1994) diz que "tal organização piramidal recupera a disciplina enquanto técnica, docilizando e contendo os corpos, através de uma competente estratégia de controle e olhares hierarquizados, aproveitando a mesma hierarquia instituída como base no saber" (p. 54).

Outro aspecto específico a ser considerado, sobre os condicionantes de gênero, é que esses podem incidir fortemente sobre a saúde das mulheres, chegando a constituir deterioração em si. Oliveira (1999a) refere que a maior incidência de vivências depressivas em mulheres ocorre em virtude dos conflitos decorrentes dos lugares de socialização. "Em particular, as vivências estão relacionadas com a grande rigidez dos valores diferenciados sexualmente por uma criatividade atávica ao equilibrarem a relação tempo doméstico/tempo social" (p. 75). Assim, também os impactos das condições sociais e da divisão sexual do trabalho sobre a

saúde das mulheres trabalhadoras são diferenciados, pois estão estreitamente ligados a alguns fatores como a dupla jornada de trabalho, a discriminação e a repressão sexual. Dessa forma, a saúde das mulheres trabalhadoras está diretamente condicionada à sua posição no processo de trabalho, uma vez que a determinação dos perfis de morbimortalidade no trabalho se dá em função das classes sociais e também das relações de gênero (BRITO, 1999).

Existe uma tendência de ignorar ou minimizar os riscos específicos que o trabalho representa para a saúde física e mental da mulher e, por outro lado de ocultar a injustiça social, para quem, tendo ou não um emprego, assume a maior carga do trabalho doméstico e de cuidado. Em alguns trabalhos mais comuns desenvolvidos pelas mulheres como enfermagem, secretária, camareira, faxineira, a competência requerida é vista como um natural prolongamento das características femininas e do trabalho doméstico. Essas atividades comportam numerosos riscos para a saúde, como os ergonômicos, biológicos, químicos e psicológicos. Em um estudo ergonômico canadense apresentado por Oliveira e Scavone (1997) sobre o trabalho de costureira, calculou-se que, em uma jornada de trabalho, uma trabalhadora desse segmento chega a carregar mais de 400 quilos. Dessa forma, a invisibilidade dos problemas de saúde ligados ao trabalho das mulheres nasce, em parte, dos comportamentos e entendimentos relativos à naturalidade de seu trabalho:

> As professoras de creches, que tomam nos braços as crianças, as garçonetes que carregam bandejas cheias e centenas de garrafas de leite ou sucos de frutas, provavelmente “não carregam peso”como os estivadores de portos. Ao fim da jornada, porém, o peso total carregado nesses trabalhos é provavelmente muito semelhante (OLIVEIRA; SCAVONE, 1997, p. 21).

Durante muito tempo, e não em um espaço profissional, as práticas de saúde e todos os outros cuidados que dão suporte à vida sempre estiveram ligadas às atividades da mulher. Historicamente, desde os tempos das parteiras, com o manuseio de chás e plantas, e sem acesso a livros, nem a qualquer ensinamento, as mulheres exerceram durante séculos uma medicina sem diploma; formaram os seus saberes no contato com as outras, transmitindo-o no espaço e no tempo, de vizinha a vizinha e de mãe para filha. Todas as práticas de saúde, conhecidas e dominadas pelas mulheres, se transmitiram através de várias gerações (SARTORI, 2002).

Bulhões (1998) refere que o trabalho da mulher, e mais especificamente da profissional de saúde traz algumas características que não podem ser esquecidas e negadas,

como o fato de as mulheres enfrentarem o estresse de maneira menos lesiva do ponto de vista fisiológico do que os homens, mas a um custo psicológico elevado. O metabolismo feminino é menos elevado, a estatura geralmente é menor e a força muscular representa, em média, dois terços daquela do homem. De diferenças fisiológicas relativas à reprodução, resulta a possibilidade de efeitos genotóxicos serem mais freqüentemente transmitidos ao feto. A autora refere, por exemplo, que, no hospital, não são poucas as exposições profissionais nocivas à reprodução e aos fatores de risco de doenças da gravidez e que o trabalho no ambiente hospitalar é perigoso se as medidas de segurança e higiene do trabalho não forem postas em prática. A exposição a riscos biológicos, químicos e físicos é outro fator agravante do trabalho realizado por profissionais de saúde.

Situações de atendimento e assistência diária em saúde por trabalhadores envolvem aspectos relacionados a insalubridade, carga física, postura, cargas mental e psíquica que se apresentam através da complexidade das ações, da confrontação com o sofrimento, com a morte, com a continuidade e não-continuidade do trabalho, com os turnos de trabalho e os turnos alternados, com a imprevisibilidade,as interrupções, com a fragmentação excessiva das atividades executadas, especificamente pelos profissionais de saúde, de acordo com suas atribuições e competências. Ainda, no caso mais específico das trabalhadoras mulheres, a falta de autonomia e a histórica subordinação feminina ao trabalhador homem acaba causando conflitos organizacionais entre os profissionais, e às vezes, também, entre as profissionais e a clientela do serviço. Percebe-se que as grandes decisões em saúde são mais aceitas e ratificadas pela própria sociedade quando tomadas pelos profissionais de saúde do sexo masculino. Também a dupla jornada, profissional e doméstica, o assédio sexual de colegas profissionais e de pacientes, pela presente questão do tratar e do cuidar o corpo, e a discriminação pelo trabalho feminino são fatores presentes no cotidiano das trabalhadoras da área da saúde.

Também por se tratar de atividades que envolvem alto grau de contato com outras pessoas, todos esses fatores contribuem para gerar um ambiente depressivo, nem sempre claramente manifesto. As manifestações mentais já estudadas e presentes nessas profissões estão ligadas à dependência alcoólica, ao uso de drogas e ao tabagismo em grande e crescente incidência (GUIMARÃES; GRUBITS, 1999).

Inserido nesse panorama, torna-se importante lembrar que, desde o momento em que, sob o efeito do capitalismo, a assistência sanitária se destaca da assistência social, o saber médico profissional se mostra como o eleito para encarnar a legitimidade na área da saúde. Assim, historicamente, as relações de trabalho em saúde envolvem diversas categorias profissionais, como medicina, enfermagem, odontologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, dentre outros. Destaca-se, histórica e culturalmente, as atuações da medicina e da enfermagem, por serem as primeiras e sempre presentes na grande maioria dos serviços de saúde e, também, por caracterizarem tipicamente a questão do trabalho e do gênero, já que se conhece a realidade da grande presença de mulheres na categoria de enfermagem. Atualmente, também outras categorias profissionais destacam-se em relação à presença de mulheres, o que acaba por influenciar de forma importante o mercado de trabalho na área da saúde, como também nas relações e no processo de trabalho em saúde. Fonseca (1996) ao enfocar essa questão deixa claro a tensão constante nas relações de trabalho na área da saúde:

> A dicotomização entre tratar e cuidar define, desde então e desta forma, os conflitivos espaços territoriais dos personagens que cercam a doença e o doente: de um lado, os médicos, aos quais se atribui a legitimação da qualificação profissional e, de outro, o pessoal de enfermagem, dos quais se espera, venham a ser devotados ao seu destino de "auxiliar" do médico, não importa qual possa ser o nível de sua qualificação profissional, bem com a sua colocação no *ranking* da hierarquia intra-ocupacional (p. 64).

Nessa perspectiva, o ato de trabalhar em saúde, mostrando-se contextualizado no mundo social e humano, fala para além da produção de serviço, pois ele se torna referência para a própria produção de si mesmo. Nele se constroem processos de subjetivação, inculcando e formatando os agentes sociais de acordo com aquilo que devem ser. Do ponto de vista do trabalho da mulher na saúde, o ângulo que privilegia sua análise, fundamenta-se nas relações de dominação homem/mulher, em sua articulação, portanto à noção de gênero (FONSECA, 1996).

Lopes (1996) em seus estudos sobre gênero, trabalho e enfermagem, refere que a relação que existe entre as práticas médicas - o tratar - e as da Enfermagem - o cuidar -, por exemplo, traduz as ligações que existem entre natureza e legitimidade, gênero, classe e poder. A reconstrução cotidiana do poder médico e a dominação que exercem as práticas do tratar sobre as práticas do cuidar se articulam na conjunção sexo e classe. Assim, se constituem os espaços que são caracteristicamente aqueles dos especialistas, do trabalho valorizado,

profissional e os de suporte, apesar de indispensáveis, rotineiros, exigentes de presença constante, responsáveis pela viabilidade funcional do sistema, seja ele hospitalar ou de saúde pública. Para a autora:

> É importante ressaltar que o caráter sexuado das práticas de saúde e a evidente hieraquização das práticas entre os sexos não resultam unicamente do fato de que elas se vinculam ao exercício médico, mas também de que elas fazem parte de um sistema mais geral que associa o sexo e a classe para confortar o poder masculino (p. 83).

Ainda referindo-se a Lopes (1996), deve-se considerar uma certa mobilidade espacial - nas instituições de saúde -, fonte de uma outra hierarquização das tarefas, em particular, entre a enfermagem. Dessa forma, o *status* da atividade é que vai determinar a quem cabe o trabalho: à enfermeira, quando a atividade é mais qualificada e à auxiliar, quando o trabalho é mais simples. Essas disputas internas comprovam e dão maior estabilidade ainda às classes que, efetivamente e de maneira incontestável, já exercem dominação na área da saúde.

4. 1 A RELAÇÃO SAÚDE- TRABALHO NA CONCEPÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Refletir sobre as trabalhadoras da área da saúde implica definir e traçar alguns conceitos que irão direcionar a questão de saúde e trabalho na presente investigação. Ao propor-se ação ou ações voltadas à saúde dos trabalhadores é imprescíndivel que se esclareça qual a concepção de saúde e de abordagem teórico-ideológica que sustenta esta proposta.

A saúde deve ser resultante de uma sucessão de compromissos que se estabelece com a realidade. Para Dejours (1986), esses compromissos situam-se no âmbito social, das condições de trabalho, da subjetividade e da organização do trabalho. Portanto, trata-se de um conceito de caráter dinâmico que remete para algo a ser conquistado, a ser construído, ao contrário de um estado, conforme a definição da OMS - Organização Mundial de Saúde -, para a qual saúde corresponde ao completo bem-estar biopsicossocial. Essa conquista não é de caráter individual, mas essencialmente uma tarefa coletiva. Nessa mesma direção, entendemos que a associação dos fatores socioeconômicos com o padrão de doença e mortalidade ampliou a visão sobre os fatores que estão implicados no processo saúde/doença, nas duas últimas décadas no Brasil, principalmente desde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, evento político-sanitário mais importante da década de 80 (THEISEN, 2004).

Nesse contexto, começou-se a reconhecer que a saúde não é uma categoria que está isolada de outros fatores, como as experiências e condições históricas, culturais, econômicas, psicossociais, educacionais e outros. Em linhas gerais, a partir desse evento, do processo de implementação do Sistema Único de Saúde e da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde ganha maior espaço no âmbito político-governamental e nas arenas decisórias, como nos mostra a Lei Federal 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, em seu artigo 3º, em que considera a saúde como determinada e condicionada, entre outros fatores, pela alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais.

Como pano de fundo para a abordagem teórico-reflexiva que cerca este estudo, utilizamos o campo da Saúde do Trabalhador. Sobre esse campo, Mendes (1995) expõe que, enquanto prática social, é composta por dimensões sociais, políticas e técnicas, indissociáveis, que marcam sua ação e respondem pela ruptura com a concepção hegemônica predominante que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou entre a doença e um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, ou entre a doença e explicações racionalmente postas para abordar a ocorrência de uma patologia ou de um acidente do trabalho, reduzidas ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade do indivíduo trabalhador. Entretanto apesar de reconhecer que o processo saúde-doença dos trabalhadores não é determinado apenas no espaço do processo produtivo, a Saúde do Trabalhador entende como indiscutíveis o papel e a importância dos riscos gerados pelos processos de trabalho.

O autor coloca que essa área busca compreender as relações do nexo entre o trabalho e a saúde-doença dos trabalhadores, entender a possibilidade e a necessidade de mudança dos processos de trabalho em direção à humanização, o exercício de uma abordagem multidisciplinar e intersetorial das ações em saúde na perspectiva da totalidade e a participação dos trabalhadores, enquanto sujeitos de vida e de saúde, capazes de contribuir com o seu conhecimento para a compreensão das repercussões do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir politicamente para transformar essa realidade.

> O objeto da Saúde do Trabalhador pode ser definido como o *processo saúde e doença* dos grupos humanos, em sua relação com o *trabalho*. Trabalho entendido enquanto espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas,

> igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico dos trabalhadores, que buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais "saudáveis", num processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto socio-político de uma determinada sociedade. (MENDES, 1995, p. 62).

O campo de conhecimento denominado Saúde do Trabalhador é, por natureza, um campo interdisciplinar e multiprofissional, pois as análises dos processos de trabalho, pela sua complexidade, tornam a interdisciplinaridade uma exigência intrínseca, pois compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares, sejam elas técnicas, sociais, humanas e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Assim, nenhuma disciplina ou campo do saber isolado consegue contemplar a abrangência da relação processo trabalho-saúde em suas múltiplas e imbricadas dimensões.

Historicamente, segundo Nardi (1999), no Brasil, a hegemonia dos Ministérios da Previdência Social e do Trabalho, no que se refere à regulação das relações saúde e trabalho, a partir de 1930, se deve ao entendimento de que a origem das doenças e acidentes do trabalho ocorre em um espaço privado, onde se efetua a produção econômica do país. A partir de 1986, essa situação começa a se modificar, com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, culminando com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990. Segundo Lacaz (1997), esses foram marcos históricos da luta pela defesa da saúde como direito, e pelo sistema de saúde, com ampla participação e controle social. Esses encontros e a regulamentação legal que seguiu seus princípios foram resultantes do esforço das organizações dos trabalhadores e dos técnicos da saúde vinculados ao movimento pela Reforma Sanitária[5]. Assim, as diretrizes da política de Saúde do Trabalhador inserem no Ministério da Saúde "o controle da atenção e prevenção da saúde dos trabalhadores sem, no entanto, retirar as atribuições dos Ministérios do Trabalho e da Previdência Social, agudizando uma sobreposição de funções e explicitando diferenças teórico-ideológicas referentes ao campo da saúde" (NARDI, 1999, p. 19).

Dessa forma, vivemos um momento de transição e disputa que traz para o âmbito da saúde pública as questões referentes à saúde e ao trabalho. Nardi (1999) refere que se

[5] Reforma Sanitária – caracterizou-se por ter sido um movimento de lutas políticas, sociais, econômicas e ideológicas na conquista de arcabouço institucional e legal no campo da saúde, um movimento do Estado para a sociedade, dos setores progressistas da saúde para a sociedade. Os marcos dessa conquista fazem-se presentes na atual Constituição Federal, Estadual e nas Leis Orgânicas Municipais da Saúde (WEIGELT, 1999).

estabelece uma crítica pertinente ao conceito e às práticas que se institucionalizaram sob o termo Saúde Pública, pois o objeto da Saúde Pública reduz o público à política de prevenção proposta pelo Estado e distingue-se da Saúde Coletiva, pelos pressupostos desta, quanto ao direito à saúde, à visão do processo histórico, e à atribuição de responsabilidades diferenciadas pela saúde dos indivíduos e do coletivo.

> A Saúde Coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho, distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não-materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização. (PAIM; ALMEIDA FILHO, p. 63-64, 2000).

Os autores apontam ainda outros aspectos preponderantes na condução da Saúde Coletiva como a superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da submissão à Clínica e da dependência ao modelo médico hegemônico. Pode se considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar e contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças ou agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre questão sanitária.

Essa distinção cabe aqui, pois a Saúde do Trabalhador não é uma ação centrada no modelo tradicional de Saúde Pública, com a característica de centralidade nas ações do Estado, mas, pelo contrário, pressupõe a interação e o controle social das ações por parte dos trabalhadores que se apropriam do processo, estabelecendo, assim, um modelo centrado no conceito de Saúde Coletiva. Existem, dessa forma, dois pólos distintos nesta assistência ao trabalhador e à saúde–doença no trabalho: um vinculado aos serviços médicos das empresas, próprios ou conveniados, e aos Ministérios do Trabalho e da Seguridade Social, que se denomina Medicina do Trabalho; e outro o pólo chamado de Saúde do Trabalhador, vinculado ao movimento da Reforma Sanitária, ao Sistema Único de Saúde, ao Ministério da Saúde e ao sindicato de trabalhadores. Assim, os princípios do Sistema Único de Saúde, de universalidade, eqüidade, integralidade da atenção à saúde e controle social são as diretrizes desse modelo de assistência. Essa nova proposta sugere uma racionalidade de determinação histórica e social do adoecimento no trabalho, do que chama de processo saúde-doença, diferente da racionalidade positivista e unicausal do campo da Medicina do Trabalho. As regras de enunciação e a construção dos saberes, pelo lado da Medicina do Trabalho, surgem

no sentido de justificar as relações capital-trabalho e, como contraponto, “os saberes e as práticas da Saúde do Trabalhador se constroem e se organizam, no sentido de questionar e transformar, dentro da perspectiva das relações saúde-trabalho, as relações Capital/Trabalho” (NARDI, 1999, p. 40-41).

A formação discursiva da Medicina do Trabalho está apoiada em enunciados que se regem a partir de uma racionalidade positiva de causa-efeito, centrada no indivíduo, na lógica da culpa e do risco natural e inerente ao processo, com uma compreensão que exclui o saber dos trabalhadores, adotando exclusivamente o saber e as decisões dos técnicos. Já na formação discursiva do campo da Saúde do Trabalhador, esse passa a ser agente-sujeito nas ações de saúde ao invés de simples objeto de atenção; ocorre a passagem da unicausalidade para a multicausalidade na explicação etiológica das doenças e acidentes, e a alteração do modelo exclusivamente centrado no médico para um modelo multiprofissional.

Mendes e Oliveira (1995) dizem que a Medicina do Trabalho desenvolveu-se como especialidade médica voltada primordialmente para o tratamento da doença e a recuperação da saúde. “Detectado o efeito do evento acidente ou doença a medicina do trabalho preocupa-se em agir no sentido de tratar estes efeitos, ou de diminuir suas seqüelas” (p. 36). A Saúde Ocupacional, por seu enfoque ambiental, dá conta mais prioritariamente dos aspectos referentes aos agentes ambientais e prioriza a ação sobre os mesmos. Segundo os autores, essa formação discursiva

> Não exclui as questões referentes ao tratamento, mas prioriza a **prevenção da doença**, no sentido de que, controlando estes agentes ambientais, estaria diminuindo a ação dos mesmos sobre os homens, agindo antes de sentidos os efeitos da agressão e prevenindo seus efeitos (p. 37).

Neste espaço, ainda prevalece a concepção do tratamento técnico dado aos problemas, como se o diagnóstico e a detecção dos desequilíbrios ou de falhas ambientais, das máquinas e dos equipamentos bastasse para que se solucionassem os problemas e se tomassem as decisões necessárias à implantação das melhorias. Já a Saúde do Trabalhador, por entender o aspecto social como o determinante das condições de saúde da população e dos trabalhadores, privilegia as ações de promoção da saúde, no sentido de agir a partir das ações com os indivíduos na promoção de suas condições de saúde. Dizem os autores que essa formação discursiva “entende que as múltiplas causas das doenças têm uma hierarquia entre elas, não

são neutras e iguais entre si, mas umas causas determinam outras causas, com priorização de importância entre elas” (p. 37).

Nesse contexto de reflexão crítica quanto à limitação dos modelos vigentes na assistência à saúde da classe trabalhadora, criam-se os alicerces para o surgimento dessa nova forma de apreender a relação trabalho-saúde, de intervir nos ambientes de trabalho e conseqüentemente de introduzir, na Saúde Pública, práticas de atenção à saúde dos trabalhadores. Configura-se, dessa forma, um novo paradigma que, com a incorporação de alguns referenciais das Ciências Sociais, particularmente do pensamento marxista, amplia a visão da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, ultrapassando seus limites e introduzindo novas formas de pensar a relação saúde-trabalho-adoecimento.

5 SOFRIMENTO NO TRABALHO: CONSTRUINDO CAMINHOS INVESTIGATIVOS

Minayo (2003) refere que pesquisa é a atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade, alimentando e atualizando os conhecimentos para o enfrentamento dessa atividade. As questões de estudo de uma investigação científica estão sempre "relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos" (p. 17).

Assim, inicialmente, o presente trabalho de investigação contemplou uma revisão bibliográfica a respeito do tema a ser investigado, com a finalidade de resgatar as produções teóricas elaboradas sobre essa temática, bem como do método de abordagem a ser utilizado nesta investigação. Percebemos, através deste levantamento bibliográfico, que alguns autores já fundamentaram suas pesquisas sobre a temática da relação saúde-trabalho-gênero, sobre a temática sofrimento e adoecimento no trabalho e fornecem material bibliográfico para o estudo. Porém, conforme a própria dinâmica da realidade, dentro de um contexto histórico e crítico, esse conhecimento se expressa por idéias e conceitos que precisam ser freqüentemente reconsultados, durante o estudo, com uma ótica diferente em função da realidade histórica da investigação.

A metodologia é o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade (MINAYO, 1999), ocupando lugar central no interior das teorias sociais, pois ela faz parte intrínseca da visão social de mundo veiculada na teoria. Na visão da dialética, segundo a autora, o método é o próprio processo de desenvolvimento das coisas. Assim, a opção metodológica adotada, inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo e de instigação do pesquisador.

A concepção de utilização e abordagem da metodologia em um estudo científico é referenciada por Minayo (1999), demarcando sua necessária articulação e cuidado metódico em sua elaboração:

> Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a ciência e a metodologia caminham juntas, intrincavelmente engajadas. Por sua vez, o conjunto

> de técnicas constitui um instrumental secundário em relação à teoria, mas importante enquanto cuidado metódico do trabalho. Elas encaminham para a prática as questões formuladas abstratamente (p. 23).

Nesse sentido, consideramos que o cuidado e o rigor na elaboração e na construção metodológica deste estudo nos permitiu, mais do que desvelar o sofrimento e o adoecimento relacionados ao trabalho em saúde, a adequada aproximação do pesquisador com o fenômeno em sua essência. Assim, aproximamo-nos do real, abrangendo o processo de trabalho em toda a sua plenitude e instâncias e identificando o que não está expresso nas estatísticas, nas incidências epidemiológicas, o que não compõe as notificações e as informações oficiais (MENDES, 1999).

Buscou-se, então, no método dialético materialista-histórico, o embasamento para a presente investigação científica, como uma postura ou concepção de mundo, de apreensão radical da realidade. Esse método, enquanto práxis, isto é, na articulação da unidade entre teoria e prática, tem a conotação de buscar a transformação e a elaboração de novas sínteses no plano do conhecimento e no plano da realidade histórica.

Nessa perspectiva, este método está vinculado a uma concepção de realidade e de mundo, em um movimento de superação e transformação, de totalidade, de contradição, de historicidade e movimento do real. Minayo (1999) ao abordá-lo refere estas características em suas reflexões:

> ... Nada existe eterno, fixo, absoluto. Portanto não há nem idéias, nem instituições e nem categorias estáticas. Toda a vida humana é social e está sujeita a mudanças, a transformação. É perecível e por isto toda a construção social é histórica... (p. 68).

Triviños (1992) considera que o materialismo dialético é a base filosófica do marxismo, buscando explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento. Em sua origem, a dialética, nos tempos de Platão e Aristóteles, era entendida como a arte da discussão, à base de perguntas e respostas, sendo que, desde os tempos de Heráclito, começava-se a defender outra idéia básica da dialética, “a da mutabilidade do mundo e a da transformação de toda a propriedade em seu contrário” (p. 53), ressaltando o aspecto “contraditório” do ser que, ao mesmo tempo em que se transforma em outro, é único e múltiplo, imutável e passageiro. A respeito disso, Triviños (1992) coloca que:

> Talvez uma das idéias mais originais do materialismo dialético seja a de haver ressaltado, na teoria do conhecimento, a importância da prática social como critério de verdade. E ao enfocar historicamente o conhecimento, em seu processo dialético, colocou em relevo a interconexão do relativo e do absoluto. Desta maneira, as verdades científicas, em geral, significam graus do conhecimento, limitados pela história... (p. 51).

Complementa o autor que "o materialismo histórico é a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade" (1992, p. 51). Essa ciência ressalta a força das idéias, capaz de introduzir mudanças nas bases que as originou, destacando a ação dos partidos políticos, dos agrupamentos humanos, do coletivo, cuja ação pode produzir transformações importantes nos fundamentos dos grupos sociais. Ao enfatizar esse aspecto dos agrupamentos sociais, entendemos que este método é perfeitamente adequado à condução e à trajetória que construímos neste estudo, engajado nas diretrizes da área de Saúde do Trabalhador, ao articular historicidade, cultura e realidade e suas modificações e transformações em que convivem esses grupos.

O materialismo histórico dialético esclarece conceitos como *ser social*, que se caracteriza como as relações materiais dos homens com a natureza e entre si e que existem de forma objetiva, ou seja, independentemente da consciência; *consciência social* que pode ser citada como as idéias políticas, jurídicas, filosóficas, estéticas, religiosas constituídas através da história; *meios de produção* que são os meios que os homens empregam para originar bens materiais; *forças produtivas* definidas como os meios de produção, os homens, sua experiência de produção, seus hábitos de trabalho, não podendo desvincular dos vínculos que se estabelecem entre os homens, ou seja, as *relações de produção* (TRIVIÑOS, 1992). O materialismo histórico, a nosso ver, esclarece conceitos que abordam o sujeito social, os meios de produção, as forças produtivas e relações de produção, conceitos demasiadamente significativos na condução desta investigação e coerentes com os objetivos e com a problemática proposta.

Fazer pesquisa na perspectiva do materialismo histórico-dialético, é, antes de tudo, ter uma postura ética, de busca de justiça social, autonomia, vivência da cidadania, liberdade, estética, que tenham ressonância com os achados da investigação. "O pesquisador procura sua forma de contribuição à sociedade, mantendo uma postura crítica diante de seus próprios

achados, procurando sempre encontrar caminhos que possam ser mais verdadeiros e próximos da realidade" (LEOPARDI, 2002, p. 203).

Desse modo, buscou-se seguir no presente estudo os preceitos da pesquisa dialética que, em sua essência, não toma a investigação somente com a finalidade de contemplar, de conhecer, mas, sim, de modificar a realidade, propondo ações e práticas que possam subsidiar esta realidade investigada, conforme propõem os objetivos da investigação realizada. Na perspectiva que adota Minayo (1999):

> Enquanto o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real. Esforça-se para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação. Busca apreender a prática social empírica dos indivíduos em sociedade e realizar a crítica das ideologias... (p. 65).

Entendemos significativo e oportuno os esclarecimentos sobre características e definições de pesquisas do campo da Saúde, que cada vez mais aproximam-se de fazer pesquisas no campo das Ciências Sociais, que a referida autora chama a atenção. Entre alguns desses pontos abordados por ela, ressalta-se o fato de a área da Saúde ser cada vez mais um campo social de alta significação, cujo objeto de estudo, assim como as pesquisas sociais, cada vez mais é histórico, considerando que as sociedades humanas existem em um determinado espaço, tempo, que os grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo está em constante dinamismo, potencialmente tudo está para ser transformado.

> Quando do ponto de vista marxista, abordamos a questão da saúde/doença assim como a medicina e as instituições médicas, esses fenômenos são colocados em relação com a totalidade social e com cada uma de suas instâncias dentro da especificidade histórica de sua manifestação. *Saúde/ Doença* passam a ser tratadas não como categorias a-históricas mas como um processo fundamentado na base material de sua produção e com as características biológicas e culturais com que se manifestam. São vistas como manifestação tanto nos indivíduos como no coletivo...são fenômenos biológicos socialmente determinados (MINAYO, 1999, p. 76).

Outra característica, cada vez mais comum aos dois tipos de campo de pesquisa, diz respeito à identidade entre o sujeito e o objeto da investigação: investigam seres humanos que, embora sejam diferentes por razões culturais, de classe, de faixa etária ou por qualquer outro motivo, têm um substrato comum que os torna solidariamente imbricados e comprometidos.

Considerando a importância, o avanço científico e tecnológico e as contribuições específicas dos estudos do campo da saúde, as pesquisas com enfoque social tentam buscar explicações mais totais, mais históricas e mais adequadas para as situações de morbi-mortalidade das populações. Esses estudos partem da premissa de que a posição de classe explica melhor que qualquer fato biológico, a distribuição da saúde/doença e os tipos de patologias dominantes em determinada sociedade. A autora coloca que, no Brasil e na América Latina, o objeto tradicional denominado *Saúde Pública* passou a merecer tratamento, denominação e conotação que o traz do inespecífico campo do público, referente à política de prevenção proposta pelo Estado, para o campo do coletivo, que sugere direitos, situação histórica, comprometimento de condições de vida social e uma crítica ao indivíduo como responsável único por sua saúde/doença. A nova disciplina e campo de intervenção denominada Saúde Coletiva incorpora definitivamente as Ciências Sociais nos estudos dos fenômenos saúde/doença, ocorrendo uma transferência da ênfase dos corpos biológicos para os corpos sociais, em grupos, classes e relações sociais referidos ao processo saúde/doença.

> Não se pode mudar o fato de que vida tem seu componente material e objetivo, expresso pelo organismo biológico, mas também não se pode desconhecer sua natureza imaterial, que nos seres humanos se complexifica por sua condição societária. Portanto, não seria possível torna-lo objeto de uma única visão do conhecimento, reduzindo a vida a meros processos químicos e físicos (LEOPARDI, 2002, p. 31).

Logo, o processo de conhecer e produzir conhecimento sobre saúde, segundo a autora, tem que acompanhar a história das pessoas, através da sua formação social e cultural, no interior das relações múltiplas que elas constroem, tanto nos níveis dos fenômenos subjetivos, como genética, personalidade, vontade, possibilidade individual, quanto nos níveis coletivos, tais como a epidemiologia, exposição a riscos, suporte assistencial e outros.

Ainda, pelo fato de a área da Saúde ser um campo que necessariamente aglutina a teoria e a prática de forma imediata, a posição marxista em relação às outras correntes de pensamento toma o caráter de uma luta ideológica e política que repercute nos movimentos sociais e tem a influência deles em relação às questões consagradas e emergentes. Toda a visão de saúde/doença da população, na concepção marxista, está centrada na situação em que vive essa população e com as contradições mais gerais da sociedade. Sua perspectiva é sempre a possibilidade de transformação (pelas contradições) das condições que geram e reproduzem as situações de doença da população estudada. Como preocupação metodológica, o subsistema

que maior ênfase e cuidados tem merecido dentro dessa abordagem histórica e estrutural (MINAYO, 1999) é o campo de conhecimento denominado *Saúde do Trabalhador*, pelo fato do seu eixo básico, o processo de trabalho, ser visto sob o enfoque histórico e como determinante para o desgaste da saúde dos trabalhadores e para o quadro de morbidade e de acidentes do trabalho.

Frigotto (1997) afirma que, no processo dialético de conhecimento da realidade, o que importa fundamentalmente não é somente a existência da crítica pela crítica, o conhecimento pelo conhecimento, mas a crítica e o conhecimento crítico para uma prática que altere e transforme a realidade anterior no plano do conhecimento e no plano histórico-social. Para essa teoria, o ponto de partida do conhecimento, como esforço reflexivo de analisar de forma crítica a realidade e o processo de conscientização, é a atividade prática social dos sujeitos históricos.

Esta abordagem fornece bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais (GIL, 1999). Percebemos nessa abordagem do autor um fundamento significativo na opção pelo método do estudo, já que, segundo nosso entendimento, torna-se difícil desarticular o contexto do ambiente e o processo de trabalho em saúde das questões externas a eles. Nessa corrente de pensamento, o esquema modelar básico para se compreender o movimento da realidade é considerar o episódio sob análise como uma tese, ou afirmação primária ou problema inicial, que se compreende como parte de uma série de fenômenos que se chama história, em constante mutação e processo, que se desenvolvem a partir das ações humanas ou de meios naturais (LEOPARDI, 2002). Essa situação analisada em seu desenvolvimento será sempre superada, como resultado de um conflito entre sua forma atual e uma outra que lhe seja possivelmente diversa, a antítese. A autora afirma que, nesse conflito, que nem sempre pode ser negociado, se armam as condições para o aparecimento de uma terceira possibilidade, que é a sua síntese. Esse panorama metodológico significa a coexistência de pólos contrários, dentro de uma mesma realidade e confere o caráter de permanente tensão ao mundo da vida, o que gera transformação.

Na continuidade desta construção metodológica a investigação iniciou as aproximações sucessivas ao objeto de pesquisa, encadeadas de forma rigorosa e permanente

com a construção do problema de pesquisa, com seus objetivos, e seguiu produzindo muitas indagações, questionamentos e dúvidas (WÜNSCH, 2004). Com o andamento do estudo, passamos a recolher muitas evidências e significados e a estabelecer um novo olhar para a realidade, realidade esta que necessita de significativa visibilidade para possibilitar que as condições de adoecimento e sofrimento no trabalho das trabalhadoras da saúde sejam reveladas.

Essas sucessivas etapas de aproximação com a realidade empírica incluíram, além das entrevistas com as trabalhadoras da saúde, vários encontros, reuniões, agendamentos, encaminhamentos de ofícios solicitando autorização para coleta de dados, levantamentos de dados em arquivos de setores da Prefeitura Municipal, e outras situações. À medida que o estudo avançava, percebíamos a necessidade de complementação de dados e também de novos levantamentos, que demandavam novos contatos e novas idas ao campo de pesquisa (WÜNSCH, 2004).

Assim, excetuando-se o relato dos agendamentos e da realização das entrevistas, que serão ainda apresentados, o estudo estabeleceu as seguintes fases no seu percurso metodológico de coleta de dados complementares:

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	FINALIDADES
Primeira reunião com a Gestora Municipal de Saúde	Apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de autorização para sua realização.
Contato com o Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Solicitação de dados das integrantes do estudo.
Reunião com a nova Gestora de Saúde	Apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de autorização para sua realização.
Novo contato com o Setor de Recursos Humanos da SMS	Busca de novos dados das integrantes do estudo.
Envio de ofício à coordenadora de um dos serviços de saúde	Autorização para realizar entrevista com a trabalhadora de saúde deste serviço.
Encontro com o responsável pelo Setor de Recursos Humanos da SMS	Solicitação de dados estatísticos de doenças e acidentes de trabalho dos trabalhadores da saúde .
Contato com o Setor de Recursos Humanos da SMS	Solicitação da descrição dos cargos das trabalhadoras de saúde, integrantes do estudo.
Encaminhamento do pedido do Setor de Recursos Humanos à AFAVI (Associação Feminina de Amparo à Vida)[6]	Solicitação de dados estatísticos de doenças e acidentes de trabalho dos trabalhadores da saúde do Programa de Saúde da Família.
Contatos com o serviço de contabilidade responsável pelos registros da AFAVI	Solicitação de dados estatísticos de doenças e acidentes de trabalho dos trabalhadores da saúde do Programa de Saúde da Família.
Reunião com a nova gestora de Saúde	Apresentação do projeto de pesquisa e solicitação de autorização para sua realização.
Novo contato com o Setor de Recursos Humanos da SMS	Solicitação e levantamento dos afastamentos do trabalho dos trabalhadores de saúde desde o ano de 2001.
Encaminhamento de pedido ao Setor de Recursos Humanos e ao SESMT[7] da Prefeitura	Solicitação e levantamento dos afastamentos do trabalho dos trabalhadores.
Contato com a Secretária Municipal de Saúde	Solicitação de autorização para acessar os dados dos prontuários dos trabalhadores afastados ou que estiveram afastados anteriormente [8].
Ofício ao Secretário Municipal de Administração, responsável pelo Setor de Recursos Humanos da Prefeitura	Solicitação de autorização para acessar os dados dos prontuários dos trabalhadores afastados ou que estiveram afastados anteriormente .
Levantamento de dados nos prontuários dos trabalhadores no Setor de Recursos Humanos da Prefeitura	Elaboração de panorama estatístico sobre os afastamentos dos trabalhadores do município em decorrência do trabalho.
Contato com SESMT da Prefeitura	Busca de dados relacionados aos índices estatísticos necessários ao estudo
Encontro (reunião) com profissionais do SESMT da Prefeitura	Solicitação e levantamento dos casos de afastamentos por motivos relacionados ao trabalho dos trabalhadores da Prefeitura Municipal

Quadro 1 – Etapas no percurso de coleta de dados

Fonte: Dados da pesquisa.

[6] Entidade não-governamental que mantém o Programa de Saúde da Família em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Configura-se como a empregadora dos trabalhadores do programa.

[7] Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho.

[8] O Setor de Recursos Humanos e o SESMT não possuíam registros de acordo com as necessidades específicas do estudo. Os dados só poderiam ser obtidos nos prontuários individuais dos trabalhadores que já tiveram registro de afastamento do trabalho por doença ou acidente.

Ressaltamos que a exploração dessa realidade empírica exigiu uma abordagem metodológica que extrapolasse o campo numérico, quantitativo, estatístico, através exclusivamente de uma condução linear e seqüencial da realidade. Nesse sentido, o estudo utilizou a abordagem qualitativa, tentando compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo social sobre o tema específico, as relações que se dão entre os atores sociais no âmbito das instituições de saúde, refletindo sobre o sofrimento e adoecimento no trabalho em saúde.

A investigação qualitativa requer atitudes como abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação com os atores sociais envolvidos. Em uma busca qualitativa a maior preocupação é com o aprofundamento e abrangência da compreensão do contexto social que se está investigando e menos com a generalização do mesmo. Para Chizotti (2003), a abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

> O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro, está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (p. 79).

Nesse tipo de abordagem de pesquisa, o pesquisador é parte fundamental, devendo, preliminarmente, despojar-se de preconceitos, predisposições, para assumir uma atitude aberta a todas as manifestações que observa, sem adiantar as manifestações que observa, sem adiantar explicações nem conduzir-se pelas aparências imediatas, com a finalidade de alcançar uma compreensão global do fenômeno. A finalidade de uma pesquisa qualitativa é intervir em uma situação insatisfatória, mudar condições percebidas como transformáveis, onde pesquisador e pesquisados assumem voluntariamente, uma posição, uma posição reativa.

Leopardi (2002) afirma que, no caso da pesquisa qualitativa, o conhecimento é originário de informações de pessoas diretamente vinculadas com a experiência estudada, portanto não podem ser controladas e generalizadas. No entanto, por serem experiências verdadeiras de pessoas, não podem ser suspeitas e tidas como não-verdades. A delimitação e a formulação do problema não são apriorísticas e não podem ser reduzidas a uma hipótese pois

advêm de um processo indutivo de exploração do contexto, da observação reiterada e da análise sistemática da realidade, o que exige do investigador uma imersão na história do evento. Os dados, por sua vez, não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, percepções puras e definidas, de modo que todos os acontecimentos em um contexto são igualmente importantes, como a constância das manifestações, a sua ocasionalidade, a freqüência, a interrupção, a fala e o silêncio. A coleta de dados, dessa forma, não é um processo cumulativo e linear, mas um processo de ir e vir, em interação com os sujeitos que vivem uma determinada experiência e são baseados na racionalidade e capacidade comunicacional desses sujeitos.

A pesquisa do tipo exploratória, que também caracterizou a realização do presente estudo, permite ao pesquisador aumentar sua expectativa em torno de determinado problema (TRIVIÑOS, 1992). Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema , visando criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno. Neste tipo de investigação o pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento, para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou experimental. O pesquisador realiza um estudo exploratório para encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja.

Gil (1999) afirma que pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de estudo é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Os estudos exploratórios realizam descrições precisas da situação e querem descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma, exigindo um planejamento flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação.

A entrevista com as trabalhadoras da saúde foi o principal instrumento utilizado para a coleta de dados, com um roteiro previamente formulado[9], que orientou a pesquisadora no momento da realização das entrevistas. Dessa forma, as questões estimulam a conversa, mais do que a simples obtenção de respostas afirmativas ou negativas (POLIT; HUNGLER, 1995),

[9] Apêndice B

oferecendo maior oportunidade para avaliar atitudes, condutas, podendo o entrevistado ser observado naquilo que diz e como diz. Essa preferência por um desenvolvimento mais flexível da entrevista, permitindo que o entrevistado fale livremente à medida que o roteiro de questões vai sendo assinalado, pode ser determinada, segundo Gil (1999), pelas atitudes culturais dos respondentes ou pela própria natureza do tema investigado.

A entrevista na investigação qualitativa é um recurso importante, podendo ser construída de diferentes maneiras, porém sempre vista como um encontro social. Possui algumas características importantes, como a intersubjetividade, que é fundamental, pois ocorre a busca de informações mais íntimas da pessoa informante, a intuição, que é uma forma de contemplação da experiência com um olhar não descritivo e a imaginação, que é a representação do real (LEOPARDI, 2002). Tem a vantagem essencial de que são os mesmos atores sociais que proporcionam os dados relativos a suas condutas, opiniões, desejos e expectativas, pois ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida para falar sobre o que pensa e sente.

A entrevista do tipo semi-estruturada, semi-aberta ou por pautas, como também é denominado o modelo utilizado nesta pesquisa, é aquela um pouco mais formalizada, que se guia por uma lista de pontos de interesse, que serão explorados no decorrer da entrevista. O entrevistador, neste caso, faz poucas perguntas diretas, e deixa o entrevistado falar sempre que esteja tocando em algum dos temas contidos no roteiro. O entrevistador tem liberdade para desenvolver cada situação em qualquer direção que considere adequada, sendo uma forma de poder explorar amplamente uma questão. Em geral, as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversação informal. No caso deste estudo, a pesquisadora utilizou-se de um roteiro previamente elaborado, de perguntas abertas, para orientação e condução das questões durante a entrevista, sem, no entanto, deter-se exclusivamente a esse roteiro, o que é cientificamente permitido, conforme anteriormente apresentado pelos autores consultados, principalmente em diálogos e discussões ricas e profundas, como as que ocorreram nos encontros com as profissionais da saúde.

Assim, no momento da entrevista, nesta investigação, foi importante a habilidade em registrar as reações dos entrevistados às perguntas. A expressão não-verbal da entrevistada foi de grande utilidade na análise da qualidade das respostas. Na medida do possível, após a autorização das integrantes do estudo, todas as entrevistas foram gravadas, no sentido de

facilitar, posteriormente, a transcrição dos dados. Sobre o procedimento de consentimento e gravação das entrevistas, Mendes (1999) refere:

> Esse consentimento é condição essencial para que o processo desenvolva-se num "ir e vir" de interação entre sujeitos – pesquisador e familiares. É o reconhecimento desse espaço como possibilidade para o sujeito ser ouvido, para poder exprimir seu sofrimento, suas experiências, não só daquilo que o pesquisador queria ouvir, mas também daquilo que considere importante dizer. Perspectiva dialética, arte do diálogo, em que cada história narrada contém uma experiência diferente. Essa é uma dinâmica que orienta o posicionamento de ambos, refletindo, redefinindo e precisando as histórias de forma singular (p. 166).

As entrevistas foram previamente agendadas com as trabalhadoras da saúde, no horário e local que mais lhes foram adequados. Em todos os casos, com exceção de um, o local escolhido para a realização da entrevista foi o próprio local de trabalho da integrante do estudo, o que facilitou e conjugou em uma visita a realização da entrevista e da observação do local de trabalho, contribuindo também para a elaboração do diário de campo da pesquisadora.

Apontamos outras fontes também consideradas para a obtenção dos dados, como a observação realizada no momento da entrevista acerca de alguns aspectos, como os aspectos físicos dos serviços onde as integrantes do estudo desempenham sua atividades laborais, as atividades desenvolvidas nos setores de trabalho pelas profissionais da saúde, a assistência prestada aos usuários e dos serviços oferecidos pela unidade e as situações de trabalho que se apresentavam durante a realização das entrevistas. Estas observações foram registradas em um diário de campo e foram utilizadas à medida que a análise e a discussão dos dados foram elaboradas, articulando-se com o contexto estudado na presente investigação e fornecendo subsídios importantes para um maior entendimento do panorama apresentado pelas integrantes da pesquisa, previamente, em suas falas nas entrevistas. Cruz Neto (2003) enfatiza que no diário de campo podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas, construindo detalhes que vão congregando os diferentes momentos da pesquisa.

Nesse sentido, a técnica da observação foi um importante meio de coleta de dados, por propiciar a elaboração do diário de campo, cujas informações tornaram-se fonte de pesquisa em potencial. Por observação simples, Gil (1999) entende aquela em que o pesquisador, permanecendo alheio à comunidade, ao grupo ou à situação que pretende estudar, observa de maneira espontânea os fatos que aí ocorrem. Embora a observação simples possa ser

caracterizada como espontânea, informal, não planificada, coloca-se em um plano científico, pois, conforme o autor, vai além da simples constatação dos fatos. Para Lakatos e Marconi (2001), a técnica da observação não estruturada ou assistemática, também denominada espontânea, informal, simples, livre, ocasional consiste em recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise fazer perguntas diretas. É mais empregada em estudos exploratórios e não tem planejamento e controle previamente elaborados, dependendo do observador o êxito da utilização dessa técnica, de ele estar atento aos fenômenos que ocorrem no mundo que o cerca, de sua perspicácia, de seu discernimento e preparo. De modo geral, o pesquisador sempre sabe o que observar.

As informações contidas no formulário de descrição dos cargos e suas atribuições [10] fornecido pela Prefeitura Municipal, a respeito dos cargos exercidos pelas trabalhadoras integrantes deste estudo na instituição, também foram consideradas para fins de fonte de dados por se constituírem em um importante parâmetro a ser apresentado e discutido na abordagem da relação do trabalho prescrito com o trabalho real em saúde.

Retomando as principais diretrizes deste estudo no sentido de seu delineamento, consideramos importante e oportuno sistematizá-las para facilitar a compreensão das mesmas, através da elaboração do quadro apresentado no apêndice A. Essa breve sistematização nos permite abordar com mais clareza e definição a condução metodológica do estudo, contribuindo para o rigor na cientificidade do mesmo.

5.1 ROMPENDO O SILÊNCIO: AS HISTÓRIAS DAS MARIAS

Seguindo a trajetória metodológica, para entender o mundo do trabalho das Marias e suas percepções sobre as interferências e implicações do trabalho no sofrimento e no adoecimento, a análise e a interpretação dos dados da presente investigação efetivou-se através de dois enfoques. Em um primeiro momento, buscou-se compreender o contexto histórico do grupo social, apropriando-se de conhecimentos obtidos a partir do marco teórico da pesquisa e, no segundo momento, ocorreu o encontro desse marco teórico com os fatos empíricos (GOMES,2003). Nessa perspectiva, a articulação e a junção dessas informações com o método de análise dos dados adotado, buscou estabelecer relação tomando por

[10] Este formulário foi fornecido após consentimento e autorização da realização da pesquisa pela gestora municipal.

referência a totalidade, historicidade e contradição, permitindo compreender e articular o significado do trabalho para as trabalhadoras e as implicações desse trabalho no seu sofrimento e adoecimento.

Minayo, Assis e Souza (2005) assinalam conceitos importantes e esclarecedores para este momento da investigação, referindo que, na *descrição dos dados*,[11] trabalha-se de forma que as opiniões dos diferentes informantes sejam preservadas da maneira mais fiel possível, na *análise*, procura-se ir para além do que é descrito, traçando-se um caminho sistemático que busca explicitar ou não, nos depoimentos, as relações entre os fatores. Já a *interpretação* busca sentidos nas falas e nas ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado. Também observam que essas três categorias de tratamento não são mutuamente excludentes, nem possuem fronteiras claras entre si, sendo perspectivas de tratamento de dados qualitativos que podem ou não coexistirem formalmente.

Ao estabelecer as unidades temáticas de análise dos dados, a partir do método de análise que o estudo determinou, buscou-se chegar às situações e expressões relacionadas pelas trabalhadoras decorrentes do processo de trabalho desenvolvido em saúde, compondo-se, para isso, alguns princípios de investigação, estabelecidos pela pesquisadora a partir das questões do roteiro de entrevistas:

1 - O trabalho como mulher, profissional de saúde de um serviço público:

- Tempo de atuação como profissional de saúde no serviço público;
- Idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, formação profissional;
- Jornada semanal de trabalho, turno de trabalho, cargo;
- Percepções e sentimentos relacionados a esses fatores;
- Existe preconceito em relação ao trabalho da mulher?

[11] Grifos das autoras.

2 – A interferência do embate do enfoque de prevenção-promoção à saúde com o enfoque curativo-assistencial e das alterações político-partidárias no trabalho:

- As implicações dos conflitos das profissionais de saúde com a prestação dos diferentes enfoques de assistência à saúde no trabalho;
- As implicações dos conflitos entre os profissionais de saúde e os gestores com a prestação dos diferentes enfoques de assistência à saúde no trabalho;
- Repercussões das alterações político-partidárias no trabalho das profissionais de saúde.

3 – A identificação da relação do trabalho desenvolvido com algum tipo de adoecimento:

- Reconhecimento de sinais, sintomas e patologias que possam advir;
- Identificação de fatores, atividades e situações presentes no trabalho que possam levar a algum tipo de adoecimento.

4- A percepção como trabalhadora da saúde, usuária da assistência à saúde do trabalhador:

- O entendimento acerca do "ser trabalhadora de saúde, passível de adoecimento";
- Quem cuida do cuidador de saúde?
- Impressões a respeito do serviço de assistência à saúde do trabalhador no município.

Dessa forma, esses princípios da investigação e as questões da entrevista daí advindas nos auxiliaram a compor o contexto acerca da realidade deste estudo, como também facilitaram o transcorrer das entrevistas, mantendo e garantindo o rigor científico necessário para um trabalho de pesquisa e, ao mesmo tempo, uma informalidade sustentada na segurança da sua condução pela investigadora, ao assumir também o papel de entrevistadora (WÜNSCH,2004).

Assim, com os dados coletados em mão, e, inicialmente, triangulando e combinando os mesmos, possuíamos um verdadeiro *mosaico de informações*[12], onde cada peça era única e importante para a confecção do contexto final a ser montado. Seguindo as reflexões de Minayo, Assis e Souza (2005), triangulação significa a combinação e o cruzamento de

[12] Wünsch,(2004).

múltiplos pontos de vista e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação, permitindo interação, crítica intersubjetiva e comparação. É a expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação e no aprimoramento de ações e a visão que os atores sociais constroem sobre o contexto. Nesse sentido, a triangulação pode ser usada não somente para examinar o mesmo fenômeno de múltiplas perspectivas, mas também para enriquecer a compreensão sobre uma situação investigada.

A exposição e análise dos dados, obtidos através dos instrumentos de coleta de dados, articulou-se a diversos dados que a investigação oportunizou. Inicialmente, correspondeu à caracterização do grupo participante, sendo descritos os dados de identificação das trabalhadoras, possibilitando, assim, traçar o perfil das participantes. Também procurou-se analisar comparativamente os registros de doenças e acidentes ocorridos com os trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde e da Prefeitura Municipal com os registros dessas situações de trabalho de outros serviços de outras instâncias públicas, municipais, estaduais e federais apresentados nas bibliografias consultadas. Essa análise foi intercalada com os dados obtidos através das outras fontes já apresentadas anteriormente, como o diário de campo e as observações realizadas nos locais de trabalho das integrantes do estudo, tentando tornar a discussão dos dados mais enriquecedora e não demasiadamente compartimentalizada.

Ressalta-se que, no transcorrer do processo de investigação, os dados numéricos consultados e apresentados foram considerados complementares e se constituíram meramente em dados auxiliares, contribuindo para facilitar a compreensão do panorama de saúde-trabalho-doença nos diferentes espaços. Nesta perspectiva, optou-se por romper com estas estatísticas oficiais de casos relacionados com o adoecimento no trabalho, uma vez que se tem conhecimento da prática de subnotificação dos registros na área de Saúde do Trabalhador, o que acaba por não expor essa realidade em sua totalidade. Também entendemos que o presente estudo, por se tratar de uma investigação qualitativa, como já mencionado, transcende questões numéricas no balizamento da composição de sua elaboração e análise.

Utilizando-se da avaliação qualitativa, os dados obtidos nas entrevistas foram analisados à luz do método de Análise de Conteúdo, adotando como técnica de análise a Análise Temática. A técnica da Análise de Conteúdo é muito comumente utilizada no

tratamento de dados em uma pesquisa qualitativa (MINAYO, 1999). Os procedimentos deste método "... emergem de uma situação contextual, ou de algum texto ou mensagem e convergem para buscar o conhecimento daquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça" (RODRIGUES, 1999, p. 19).

Conforme Bardin (1977) e Triviños (1992), a Análise de Conteúdo constitui-se de uma ferramenta que, a partir da apreciação objetiva da mensagem, facilita o processo de inferências provenientes das informações fornecidas pelo conteúdo da mensagem, ou o levantamento de premissas, a partir dos resultados do estudo. Segundo Bardin (1977), a Análise de Conteúdo pode ser definida como:

> Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição no conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (p. 42)

A Análise de Conteúdo é um método que trabalha indispensavelmente com os procedimentos de classificação, codificação e categorização dos conceitos, e cuja intenção, segundo Bardin (1977), é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou de recepção na comunicação. Assim é que o pesquisador deve orientar-se por um conjunto de decisões sobre tais conceitos, definindo-os clara e objetivamente, para não correr o risco de ora incluir um significado, ora outro, em uma dada categoria.

Conforme Rodrigues e Leopardi (1999), os dados que compõem o material para a análise não se mostrando diretamente, precisam ser construídos através de unidades que os possam representar, agrupando-se pelas aproximações de conteúdos, em quantidades que permitam uma construção lógica de relação entre o que está no domínio subjetivo e no domínio social, caracterizando a maior ou menor força da manifestação para a construção das práticas coletivas. "Para se conceber essa realidade, é necessário que sejam utilizadas categorias de análise que contemplem a dimensão sociopolítica do momento histórico, articulando-se indicadores objetivos com a dimensão social que tal exercício requeira" (MENDES, 1999, p. 160).

Neste estudo, através da Análise de Conteúdo, as falas das Marias foram consideradas como um processo de elaboração, dinâmico, em movimento, composto de contradições e

imperfeições, e não como um processo acabado. Através das falas, das expressões, foi possível captar as concepções que os segmentos sociais envolvidos na pesquisa desenvolvem, concebem através dos contextos de inserção e significados que representam. Assim, a partir dos objetivos e questões norteadoras traçadas para o estudo, as unidades teóricas elaboradas e com as quais trabalhamos, inicialmente, na condução e elaboração deste estudo foram sendo complementadas a partir do contato com a realidade empírica. Esse subsídio é apresentado por Frigotto (1997), quando aborda que a teoria que fornece as categorias de análise necessita, em um processo de investigação dialética, ser revisitada durante o processo e as categorias reconstituídas à medida que a investigação estiver ocorrendo.

Enfim, seguindo o modelo de análise de conteúdo, conforme apresentado por Bardin (1977) e Minayo (1999), realizamos a seguinte seqüência de procedimentos:

1. Transcrição das entrevistas em forma de texto, obedecendo a ordem das questões;

2. Realização de uma leitura aprofundada dos dados das entrevistas e do diário de campo e organização em grandes focos temáticos, e, se necessários, subunidades temáticas;

3. Descrição e análise dos dados numa permanente relação entre as observações e reflexões da pesquisadora, as observações do diário de campo, os relatos das entrevistadas e a articulação com os dados complementares obtidos e com os achados bibliográficos dos autores consultados.

Como propõe a realização de estudos qualitativos, podemos citar a ultrapassagem da incerteza, ou seja, a percepção correta da mensagem e de seu conteúdo; o enriquecimento da leitura, através da compreensão de significações, da descoberta de conteúdos e estruturas latentes e a integração das descobertas que vão além das aparências, referindo-se à totalidade social no qual as mensagens se inserem. Nesse sentido, a análise do material qualitativo propõe-se a uma atitude de busca, a partir do próprio material coletado, e à ampliação da compreensão de contextos culturais com significações que ultrapassam o nível espontâneo das mensagens. Também realizamos durante a condução da investigação, a comprovação ou não dos pressupostos iniciais da pesquisa, em um retorno sistemático e constante às origens do estudo, como preconiza os estudos dialéticos.

Como técnica da análise de conteúdo foi utilizada a análise temática. O tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura; a noção do tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto (BARDIN, 1977). Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (RODRIGUES; LEOPARDI, 1999). O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças e tendências e freqüentemente utilizado em análises de questões abertas, inseridas em entrevistas semi-estruturadas, como no caso deste estudo. Essa técnica de análise foi direcionada, neste trabalho, para as falas das mulheres trabalhadoras da área da saúde, para as manifestações expressas e latentes a respeito das significações da relação trabalho e adoecimento na área da saúde.

Operacionalmente, segundo Minayo (1999), a análise temática desdobra-se em três etapas:

1. Pré-análise: consiste na seleção dos documentos a serem analisados, a retomada e adequação das hipóteses ao material coletado e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Pode ser decomposta em: leitura flutuante; constituição do *corpus* (organização do material no sentido da exaustividade, representatividade, homogeneidade e da pertinência); formulação de hipóteses e objetivos. Nessa fase, determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

2. Exploração do material: corresponde à codificação, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta investigação optamos, nesta etapa, por classificar e agregar os dados, selecionando categorias teóricas ou empíricas, através dos focos temáticos elaborados.

3. Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Ressaltamos também, como técnica de análise dos dados, a articulação teórico-reflexiva realizada a partir dos dados verificados nas observações simples realizadas pela pesquisadora durante as entrevistas e nos serviços onde as trabalhadoras desenvolvem suas atividades laborais. Chizzoti (2003) afirma que os resumos descritivos, realizados a partir da

observação, descrevem, na verdade, a forma de participação e interesse do pesquisador na realização da observação e as circunstâncias da mesma. Para isso, as anotações devem ser reduzidas ao registro das observações, contendo informações do cotidiano da pesquisa.

Também elaborou-se uma análise da realidade investigada a partir da articulação entre os dados obtidos a respeito da caracterização dos cargos e atividades e suas atribuições formalmente prescritas e elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde e os relatos das entrevistadas sobre as atividades efetivamente por elas realizadas em seus cargos de trabalho. Outros documentos estatísticos da Secretaria Municipal de Saúde, como os de ocorrência de doenças e acidentes de trabalho, também foram articulados com dados teóricos dos autores consultados e com os depoimentos das trabalhadoras da saúde. Esses dados foram fornecidos à pesquisadora pelos setores responsáveis da Prefeitura, a partir da autorização da realização da pesquisa, conforme já relatado anteriormente.

5.2 A APROXIMAÇÃO COM A REALIDADE EMPÍRICA

Seguindo a trajetória metodológica, uma etapa importante para a realização de um trabalho de investigação científica, é traçar uma caracterização do local onde o estudo se desenvolveu, especificamente na presente investigação, do município e da rede de serviços de saúde existente.

Santa Cruz do Sul está localizada no Vale do Rio Pardo, distante 155 km de Porto Alegre, tendo sido colonizada por imigrantes alemães, italianos e portugueses que deixaram grande herança cultural. O Vale do Rio Pardo é formado por um conjunto de 24 municípios que se estendem por uma superfície de 14.349,3 km, correspondendo a 5,09% do território do estado do Rio Grande do Sul, concentrando 4,12% da população deste – 397.061 habitantes. Dentre os aspectos econômicos ressalta-se a produção do setor primário, destacando-se as lavouras temporárias; a indústria, com destaque, às dos setores de madeira, minerais não metálicos e do fumo (CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DO VALE DO RIO PARDO, 1998).

O município possui uma área de 799,9 quilômetros quadrados, com uma população estimada em 107.501 habitantes, segundo dados do censo de 2001. Possui uma população de 52.043 habitantes do sexo masculino e 55.458 do sexo feminino. A população urbana é de

93.650 habitantes e a população rural é de 13.851. É considerado um pólo de desenvolvimento industrial e econômico, contando com a existência de diversas empresas dos mais diferentes ramos de atuação.

O sistema de saúde é municipalizado desde o ano de 1992, sendo responsável pelos serviços de saúde prestados à população. O município pertence à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e tem como Gestor o Secretário Municipal da Saúde, nomeado pelo Governo Municipal por ocasião das eleições municipais. A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde, de n. 8.142/90, mediante a criação dos Conselhos Municipais de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde, como também no controle das transferências de recursos arrecadados pela União, para os Estados e municípios.

O município é servido por três hospitais gerais, com 333 leitos. O atendimento à população é realizado através da Secretaria Municipal de Saúde, que conta atualmente com 458 servidores municipais concursados, sendo destes 370 do sexo feminino e 88 do sexo masculino. O último concurso público para provimento de cargos foi realizado em outubro do ano de 2000. A Secretaria conta com vinte e um postos e com duas unidades móveis equipadas para atendimento médico e odontológico. Dos postos, quinze localizam-se na zona urbana; desses, sete são implementados pelo Programa de Saúde da Família. Além desses postos, o município conta também com centros de atendimento especializado, como o Centro de Atendimento à Sorologia, Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS, denominado CEMAS; um Plantão de Urgência (PU); um Centro de Atendimento Materno-Infantil 24 horas (CEMAI); uma Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) e a Casa de Saúde Ignez Irene Moraes (Hospitalzinho) (KRUG, 2000; THEISEN, 2004).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é mantido pela Organização Não-Governamental (ONG) denominada “Associação Feminina de Amparo à Vida” (AFAVI) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, possuindo atualmente 121 funcionários. Ressaltamos, que dentre esses trabalhadores, 116 são mulheres e 5 são homens, caracterizando um predomínio do gênero feminino entre os profissionais de saúde do Programa do município. A presença masculina aparece em maioria na categoria médica e na categoria agente comunitário de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde que compõem a rede pública estão distribuídas nos bairros, em uma localização periférica da cidade, possuindo cada bairro uma unidade de referência. A localização espacial desses serviços de saúde se deu em razão das necessidades expressas coletivamente pelos moradores dos bairros, usuários dos serviços públicos e de negociações políticas. No cenário urbano se evidencia um desenho cuja diferenciação ocorre conforme a população se organiza, configurando-se em formas de combinação de elementos como dificuldades socioeconômicas, necessidades de atenção à saúde em função de situações de risco e impossibilidade de deslocamento.

Ao se realizar um trabalho de investigação científica, o investigador pretende chegar ao seu objeto de estudo e analisá-lo, norteado por algumas concepções teóricas, políticas e também pelas vivências pessoais e profissionais. Isso implica reconhecer que ao se fazer pesquisa, parte-se, sim, de uma prática, envolta em concepções que acabam condicionando a definição do objeto de pesquisa e os caminhos a serem trilhados na condução do estudo.

Assim, ao iniciar a presente pesquisa e estabelecer o contato com todas suas variáveis, com a realidade de investigação, embora tendo o "domínio" e conhecimento do objeto em estudo, a pesquisadora trouxe um novo olhar para a mesma. Esta realidade passou a ser vista e entendida como um processo em constante mutação, de acordo com o método escolhido para conduzir a investigação, "levando à demarcação de novos caminhos, onde o processo de pesquisa foi sendo construído de forma a aproximar-se cada vez mais de um conhecimento embasado em fundamentos científicos e não meramente empíricos" (WÜNSCH, 2001, p. 51). A mesma autora ressalta a importância do reconhecimento do processo de pesquisar a significância da contextualização teórica para o seu desenvolvimento à qual as descobertas de campo acrescentam contribuições inatingíveis pela via do empirismo (WÜNSCH, 2004).

Dessa forma, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, que permite um olhar em que o agir humano visa a um sentido, tem um valor que não pode ser captado por uma explicação racional e, nas palavras de Leopardi (2002), por uma explicação nomológica. Entendemos ser significativo apresentar as oportunidades e também as dificuldades vivenciadas neste trabalho de pesquisa, mas, ao mesmo tempo, enriquecedoras para o aprimoramento científico. Já refere Minayo (1999) acerca dessas percepções, em que "..., há outro tipo de percepção qualitativa, que é uma percepção imediata do vivido, de uma experiência captada como um fluxo de cuja

essência temos consciência em forma de “retenção” em nossa mente, através de relembranças” (p. 133).

Discorrer sobre as situações vivenciadas durante a investigação, principalmente, durante o período de coleta de dados, que permitiu o contato direto com a realidade empírica, e seus significados, implica esclarecer e apontar a importância desses momentos e, assim, contribuir para com outros estudos. Mais do que simplesmente vivenciar essa realidade, este período significou um grande avanço no entendimento das questões apontadas desde o início do estudo, para a compreensão do cotidiano de trabalho e suas implicações nas vidas das trabalhadoras no setor saúde.

Já o primeiro encaminhamento realizado, ainda para as tramitações administrativas, até o momento do contato com as mulheres trabalhadoras e suas realidades de trabalho, significou trilhar um caminho de importante crescimento científico, pessoal e profissional. Muitos foram os percalços que se apresentaram no transcorrer do caminho, desde as várias trocas de gestores da Secretaria Municipal de Saúde durante o período de realização da pesquisa, o que nos obrigou, por três vezes, a reapresentar o projeto de pesquisa a cada nova responsável pela pasta municipal que assumia, para seu conhecimento sobre o conteúdo do projeto e também para a obtenção de autorização necessária à continuidade da coleta de dados junto à rede de saúde.

A importância dessa etapa e da autorização expressavam-se a cada entrevista realizada, pois as trabalhadoras questionavam se havia autorização da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente após os esclarecimentos iniciais sobre o tema da investigação. Muitas delas apresentaram-se receosas em relação ao destino desses dados e sobre o sigilo das informações, já que o tema envolvia aspectos subjetivos do seu trabalho, trazendo à tona questões conflituosas e, por algumas vezes, embaraçosas. Ficava evidente que esses sentimentos refletiam a incerteza da situação vivenciada pelas trabalhadoras em relação ao seu trabalho. Em alguns casos foi necessário, além da apresentação do ofício de autorização da Secretária Municipal de Saúde, o contato prévio com o coordenador do serviço para obter sua autorização e dar continuidade à coleta de dados.

A fase de contatos telefônicos para agendamento das entrevistas com as profissionais de saúde foi demorada e extenuante, pois os horários disponibilizados nem sempre eram

compatíveis, o que resultava no adiamento das visitas, das entrevistas e observações. Assim, o período de coleta de dados prolongou-se mais do que o esperado, estendendo-se pelos meses de junho, julho, agosto e setembro de 2005.

A etapa de realização das entrevistas transformou a pesquisa em um novo e privilegiado espaço de descobertas, carregadas de informações, lições, rupturas e significados (WÜNSCH, 2001). Devemos mencionar também as anotações do diário de campo, repletas de observações e percepções, que foram contribuindo significativamente e gradativamente para o processo de descobertas sobre as implicações do trabalho no sofrimento e adoecimento das trabalhadoras de saúde. Conforme as próprias trabalhadoras, trata-se de um tema um tanto quanto "melindroso", e suas opiniões pessoais são diferenciadas em alguns aspectos, mas semelhantes em outros. Tais questões exigiram habilidade na observação e no registro das reações das entrevistadas às perguntas. As expressões não-verbais das entrevistadas, como também seus depoimentos, em determinados momentos desviavam-se do tema central. Interrompiam ou eram relatados de forma especial, com sentimentos de satisfação, mas também de revolta, insatisfação a até tristeza por algumas situações vivenciadas no seu trabalho. Sem dúvida, essas questões enriqueceram o estudo.

Procurou-se captar as reações espontâneas das entrevistadas, constituindo-se assim, também, importante fonte de informações, permitindo conhecer, verificar a sua concepção do lugar que ocupa e sua função como profissional da área de saúde e como mulher e, ainda, do seu trabalho e de suas repercussões na saúde e no adoecimento, no sofrimento decorrente deste processo. Na medida do possível, as entrevistadas tiveram liberdade de manifestar suas narrativas, sem que fossem necessárias intervenções para a condução formal e seqüencial do assunto. Porém, em algumas entrevistas, devido à amplitude da narrativa da entrevistada, foi necessária a utilização, de maneira mais formalizada, do roteiro de perguntas previamente elaborado.

Na maioria das vezes, a recepção das trabalhadoras ocorria de forma tranqüila e natural, com manifestação de interesse e colaboração; por vezes, de uma maneira despreendida, com expressões, ao término da entrevista, de agradecimento à atenção a elas dispensada, pela oportunidade de verbalizar o que pensavam, o que sentiam a respeito do assunto, o que, até então, não tinha sido possível. Algumas conseguiram falar exaustivamente sobre o tema, não demonstrando preocupação com o tempo; já outras, em decorrência das

atividades desenvolvidas no trabalho, tinham pressa em realizar a entrevista. Todas entrevistas foram gravadas, com prévia autorização, e a utilização deste recurso não interferiu e não comprometeu a liberdade de expressão, a disposição e a naturalidade das colocações das entrevistadas, como pode-se perceber durante a sua realização.

Em alguns casos, como citado anteriormente, a trabalhadora nos recebeu, manifestando-se temerosa, expressando desconfiança em relação ao tema da pesquisa. A princípio, uma postura de clareza, humildade e abertura para ouvir, foi essencial para que esse sentimento fosse aos poucos sendo superado e as dúvidas esclarecidas. Assim, a escuta atenta e disponível, o interesse e a valorização da história de cada uma delas, a compreensão dos depoimentos, não as contestando também auxiliou nesse sentido e foram essenciais para alcançar os objetivos propostos. Concordamos com Triviños (1992) ao referir que a modéstia contribui de maneira singela para que se estabeleça o ambiente que permite a mais ampla expressão de naturalidade e espontaneidade. A escuta do outro exige esse posicionamento; trata-se, sem dúvida, de um grande desafio para o pesquisador.

Quando as entrevistas ocorriam com diversos profissionais de um mesmo serviço de saúde, estas realizavam-se em um mesmo dia, uma após a outra, sempre que possível para ambos, entrevistado e entrevistador. Nesses serviços, em alguns casos ocorriam situações difíceis, em decorrência de comentários sobre as atividades de trabalho desenvolvidas pelas colegas que já haviam sido entrevistadas anteriormente. Procurou-se manter uma atitude neutra e tranqüila perante a situação, para que as questões éticas, envolvendo relacionamento no trabalho, não viessem à tona. Percebeu-se que, com a utilização dessas diferentes condutas, as entrevistas ocorreriam de forma tranqüila.

Com o transcorrer das entrevistas, já com maior experiência na realização deste trabalho, constatava-se uma maior abertura entre ambas, entrevistadora e entrevistada. À medida que isso acontecia, a pesquisadora, também profissional da saúde e mulher, identificava-se, muitas vezes, com algumas situações colocadas.

Percebeu-se, cada vez mais, a importância do resgate da situação dessas mulheres como cidadãs, trabalhadoras, sujeitas a acertos, conquistas, mas também a erros e falhas, cuja atividade laboral pode levar ao sofrimento e o adoecimento advindos do trabalho desenvolvido, de sua forma de organização e gestão. As entrevistadas foram unânimes em

solicitar que esses dados, após analisados, fossem divulgados, principalmente para serem utilizados na promoção de mudanças na organização e nas relações de trabalho.

Observou-se, neste grupo, o desejo de falar sobre seu trabalho, expresso nas contribuições com informações com muita riqueza de detalhes, tendo em vista o grau de exposição a alguém, até então, estranha para elas. Esse pode ser um ponto relevante, identificado como quase uma necessidade de verbalizar seus sentimentos, seu modo de ver e sentir o cotidiano de trabalho de cada uma. Ao tomar conhecimento dos objetivos e da proposta do estudo, a entrevista tornou-se, para as trabalhadoras, uma oportunidade ímpar de expressão, dando a impressão de que era a primeira vez que falavam sobre o assunto de forma mais explícita, e, principalmente, segundo elas, "autorizada" pelo seu superior hierárquico na relação de trabalho. A disposição em conceder a entrevista e a forma de relato de sua história contribuíram nesse sentido, pois, percebeu-se a expectativa da trabalhadora de ver sua situação sendo ouvida e entendida por alguém, e da oportunidade de estar descobrindo-se a si mesma como trabalhadora. Assim, também, a entrevistadora criou expectativas na busca de encontrar significados e respostas para as suas angústias e inquietações que, por vezes, de certa forma, foram "supridas" e, por outras, trouxeram à tona mais dúvidas e questionamentos.

Nesse sentido, podemos afirmar que a relação inicialmente estabelecida entre trabalhadoras e pesquisadora transformou-se, em algumas das situações, em uma verdadeira troca de experiências e informações, através do diálogo que se estabeleceu entre as partes. O compromisso e a dedicação ao trabalho retornam, após as entrevistas, acrescidos dessa inter-relação e da relevância deste estudo para as mulheres com um sentimento positivo para enfrentar o desafio em realizar esta investigação.

O significado deste momento para a entrevistadora foi tomar a sua própria história de vida no trabalho, como mulher e profissional de saúde, como ponto de partida para alguns questionamentos e estereótipos que foram sendo confirmados e também negados e desconsiderados pelas entrevistadas. A vivência da entrevista foi enriquecida por outros componentes apresentados pelas trabalhadoras, que aproximaram uma realidade diferenciada daquela vivida e imaginada pela pesquisadora. A vivência de cada uma carregada de seus significados, foi remetendo à sua singularidade e modificando a ótica e alguns prévios julgamentos da entrevistadora, tornando cada entrevista única e especial.

Essas diversas situações referidas levaram-nos à constatação de que os dados obtidos em uma investigação científica do tipo qualitativo, não se restringem somente àquilo que nos é relatado, que ouvimos, que vemos, através de uma forma direta de manifestação, mas também aos sentimentos, às colocações e observações contidas nas entrelinhas, aos comentários evasivos, e que, de uma maneira indireta, são também importantes e significativos na condução da pesquisa. Em suma, os dados da realidade empírica nos confrontam subjetivamente com situações vividas, experiências observadas e também vivenciadas, questionando-nos, instigando-nos a procurar cientificamente conhecer em profundidade o tema em questão. Assim, a cada dia, a cada entrevista realizada, a cada situação nova vivenciada, a cada nova descoberta, aumentava ainda mais o fascínio pela temática, pela área e pelas histórias contadas por todas essas Marias.

5.3 O CONTEXTO DO TRABALHO EM SAÚDE – OUVINDO AS TRABALHADORAS

A aproximação com o universo de trabalho dessas Marias trouxe significativos e importantes avanços para a investigação, como também enriquecimento pessoal, a partir das relações estabelecidas com essas trabalhadoras. Assim, as entrevistas foram sendo realizadas, uma a uma, acrescidas das vivências de cada uma das Marias, trazendo novas descobertas a cada momento vivido.

Alguns desses momentos novos vividos, na contramão de algumas interpretações das trabalhadoras, revelaram que, apesar de muitas considerações negativas e maléficas para a saúde da trabalhadora apontadas pelas mulheres, profissionais de saúde, identificavam-se pontos positivos acerca do trabalho em saúde. O depoimento de Maria Bernadete é revelador dessa compreensão:

> Olha, se eu tiver que resumir essa minha história eu te digo que é um orgulho, né, ser trabalhadora da área da saúde pra mim é um orgulho, porque é uma tarefa que parece muito nobre, que tem muito a fazer e a gente pode fazer muito, tu vê, as pessoas falam e isso é muito legal, mas o desgaste é constante...

As reflexões e questionamentos daí decorrentes nos instigaram a prosseguir e a nos sentir cada vez mais comprometidos com a pesquisa e a temática, com a necessidade de conhecermos de forma mais detalhada, esclarecida e articulada a outros fatores, como se

configura este panorama no trabalho público em saúde. O desafio era o de compreender: O que leva as mulheres, trabalhadoras dessa área de atuação a sentirem-se realizadas com o seu trabalho em saúde, apesar de visualizá-lo como um trabalho sujeito a adversidades constantes e que contribui para o seu desgaste físico e emocional? A Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1992) ofereceu importantes subsídios para este entendimento, explicitado na exposição e análise dos dados coletados nas entrevistas e observações de campo, como segue.

Retomando a vertente de exposição sobre o contato com a realidade do trabalho em saúde, através das entrevistas com as trabalhadoras, a realização das mesmas foi, pouco a pouco, apresentando à pesquisadora o universo de trabalho das Marias, expondo e desvelando esta realidade, com descobertas que permitiram entender e reverter a lógica da invisibilidade do sofrimento e adoecimento no trabalho.

A primeira entrevista foi com Maria Clara. A entrevistada foi objetiva nas respostas, o que contribuiu para que o encontro não se estendesse. Por algumas vezes, os questionamentos realizados pela pesquisadora exigiram reflexões e indagações da trabalhadora, o que ampliou o tempo de duração da entrevista. Por cinco vezes fomos interrompidas. Todas as situações eram referentes a dúvidas de outros profissionais de saúde em relação ao atendimento a ser prestado. Apesar de ser um dia chuvoso, percebia-se constância no fluxo e no número de atendimentos. Em uma das situações de interrupção, a profissional relacionou que a situação demandada pelo colega se constituía em típico exemplo de estresse no trabalho, tratava-se de uma criança residente de outro município da região, encaminhada para atendimento naquele serviço. Sua resposta ao técnico de enfermagem foi negativa, considerando a municipalização dos serviços de assistência à saúde.

Percebeu-se que a profissional não aliou a organização do processo de trabalho em saúde e suas especificidades com as repercussões no adoecimento e sofrimento no trabalho. A questão, quando referida, estava relacionada à atenção dispensada aos usuários. Identificava exclusivamente essa interface como causadora de algum provável adoecimento e sofrimento no trabalho.

Com Maria Augusta, a entrevista transcorreu rápida e tranqüila, sem interrupções, uma vez que não havia fluxo de pessoas no serviço. Constatou-se que o ambiente de trabalho era tranqüilo assim como o fluxo de atendimento. O convívio entre os profissionais do local

apresentava-se harmônico. A organização física do posto parecia ser adequada ao tipo de atendimento ali prestado, característico de uma unidade básica de saúde.

A profissional não relacionou a organização e o processo de trabalho em saúde que desenvolve com o sofrimento e adoecimento. Novamente foi identificada a relação com os usuários como fator exclusivo no desencadeamento desse processo. Relatou que o trabalho que favorece a assistência à comunidade, muitas vezes é dificultado ou até mesmo impedido pelo superior hierárquico da Secretaria de Saúde. A profissional, embora se identifique como trabalhadora da saúde, não estabelece a relação entre o seu trabalho e a possibilidade de sofrimento e adoecimento.

Maria Eduarda teve uma participação empolgada na entrevista, pois o tema e a oportunidade de falar a respeito foram mobilizadores. Como se tratava do mesmo local de trabalho da entrevistada anterior, não houve nenhuma interrupção, já que o movimento de atendimento continuava pequeno. Trouxe exemplos, com riqueza de detalhes e de vivências pessoais. Percebeu-se, pela primeira vez, um entendimento acerca da existência da relação do processo de trabalho e sua forma de organização com a possibilidade de sofrimento e adoecimento. A riqueza expressa na entrevista deve-se ao seu cotidiano de trabalho, pois como profissional da área da saúde, Maria Eduarda ressaltou que é a profissional que mais se envolve e a que mais está inserida no processo de trabalho naquele serviço.

Com Maria José a entrevista não se prolongou, devido ao enorme fluxo de atendimento de crianças, naquela manhã no serviço - conversamos na sala de emergência, em pé. Apesar de toda sua preocupação com as tarefas e atividades, mostrou-se tranqüila e segura nas suas respostas, estabelecendo a relação com o adoecimento, o processo de trabalho em saúde e, pela primeira vez, com a questão do gênero. O tempo de serviço na área pode ser um dos fatores importantes a contribuir para essa clara relação estabelecida pela entrevistada. Ressalta que o cuidador não se cuida, como seu próprio exemplo deixa transparecer, evidenciando uma preocupação significativa com esse aspecto.

Maria Isabel mostrou-se segura e tranqüila durante a entrevista. Respondeu às perguntas de forma calma e colaborativa, desculpando-se pela tramitação burocrática para

realizá-la [13]. Novamente nessa entrevista identifica-se que a relação entre o adoecimento e a organização do trabalho em saúde fica atrelada às solicitações dos usuários e, algumas vezes, às solicitações políticas, principalmente na época das eleições municipais. O convívio, o relacionamento, a organização, o processo de trabalho não foram vinculados a este fator. Esta profissional ressaltou os riscos aos quais estão sujeitos os profissionais desta área, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os acidentes com materiais pérfuro-cortantes [14].

O local de trabalho de Maria das Graças se constitui de uma área física de uma escola municipal adaptada no espaço de uma sala de aula, em precárias condições físicas, tanto para prestar a assistência adequada aos usuários quanto para o desenvolvimento do trabalho. Além dela, trabalham no posto mais dois médicos, um pediatra e um clínico geral, em alguns dias da semana e uma servente. A entrevista foi realizada em uma dessas salas adaptadas. Não ocorreram interrupções, já que o movimento estava reduzido naquele horário. O barulho dos alunos que estavam no pátio da escola dificultava o entendimento das colocações de Maria das Graças.

A profissional mostrou-se segura, convicta em suas afirmações e, por diversas vezes, revoltada e, até mesmo, indignada com as condições de trabalho. Levantou os aspectos que envolvem a precária estrutura física, a falta de materiais, a falta de segurança, apontando os índices elevados de violência e criminalidade na região como situações que contribuem para o seu sofrimento no trabalho. Trouxe a questão do assédio sexual e a diferença de situações desse tipo no trabalho do homem e da mulher. Refere que, ao não conseguir auxílio e atenção das chefias e gestores da saúde, encaminha e define suas atividades. Seu trabalho solitário e de longo tempo neste mesmo local, o fato de “deve-se virar sozinha” pode ser um fator de sofrimento. Não citou durante a entrevista os colegas de equipe.

As próximas entrevistas com as três profissionais de saúde que atuam no mesmo serviço transcorreram de forma tranqüila, em uma das salas de atendimento individualizado do serviço. Abordaram um aspecto importante que é a assistência na área de saúde mental e todas as implicações daí decorrentes.

---

[13] Referência à exigência do ofício enviado ao coordenador do serviço para autorizar a entrevista.
[14] Acidente com contato com material biológico, proveniente de secreções dos pacientes.

Maria Eugênia, com muita seriedade e envolvimento, respondeu a todas as perguntas. Suas respostas e colocações evidenciaram o entendimento do tema e sua importância, fato que, por diversas vezes, foi ressaltado pela profissional, enfatizando a importância da devolução dos resultados após a conclusão do estudo. Salientou a diferença existente entre o trabalho na área privada e na área pública, pontuando que essas diferenças são significativas, no sentido de que a estrutura física é outra, os problemas dos usuários são outros, principalmente em relação aos tipos de patologias apresentadas em um serviço de atendimento mental. Segundo ela, também as condições financeiras dos usuários dos dois tipos de serviços interferem no andamento e na seqüência da assistência, o que contribui para a frustração do profissional que, muitas vezes, não consegue prestar a assistência adequada. Na sua opinião, como na das outras profissionais entrevistadas, o tipo de serviço contribui significativamente para o adoecimento no trabalho, traduzido na crescente carga psíquica e sofrimento mental. Segundo ela, o profissional deve estar atento às suas frustrações, aos seus limites, às suas identificações com os problemas dos usuários.

Maria das Dores mostrou-se colaborativa e comunicativa durante a entrevista. Ressaltou a importância do tema e referiu uma situação vivenciada de adoecimento mental relacionado com o trabalho. Após essa situação, identifica o bom relacionamento e o convívio entre os colegas de trabalho, aceitando e auxiliando o profissional quando necessário como de grande importância.

Maria Bernadete mostrou-se séria e, por vezes, demasiadamante controlada e cuidadosa em suas colocações, apontando o tema como importante. Ressaltou a questão do convívio e relacionamento entre a equipe de trabalho e todas as questões que envolvem o ser humano em sociedade e os conflitos que daí advêm. Apontou também as dificuldades dos gestores na administração e da não valorização dos serviços dos profissionais de saúde, contribuindo para frustração e conseqüente adoecimento no trabalho.

A entrevista com Maria Tereza ocorreu de forma rápida, pois a entrevistada foi objetiva em suas respostas. Pareceu temerosa em relação ao tema e preocupada que o que fosse relatado por ela poderia ser interpretado de forma não adequada pela pesquisadora, e principalmente por pessoas que não poderiam tomar conhecimento sobre o que ela relataria naquele momento. Com os esclarecimentos da investigadora e à medida que as perguntas eram realizadas, a profissional tranqüilizou-se.

Apresentou-se como uma pessoa mística, com crenças e valores dogmáticos acerca da vida, das pessoas, do mundo. Na sua visão, existem caminhos a serem percorridos e enfrentados com fé e com a ajuda de algumas alternativas como yoga, reiki e outros, inclusive as situações de trabalho, como foi o caso da entrevista. Desculpou-se no fim da entrevista sobre sua contribuição, se teria auxiliado o estudo.

A receptividade de Maria Salete foi marcante e a entrevista ocorreu em uma sala improvisada em que pretende-se ampliar o espaço para o atendimento público. Prontamente, mostrou-se interessada em colaborar com a pesquisa. Assim como outras entrevistadas, percebeu a oportunidade ímpar de relatar e falar sobre seu trabalho e suas angústias relacionadas a ele. Aliás, o teor da entrevista ficou voltado para isso, para a questão da relação com o trabalho, principalmente a questão política e sua interferência. Mostrou-se preocupada e amargurada com a situação política, descrente nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e na forma paternalista de assistência à saúde, transferindo para a população a "culpa" pelo fluxo de atendimento e pelas exigências de atendimento, em que ocorrem conflitos e situações de desrespeito com o trabalhador do serviço, principalmente no atendimento ao público.

Maria Júlia apresentou-nos o local de trabalho, suas dependências físicas e os colegas da equipe. Primeiramente, explicou e relatou a história do serviço, o tipo de assistência prestada e detalhes sobre o trabalho realizado. Mostrou-se interessada e conhecedora do tema. Foi colaborativa na entrevista, dialogando e contribuindo com muitas idéias e considerações. A entrevista ocorreu na sala de reuniões do serviço. Constatou-se que relaciona a questão da doença-saúde-trabalho com o tipo de atividade que desenvolve, prioritariamente com a saúde mental e danos psíquicos. Relatou que não se percebe como trabalhadora sujeita a danos e acidentes, apesar de relacionar situações e vivências com a questão.

Como nas outras situações, a entrevistada Maria Cristina foi receptiva com a pesquisadora. Percebeu-se que a entrevistada não estabeleceu a relação de doença com o trabalho desenvolvido, apesar de referir que já adoeceu em função do mesmo. Um aspecto interessante é o fato de que esta entrevistada possui dupla jornada de trabalho, uma noturna. Coloca que esta duplicidade de jornada é extenuante, já lhe causando inclusive LER no ombro direito. Como a maioria das Marias, não relaciona alguma situação ou outro aspecto com o binômio gênero-trabalho.

A entrevistada Maria Beatriz mostrou-se interessada, receptiva e colaborativa com a pesquisa e com a pesquisadora. Ressaltou na entrevista que a forma como encaramos a vida, o trabalho, é que determina ou não o sofrimento do indivíduo. Apesar de tudo, diz que seu trabalho deve ser sempre realizado para não comprometer a assistência ao usuário, que não merece ser penalizado. Narrou algumas situações de convívio com portadores de HIV[15], ressaltando que o maior sofrimento está no relacionamento com este usuário, com sua trajetória de vida com a doença. Não apontou dificuldades com a equipe de trabalho. Percebeu-se, de forma mais significativa em relação às outras entrevistadas, sua doação despreendida ao trabalho com pacientes, expressa em suas colocações, principalmente, referindo a banalização dos riscos presentes no seu trabalho e também dos cuidados com a sua segurança na assistência a esses usuários. Seu depoimento instigou-nos a refletir se: o fato de realizar atividades como auxiliar de enfermagem, atividade que apresenta características exclusivamente técnicas e assistencialistas pode contribuir e justificar esta "doação" ao trabalho, banalizando, de certa forma, os riscos presentes no trabalho?

Foi um diálogo enriquecedor em torno de lições de otimismo, vontade de lutar e vencer na vida e no trabalho, como são também as situações vividas por ela em seu trabalho com os usuários portadores de HIV. Estas colocações transmitiram mais incentivo para continuar o caminho desta investigação, e também em outros espaços, na vida pessoal e profissional. Assim, a entrevista transcorreu calma e tranqüilamente, transformando-se aos poucos em um diálogo franco e aberto.

A próxima entrevista também ocorreu no local de trabalho da entrevistada. Maria Regina estava tranqüila e demonstrou esclarecimento sobre o tema, contribuindo significativamente para o estudo. Apresentou, por diversas vezes, a sua experiência profissional como indicadora de algumas questões abordadas na entrevista, principalmente relacionadas ao sofrimento no trabalho desenvolvido na área de saúde mental. Colocou que as pessoas devem conhecer os seus limites, solicitando ajuda quando necessário, reconhecendo humildemente os seus erros e limitações, ao invés de enfrentar de forma "heróica" as situações pessoais e de trabalho.

---

[15] Vírus da Imunodeficiência Humana, causador da AIDS.

A entrevista com Maria Elaine ocorreu na residência da profissional de saúde, após agendamento e permissão prévia. Optamos por não realizar a entrevista em seu local de trabalho, devido ao seu turno noturno de trabalho em um serviço de saúde da periferia do município, localizado em uma região com elevados índices de criminalidade e violência. A profissional foi sucinta em suas colocações, fazendo a entrevista não prolongar-se. Respondia efetivamente todas as perguntas realizadas, porém, não articulou, na nossa percepção, as questões referentes ao processo de trabalho em saúde com o sofrimento e adoecimento. Referiu que a violência é um dos principais problemas do bairro onde mora; que sente medo dos vizinhos e habitantes, porém, este problema não foi apontado por ela como fator de sofrimento no trabalho, levando-se em conta o fato de ser um trabalho no turno noturno, nesse mesmo bairro.

A maioria das questões referidas pela entrevistada como possíveis contribuintes do adoecimento tem a ver com o cliente, o paciente, não com os colegas, com a forma de organização do processo de trabalho em saúde, com o sistema em si. Suas respostas, em alguns momentos no transcorrer da entrevista, indicou-nos que a realidade de trabalho vivida pela profissional não apresenta dificuldades. Percebemos também que esta profissional não se percebe como uma trabalhadora de saúde passível de adoecer e sofrer em virtude do trabalho desenvolvido, apesar de concordar com a questão.

Realizamos a entrevista no local de trabalho de Maria Carolina, na sala da coordenação do serviço. Fomos bem recebidas pela entrevistada que, prontamente, aceitou a participação no estudo. A entrevista ocorreu sem interrupções, apesar de ser um serviço de urgência.

Em alguns momentos as respostas pareciam confusas e desencontradas com lógica e seqüência de pensamento desarticulados. Por vezes, apontava fatores que poderiam causar sofrimento e adoecimento no trabalho, por outras, afirmava “não deixar isso afetá-la”. Referiu as rotinas de trabalho como forma de evitar e prevenir o sofrimento e adoecimento no trabalho. Relatou também que as alterações político-partidárias interferem no trabalho, mas que, com o passar do tempo, essas interferências acabam não repercutindo no trabalho, não afetando a sua equipe. Afirmou que as freqüentes trocas de setor e serviço dos trabalhadores da equipe que coordena não representam nenhum tipo de dificuldade para ela. Quando questionada se isso não lhe causaria algum tipo de sofrimento, em função do prejuízo no

convívio e amizade com os colegas, a entrevistada respondeu que esses aspectos não devem ser considerados no ambiente de trabalho.

Para compor este grupo de trabalhadoras, buscou-se junto à Secretaria Municipal de Saúde as informações necessárias em relação ao número de profissionais existentes, categoria profissional, tempo de atuação profissional, local de trabalho e outros dados de identificação. Delimitou-se, como critério de inclusão dos sujeitos, o tempo de serviço, a partir do ano de 1999 no serviço de saúde do município, e atuação em serviços de saúde, localizados na área urbana do município.

Justifica-se essa delimitação considerando que o último concurso público para provimento desses cargos tenha ocorrido no município no ano de 2000 e o tempo de serviço considerado fator importante no entendimento das trabalhadoras na relação sofrimento-adoecimento-trabalho. O recorte pela localização urbana do serviço de saúde está diretamente relacionado ao número significativamente expressivo dos serviços de saúde na região urbana, sobrepondo-se à área rural do município, concentrando aí um número maior de profissionais. Além disso, a facilidade de acesso e deslocamentos também foram considerados.

Mulheres, profissionais da área da saúde, trabalhadoras do serviço público do município de Santa Cruz do Sul constituíram os sujeitos desta investigação. A presente pesquisa partiu de um contexto inicialmente quantificável de trabalhadoras identificadas com os critérios de inclusão no estudo. Na pesquisa do tipo qualitativa, Deslandes (2003) refere que o importante não é o número de pessoas que prestam as informações, e, conseqüentemente, participam do processo de investigação, mas o significado atribuído por esses sujeitos às questões analisadas. O critério numérico não garante sua representatividade, mas, sim, a vinculação mais significativa para o problema a ser investigado. A direção empreendida foi no sentido de que a amostragem possibilitasse abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

É importante esclarecer que essas profissionais de saúde compõem todas as profissões de saúde, regularmente formadoras para exercer atividades na área da saúde, independente da categoria de ensino superior (médicas, enfermeiras, psicólogas, nutricionistas, odontólogas, assistentes sociais, fisioterapeutas, etc), ensino médio (técnica de enfermagem, técnica de higiene dental) ou ensino fundamental (como nos casos das auxiliares de enfermagem).

A partir do primeiro recorte estabelecido, ou seja, o tempo de serviço, contou-se inicialmente com um grupo de 59 profissionais a partir de informações obtidas no Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde.

CATEGORIA PROFISSIONAL	**N° DE PROFISSIONAIS**
Auxiliares de Enfermagem	26
Odontólogas	11
Enfermeiras	07
Médicas	05
Psicólogas	05
Assistentes Sociais	03
Farmacêuticas	02
TOTAL	**59**

Quadro 2 – População do estudo, segundo categoria profissional
Fonte: Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde

Após, para a composição do grupo entrevistado, utilizou-se a delimitação da localização urbana do serviço e a intencionalidade de escolha, respeitando-se a inclusão de, pelo menos, uma representante de cada serviço de saúde.

Não houve preocupação com amostragens quantitativas, mas com o significado da experiência do entrevistado, na condição de testemunho da sua situação como trabalhadora do campo da saúde. Fomos agendando e realizando as visitas e as entrevistas até percebermos e entendermos que a repetitividade e a saturação dos dados já nos sinalizavam o caminho final do contato com a realidade empírica. A amostra representativa e a seleção dos sujeitos foram sendo construídas a partir dessas considerações, totalizando, assim, 17 profissionais que compuseram o grupo de trabalhadoras entrevistadas.

5.4 A IMPORTANTE E INDISPENSÁVEL ABORDAGEM ÉTICA

A pesquisa está fundamentada em princípios éticos e de acordo com a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orienta e regulamenta estudos

envolvendo seres humanos [16]. Trata-se de um importante instrumento que tem por objetivo contribuir para a adoção e aprofundamento das condutas e padrões éticos por parte de todos que realizem pesquisas com seres humanos, e traz como principais referências os quatro aspectos da bioética: autonomia, não-maleficiência, a beneficiência e a justiça. Estes visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos integrantes da pesquisa e ao Estado.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) foi apresentado aos sujeitos, permitindo a sua escolha e participação voluntária no estudo. Entre os princípios éticos, constantes nesse termo, estão a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa e detalhada sobre a natureza da pesquisa, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodo que a pesquisa possa vir a acarretar.

A observação das diretrizes éticas na condução deste trabalho ocorreu também através do comprometimento com o máximo de benefícios e mínimo de riscos e danos, entendendo-se por risco, neste caso, a possibilidade de danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano envolvido. Nessa perspectiva e preservando ao máximo os sujeitos do estudo, os dados obtidos serão arquivados por um período de cinco anos, de acordo com a legislação específica, e serão utilizados exclusivamente para a realização deste estudo, preservando-se o anonimato e o sigilo. Ainda nessa linha de princípios éticos, e com o intuito de esclarecer, as mulheres trabalhadoras da saúde, integrantes deste estudo, estão identificadas pelo pseudônimo de Maria [17].

---

[16] O projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e recebeu parecer favorável à realização da pesquisa (Anexo A). Da mesma forma, a Secretaria Municipal de Saúde do município onde o estudo foi desenvolvido emitiu parecer favorável em três ocasiões de análise do projeto. Justifica-se a análise do projeto nesses três momentos, devido à ocorrência de eleições municipais e a conseqüente troca de gestor municipal de saúde em janeiro de 2005 e em julho de 2005, tendo a primeira análise e aprovação já ocorrido com o gestor anterior em setembro de 2004 (Anexos B, C e D).

[17] Este pseudônimo, cuja idéia de utilização foi extraída do estudo de Santorum (1996), em que a autora fazia referência a uma famosa canção brasileira e dizia que "A letra 'Maria, Maria' de Milton Nascimento e Fernando Brant expressa a realidade do cotidiano das mulheres da classe trabalhadora, ilustrando o processo árduo e solitário de suas lutas e resistências" (p. 13). A ênfase da condução da letra da canção reflete ricamente o contexto deste estudo e de seus sujeitos, pois são todas mulheres, trabalhadoras, lutadoras, todas Marias.

Transcendendo o enquadramento e o cumprimento dos aspectos legais que envolvem obrigatoriamente a abordagem de procedimentos éticos na realização de pesquisa com seres humanos, ressaltamos que a condução dessa investigação foi permanentemente orientada por princípios e valores éticos e morais por parte da investigadora, fundamentados no compromisso social, na liberdade, nos direitos humanos e na justiça social. Esses delineiam a amplitude do estudo, na sua abordagem e na sua intencionalidade de realização, permitindo um olhar e um entendimento das pessoas integrantes como cidadãs e sujeitos do processo, e não como meros objetos.

6 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO ADOECIMENTO NO TRABALHO EM SAÚDE

A última etapa da pesquisa, constituída da análise e interpretação dos dados obtidos durante a realização da investigação, foi construída gradual e progressivamente, de acordo com o estabelecido metodologicamente para a condução do estudo. Temos consciência de que os fenômenos e dados estudados e aqui apresentados são constituídos de momentos valorosos, porém, não acabados, propiciando uma caminhada ainda a ser continuada (WÜNSCH, 2004). Partiu-se, então, da realidade do trabalho destas Marias, que são os sujeitos deste processo e ao mesmo tempo objetos do seu próprio trabalho. Buscou-se conhecer não apenas os significados atribuídos ao trabalho pelas entrevistadas, mas como é e como percebem a sua história de vida, de sofrimento e adoecimento no trabalho, aspectos agregados ao recorte de gênero, ao fato de serem mulheres.

Das falas das trabalhadoras emergiram histórias diversas, em espaços institucionais diferentes, mas, ao mesmo tempo, semelhantes em seus conteúdos. São histórias de pessoas diferentes, porém de vivências comuns no seu trabalho, que nem sempre conseguem ser vistas como comuns, como coletivo, como grupo, com vivências a serem compartilhadas. Isoladas pela distância entre os serviços de saúde compartilham, muitas vezes, uma mesma realidade composta por partes, ou seja, pela individualidade da vivência do trabalho de cada Maria. Os achados obtidos no decorrer da investigação constituem-se partes de um todo que traduz, de forma fidedigna, a realidade de trabalho vivido por estas mulheres.

Buscando compor essa realidade, trazem-se os resultados das falas das trabalhadoras, das observações realizadas, dos registros do diário de campo. Os depoimentos das entrevistadas denotam claramente o vivido e o sentido pelas integrantes do estudo, com a percepção de quem diariamente convive com o trabalho em saúde. Apresenta-se os resultados da investigação, partindo-se do processo de trabalho e sua relação com o sofrimento das trabalhadoras, e as repercussões do confronto existente entre os enfoques de atenção à saúde, através do trabalho prescrito e o trabalho realizado e, finalmente, evidenciando-se a construção do adoecimento a partir do gênero e do trabalho em saúde.

Percebeu-se, ainda na fase preliminar do estudo, na etapa de realização das entrevistas e de observações, algumas evidências significativas que acabaram constituindo-se nos resultados finais da investigação. Traduz-se, assim, a preocupação e o cuidado com o retorno

constante e imprescindível às diretrizes metodológicas do estudo, que incessantemente delimitamos durante o seu percurso.

Entre essas evidências preliminares podemos relatar a percepção de que as trabalhadoras expuseram que questão do sofrimento e adoecimento no trabalho não é percebido como vinculado à organização do trabalho em saúde, ao processo inerente ao trabalho em saúde, e às relações entre os trabalhadores do serviço. A vinculação com o adoecimento se deve, no entendimento de algumas integrantes do estudo, ao embate com os usuários, com a assistência prestada a este público. São eles, os usuários, prioritariamente, os causadores de algum tipo de possível adoecimento/sofrimento que esteja relacionado ao trabalho desenvolvido. A percepção foi de que a relação entre o adoecimento no trabalho em saúde foi atrelada às inúmeras e excessivas solicitações dos usuários e, algumas vezes, às solicitações políticas, principalmente na época das eleições municipais.

A interferência política foi um fator apontado com unanimidade pelas trabalhadoras como um importante causador de sofrimento e adoecimento no trabalho em saúde, assim como o convívio e o relacionamento com os colegas, com os superiores e subordinados e com a organização do processo de trabalho em saúde.

A questão do gênero, enfocando o preconceito e a discriminação com o trabalho da mulher, não foi ressaltada pelas trabalhadoras como um fator de interferência e sofrimento no trabalho. Em muitas situações, o fato de ser mulher foi referido como favorável e contributivo ao bom desenvolvimento das atividades laborais.

A identificação do trabalho desenvolvido no serviço com algum tipo de adoecimento foi referido pelas entrevistadas como uma situação clara e presente, porém, a percepção como trabalhadoras sujeitas a lesões e danos à saúde e ainda usuárias de serviços de assistência à saúde está distante do entendimento dessas mulheres, percebendo-se uma visível contradição nesse sentido. Quando questionadas do motivo dessa contradição, referiram a familiaridade da atividade de trabalho em cuidar e tratar do paciente, do outro, mas a dificuldade de se visualizar como sujeito do processo.

Essas conotações serão ainda melhor explicitadas no transcorrer do estudo, à medida que as análises e discussões dos dados estiverem ocorrendo, na perspectiva de trazer à tona “o

que está por trás do não-dito no processo de cuidar e curar alguém num quadro de evocação voluntária das experiências vividas” (GHIORZI, 2003, p. 552).

6.1 AS MARIAS: APRESENTANDO AS TRABALHADORAS DA SAÚDE

O entrelaçamento dos diferentes fatores de agravos sobre a saúde das trabalhadoras assinala determinantemente as variações ocorridas nos processos produtivos de trabalho em saúde, já discutidas anteriormente no capítulo 2, as quais convergem para a lacuna entre saúde e trabalho, ampliando o leque de fatores de adoecimento e sofrimento que podem ser desencadeados a partir do trabalho. Esta pesquisa, ao se direcionar ao adoecimento relacionado ao trabalho em saúde, vem tentando demonstrar com singularidade, o retrato de uma situação e de um espaço de trabalho que não se esgota, mas que se transforma, trazendo novos desafios e, por conseguinte, a necessidade de novas formas de enfrentamento das diferentes manifestações sobre a saúde da trabalhadora. Uma análise nesse enfoque coloca para a sociedade o anverso de uma realidade que está imersa e oculta no interior do mundo do trabalho, onde uma face esconde a outra e vice e versa (WÜNSCH, 2004).

Nesse contexto, com o intuito de auxiliar a compreensão acerca da realidade explicitada pelas trabalhadoras, entendemos oportuno e importante apresentar quem são essas Marias que nos explanaram e nos escancaram ricamente as suas convivências e experiências com o trabalho na área da saúde. Estes dados estão apresentados, em detalhes, no Quadro 3, constituindo-se em um perfil da amostra investigada.

Marias	Idade	Escolaridade	Tempo Trabalho	Turno trabalho*	Carga horária
Maria Clara	40	Pós-Graduação (especialização)	5-10 anos	T	36 horas
Maria Augusta	41	Pós-Graduação (especialização)	11-15 anos	M/T	20 horas
Maria Eduarda	38	Ensino médio	5-10 anos	M/T	36 horas
Maria José	37	Ensino médio	5-10 anos	M	36 horas
Maria Isabel	43	Superior	16 anos	M/T	20 horas
Maria das Graças	37	Superior incompleto	5-10 anos	M/T	36 horas
Maria Eugênia	37	Pós-Graduação (especialização)	5-10 anos	M/T	20 horas
Maria das Dores	34	Superior	5-10 anos	M/T	36 horas
Maria Bernadete	36	Pós-Graduação (especialização)	5-10 anos	M/T	20 horas
Maria Tereza	51	Ensino médio	5-10 anos	M/T	36 horas
Maria Salete	41	Superior	5-10 anos	M/T	40 horas
Maria Júlia	44	Superior	5-10 anos	M/T	36 horas
Maria Cristina	40	Superior	5-10 anos	M/T	36 horas
Maria Beatriz	38	Ensino médio	11-15 anos	M/T	36 horas
Maria Regina	34	Pós-Graduação (mestrado)	5-10 anos	M/T	20 horas
Maria Elaine	40	Ensino médio	5-10 anos	N	36 horas
Maria Carolina	43	Pós-Graduação (especialização)	5-10 anos	M/T	36 horas

Quadro 3 – Identificando as trabalhadoras do estudo
* M = Manhã; T = Tarde; N = Noite.
Fonte: Dados da pesquisa.

Verificamos, assim, que a Maria, trabalhadora da saúde deste estudo, possui entre 34 e 51 anos de idade; que a grande maioria é casada ou tem companheiro fixo, com uma quantidade de filhos que varia de zero a três filhos. O nível de escolaridade referido situa-se entre ensino médio e pós-graduação, o que denota um nível considerável de qualificação na formação profissional dessas trabalhadoras.

A grande maioria das Marias possui entre 5 a 10 anos de trabalho no serviço público, atuando nos turnos manhã e tarde e perfazendo 36 horas semanais. Ressaltamos que o tempo

de trabalho no serviço público está em consonância com a faixa etária das trabalhadoras, situada numa faixa mediana de idade.

Essa faixa etária mais madura das trabalhadoras deste estudo apresenta-se em oposição à tendência do “rejuvenescimento” da população de trabalhadores do setor saúde, que, de um modo geral, se explica pela baixa remuneração ofertada no início da trajetória profissional e uma subseqüente exigência de qualificação profissional igualmente baixa. Seguindo essa vertente de pensamento e considerando o trabalho feminino, a profissionalização do trabalho doméstico é um importante aporte tecnológico e de conhecimento disponível para a mulher trabalhadora, o que em última instância termina constituindo-se um fator de qualificação para a mão-de-obra feminina no mercado de trabalho (PITTA, 1994).

Cabe destacar aqui uma particularidade referente ao cargo exercido por algumas das profissionais de saúde deste estudo, especificamente em relação às trabalhadoras que possuem formação profissional em técnico de enfermagem. Para fins de esclarecimento, essa formação exige como escolaridade mínima o ensino médio concluído. No entanto, verificamos no transcorrer da investigação que o registro formalizado do cargo ocupado por essas trabalhadoras na Secretaria Municipal de Saúde, consta, na verdade, segundo informações das mesmas, como auxiliar de enfermagem. Essa formação profissional possui uma exigência de escolaridade em nível de ensino fundamental.

Esse fato escancara uma realidade atravessada, no nosso entendimento pela precarização do trabalho em saúde, especificamente neste caso, no trabalho da enfermagem. O cargo de auxiliar de enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde, ocupado na realidade, por trabalhadoras com formação de técnico de enfermagem, apresenta, entre algumas características que os diferenciam, a menor remuneração salarial entre as categorias profissionais regulamentadas da área da enfermagem. Assim, o preparo técnico e a formação profissional das trabalhadoras da saúde constituem-se em fatores institucionalmente banalizados, quando se relaciona o cargo ocupado à respectiva remuneração salarial determinada pelo plano de carreira dessas servidoras públicas.

Nesse sentido, essa situação expressa, conforme Mendes (2003), que as relações entre o capital e o trabalho estão fortemente ancoradas em novas formas de gestão e novos processos de trabalho, em que a mão-de-obra é mais qualificada e a organização do trabalho

centra-se no envolvimento do trabalhador por inteiro, buscando-se maior produtividade e qualidade. Formas arcaicas de organização e relações de trabalho coexistem com setores altamente modernizados intrinsicamente inter-relacionados. Esses contrastes são marcas das profundas desigualdades sociais, gestadas pelas crescentes necessidades impostas pelo desenvolvimento acelerado do capitalismo.

Dessa forma, o hoje tão discutido e propagado processo de globalização da economia implica transformações na sociedade e não fazem emergir práticas econômicas inteiramente novas, centrando-se tais práticas, ainda, na acumulação, na apropriação do trabalho social, na transformação das necessidades humanas em mercadorias, mas com tamanha intensidade e agressividade, que podemos dizer que se trata de uma globalização da miséria, do desemprego, das desigualdades e da precarização social e do mundo do trabalho, como as situações apontadas neste estudo também demonstraram.

Com relação ao tempo de trabalho no serviço público de saúde das Marias, esclarecemos que optamos por situar este item em períodos de tempo de trabalho, e não em dados únicos e pontuais. Esse fato se deve à dificuldade de algumas profissionais em afirmarem, no momento da entrevista, com exatidão, o ano de ingresso no serviço público e conseqüentemente, o seu tempo exato de trabalho. Também ressaltamos que o formulário da entrevista já apresentava este item em períodos de tempo preestabelecidos.

No sentido de proporcionar visibilidade ao panorama em que a investigação se desenvolveu, principalmente em relação à tensão existente entre as práticas de assistência à saúde, entre o trabalho prescrito e o trabalho efetivamente realizado pelas trabalhadoras, e o sofrimento e o adoecimento que daí podem advir, entendemos importante a apresentação e descrição das atribuições dos cargos exercidos pelas profissionais de saúde na Secretaria Municipal de Saúde. Essa descrição, apresentada no Anexo E, foi elaborada e fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde e constitui-se no registro formal dos cargos existentes na área da saúde e suas respectivas atribuições.

De posse da descrição dessas atribuições, percebeu-se, com o transcorrer das entrevistas, com os depoimentos das trabalhadoras e com as observações de campo que muitas das atribuições formalmente prescritas não coincidiam com os relatos das atividades desenvolvidas em seu trabalho, denotando uma realidade em descompasso entre o que está

determinado e o que efetivamente está sendo realizado no trabalho em saúde. O realizado é o que o trabalhador entende, percebe de fato, o que ele tem em termos para utilizar em suas tarefas, configurando a forma de operacionalizar, com os recursos que possui, o seu trabalho. Entre a organização do trabalho prescrito e quem trabalha existe um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, o uso da criatividade e ações de modulação do modo de operar, que se constitui em uma forma de intervenção do trabalhador sobre o trabalho, em um ajuste de desejos e possibilidades. Só quando esse limite de negociação é esgotado e que a relação entre o trabalhador e a organização do trabalho é bloqueada podendo dar início a uma demanda de 'sofrimento' e a luta contra esse sofrimento (PITTA, 1994).

6.2 O PROCESSO DE TRABALHO – ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES NOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: AS CONCEPÇÕES DE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO DAS TRABALHADORAS

As falas das trabalhadoras oportunizaram a ampliação dos significados dos fatores que incidem sobre a tríade saúde-doença-trabalho, explicitados e analisados nesta primeira unidade temática de análise, acrescidos do entendimento de que as particularidades do processo de trabalho em saúde, já apresentados anteriormente no capítulo 2, se evidenciaram nos relatos dessas profissionais de saúde.

A análise da implicação do processo de trabalho em saúde no significado do sofrimento e do adoecimento das trabalhadoras foi construída, como já explicitado anteriormente, em torno do entendimento de que os sentimentos acerca dessa relação não existem enquanto entidades absolutas, isoladas e independentes de sua forma de expressão e manifestação das profissionais de saúde, mas entrelaçadas às experiências de cada uma delas, nas suas vivências de ordem pessoal e profissional. Seguimos também esta análise a partir do entendimento da relação trabalho/doença como processo histórico, onde o social e o organizacional entrelaçam-se, interconstituindo-se e do entendimento desse processo como resultante das condições em que o trabalho e o trabalhador surgem e circulam, além de norteador das práticas e das relações das trabalhadoras de saúde com seu objeto de trabalho.

Assim, para ampliar o entendimento sobre essas questões analisadas nesta unidade temática e dar visibilidade ao contexto analisado, apresentamos, inicialmente, os dados de afastamento do trabalho de trabalhadores da Secretaria de Saúde do Município. Verifica-se

que estes casos podem ou não ser relacionados com o adoecimento no trabalho, já que a Secretaria, através dos órgãos detentores destas informações, o Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) da Prefeitura Municipal e o Setor de Recursos Humanos, não consegue relacionar, com exatidão, os afastamentos dos trabalhadores com o trabalho que esses desenvolvem.

Em reunião realizada com os profissionais do SESMT, no mês de novembro de 2005, constatou-se um total de 84 trabalhadores da Prefeitura Municipal afastados até aquela data. Desses, 11 eram trabalhadores da Secretaria Municipal da Saúde. Identifica-se aqui uma lacuna entre esses dados de afastamento disponibilizados e os dados fornecidos pelo Setor de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal, em uma contradição numérica que envolve 11 casos registrados no SESMT e 16 casos no Setor de Recursos Humanos.

Percebeu-se a precariedade do setor no controle dos dados referentes a afastamentos, doenças e acidentes do trabalho dos trabalhadores de uma forma geral, pois não conseguimos obter integralmente os dados necessários à pesquisa. Os dados repassados mostraram-se incompletos e, de certa forma, desorganizados no seu tratamento estatístico, não coincidindo com os dados de afastamento fornecidos pelo Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde. A partir disso, como relatado pelos próprios profissionais da equipe do serviço, a busca por esses dados, compondo um panorama fidedigno, pode auxiliar no sentido de prestar uma assistência adequada, desde o enfoque de promoção e prevenção a ser realizado, até o de tratamento e reabilitação a serem prestados. Na verdade, percebeu-se que a realidade encontrada é semelhante a outras, nas diferentes esferas institucionais no Brasil, sejam elas públicas ou privadas, onde os registros e controles são negligenciados e, muitas vezes, desconsiderados, contribuindo para as subnotificações dos casos de adoecimento vinculado ao trabalho.

A partir dos dados fornecidos, elaborou-se a Tabela 2. Dessa forma, verifica-se os casos de afastamentos do trabalho de funcionários da Secretaria de Saúde, no período de 2001 a setembro de 2005, apresentados pelo recorte da categoria profissional. Esclarecemos que, como não haviam dados completos e suficientes, não foi possível relacionar esses casos de afastamento com outros recortes que o estudo poderia elaborar, como a vinculação ou não com o trabalho, com o tipo de patologia apresentada e com o número de dias de afastamento.

Tabela 2 – Casos de afastamentos do trabalho por categoria profissional na Secretaria de Saúde do município de Santa Cruz do Sul no período de 2001 a 2005

	2001	2002	2003	2004	2005 *	TOTAL
Atendente consultório dentário			1			1
Aux. Serviços Gerais		1			1	2
Auxiliar Enfermagem	2	1	4	6	5	18
Enfermeiro		1	1	1	2	5
Médico	1	1		2	2	6
Motorista	2				1	3
Odontólogo		1				1
Operário				1		1
Servente	1	2	1	2	5	11
TOTAL	**6**	**7**	**7**	**12**	**16**	**48**

* Dados até o mês de setembro de 2005.
Fonte: Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Cruz do Sul/RS – setembro de 2005.

Identifica-se um expressivo crescimento anual do número de casos de afastamento de trabalhadores lotados na Secretaria de Saúde, passando de um total de seis trabalhadores no ano de 2001 a dezesseis trabalhadores até o mês de setembro de 2005. Verifica-se, também, uma importante concentração de casos de trabalhadores afastados do trabalho, pertencentes a profissões específicas da área da saúde, como auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico, com presença constante de casos de afastamento a cada ano apresentado. Essas três categorias profissionais totalizaram, neste período, 29 trabalhadores afastados. O número de casos de afastamento da categoria profissional servente também deve ser destacado, pela presença constante e expressiva dos mesmos a cada ano, apesar de não constituir-se em uma profissão específica do quadro de profissões da saúde.

Munida desses dados numéricos iniciais, indefinidos e obscuros sobre a realidade de trabalho das Marias, seguimos em direção às significações das trabalhadoras de saúde sobre seu trabalho e sobre a relação desse trabalho com a saúde e doença. Os entendimentos advindos das entrevistas acerca do sofrimento e do adoecimento causados pelo trabalho

realizado constituíram diferentes dimensões relacionadas à análise desta questão do estudo. Esses entendimentos passaram pela descrição dos sinais e sintomas de adoecimento que as trabalhadoras referiram, pela formulação de estratégias defensivas apontadas por essas mulheres, pela prática da banalização de riscos e de cuidados à saúde, pelas interferências do trabalho causadas na vida pessoal e familiar e pela assistência à saúde dessas trabalhadoras, incluindo fatores como a resolutividade dessa assistência, a sugestão de medidas preventivas do adoecimento e os tipos de cuidados individualizados por elas adotados.

O conjunto dos significados e significações que retratam as concepções sobre si mesmas de uma determinada realidade organizacional fica evidenciado nos relatos abaixo:

> O que assim, na minha profissão, que eu já trabalhei 16 anos em hospital e aqui, é a sobrecarga de trabalho, que acaba prejudicando por que a gente também se deixa influenciar por muita coisa, né... paciente... leva para casa, né, muita coisa para tua vida pessoal (MARIA JOSÉ).

> Não dá tempo de tu atender todo mundo, te atualizar de tudo, viver, ter filho, cuidar da casa, isso não dá também..Não adoece, a mim ainda não adoeceu, mas me deixa... Me causa um sofrimento enorme. Às vezes dá vontade de largar, a vontade é de chutar o balde... (pensativa). Tu veste a camiseta, né, tu vem aqui, “perde” dinheiro, faz um monte de coisas que não precisava tá fazendo porque acha que isso vale a pena e aí quando acontece...Sem dúvida. Sofrimento, sem dúvida. Adoecimento ainda não, mas eu não tenho a ilusão de que eu tô imune a isso, até porque trabalho direto com isso e sei que qualquer um de nós pode em algum momento tá sujeito a isso. (Pensativa). Talvez quanto mais investimento tu tenha no trabalho, mais sofrimento ele gere, né, uma série de coisas que ta sofrendo, né, e a gente tá sempre passando por isso (MARIA BERNADETE).

Percebe-se que essas concepções convergem para um conjunto de idéias elaboradas a partir das relações estabelecidas por essas profissionais com seu espaço de trabalho, a relação com o usuário e com a equipe de trabalho, referindo-se ao nível de inquietações, expectativas, dificuldades e também facilidades pessoais e familiares que podem constituir-se, principalmente, em sofrimento da trabalhadora, conforme apontado por elas.

As concepções das trabalhadoras acerca da relação entre trabalho e sofrimento evidenciaram, no início da etapa de realização das entrevistas, entendimentos exclusivamente vinculados à relação com a figura do usuário e a assistência a ele prestada. Essas situações foram expressas pelas trabalhadoras, principalmente pelas incessantes exigências e inúmeras solicitações desse ator social, como relata Maria Clara em seu depoimento:

> Em relação à equipe não vejo alguma coisa, e em relação ao usuário eu já falei. As pessoas não tão preparadas pra ter filho, né, tudo elas acham que a gente tem que resolver, né, e não é assim, às vezes tu não resolve de um dia pro outro... Aqui a gente é colega e profissional. Ali na rua a gente se dá bem, mas aqui dentro cada um tem sua função. E a nossa relação tanto com médicos, quanto com a Enfermagem é muito boa. Cada um na sua função, há uma hierarquia, eles respeitam a Enfermagem, nós enfermeiros não temos problemas nenhum com nenhum médico assim, porque eles todos eram subordinados a mim também, né, então nunca teve problema maior, ou se tiver que falar alguma coisa, tem que falar, fazer o que, né.

A precária situação social, econômica e cultural dos usuários do serviço pareceu ser decisiva, no entendimento de Maria Clara, para a relação, muitas vezes, conflituosa do usuário com a equipe de trabalho. Percebeu-se que o enfoque da trabalhadora direcionou-se à precariedade das condições culturais e educacionais do usuário e, conseqüentemente, das informações e do entendimento que o usuário consegue elaborar sobre a "utilização correta e em casos realmente necessários", dos serviços de saúde. Assim, este fator, acaba determinando o predomínio de solicitações e demandas excessivas e, muitas vezes, desnecessárias, por parte dos usuários. Subentende-se que o serviço de saúde é o local onde "desembocam" as reclamações, as insatisfações, as necessidades dos usuários, traduzidas mais em demandas de cunho social do que de reais necessidades específicas de tratamento à sua saúde e à sua doença.

Assim, traduz-se aqui, mais uma vez, a matriz inicial da área da saúde centrada na medicina e no modelo médico hegemônico, característico do padrão biologicista de assistência, em que o atendimento dos profissionais é prestado para a doença, desconsiderando quaisquer outros aspectos que se incluem nos conceitos de saúde, ignorando-se as transformações e as necessidades sociais da população. Embora as ações promotoras de saúde e preventivas de doença tenham evoluído, ainda são poucos os avanços e as referências que atuam na perspectiva de uma saúde integral, bem como no entendimento por parte dos profissionais da saúde sobre como traduzir estas referências sociais dos usuários em ações de ordem prática no cotidiano do trabalho em saúde.

Sob outra ótica, percebe-se também que os trabalhadores de saúde, sozinhos, não conseguem dar conta dessa demanda numérica de solicitações, necessitando de diretrizes e de políticas de saúde que consigam traduzir-se em ações que não originem tamanha quantidade de casos a serem atendidos. Nessa forma de assistência, o atendimento aos usuários, em muitas situações, ocorre, com dificuldades, originando conflitos e divergências entre ambos. Nesse sentido, a realidade atual exige a construção de novos rumos em busca de uma lógica

do direito à proteção e à promoção da saúde, com a participação de todos os atores envolvidos, para a identificação de mecanismos que venham a contribuir para a compreensão dos fatores que se incluem entre as necessidades de saúde, tão amplas e não facilmente identificáveis.

À medida em que as entrevistas iam sendo realizadas, percebeu-se que a este entendimento das trabalhadoras, centrando o sofrimento no trabalho às solicitações da figura do usuário do serviço, foi sendo acrescentado outro. Assim, o sofrimento e o adoecimento no trabalho não foram somente vinculados à figura do usuário e às demandas da assistência a ele prestada, mas também ao processo de trabalho em saúde em si, à sua organização no âmbito interno e às relações por ele estabelecidas. Então, além do usuário, o processo de trabalho, e o sofrimento a ele atribuído pelas Marias, passou a incluir a relação com outros atores sociais, como os membros da equipe de trabalho, entre eles, colegas e superiores hierárquicos. Nesse sentido, a abordagem das trabalhadoras entrevistadas começou também a apontar, além da relação com estes atores sociais, outros aspectos que podem implicar sofrimento e adoecimento, como a estrutura física do setor de trabalho e as interferências políticas sofridas pelas trabalhadoras em suas atividades laborais. Com a realização de mais algumas entrevistas, o enfoque apresentado pelas trabalhadoras direcionou-se, então, incisivamente para este contexto, representado aqui pelo seguinte depoimento:

> Momentos, etapas que tu ultrapassa... tu tem que trabalhar, tem que mostrar... A realidade todas as expectativas de que a gente não ia conseguir né, aí passa todo aquele sofrimento e tem toda alegria de ter conseguido, mas aí vem outro leão para matar, né, cada momento tem um leão para matar e isso gera muito sofrimento, acho que porque eu tenho o perfil de me envolver muito pelo o que eu faço, né, e vejo pessoas, mulheres, enfim... Eu sou muito visceral nessa coisa que eu escolhi fazer, então tem muito sofrimento mental por causa do trabalho. Eu não sei se eu relacionaria a questão da saúde nisso que estou te dizendo. Eu creio que não, eu acho que se eu trabalhasse em outro setor seria o mesmo jeito por de ser e de sofrer. Essa coisa que todo mundo imagina que a gente sofra muito, exemplo, pelo sofrimento das pessoas que a gente lida, claro que é insalubre, com certeza é insalubre, mas acho que isso é menor, né, eu não sei se vai ter uma pergunta que se encaixe melhor para eu te dizer isso depois, mas eu costumo brincar que é mais difícil de se lidar com as pessoas do que com os pacientes, claro que isso é uma brincadeira e eu sei que os pacientes são tão pessoas ou mais até do que eu me refiro anteriormente, mas, lidar com equipe não é fácil. Quem dá menos trabalho são os pacientes (MARIA BERNADETE).

Emergem desse relato fatores intrínsecos ao trabalho em saúde, já estudados no capítulo 2 desta investigação, e que contribuem de forma incisiva para o sofrimento e adoecimento do trabalhador da área. Reconhecem-se fatores, como os apresentados por

Guimarães e Grubits (1999), que incluem baixos salários, equipe de trabalho em número insuficiente para atender à demanda, excesso de atividades de trabalho, forte pressão por maior produtividade, alteração freqüente das normas de trabalho, principalmente para atendimento de solicitações de ordem político-partidária, excesso de tarefas de cunho burocrático, competitividade entre os trabalhadores, falhas na comunicação, falta de confiança e de companheirismo entre os membros da equipe de trabalho, necessidade constante de realização de horas-extras e prolongamento da jornada de trabalho.

Na fala de Maria Júlia, percebe-se o entendimento a respeito dos fatores presentes no processo de trabalho em saúde contributivos para o adoecimento no trabalho, ressaltando-se a dificuldade de relacionamento com colegas de trabalho, como o principal fator desencadeador dessas questões. Adiciona-se, ainda, na sua compreensão, os aspectos culturais e as influências históricas atribuídas às profissões da área da saúde, que interferem também no trabalho, contribuindo de forma decisiva para o sofrimento mental da trabalhadora:

> Aqui é local de trabalhar e até tu vê uns colegas atendendo grosseiramente os usuários, o plantão acho que é o local que eu mais recebo dos usuários queixas de mau atendimento e quando vou também sou mal acolhida, né, por próprios colegas, e é um lugar, né, muito difícil. E eu nem sei se me sensibilizo, por que gera um stress, sob pressão, um entrando atrás do outro, paciente poliqueixoso, as pessoas tão perdendo a tolerância e tu define que tudo tu tem que resolver, e nem tudo tu resolve, algumas coisas não são clínicas, nem emocionais e aí fica tudo muito misturado, passível de adoecimento, sem dúvida. Tanto é que com a política hoje do ministério, de humanização, todo o trabalho, de como ser, de montar o serviço é a busca dele, né, de cuidar do cuidador. É o auto-cuidado. Eu acho que o primeiro tem que se cuidar é o cuidador, né, eu concordo com isso, de ter essa crítica assim, nível de adoecimento local, por mais que seja um local que tu gosta de ficar, mas tu tem que também te cuidar, colocar limites, né. E eu quando entrei, tem aquela coisa da moça boazinha que arruma emprego e casa pra todo mundo, que tem que arrumar rancho, resolver problema alimentar de todo mundo. Ah, isso é problema social então resolve, aí até eu colocar que problema social é de todas as profissões, que o indivíduo ta dentro dessa pressão, dessa panela de pressão e todos nós fizemos parte, é bem complicado. Tu tem aquela coisa confortável de tirar alguém para delegar, né, a batata quente, né. Então esse é o desafio de trabalhar em equipe, né. Sem contar os outros profissionais que nos pressionam, né. Até tinha uma estatística que dizia que entre as profissões mais estressantes estava o serviço social, aí eu digo ai...

Esta narrativa pontua que a situação do trabalho em equipe de saúde acaba se tornando cada vez mais compartimentalizado, à medida que os próprios profissionais entendem, historicamente, que saúde, sob o enfoque exclusivo de bem-estar físico-biológico, não se articula com outras questões, principalmente as de cunho social. Designa-se, assim, aos profissionais específicos, no caso, somente aos assistentes sociais, as atribuições deste tipo sempre que ocorram.

A respeito disso, consideramos, assim como Merhy (1997), que um dos fatores contributivos na construção do sofrimento e do adoecimento no trabalho em saúde passa por muitos fatores, entre outros, pela lógica do modelo liberal-privativista, capitaneado pela assistência à saúde centrada no estilo da atividade médica, com predominância de mecanismos assistencialistas e curativos, e que tem sido responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde que procura tratar o usuário, ou qualquer outro, inclusive os próprios trabalhadores entre si, de uma maneira impessoal e descompromissada. O processo de objetivização do usuário que o trabalho em saúde produz, ao reduzi-lo a um corpo, individual ou coletivo, que porta problemas identificáveis exclusivamente pelos saberes estruturados dos técnicos em saúde, também é um processo de objetivização do trabalhador de saúde, que se torna um mero depositário do saber que o comanda.

Para a modificação desse panorama seria necessário reconstruir a idéia de autonomia do trabalhador em saúde, para além da figura de profissionais detentores do saber em saúde, como é o caso do profissional da área médica, procurando a configuração do trabalhador coletivo. Nessa vertente, há a construção de um processo que possibilite espaços institucionais, que possa contar com a presença do conjunto dos atores sociais, realmente interessados na saúde, em particular os usuários e os trabalhadores da área.

Há evidências referidas por Codo e Sampaio (1995) e também por Campos (2005) de que ocorre aumento da satisfação e motivação para o trabalho quando é atenuada a predominância do trabalho mecânico, ou quando o trabalhador participa de decisões e são instaurados espaços institucionais onde todos, ainda que em distintas proporções, possam integrar-se em processos criativos. O envolvimento dos trabalhadores com a construção de projetos e de processos de trabalho mobiliza paixões ao obrigá-los a encarar a realidade e as incertezas do futuro, criando novas marcas sobre o mundo.

Nesse contexto, considera-se imprescindível a alteração do modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho – a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade – não bastando corrigir somente procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde. Um dos grandes desafios é a busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, buscando uma relação mais solidária entre os próprios trabalhadores do ponto de vista do seu desempenho técnico e a construção de um trabalhador

coletivo na área da saúde. Essa estratégia passa pela humanização do serviço sob dois pontos de vista, do usuário e do trabalhador. Constitui-se da construção de um processo de gestão do trabalho, que permite o exercício da autonomia do trabalhador, sob o enfoque do controle público, mas viabilizado a partir de contatos entre os interessados. O trabalhador coletivo de saúde, o gestor governamental e os usuários podem articular-se em espaços institucionais que se transformam em espaços públicos de gestão, que permitem tratar, de um modo coletivo, os diferentes interesses em jogo. Assim, torna-se uma questão central a construção da motivação do trabalhador e a própria constituição do trabalhador como um indivíduo-sujeito na minimização do sofrimento e adoecimento vinculado ao trabalho.

Por outro lado, e sob a ótica de outros fatores no desencadeamento do sofrimento e adoecimento no trabalho, podemos considerar que o trabalho na área da saúde está fortemente associado a valores sociais e éticos de grande alcance como vida, alívio do sofrimento, recuperação da saúde. Selligmann-Silva (1994) relata que, no caso dos profissionais de saúde, o elevado significado que o trabalho adquire perante a sociedade é tradicionalmente favorecedor do fortalecimento da identidade dos mesmos e, portanto, positivo para a saúde. Porém, as mudanças organizacionais e técnicas nas instituições de saúde podem trazer, para grande número desses profissionais, sobrecargas de trabalho e perdas de reconhecimento profissional que explicam situações de sofrimento e adoecimento no trabalho entre os prestadores de cuidados na atenção à saúde.

Apesar da reconhecida dificuldade e ausência de poder para interferir efetivamente nos contextos que geram esforço, incômodo e sofrimento demasiados, os trabalhadores evitam continuamente a ruptura, a mudança, a alteração em processos historicamente existentes. São ações de adaptação do trabalhador ao seu trabalho, que acabam modificando o trabalho planejado sem, no entanto, replanejá-lo na sua totalidade, o que significa ter que se defrontar com a repetição dos mesmos problemas diariamente. São formas que o trabalhador encontra de se relacionar com o trabalho, apesar dos limites por ele impostos e, ao mesmo tempo, respeitar o seu limite subjetivo. Essas ações adaptativas, ao modificarem o trabalho planejado, interferem na qualidade do produto, no caso o serviço prestado na assistência à saúde, podendo tanto melhorá-lo como torná-lo mais precário, pois o que está em jogo é a busca da possibilidade de o trabalhador continuar trabalhando, apesar dos contextos penosos, e não a procura de aperfeiçoamento da qualidade do serviço. Se nos fixarmos em uma visão mais imediatista, em nível apenas do comportamento, é provável que as ações adaptativas sejam

percebidas e avaliadas como inadequações do trabalhador ao trabalho e não como estratégias de possibilidades, como jeitos' possíveis de continuar trabalhando nos contextos existentes. Maria Beatriz nos expõe esta realidade:

> Claro, né, tu fica triste, mas não que isso venha a desenvolver uma doença, no caso. Um sofrimento normal assim, de ver que tu tem limite, né, que tu não pode abrir daquilo ali, às vezes tu gostaria de fazer alguma coisa a mais, mas todo ser humano tem seus limites também, né, e também tem que pensar que tudo na vida... (pensativa).

Não podemos deixar de elencar outros fatores contributivos para o sofrimento e para o adoecimento vinculado ao trabalho, como os referidos nas reflexões de Ghiorzi (2003) a respeito do desencantamento' do trabalhador de saúde com o seu trabalho, com a sua vida, que pode se constituir na gênese do sofrimento, como também em conseqüência desse, originando um processo contínuo de causa e efeito. Se o ser humano não consegue encontrar seu equilíbrio interno, se ele não olha para a vida enquanto uma possibilidade de criação, tudo fica desencantado aos seus olhos, inclusive o trabalho e, conseqüentemente, seu estado de saúde fica comprometido. Fatores como a solidão dos trabalhadores de saúde, o excesso de trabalho e de responsabilidade, a falta de férias, de horas de repouso, de prazer, e de criação, de espaço para a discussão sobre sua vida, seus limites, são responsáveis pela explosão da pesada carga psicológica dos trabalhadores em saúde, e que pode levar a erros nas atividades profissionais e a tomadas de atitudes extremas. Esses fatores, por sua vez, podem acabar contribuindo para a origem do excesso de trabalho e de responsabilidade, para a sobrecarga de tarefas, traduzido em uma diminuição do repouso e dos períodos de lazer.

Percebe-se a proximidade desse processo contínuo de causa e efeito na gênese do adoecimento relacionado ao trabalho com a abordagem já referida anteriormente no capítulo 1 deste estudo. Naquele momento do estudo, a respeito do processo saúde-doença, foram consideradas as reflexões de Canguilhem (2000), que refere que saúde e doença são pólos de um processo dinâmico, contidos um no outro, complementares, e não opostos, como histórica e culturalmente interpretados, estando sujeitos às interferências sociais e culturais.

Apresentando os sinais e sintomas referidos pelas trabalhadoras como manifestações de seu sofrimento e adoecimento, encontramos poucas referências a sinais físicos, como as

dores e incapacidades nos membros, devido principalmente as LER/DORT[18], mas predominantemente referências a sintomas de sofrimento e desgaste mental no trabalho. A exposição das trabalhadoras relacionou sentimentos, dores, irritações em relação ao trabalho vinculados ao desgaste mental:

> As vezes sai, chora, tá com dor de estômago e a gente vai ver é isso aí, né, é um acúmulo de stress que saiu, né, isso é bem comum (MARIA CLARA).
>
> Irritabilidade, impotência... mas é uma coisa que eu gosto, só que às vezes tu desestimula por isso assim (MARIA AUGUSTA).
>
> Tem dias que eu não tenho vontade vir para o serviço, tem dias que eu tenho vontade de desanimar. O meu trabalho tá interferindo na minha vida pessoal. Eu não tô conseguindo resolver os meus problemas, que não são grandes, que nem são problemas na verdade, são coisas do dia-a-dia em função do stress mental que isso aqui faz. Eu não tô conseguindo resolver os meus problemas pessoais por causa do serviço. Porque tu não tem tempo (MARIA EDUARDA).
>
> Acaba assim gerando uma depressão... a maioria aqui do pessoal que trabalha em saúde, a maior queixa é de depressão, ansiedade, né, que a gente fica também ansioso querendo que as coisas dêem certo, querendo que as pessoas pensem diferente, né. (MARIA JOSÉ).
>
> Físico. Físico. No sentido das LER, tu sofre muito né, das tendinites, bursites, é isso. Eu não sei se... mentalmente, assim, não. Eu não, pelo menos. Porque como eu te disse, eu divido assim, é claro que tem esses momentos assim de... depois isso passa, né. Agora... a parte física, sim, começa a te aparecer problema na coluna cervical, bursites, tendinites, que mais... (MARIA ISABEL).
>
> Não. Só esses, um pouco de irritação nesse sentido, né, colegas te cobrarem coisas que tu não tem condições de fazer e às vezes tu expõe tu explica e parece que entra num ouvido e sai no outro né. Isso ai é um pouco frustrante às vezes me dá uma certa raiva, né. Físico, nesse sentido, nunca percebi (MARIA SALETE).

Sob o entendimento de que os sintomas referidos pelas trabalhadoras detiveram-se predominantemente ao âmbito do desgaste mental, percebeu-se que esses acabam remetendo também a sintomas de ordem física, caracterizando-se essa situação, segundo Dejours (1992), como um estado de somatização. Esse, conforme o autor, é um processo pelo qual um conflito que o indivíduo confronta-se e não consegue encontrar uma resolução mental desencadeia, no corpo, desordens endócrino-metabólicas, que se considera o ponto de partida de uma doença somática. Uma adequada organização do tempo às possibilidades individuais de cada trabalhador, com fases de trabalho e de descanso, é uma peça essencial do equilíbrio psicossomático e da satisfação, pois considera as atitudes individuais de acordo com sua personalidade. Quanto mais rígida e hierarquizada for a organização do trabalho e menos espaço houver para a espontaneidade, maior será a possibilidade de fragilizar o indivíduo

[18] LER – Lesões por esforços repetitivos. DORT – Doença osteomuscular relacionada ao trabalho.

frente à somatização, podendo ser, portanto, uma resposta individual ao sofrimento no trabalho, frente à rigidez da organização.

A fadiga e a lombalgia[19] são os principais danos à saúde do pessoal de enfermagem[20] produzidos pela sobrecarga física, referidos por Bulhões (1998) em seus estudos. A fadiga é causada por uma solicitação excessiva do organismo humano, quer seja de músculos, esqueleto, órgãos sensoriais e do cérebro. Ela é considerada, inicialmente, um fenômeno natural, constituindo-se em um sinal de alarme que permite ao organismo reconhecer seus limites. A cronificação da fadiga ocorre quando o repouso e sua forma essencial, o sono, são insuficientes.

A lombalgia é um dos principais causas de doença e de absenteísmo do pessoal da área da saúde, embora não seja reconhecida como uma doença especificamente originada pelo trabalho (BULHÕES, 1998). A postura do trabalhador na execução de suas atividades laborais é influenciada pelo dimensionamento dos móveis e dos espaços de trabalho, pela formação profissional, características antropométricas, idade e fadiga. A postura prolongada é nociva, sendo ela em pé, com predisposição a problemas circulatórios nos membros inferiores; sentada, favorecendo a origem de problemas circulatórios na região anal; e inclinada favorecendo o surgimento de escolioses ou cifoses[21].

As LER/DORT são patologias decorrentes de uma organização de trabalho, onde os trabalhadores são submetidos à uma organização não realizada por eles e para eles, e sim pela lógica da produção capitalista, com exposição a um posto de trabalho inadequado, ambiente desfavorável como, por exemplo, com ruído e deficiências na iluminação, movimentos repetitivos em alta velocidade, tensão e estresse oriundos dessa organização.

É importante enfatizar que essa patologia reúne quadros clínicos de lesões em diferentes partes dos membros superiores, principalmente; tem seu aparecimento associado a movimentos repetitivos, mas também à sobrecarga muscular estática; tem necessitado uma classificação, em termos de fases clínicas, que dê conta do diagnóstico, do tratamento e das medidas de prevenção, e está presente em diferentes ocupações. Historicamente conhece-se a

---

[19] No senso comum, conhecida como “dor nas costas”.
[20] No presente estudo, estendemos estas considerações para os demais profissionais de saúde.
[21] Desvios posturais da coluna vertebral.

relação dessa patologia com o trabalho dos digitadores e bancários, situação essa que se modificou nos dias atuais, devido à exposição de outras atividades ocupacionais aos fatores acima relacionados. Entre essas ocupações encontram-se as desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde, notadamente os odontólogos e os profissionais de enfermagem, que se enquadram nos fatores de repetitividade, movimentos de motricidade fina e delicada e intensificação dos procedimentos desenvolvidos junto ao paciente.

Por outro lado, um dos aspectos já discutidos neste estudo e também expresso pelas trabalhadoras nas entrevistas é o que relaciona incisivamente o ambiente de trabalho em saúde com as repercussões sobre a saúde mental das trabalhadoras. A gênese do sofrimento mental foi expressa através de alguns elementos, como as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos acelerados de produção, a inexistência ou exigüidade de pausas para o descanso ao longo das jornadas, a pressão repressora e autoritária em uma hierarquia rígida, o não-controle do trabalhador sobre a execução do trabalho, a alienação do trabalhador, a fragmentação das tarefas. Tudo isso, segundo Pitta (1994), traduz-se em fonte de insatisfação e conseqüente agressão à vida psíquica do trabalhador, vinculada à organização do trabalho.

Dejours (1992) em sua extensa produção científica acerca da psicopatologia do trabalho, demonstra e considera as vivências subjetivas dos trabalhadores nos seus ambientes de trabalho, não considerando apenas os seus corpos biológicos submetidos a formas distintas de organização do trabalho, mas tratando-os como sujeitos, com intensa produção e interação subjetiva, onde o universo do trabalho costuma ocupar a maior parte de suas vidas.

Ainda nessa vertente de pensamento, e considerando-se a referência ao gênero, um dos aspectos abordados na presente investigação científica, o estudo de Pitta (1994), com trabalhadores de saúde de um hospital, relata que entre as mulheres a prevalência de sintomas de sofrimento mental é maior que entre os homens, pois a condição feminina parece influenciar de tal modo esse sofrimento que, quando a autora realiza, na interpretação dos dados de seu estudo, uma análise estratificada, controlando o quesito sexo dos trabalhadores, o sofrimento reduz drasticamente a significação estatística em todas as demais variáveis estudadas. Porém, em unidades hospitalares em que havia a necessidade de lidar muito diretamente com pacientes, os sintomas de sofrimento mental também se acentuavam entre os trabalhadores homens.

A respeito disso, a autora entende que historicamente a divisão social do trabalho impõe às mulheres um aprendizado de tarefas de cuidar e prover crianças, velhos e doentes. O aprendizado dessa via para os homens é mais penoso, pois atribui-se historicamente a eles as tarefas de guerra, de trabalhos pesados, de comandos, de um modo natural. Assim, fica mais difícil para os homens canalizar, para cuidados de natureza feminina, a sua energia libidinal deslocada, pois esses não dispõem de um aprendizado que mediatize pulsões incontroladas que o contato com o outro só estimula, tendendo a reprimir ou inibir a energia libidinal. Ressaltamos, que não há, neste estudo, a pretensão de trilhar por uma caminho de análise que articule aspectos e funções que a área da psicanálise tão bem trata, mas entendemos que as considerações da autora devam ser apresentadas e consideradas, no sentido de esclarecer e informar que outros fatores importantes também estão imbricados nesta teia de relações que a grande área do trabalho discute.

Assim, o sofrimento no trabalho torna-se patogênico a partir do momento em que, tendo em vista o esgotamento de todos os recursos defensivos, esse continua a provocar uma descompensação do corpo ou da mente, pois o sujeito se vê preso em uma monotonia que o empurra para um sentimento de incapacidade, de imbecilidade. Na tentativa de melhor executar a tarefa, o trabalhador se engaja de maneira a colocar toda a sua energia e investimento pessoal, mas quando esse esforço não é reconhecido, nem por seus pares nem pela hierarquia, essa falta de reconhecimento é geradora de sofrimento.

Todos esses fatores contribuem para gerar um ambiente depressivo, nem sempre claramente manifesto, mas traduzido pela presença de diversos sinais e sintomas, entre eles a síndrome de esgotamento, ou síndrome de exaustão, popularizada pelo termo inglês *burn out.* Bulhões (1998) descreve que o termo foi inicialmente empregado para descrever os sintomas apresentados por trabalhadores cujas atividades envolvem alto grau de contato com outras pessoas, como é o caso das profissões de saúde. É uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando esses estão preocupados ou com problemas. Essa síndrome representa uma resposta ao estresse emocional crônico, onde estão presentes o esgotamento físico e/ou emocional, a diminuição da produtividade, significativa despersonalização, atitude negativa frente aos pacientes ou outras pessoas com que trabalha, absenteísmo, mudança freqüente de emprego e outras condutas evasivas, como o uso de drogas. Selligmann-Silva (1994) apresenta alguns sinais e sintomas típicos de sofrimento mental vinculado ao trabalho desenvolvido, como

insônia, episódios de cefaléia, dores generalizadas, irritabilidade, episódios de amnésia, desmotivação, diminuição ou aumento do apetite, entre outros.

6.2.1 BANALIZAÇÃO DOS RISCOS E DOS CUIDADOS

A invisibilidade socialmente construída ao longo dos anos na relação saúde-trabalho-doença, com origem nos primórdios da Primeira Revolução Industrial, revela que o trabalhador, ao vender sua força de trabalho, vende também sua saúde. Assim, de acordo com esse raciocínio, esta subunidade temática aborda o conhecimento das trabalhadoras sobre os riscos existentes no processo de trabalho em saúde, conforme seus relatos, mas também a percepção de que esses são natural e socialmente aceitos pelas mesmas. A respeito dos riscos evidenciou-se também nos relatos que esses são ignorados pelas trabalhadoras em algumas situações, revelando as condições de trabalho que comprometem a integridade física e principalmente, mental da trabalhadora. Algumas referiram que trabalham administrando os incômodos e as interferências que surgem, construindo histórica e socialmente um processo de trabalho onde o poder e a técnica se encarregam de diluir o impacto e o sentimento de impotência, desconcertantes, como refere Pitta (1994). A narrativa de Maria Isabel expõe claramente esse contexto:

> Eu semana passada sofri um acidente de trabalho, um acidente pérfuro-cortante, né, e aí eu me senti doente, porque daí eu tive que passar pelo CEMAS[22], eu tive que tomar todo o coquetel, tô tomando ainda, né, e fico pensando sobre isso. Eu tô aqui agora, né, nunca me imaginei, então, eu ainda mexi com a coordenadora, quando falaram que a gente tinha que preencher essa RINAS[23]... e eu tinha dito para ela que eu não tinha acidentes com pérfuro-cortantes, porque eu nunca tinha mesmo, é uma coisa rara eu ter um acidente, e assim, tive o acidente no outro dia, né, e daí nós ficamos assim, e daí aquilo me caiu assim, eu tô tomando a medicação e aí eu vou ter que parar de trabalhar, eu nem tô preocupada com meu caso, né, porque eu levei o paciente e eu acho que vai dar certo, sem problemas, eu tô preocupada pelo fato de que eu vou ter que ficar lá até às 11 h 30 min, porque eu vou ter que ir lá fazer uma consulta no CEMAS. E aí eu fico pensando "é a minha saúde, né", mas a gente não se dá conta, tu não consegue, parece que desligar do trabalho, né, ...

A banalização dos riscos e dos cuidados à saúde pelo próprio trabalhador, intensamente abordado pelos estudos da Psicodinâmica do Trabalho, de Dejours, assinala que, de forma mais radical, os trabalhadores, e aqui nos reportamos aos trabalhadores da saúde,

---

[22] Centro Municipal de Atendimento à Sorologia, Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS.
[23] Relatório Individual de Notificação de Agravos Relacionados ao Trabalho. Formulário pertencente ao Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador (SIST) do Governo do Estado do Rio Grande do Sul, implantado no ano de 2000.

consideram que não existem problemas, que tudo vai bem, que as pessoas não estão infelizes e que o trabalho se faz em boas condições. Os que se queixam, ainda, passam a ser vistos como fracos pelos próprios colegas, sendo o importante trabalhar, atender o paciente, não importando o estado emocional e de saúde de quem atende.

A desconsideração do empregador com o trabalhador de saúde e a conseqüente banalização dos riscos no trabalho em saúde por parte deste segmento também foi relatada pelas trabalhadoras, ratificando o entendimento de que quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo. Correlativamente, o sofrimento aumenta. Esse contexto nos é apresentado no seguinte relato:

> A gente não se vê, a gente acha que a gente sabe tudo e pode resolver tudo, mas na verdade às vezes a gente tá precisando desabafar para conversar, né, e a gente não tem, é cada um por si e Deus por todos, porque as nossas reuniões mensais não envolvem esse lado emocional-afetivo, é sempre para ver o outro, nunca nós, se eu quiser falar sobre mim, isso não existe. Eu acho que a gente é bem largado mesmo. Eu já tive numa situação de... no outro governo... que eu tava com problemas, bem complicada e eu fui lá e acabei chorando e eu disse "olha eu não tenho condições de trabalho, será que tu não pode mandar alguém lá"; "mas tu tem certeza que não é até melhor para voltar?", bah! Nunca mais, eu nunca vou lá querer falar pra ninguém, eu prefiro meter um atestado e deu. Tu também não acha ninguém lá quando precisa. Quando tu quer falar com alguém, assim, "ah! Me liga só se for relacionado ao trabalho", quando é pessoal, daí então né... às vezes é pessoal, mas é relacionado ao trabalho, claro que é! "Tá precisando alguma coisa no posto? O posto?", né, "não tô muito pra te ouvir". É uma área bem deixada eu acho que este lado... (MARIA DAS GRAÇAS).

Nessa perspectiva, os relatos escancararam o inevitável processo de precarização do trabalho, que adentrou na área da saúde, subsidiado pela incisiva influência capitalista e também por outros fatores, como o processo de globalização mundial. A assistência à saúde passa a ser organizada como um trabalho exercido de forma fragmentada, exercido por múltiplos agentes, mantendo algumas das características das profissões de saúde. Ao mesmo tempo, a organização capitalista do trabalho influencia e determina o funcionamento das instituições assistenciais e as formas de organização e gestão do trabalho.

A premissa dessa referência é exposta por Nardi (1999), para quem a evolução dos sistemas de atenção à saúde no Brasil está marcada pela correlação de forças entre o capital e o trabalho, cujas formações discursivas de assistência à saúde – o autor refere seus estudos predominantemente aos serviços de assistência à saúde do trabalhador – ordenam as

experiências e formas de entender a realidade social, tanto por parte dos usuários/trabalhadores como por parte dos profissionais de saúde. Ressalta-se também a hegemonia positivista do saber em saúde, como paradigma de ciência, centrada no saber e no poder médico, referida por Pires (1998), cujo relato já se encontra discutido no capítulo de Introdução e na subunidade temática de análise anterior, desta investigação científica.

Na abordagem de Dejours (2003), como primeiro efeito destas interferências do contexto global ocorre, então, a intensificação do trabalho e o conseqüente aumento do sofrimento subjetivo dos trabalhadores. Como segundo efeito, a neutralização da mobilização coletiva dos trabalhadores contra o sofrimento, contra a dominação e contra a alienação; a terceira conseqüência é a estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez – negar o sofrimento alheio é negar o seu, e o quarto efeito é o individualismo nas relações de trabalho e também de convívio social. Efetivamente, o processo de trabalho só funciona quando os trabalhadores, por conta própria, beneficiam a organização do trabalho com a mobilização de suas capacidades, individual e coletivamente.

A prática da automedicação e o uso de substâncias psicoativas[24] foram apontados por algumas trabalhadoras como uma estratégia comum na assistência à própria saúde. A saúde e a relação com o trabalho, comumente ignorada e banalizada pelos trabalhadores, acaba também, contraditoriamente, sendo desvalorizada pelas próprias trabalhadoras da área da saúde. Dessa forma, reforça-se a discussão da banalização dos riscos do trabalho na área da saúde, conforme observa-se no depoimento de Maria José:

> Eu acho que eu faço uma coisa completamente errada, que é a automedicação, sabe... tu trabalha na área da saúde, mas esquece de ti. Tu acaba se automedicando quando tem uma dor... até na depressão mesmo eu tomei antidepressivo e quando comecei foi por minha conta, sabe, então não...

A dependência alcoólica ou de abuso de drogas – citando-se neste segmento os fármacos – entre os profissionais da saúde vem tomando uma dimensão crescente e assustadora. Bulhões (1998) considera que a conspiração do silêncio continua na prática dos trabalhadores da saúde, sendo o uso de álcool e drogas aceito e encorajado, até cruzar a linha do abuso. Estudos apontam maior uso de drogas que de álcool por parte destes trabalhadores, constando-se o consumo indiscriminado de psicofármacos. Os níveis de consumo de

[24] Substância que age no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passível de auto-administração.

substâncias psicoativas têm aumentado internacionalmente, com início de uso em idades cada vez menores, frente à inquietação a um futuro incerto e até ameaçador, que confere à droga a dimensão de um sintoma que remete ao próprio sentido da existência humana (GUIMARÃES; GRUBITS, 1999). Embora a maioria das pessoas sofra um grau considerável de tensão durante suas vidas e ocasionalmente lance mão de alguma droga para a minimização dos efeitos dessa tensão, apenas uma parcela relativamente pequena, porém numericamente importante, desenvolve um padrão de auto-administração periódico ou continuado, que leva essas pessoas a sofrerem graves prejuízos individuais e, em alguns casos, causarem danos a outras pessoas.

6.2.2 ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS DA TRABALHADORA

Na sociedade capitalista, as relações sociais assumem características naturalizantes que mascaram as relações de troca estabelecidas entre os desiguais. A origem dessa situação explica-se na relação que o homem mantém com a mercadoria, como produto do trabalho humano e com o trabalho, esse objetivado em capital, que possibilita o processo de alienação do segundo pela primeira. A mercadoria e aqui, especificamente, o serviço prestado no trabalho em saúde, escondem, portanto, as relações sociais existentes na sua produção, pois são evidenciadas apenas suas propriedades materiais e sociais, ocultando o próprio trabalho nela contido. Essa relação social, estabelecida entre os homens, transforma-se, segundo Marx (1980), em uma relação entre coisas, ou seja, a ação humana - o trabalho - está oculta no mundo da mercadoria e dos serviços.

É sob esse caráter naturalizante das práticas de trabalho, subsidiado no enfoque capitalista das relações estabelecidas no trabalho, que muitas trabalhadoras apontaram a utilização de estratégias defensivas individuais e coletivas para o enfrentamento do sofrimento e das pressões no trabalho em saúde. Essa prática foi expressa como natural e inerente ao trabalho em saúde, sem a percepção de que, na verdade, algumas posturas, adotadas e referidas pelas entrevistadas, são indicativas do uso incisivo dessas estratégias para minimizar o sofrimento vinculado ao trabalho:

> Eu não ligo né. No fim a gente acaba criando uma... sabe, assim, uma... casca grossa. Eu já sei o que eu tenho que fazer, o que eu não tenho, já sei o ritmo, já sei tudo. Esse governo, se vai embora ou se vai ficar, é tudo novo (MARIA DAS GRAÇAS).

> As vezes a gente vê, porque quando tu vê assim uma colega, né, que fica doente, a gente fica pensando assim: bah a gente cuida tanto dos outros e a gente vai esquecendo da gente. Porque a gente não presta atenção na gente, né, se a gente tá doente a gente vai trabalhar, tem alguma coisa e vai trabalhar, né, a gente nem procura o médico. Toma um remedinho lá pra dor e... pronto, né, umas gotinhas de dipirona e... paracetamol, e às vezes quando a gente vê outra pessoa, né, que tá afastado, a gente fica... meu deus, a gente pensa bah, né, coitado, mas se ele se esforça trabalhando e de repente teve que ser afastado. A gente pensa, né, pode ser eu também (MARIA ELAINE).

> Sabe, então, precisou a equipe chegar pra mim e dizer: tu vai parar. E eu disse não, não vou parar. Tu vai parar, nós estamos mandando tu parar. Sabe então aí que eu fui perceber, eu sou profissional de saúde, mas eu tô doente. Então eu precisei que viesse um grupinho de oito em volta de mim, pra dizer pra eu parar. Aí eu decidi parar (MARIA DAS DORES).

A adoção de algumas posturas estratégicas pelas trabalhadoras, através de atitudes e comportamentos que facilitem a convivência com esses momentos nem sempre prazerosos no trabalho, tem a intenção de tentar dominar e controlar essas situações inconvenientes que surgem no trabalho. Assim, alguns relatos expressaram essas posturas e comportamentos defensivos da trabalhadora:

> Tu nunca sabe como é que vai ser o amanhã, né, mas eu acho que eu como pessoa, como profissional, eu consigo separar assim e não me vê como usuária por causa disso (MARIA CRISTINA).

As estratégias individuais de defesas têm importante papel na adaptação ao sofrimento, pois, mesmo intenso, esse é razoavelmente bem controlado pelas estratégias defensivas, para impedir que se transforme em patologia. Na esteira dos estudos da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours, podemos elencar, entre outras estratégias individuais, o desvencilhamento das responsabilidades; atitude de fechamento em uma autonomia máxima; desconfiança sistemática de tudo e de todos; desrespeito às hierarquias; silêncio; recusa do convívio com colegas; denúncias da incompetência de outros colegas e/ou grupos; trabalho excessivo, levando à exaustão.

A psicodinâmica do trabalho estudou também a existência de estratégias coletivas de defesa, ou seja, construídas coletivamente. Essas contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver, viver experiências, viver em comum, enfrentar resistências, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 2003). Entre os trabalhadores de saúde, conforme já abordado anteriormente no capítulo 2 desta investigação, evidenciam-se situações como o ritmo de trabalho; exigências e solicitações do usuário, dos familiares, da equipe de

trabalho, dos superiores; improvisações na falta de material e mão-de-obra; convívio com situações de morte, vida, dor, sofrimento; grande risco de contaminação de doenças infecto-contagiosas pela presença de riscos biológicos. Para poderem continuar trabalhando no contexto dessas pressões organizacionais que lhes são impostas, eles lutam contra o medo por uma estratégia que consiste basicamente em agir sobre a percepção que eles têm do risco. Assim, eles opõem ao risco uma negação da percepção e uma estratégia que consiste em lançar desafios, em organizar coletivamente provas de enfrentamento desses riscos, às quais todos devem depois submeter-se publicamente segundo fórmulas variáveis. Ressalta-se que essas estratégias foram também identificadas nos relatos das entrevistadas deste estudo.

Sob essa ótica da negação do risco, uma das trabalhadoras entrevistadas referiu que a alternância constante e permanente de colegas e funcionários, que ocorre em seu setor de trabalho, não implica desgaste, sofrimento. Ao contrário, na sua percepção, essa situação contribui para o aprimoramento das relações, traduzido através de uma nova motivação para o trabalho a cada troca de funcionários que ocorre:

> Eu acho até a renovação de funcionários, às vezes, renovando sempre é bom. São pessoas novas, novas idéias, né, eu gosto, a gente vai ensinando e vai aprendendo também. Aqui nós temos muita alteração de técnicos de enfermagem. É sempre contratados novos, né, no máximo ficam um ano. São poucos, vêm os concursados, sempre tem muita renovação. E os médicos mais ainda. É o que mais renova aqui. E eles vem não sabendo nem preencher uma AIH[25]. Aí quando aparece uma residência, um emprego melhor, aqui é passagem. Por isso que a carga é pesada, tem que ter um bom jogo de cintura aqui dentro (MARIA CAROLINA).

Ampliando-se o foco de análise sobre essa situação relatada, a respeito da utilização característica de estratégia individual de defesa pela trabalhadora Maria Carolina, ante a invisibilidade do seu sofrimento, essa foi demonstrada através da inexistência, referida pela trabalhadora, de qualquer dificuldade no trabalho, no sentido de não ser necessário formar e estabelecer vínculos de amizade com os colegas de trabalho. Também a conseqüente repetitividade de capacitações para o trabalho a cada nova entrada de funcionário não pareceu implicar qualquer desgaste da trabalhadora, quando questionada a respeito.

A individualização das defesas, mesmo sendo elas uniformizantes, no sentido de retirar de cena qualquer iniciativa espontânea, quebra com as responsabilidades e o saber, anulando as defesas coletivas, e conduz, paradoxalmente, a uma diferenciação do sofrimento de um

[25] Formulário de Autorização de Internação Hospitalar.

trabalhador e de outro. Por causa do fracionamento da coletividade operária, o sofrimento que a organização do trabalho engendra exige respostas defensivas fortemente personalizadas, não deixando lugar para as defesas coletivas, não havendo cumplicidade no trabalho (DEJOURS, 1992).

A má qualidade nas relações de confiança, de cooperação, de reconhecimento, associada à fragmentação e à rigidez na organização do trabalho são causadores de sofrimento, sendo a utilização de comportamentos de defesa, entre eles a somatização, saídas individuais ou coletivas na tentativa de suportar esse sofrimento. O trabalho passa a ser o mediador da passagem do sofrimento para o prazer, quando ocorre o espaço aberto de discussão e são respeitadas a singularidade e a subjetividade de cada um, possibilitando a construção de relações mais satisfatórias.

6.2.3 INTERFERÊNCIAS DO TRABALHO EM SAÚDE NO CONVÍVIO PESSOAL E FAMILIAR

É evidente a importância da atividade laboral, não só no sentido estrito da manutenção da subsistência, mas como meio privilegiado de estabelecer relações e compor significados na construção da subjetividade do trabalhador. Postos nestes termos, a vida familiar e a vida no trabalho são vividas de forma inconciliável, manifestando-se na forma de conflitos entre os papéis prioritários de trabalhadoras-mulheres-mães. De acordo com isso, a saúde da mulher trabalhadora começa pelo reconhecimento de sua capacidade produtiva, pelo seu direito ao trabalho e pelo remodelamento dos papéis familiares, para que a sobrecarga das atividades domésticas não recaiam somente sobre seus ombros.

Nas vivências de trabalho, a mulher pode buscar satisfazer suas necessidades e aspirações, associando novos significados à sua vida. No entanto, a organização do trabalho na sociedade capitalista pode boicotar a realização das aspirações e desejos do sujeito através do trabalho, na medida em que promove a dissociação entre o sujeito e o resultado de sua ação no mundo. Faz com que desejos e projetos se transformem em possibilidades distantes e dissociadas do aqui-agora da atividade laboral. Essa ruptura impede a constituição de um espaço vivencial no trabalho, que facilite a troca, a reflexão e a crítica da realidade, transportando para outros espaços, como o familiar e o de lazer, sentimentos e posturas de

cansaço, fadiga, revolta, desmotivação, o que acaba por originar dificuldades de relacionamento com os membros da família e os amigos.

Assim, as implicações do trabalho e do sofrimento no trabalho em outras esferas da vida da trabalhadora desta investigação, especialmente familiar e pessoal, modificando hábitos, posturas e comportamentos nesses espaços, foram referidas e apontadas por elas. Inicialmente surgiram como situações controladas pelas trabalhadoras, sem a necessidade de expor à família o que ocorria no trabalho e o comprometimento em sua saúde. Com o passar do tempo, e com as exigências aumentando, as implicações do trabalho no convívio familiar foram se tornando rotineiras e contínuas, não sendo então, mais possível, o domínio dessa situação pela trabalhadora. Situações de irritabilidade, conflitos, tensões foram expressos nas narrativas:

> E tu acaba ficando irritada em casa também, né, com a família, que não tem nada que ver com os teus estresse daqui, né... e eu sou uma pessoa que eu sempre separo muito isso sabe, eu nunca trago problema de casa, nem falo. Pra dizer a verdade eu nem comento nada de meu trabalho, como também eu sou uma pessoa muito discreta, a minha vida particular também... né... não vou tá... mas eu acho assim que daí tu não consegue dividir, porque te dá uma irritação tão grande, tão que tu acaba estourando, né. Mas depois (que passa a eleição) acalma, acalma. É mais próximo às eleições. Começa ali no semestre das eleições, tipo em agosto... e estressa. E depois passa (MARIA ISABEL).

A vivência depressiva expressa pelo tédio, fruto da monotonia das tarefas, pode ser vista pela ótica das estratégias de disciplinarização sobre o corpo que está preso no interior de uma rede de poderes que lhe impõem limitações, proibições, obrigações e, sobretudo, o silêncio. O silêncio dos ritmos invade a vida familiar e afetiva das trabalhadoras, de forma que quando chegam em casa não conseguem livrar-se dos ritmos do trabalho (OLIVEIRA, 1999a). Nesse sentido, o compartilhamento do sofrimento com a família não é, inicialmente, admitido pelas trabalhadoras, que apontaram outros espaços e outras estratégias para expressar seus sentimentos e conflitos:

> Tá, não que eu me considere uma pessoa doente, né, mas que nem teve uma outra colega minha que se afastou, foi num psiquiatra e não voltou mais. Ela sofria muito mais com essas coisas do que eu; mas eu também, assim, parece que tem dias que tu vai... interfere muito sabe, por que tu fica aqui, tu tem uma responsabilidade muito grande, o povo pressionando de um lado e eles lá de outro, a coisa é pra funcionar, só que a estrutura que eles oferecem não dá para fazer o que o povo exige, então tu acaba ficando ali no meio e, realmente, tu começa a entrar em sofrimento mental. Eu assim, tô assim para marcar um psicólogo, por que eu... ou eu faço alguma coisa ou tenho a impressão, parece que tem dias que eu vou... o médico até diz “Fulana, não adianta tu começar a tomar fluoxetina, essas coisas, tu tem que resolver o que é que tá...”, mas assim, não é a minha vida pessoal, sabe, é aqui a coisa, sabe... é tanta

> coisa tanta coisa tanta coisa eles pedem, pedem é serviço, fico o dia inteiro sozinha...(MARIA DAS GRAÇAS)

Cuidar em saúde exige tensão emocional constante, atenção, dedicação, entrega, responsabilidade e doação. O trabalhador se envolve afetivamente e, por um lado, se desgasta na tensão gerada entre envolver-se afetivamente e não completar o circuito afetivo; por outro, sente-se incapaz de modificar as situações que se apresentam à sua frente. Assim, o sofrimento no trabalho em saúde compromete sua vida de forma que, quando está em casa pensa no trabalho, e quando no trabalho, não vê a hora de voltar para casa e sair daquela sensação de impotência (LIMA; ASSUNÇÃO; FRANCISCO, 2003).

Por fim, e sem muitas opções, o cotidiano de expressões e sentimentos do trabalhador acaba limitando-se ao seu espaço doméstico, onde, nesse espaço já restrito, as atividades que sente prazer em realizar ou compartilhar com a família tornam-se cada vez mais raras. O receio de causar preocupações à família, ou até mesmo de contaminá-la com seus sintomas, aumenta o seu isolamento, o que, obviamente, pode contribuir para agravar ainda mais o quadro de sofrimento. Segundo os autores anteriormente citados, essa atitude é justificada, muitas vezes, pelo trabalhador, pelo desejo de poupar a família, mas também porque se considera, em grande parte, responsável pelo que está ocorrendo e, portanto, deve sofrer sozinho as conseqüências, adotando uma atitude muito próxima da autopunição.

6.2.4 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA TRABALHADORA DA SAÚDE

Com a doença apresentada pelo trabalhador, se impõe a lógica da individualização, como forma de saber dos profissionais de saúde e a lógica da culpa que pretende determinar que o adoecimento é uma condição provocada pelo trabalhador ou pelas condições e pela organização do trabalho. Esse é o enfoque que conduz a assistência à saúde do trabalhador no Brasil, dentro das formações discursivas apresentadas por Nardi (1999), em que se destaca o predomínio do campo da Medicina do Trabalho. Essa estrutura discursiva está apoiada nos enunciados direcionados por uma racionalidade positiva de causa-efeito, centrada no trabalhador, na lógica da culpa e do risco inerente ao processo. Essa caracterização do campo da Medicina do Trabalho centralizou também o foco dos relatos das trabalhadoras, apontando a existência de práticas desse campo nos serviços de saúde para o trabalhador da saúde.

A compreensão referente à assistência à saúde das próprias trabalhadoras passou por diversas abordagens, resultantes da significância que este tema trouxe à tona para estas profissionais de saúde. Centrou-se, inicialmente, no entendimento de que a assistência prestada no município é precária, por não constituir-se em uma política efetiva de assistência à saúde do trabalhador da área da saúde, apesar de o município contar, no âmbito público de assistência à saúde, com uma Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST). No âmbito de assistência à saúde dos trabalhadores da Prefeitura Municipal, as ações do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) não contemplam as necessidades das trabalhadoras. Elas referiram que esta compreensão está atrelada ao estágio em que se encontra o desenvolvimento dessas ações de saúde, ainda no início de suas propostas. Nesse sentido, elas identificaram a pouca resolutividade do serviço e da assistência oferecida.

Os depoimentos fortaleceram a conotação culturalmente instituída pela sociedade e pelos próprios trabalhadores de saúde de que o trabalhador deste segmento não necessita de assistência à sua saúde, pois, como cuidador da saúde de outros, não é permitido/a ele adoecer. Esse fator acaba por contribuir para a dificuldade na procura e no acesso dessas trabalhadoras a algum tipo de assistência, fato vinculado, por vezes, ao receio que apresentam em relação à adoção de atitudes discriminatórias e preconceituosas dos próprios colegas de trabalho da área da saúde.

A partir dessas considerações, as percepções acerca de medidas preventivas para o sofrimento no trabalho centraram-se em dois pontos - os cuidados individualizados à saúde - característicos da formação discursiva do campo da Medicina do Trabalho e que permeou o entendimento das próprias trabalhadoras a respeito dos cuidados a serem adotados - e a adoção de medidas de ordem institucional para a minimização das situações de sofrimento no trabalho. Assim, as trabalhadoras apontaram algumas medidas preventivas que poderiam contribuir para a minimização de episódios de sofrimento no trabalho:

> Um psicólogo à disposição dos profissionais de saúde, na Secretaria Municipal de Saúde, para atendimento quando necessário encaminhar algum funcionário ou consultar se sentir necessidade (MARIA CLARA).

> Se o serviço não se estrutura pra se apoiar, aqui a gente tem reunião de equipe, são 2 horas, a gente acha que é pouco, tem que ter um espaço pra gente falar mais dos casos, de trocar, dividir casos, então estamos se organizando para abrir mais isso. Final do ano passado a gente chamou alguém para nos supervisionar, fazer um

> trabalho institucional, de fora, alguém veio, pagamos para que trabalhasse com a equipe porque estávamos detectando que tava doentio aqui, então antes que estourasse no pessoal, que as pessoas adoecessem, as relações começam a ficar, começa a atrapalhar... foi bom, mas foi um momento assim, pra isso tem que se ter dinheiro sempre pra estar investindo, né... (MARIA EUGÊNIA).

Reconhecer e reconhecer-se no trabalho é um dos pontos abordados por Vasques-Menezes (2003) no auxílio à prevenção de danos à saúde no trabalho, principalmente no âmbito mental. Alguns gestos e atitudes indicativos de reconhecimento do trabalho como o sorriso do paciente, uma visita inesperada do paciente que já teve alta, um gesto de aprovação dos colegas do setor em função do resultado de seu trabalho, auxiliam neste sentido. Mas ao se falar em reconhecer e reconhecer-se, entende-se uma dimensão em que se busca o olhar dos outros profissionais que atuam no mesmo tipo de trabalho ou que têm sentido as mesmas dificuldades para conversar e discutir sobre os problemas e dificuldades, em um ajudar-se mutuamente, dividindo dificuldades e vitórias. Do ponto de vista clínico, conforme a autora, o desenvolvimento de grupos é favorável, não sendo só as dificuldades emocionais discutidas, mas o próprio trabalho, as interfaces com a vida privada e as alternativas possíveis para enfrentar o problema, olhando de forma integrada o indivíduo, seu trabalho, a instituição e o grupo de trabalhadores. O apoio social é considerado eficiente nos momentos de conflitos, protegendo e apoiando o trabalhador.

Algumas medidas de âmbito individual relatadas pelas trabalhadoras como preventivas de sofrimento e adoecimento no trabalho fortaleceram a conotação de que o trabalhador de saúde, por exercer atividades de cuidado à saúde de outras pessoas, possui conhecimento adequado e suficiente para a adoção dessas medidas no seu próprio cuidado, não necessitando de outro tipo de auxílio profissional na assistência à sua saúde. Algumas das entrevistadas fizeram referência a esse aspecto:

> No sentido assim: eu tenho curso superior... eu vou tentar cuidar de mim da melhor maneira eu vou, por isso que já procuro, até para não adoecer, tu entende... (MARIA EUGÊNIA).

> Bom, em relação à saúde do trabalhador eu tento me cuidar, tanto é que nos dois dias que eu nunca venho de manhã, né, que na época eu era coordenadora até poucos dias, eu sempre fazia, ia na academia, porque eu acho que é importante fazer uma atividade física, né. Vou na ginástica, né, saio daqui, né, se me ligassem, né, tudo bem, mas eu nunca fui assim, de vim final de semana, cada um tem sua função, né, tem enfermeira aqui pra isso, né ...(MARIA CLARA).

> Eu acho que até para ter qualidade no teu atendimento tu também tem que estar recebendo um atendimento, então isso ajuda, mas é algo assim que eu valorizo, mas que nem todos os profissionais vão fazer ou podem fazer, porque também é um

> investimento financeiro que sai do meu bolso, não é a prefeitura pelo teu trabalho, pelo que tu tá atendendo ela vai bancar o profissional na psicologia... precisa disso, é importante... não! É um investimento meu. É para a minha saúde, para o meu desempenho profissional (MARIA EUGÊNIA).

De encontro ao enfoque de culpabilização e de individualização de cuidados imposta ao trabalhador pelo campo da Medicina do Trabalho, os depoimentos demonstraram que, mesmo com as medidas e práticas institucionais e coletivas, adotadas a partir desse modelo, pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo SESMT, a assistência à saúde não é efetiva, não é resolutiva e apresenta-se distante da realidade dessas trabalhadoras. A trabalhadora sente-se carente em assistência, com iminentes necessidades de saúde a serem atendidas:

> Longe. Não identifico isso sendo um serviço para nós. Não sei se é pelo o que eles oferecem, ou pela identificação com o serviço, eu não acho que eu procuraria o serviço. Até existe assim, há um tempo atrás a gente recebia muita procura de profissionais da saúde aqui no CAPS. E aí a gente começou a ver que alguma coisa não tava bem, e aí mandamos um ofício para a secretária na época pra dizer que isso tava acontecendo, no sentido de alertar e sugerimos até um psicólogo do trabalho, alguém que pudesse estar trabalhando com essas pessoas..Depois veio a unidade de saúde do trabalhador e até isso voltou à tona, nos chamaram até pra discutir isso recentemente, se fazer um projeto, se pensar. Então não vejo e acho que deveria ser algo mais específico. Até eu disse olha aqui podem receber também profissionais de saúde porque eles também adoecem, mas... pode ser preconceito, eu não sei o que é, ou desinformação, mas não vejo que seja um atendimento resolutivo para nós ... Eu acho que lá eles deveriam se preocupar mais com prevenção, fazer um trabalho antes da gente adoecer, fazer um trabalho com a equipe, né, vamos fazer uma organizacional, um trabalho de grupo, isso na nossa realidade, eu não sei como é que é nas outras, mas assim: eu raramente vou ter uma LER aqui pelo trabalho que eu faço, não é isso o meu adoecimento pelo trabalho, se eu adoecer pelo trabalho vai ser mental, então, como é que eu vou tratar isso em saúde do trabalhador? Né...Até pra gente encaminhar daqui é muito difícil, pra gente encaminhar pacientes que nos chegam por problema de trabalho, a gente vê, tá com LER, aí é uma papelada, então eu acho que as coisas ainda tão meio burocráticas assim, emperram. Acho que as coisas têm que dar uma amadurecida... (MARIA EUGÊNIA).

> Mas não que seja uma coisa que seja organizada isso, né, inclusive a secretária de saúde até colocou que ela tá pensando em montar um tipo de assistência pro funcionário da prefeitura, de que ele possa sim ter um atendimento melhor, de que ele possa... Ele não tem um plano de saúde, mas que priorize a questão da saúde dele, cuidar do cuidador, né, cuidar de quem cuida. Porque assim, não tem nada! Nada, nada, nada!... Porque o que acontece: tem um médico do trabalho clínico, né, e as pessoas estão adoecendo. Tem lugares que tem um monte de gente tirando atestado, então o que será? Né, então não tem nada para prefeitura. A prefeitura, realmente eles tão... tá se montando, inclusiva a própria UMREST, a unidade municipal em saúde do trabalhador, estão atenta, participando e isso tá se discutindo na reunião de coordenadores, então eu vejo assim uma porta tá se abrindo, mas não tem nada pronto, não tem nada ainda montado (MARIA DAS DORES).

O preconceito dos colegas, dos superiores hierárquicos e dos profissionais do serviço de assistência foi um dos impedimentos pontuados pelas trabalhadoras na procura por atendimento, contribuindo para o afastamento das trabalhadoras da assistência à sua saúde.

Percebe-se assim, mais uma vez, a idéia subentendida de que o trabalhador de saúde sabe se cuidar e não, necessariamente, precisa ser cuidado, tornando o cuidado e, inevitavelmente, a assistência à saúde, formas inatingíveis e pouco valorizadas. Isso acaba por contribuir para a existência de fragmentações, desavenças e perda de estima entre as categorias profissionais da área da saúde. Dessa forma, a questão centra-se no seguinte foco: Como os profissionais da saúde podem ser assistidos em suas necessidades de saúde se não experenciam essa postura entre os próprios colegas trabalhadores da saúde?

> Eu entendo isso, por que eu e as minhas colegas, a maioria se queixa das mesmas coisas, a gente se fala, né. Então assim, na verdade a gente tinha que ir lá na saúde do trabalhador e fazer um acompanhamento, né, de uma certa forma a gente tem um sofrimento mental. Mas tu vai deixando, vai deixando, né, e existe muito preconceito, né, assim... daí eles começam a te sacanear também, né, tipo assim, agora eu vou me encaminhar lá para a UMREST, né, ah não, eles já começam a te taxar, né, "ó acho que a Fulana tá...", as nossas chefias... é perde a confiança, sabe, até pelas colegas... tem colegas bons, tem colegas que a gente não se afina tanto (MARIA EDUARDA).
>
> Não é que não tenha confiança, mas há também um descrédito do profissional que vai te tratar, o profissional da saúde. O outro profissional. No sentido assim ó: pelo menos às vezes que eu fui lá, quando eu trabalhava lá era assim, parece uma coisa assim, que eles não... que é coisa assim de... sabe, frescura, assim que parece assim que tu não pode tá doente, que tu não pode sentir alguma coisa (MARIA JOSÉ).
>
> Ah! Eles acham que a gente é pau pra toda obra, que a gente tem que ter linha de frente forte, né. Tive colegas assim ó, que acabaram se afastando por depressão e que são até motivo de risada, de gargalhada, de xacota, pô um dia numa reunião, eu trabalhei com ela e eu vi o quanto ela tava deprimida, sem condições de trabalho mesmo" (MARIA DAS GRAÇAS).

Essa situação acaba por trazer à tona outra realidade, a do mascaramento epidemiológico e estatístico do contexto dos agravos à saúde do trabalhador da saúde. Identifica-se a ausência de uma efetiva vigilância sobre a saúde do trabalhador deste segmento, não existindo mecanismos de controle que possibilitem a identificação da mesma. Desta, forma, a adoção de medidas individualizadas pela trabalhadora, como a prática da automedicação, anteriormente já referida nesta mesma unidade temática, acaba sendo um das estratégias mais utilizadas. Todos esses fatores resultam em uma ótica socialmente invisível que se produz e reproduz na medida em que é considerada desnecessária e insignificante aos olhos de quem deve proteger, ou seja, através do estabelecimento de políticas efetivas de oferecimento de serviços resolutivos de assistência ao trabalhador da saúde.

As diversas realidades apresentadas nesta subunidade temática evidenciam que diferentes processos sociais passam a ser aceitos com naturalidade, neste caso específico, o

sofrimento e o adoecimento vinculados ao trabalho. Essa aceitação por parte dos responsáveis pela assistência à saúde dessas trabalhadoras e também pelas próprias trabalhadoras resulta, conseqüentemente, na invisibilidade da situação e no não reconhecimento necessário para que ocorram mudanças sociais sobre os processos.

6.3 DA TAREFA PRESCRITA À TAREFA REALIZADA: A DUPLA TENSÃO PARA A TRABALHADORA

Este segmento do estudo, nesta segunda unidade temática, trata especificamente da configuração da construção pelas trabalhadoras acerca da existência de conflitos existentes entre o *modus operandi* no processo de trabalho e das implicações destes na saúde/doença dessas profissionais. Este *modus operandi* leva em conta a diversidade de enfoques de atenção à saúde. Entre eles, este estudo destaca dois tipos de práticas de ações em saúde, como pólos distintos e opostos na assistência.

Por um lado, configura-se a trajetória e a opção pela prestação de uma assistência voltada à promoção e à prevenção à saúde, tornando o usuário, sujeito ativo e autônomo nesse processo, estabelecendo um canal de comunicação, vivências e relações entre o profissional de saúde e este usuário, que permitem estratégias e ações a longo prazo no cuidado e acompanhamento à saúde do indivíduo e da sociedade. Esse tipo de assistência visualiza o usuário como cidadão, constituindo-se um processo em permanente construção no cotidiano social, em um ambiente democrático para tal, que propicia a formação de atores sociais, sujeitos em ação, portadores de demandas e reivindicações, muito mais que meros participantes sociais ou titulares do poder político.

Por outro lado, estabelecem-se ações em saúde que priorizam a ação curativa, com um enfoque assistencialista, denotando um certo paternalismo na relação entre profissionais de saúde e usuários. Esse enfoque volta-se para ações que visualizam o usuário como mero objeto do processo, em um estado de passividade, não permitindo a sua participação efetiva, e sim, o “receber e o dar” consultas, medicamentos e outros procedimentos. A atenção curativa concentra-se relativamente nos indivíduos, a prevenção em indivíduos e grupos e a promoção da saúde em grupos e na sociedade em geral. A democratização das políticas sociais, entre elas a política de saúde, exige ruptura com processos de intervenção social centralizados, do tipo citado. Nesse contexto, o cerne da questão é como transformar essa forma de atenção

clientelista em um espaço ético e legítimo de garantia aos direitos da cidadania, já que a legislação constitucional postula a saúde como direito de todos e dever do Estado e a organização das ações e serviços de saúde sob princípios da descentralização e da participação da comunidade?

Essa forma de assistência à saúde, segundo Merhy (1997), troca a riqueza do processo usuário-trabalhador de saúde por processos ritualizados, dentro de quadros referenciais diagnósticos e de condutas, que substituem o movimento complexo da vida pela simplicidade do raciocínio nosológico. Toma os procedimentos e os atos terapêuticos como eficientes em si, dentro de um estilo de abordagem dos usuários tomado pela frieza e pela distância entre o profissional e o usuário. Sem falar que há uma verdadeira valorização dos atos em si, ou dos procedimentos em si, em função do processo de geração de rendimentos e do lucro.

Entende-se, assim como Campos (1997b), que a minimização do sofrimento no trabalho estabelecido pelos conflitos dos trabalhadores da saúde, advindos das formas de assistir à população segundo a vigência dos modelos de atenção à saúde, passa pelo reconhecimento que o viver cotidiano no trabalho em saúde não precisa obrigatoriamente ser aquele da repetição, da renúncia sistemática à autonomia e ao desejo. Que o trabalho em saúde pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde o sentir-se útil contribua para despertar o sentido da pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social, uma possibilidade em aberto.

Nas observações de seus estudos, realizados com os trabalhadores de saúde da área pública, o autor constatou que eles estão frustrados, descontentes, trabalhando pela sobrevivência e para garantir um certo nível de consumo. Há uma marcada e especial alienação desses profissionais em relação ao seu objeto de trabalho - ligação débil com a doença ou saúde do outro -, aos seus meios de trabalho - uma separação progressiva entre os que executam ações e os que dirigem as instituições - e também em referência à equipe de saúde - há trabalho em grupo, mas não há trabalho coletivo.

Nessa linha de pensamento, a realização do homem moderno depende de um complexo de desejos, interesses e necessidades, resultantes de um dado processo histórico, da posição

social e da capacidade de luta e de formulação consciente de cada sujeito, de cada grupo social. Ora, nesse contexto acima, apontado por Campos, lavra um descontentamento com o *status quo*, uma vez que o trabalho em saúde não favorece a realização profissional e pessoal.

Assim, a partir desta abordagem, as trabalhadoras deste estudo, ao referirem-se à realidade de possíveis conflitos existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho realizado em saúde[26], e às divergências entre os enfoques de assistência à saúde prestados, abordaram esta questão de uma forma indireta e não esclarecida e por diversos momentos, negando a existência desses conflitos. Os depoimentos apontaram para a não percepção dessa realidade quando questionadas diretamente a respeito, mas relataram, em outros momentos, vivências em seus trabalhos que apontavam para a direção dos embates, dos conflitos, das tensões no trabalho. Nesse sentido, ficou claro o entendimento de que nem sempre o que é determinado é o realizado no trabalho em saúde, e vice-e-versa, contribuindo, dessa forma, conforme as falas das trabalhadoras, para o sofrimento no trabalho.

6.3.1 O TRABALHO EM SAÚDE: A PRODUTIVIDADE NO SERVIÇO PÚBLICO

A vinculação do trabalho público em saúde com a exigência de produtividade foi um dos fatores abordados pelas trabalhadoras, com a existência de uma demanda incessante dessa solicitação pelos responsáveis dos serviços de saúde. Muitas vezes, essas solicitações excessivas impõem um ritmo e uma forma de trabalho que não se configuram como as reais necessidades do serviço e também como as reais condições de trabalho existentes para prestar assistência em saúde, contribuindo assim para o sofrimento e o desgaste dessa trabalhadora:

> ...Daí tu entra nesse conflito o gestor querendo atendimento para poder mostrar o serviço, porque o que acontece: eu aqui conversando com vocês, isso não é produtividade, vocês não tão assinando o FA[27]. Eu ir numa empresa e fazer uma conversa com pessoal da empresa, também não é produtividade, porque eles não vão tá assinando FA. Bairros... Tu vai numa comunidade participar de um grupo de alcoolistas... A gente fez um treinamento no Hospital com auxiliares de enfermagem e enfermeiras, 90 pessoas participam e não entrou na produtividade do mês. Não entra na produtividade, por quê?: Isto não é só na questão do serviço publico

[26] Segundo Wisner (1987), o trabalho prescrito constitui-se das atividades pré- determinadas e preestabelecidas pelo gerenciamento para a efetivação do processo de trabalho. O trabalho real apreende a situação real de trabalho, atentando para a variabilidade da situação, a descrição detalhada do modo operatório dos trabalhadores e para a organização dinâmica da atividade.

[27] Ficha de Atendimento Ambulatorial. Formulário individual de registro das atividades realizadas pelos serviços de saúde, que descreve a atividade realizada, obrigatoriamente acompanhada da assinatura do usuário que foi atendido. Atende à exigência de controle mensal das ações em saúde realizadas, somente aplicável a procedimentos clínicos e técnicos de assistência.

> municipal aqui, vai desde a questão federal. O serviço é mantido com verbas federais, o que tu ganha o que vem de verbas federais e em cima da tua produtividade, entendeu então assim ó, tu tem que tá ali na salinha, tem que passar o dia todo na salinha atendendo, atendendo e fazendo FA eu vou ganhar muito mais para a prefeitura, o que interessa também do que eu sair nas comunidades, nos postos de saúde...Só que isso é prevenção... (MARIA DAS DORES)

O depoimento de Maria das Dores evidencia a predominância da utilização de ações de saúde de enfoque curativo. Essas são, de certa forma, ratificadas pelo modelo de assistência predominante no Brasil atualmente. A própria existência do formulário referido, FA – Ficha de Atendimento Individual - a ser preenchido pelos trabalhadores de saúde, também ratifica a realidade de produtividade exigida. Não são somente as questões de poder, mas também a dos recursos humanos, a organização tecnológica do trabalho, modelos de atenção, cargos e salários, participação dos trabalhadores e financiamentos de saúde a pauta fundamental da Reforma Sanitária no Brasil, considera Botazzo (1999). Ao realizar uma leitura sobre os modelos de atenção à saúde, o autor recomenda que os paradigmas existentes acerca de cada um desses aspectos sejam continuamente discutidos para a efetiva implantação das práticas em saúde sinalizadas pelo Movimento da Reforma Sanitária.

Nesse sentido, há uma idéia de eficácia econômica na avaliação das unidades de saúde, onde existe um conjunto de relações complexas que sofrem diferentes interferências; porém, não é a complexidade do trabalho em saúde que interessa ser apreendido e avaliado em conjunto, mas apenas os dados de produtividade. O processo de trabalho em saúde não se restringe aos elementos mais concretos e visíveis de assistência, como os procedimentos técnicos; é preciso ver qualificações, funções, cooperação, hierarquia, sociabilidade, marca, disciplina, a relação entre um trabalhador e outro, no que se refere aos objetivos do trabalho, como expõe o depoimento de Maria Eduarda:

> A própria população sofre porque as pessoas que encaminham exames e especialistas, que nem agora trocou todo mundo, os outros já sabiam de todos os esquemas para encaminhar, para facilitar, agora mudou tudo e eles fazem uma confusão lá em baixo, é uma coisa assim, que as pessoas vão e voltam, vão e voltam, sabe, eu até me admiro assim que a população é até muito pacata, por que se fossem, olha, se as pessoas realmente fossem, mas ninguém quer criar por que é aquela história, a gente nunca sabe o dia de amanhã e talvez amanhã tu vai precisar de novo, então as pessoas não detonam, não brigam mais por causa dessas coisas, com medo de alguma... de amanhã precisar de novo. Eu acho que essas pessoas assim, a gente aqui também, né, assim, porque eles não fazem nem idéia do que que tu trabalha o dia inteiro, qual é o teu serviço, a qualidade dos teus serviços, sabe, só o que interessa para eles é quantas consultas foram feitas durante o mês, quantos curativos, quantas nebulizações, quantas PA eu medi, mas a qualidade do meu serviço, se durante o meu serviço eu presto uma orientação, isso para eles assim... não... o que vale para eles é a soma de alguns procedimentos que é feito durante o mês e ninguém

> ligar lá para baixo e reclamar "ó, lá no posto tal tá acontecendo isso, isso e isso, eu não ganhei ficha, não fui atendido..." não acontecendo isso pra eles tá bom, não existe esse olhar, né.

Assim, com esse paradigma capitalista, com ênfase na produtividade do serviço através dos atendimentos clínicos realizados, uma unidade de saúde pode estar realizando, por exemplo, uma quantidade menor de consultas previstas nas planilhas, e um maior número de atividades coletivas ou políticas, mas o desempenho do serviço e dos trabalhadores continua a ser medido pelo número de procedimentos clínicos que realiza.

No caso das condições físicas dos serviços de saúde, estas foram apontadas pelas trabalhadoras como desfavoráveis para a realização de suas atividades com qualidade de assistência. A escassez de recursos materiais e humanos, o tipo de ações de saúde oferecido, as rotinas e normas do serviço, tornando-o demasiadamente burocratizado foram os principais fatores referidos pelas trabalhadoras de saúde como contributivos na origem de estresse e, conseqüentemente, de sofrimento:

> Que que eu poderia mudar... as janelas não são apropriadas, são muito altas... na organização, de repente assim, não ser pronto-atendimento, a gente funcionar somente 12 horas, porque as pessoas são assim, elas vem uma vez, não acreditam no médico, vem duas, três vezes consultar aqui de novo, ou vão não sei aonde, e vem aqui de novo. Ou às vezes chegam estressadas... claro que tem que ter o auto-cuidado, mas a gente sabe que isso não acontece, não nessa classe social baixa, que aqui vai de baixa a alta a gente atende tudo que é classe, convênio, UNIMED)... mas isso gera um estresse pra gente, pessoa agressiva, né, daí a gente tem que se impor também, né. Então eu acho que se não fosse pronto-atendimento eu viria aqui, faria a consulta e ia embora, né. Nós temos 24 horas atendimento, né. A gente tá sujeito a atendimento a qualquer coisa que chegar, né? (MARIA CLARA).

No que diz respeito às condições de trabalho, essas são tradicionalmente recortadas em somatório de agentes- físicos, químicos, biológicos, dentre outros - e pelas ciências – ciências da saúde, engenharia da segurança, psicologia e ergonomia. Por sua vez, para o conhecimento prático, Ferreira Júnior (2000) coloca que o trabalho é visto como um todo indiviso, o qual é denominado de contexto de trabalho, não sendo este todo o somatório de partes ou agentes, sendo identificado como bom ou ruim, não apenas pela presença ou ausência de determinados fatores, mas pela combinação entre eles. Mais ainda, nessa perspectiva, um determinado contexto de trabalho é identificado como bom ou ruim na relação que o trabalhador pode com ele manter, quer seja ela de maior ou de menor controle.

Ainda sob o enfoque da produtividade do trabalho em saúde, a lógica é produzir, ser sadio e produzir mais ainda, eis a regra imposta tacitamente. É nessa lógica que muitos trabalhadores da saúde se enquadram, trabalhando até a fadiga, consagrando a maior parte do seu tempo ao trabalho, num processo de competição e de solidariedade, de resistência e de atração para encontrar-se com o cliente, com o familiar, com o colega. Assim, como resultado de uma constelação de fatores, o depoimento de Maria Eduarda, em um verdadeiro desabafo, ilustra sua realidade única de trabalho, e expressa essa complexidade e diversidade de aspectos inerentes ao trabalho em saúde presentes neste processo:

> Tenho que fazer tudo aqui no posto, tem uma colega que agora tá de férias, mas também, na maioria das vezes eu trabalho sozinha. Então assim, tem que fazer tudo, tem horas que tem dois médicos atendendo, é telefone, é curativo, faz vacina, é todo o serviço burocrático, é tudo feito pela gente. E é muita coisa, tudo que é verba que é oferecida, eles aceitam tudo, mas pra tudo isso tem que ter mais um controle, mais um papel, mais uma coisinha ali, mais uma coisinha lá, é controle do controle do controle do controle, tem dias assim que eu faço bilhete por que chega durante o mês e tu começa a esquecer... tal dia tem que entregar isso, tal dia é, anota isso, anota aquilo, sabe, essas coisas assim, sabe...Tu tem problema mas tem um compromisso, tu tá doente? Tem que vim, por que como é que eu de manhã vou ligar para minha chefia e vou dizer “eu não posso ir, eu tô doente”, esses dias eu trabalhei com atestado dentro da bolsa, mas por que 15 para as 8 da manhã tem dois médicos atendendo e até eu avisar alguém, sabe, eu vou criar um problema muito grande, então tu vai abrindo mão de ti em função do problema que tu vai gerar para dois médicos, para as pessoas que estão aqui na frente, que precisam, né, é criança doente, é gestante, é idoso, então tu acaba cedendo de ti pra... só que assim, né, é bem complicado.. Assim, se eu falto daí tem que ser uma coisa programada, por que ai tu tem que arrumar uma pessoa para ficar no teu lugar, aí a pessoa que vem no teu lugar, as vezes ela nunca veio até o posto, então, assim, o serviço de um posto para outro muda bastante, tem outras atividades, as rotinas são diferentes, então assim, gera um estresse...

Nesse contexto exposto no depoimento acima, percebe-se que os profissionais de saúde criam, como refere Ghiorzi (2003), um estigma social, com o hábito de afrontar as situações difíceis da vida e da morte, impondo-se o afastamento das suas emoções e dos seus sentimentos, com o predomínio do profissionalismo. Os cuidadores que cuidam de pessoas vivem em um estado de sofrimento atroz, enfrentando um paradoxo cotidiano de estar presente, estabelecer uma atitude empática com as pessoas, sem ser levado a uma fusão com os pacientes e, ainda, evitar o distanciamento afetivo que os isolaria. Para fazer a conjunção entre presença/ausência, dando conta dessas questões, os cuidadores precisam trabalhar suas próprias angústias, seus mecanismos de defesas, dizer aquilo de que eles se ressentem para não depositarem suas tensões emocionais sobre as pessoas que estão cuidando.

Quando o dever profissional domina, os cuidadores devem representar seu papel de fazer um trabalho com abnegação, impassíveis, sem emoções visíveis. Esse papel é previsto e aprovado no currículo de seus cursos e na sua formação profissional. Esses aspectos asseguram um trabalho oferecido de maneira homogênea a todos os clientes, sem distinção. Um trabalho monótono, repetitivo e abafador que mascara toda a emoção e assegura o aspecto sagrado das profissões cuidadoras; a sublimação, a compaixão e a submissão reforçadas por um discurso ideológico de negação de si mesmo. A respeito disso, os questionamentos de Ghiorzi (2003) passam a se configurar também como nossos questionamentos: Será que consagrar a vida a curar, cuidar e ajudar os outros implica o ato heróico de altruísmo e de abnegação, ao ponto de o cuidador esquecer-se dele mesmo? Será que uma atitude como essa não significa uma batalha contra o real sem medir as conseqüências, uma procura do impossível?

Junto a esta aparência "sagrada" do ato de cuidar, exposta por Ghiorzi (2003) existe o outro lado, o lado profano, onde os cuidadores tomam atitudes, em certos momentos, que não são previstas no cotidiano normal de seu trabalho e nos currículos de seus cursos de formação profissional. Esses comportamentos escapam às normas institucionais, aos valores morais de posturas impostas pelas profissões. Eles permitem o ultraje, a lesão da imagem a ser preservada, em momentos no ambiente de trabalho, como as pausas durante a jornada de trabalho, para repouso, para alimentação e em lugares de conversação, como os corredores, a sala do lanche e a sala dos plantonistas.

Analisando as associações de idéias presentes nos depoimentos das trabalhadoras, as diferenças de operacionalização do trabalho em saúde no âmbito público e no âmbito privado, através, principalmente, dos escassos recursos financeiros disponíveis para o primeiro, acaba configurando diversidades importantes na assistência à saúde. Na opinião de algumas trabalhadoras, devido a isso, o trabalho em saúde pública implica também questões conflituosas para a profissional da saúde, principalmente no seu direcionamento ético-profissional, vendo-se envolvida nessas interfaces financeiras:

> Ah! Acho que difere muito do trabalho privado como um todo, né, do consultório, que tu tem um outro ritmo, uma outra clientela, um outro ambiente, tu, claro, tu banca isso, mas assim, tem algo mais... como é que eu vou dizer... mais requintado, desde o ambiente, claro, aqui tem as poltronas direitinho e tal, mas elas foram adquiridas recentemente, né, antes não, eram poltronas velhas, e aí tu tem que te

> adequar ao tempo de atendimento, ao local... as coisas vão ter que ser conforme..” (MARIA EUGÊNIA).

Por outro lado, houve referências a entendimentos favoráveis ao trabalho em serviço público de saúde, apontando-se situações de trabalho, de convivência social, que o trabalho de cunho privado, visto como isolado, desenvolvido em espaço individualizado de trabalho, não oportuniza:

> Eu não acho dificuldade nenhuma, eu acho muito bom, eu gosto do serviço público, gosto mais do serviço público do que do consultório particular, por que no consultório particular tu te isola e aqui nós temos uma convivência com os colegas e eu acho isso muito bom, é prazeroso vir trabalhar aqui por que a gente conversa, não é aquela rotina, troca informações e são pacientes de tudo que é tipo, então é bom, eu acho muito bom trabalhar aqui, eu gosto, eu acho que não conseguiria ficar longe daqui, assim, me afastar, não tem como (MARIA ISABEL).

> Eu me vejo bem, assim, eu gosto do meu trabalho. Eu gosto de trabalhar na saúde, né, porque a psicologia te amplia comunicação, outros setores, mas eu gosto de ficar na saúde. O fato de ser serviço público eu gosto também, acho que tem que ter um perfil para isso, né, para a saúde pública, né, é diferente do que tu trabalhar no teu consultório; então tem gente que diz “ah, é a mesma coisa, vai atender da mesma forma”. Não é. É uma demanda diferente, a clientela é diferente, muda a estrutura do serviço, né, então... me sinto bem assim. Gosto do que eu faço, apesar de às vezes ser puxado pra ti, pela demanda que tu tem em saúde pública. Se eu vou te dar a quantidade, a quantidade de pessoas...(MARIA EUGÊNIA).

Percebe-se que essas referências positivas foram apresentadas pelas trabalhadoras da saúde que se incluem no grupo de profissões autônomas da saúde, de atuação individual, com atribuição de diagnóstico de doenças, ditas, conforme Leopardi (1999), *com controle do processo*' como a medicina, odontologia e psicologia, diferentemente do grupo de profissões denominadas pela autora *para auxílio no diagnóstico e tratamento* como a nutrição, a fisioterapia, o serviço social, a enfermagem. Essas últimas, por suas especificidades, não permitem ao trabalhador da área um maior grau de autonomia em seu campo de domínio, consolidando-se, assim, em torno das profissões com autonomia no campo do controle, e necessitando, dessa forma, do trabalho coletivo, em grupos de trabalhadores. Nesse sentido, a liberdade e a autonomia nos processos decisórios de assistência, específicos das profissões *com controle do processo*, permitem ao trabalhador de saúde desse grupo, diferentemente do trabalhador do outro grupo de profissões, a opção de visualizar-se em espaços de trabalho diferentes, que vão de espaços de trabalho em grupo a espaços de trabalho individual, em um mesmo momento de atuação da vida profissional. Assim, há a possibilidade concomitante de vivências de trabalho em realidades de convivências sociais e econômicas diferentes, através da atuação, por exemplo, no serviço público e no serviço privado.

Marcadas pela divisão social do trabalho, as diversas práticas de saúde são classificadas não de acordo com a felicidade o bem-estar que geram nos indivíduos, mas de acordo com uma ordem econômica constituída em que algumas atividades são mais valorizadas que outras, a depender da quantidade e da qualidade dos bens produzidos. Trabalhos que não produzam riqueza imediatamente serão menos valorizados e assim, também, os trabalhos considerados mais simples, serão menos valorizados, como são os trabalhos das profissões do grupo acima apresentadas como *para auxílio no diagnóstico e tratamento*. Esse fator econômico pode implicar o *status* da profissão do trabalhador de saúde perante a sociedade, repercutindo, dessa forma, em sua desvalorização profissional e, conseqüentemente, no seu sofrimento e adoecimento.

6.3.2 RESOLUTIVIDADE E QUALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE: AS NECESSIDADES DOS USUÁRIOS

Apesar de nosso lugar de observação, nesta investigação, ser o lugar da trabalhadora de saúde, tentamos articular um discurso de análise, que incluiu o usuário, percebido pelas entrevistadas, como um ator social significativo no processo de trabalho em saúde. Visto sob esse aspecto, os motivos pelos quais os discursos desses dois segmentos sempre serão diferentes é porque fundamentalmente ambos são figuras com necessidades diferentes no processo de trabalho. Conseqüentemente, esse processo de trabalho, em que um assiste e o outro é assistido, acaba por inseri-los em um mesmo contexto. Tendo o paciente como seu objeto de trabalho, o funcionário de saúde lamenta que não lhe cumpram sempre as prescrições, que o paciente teria de realizar um certo trabalho de saúde, que não realiza nunca porque seu estilo de vida é desordenado. Por outro lado, a desordem do lugar e um trabalho que não lhe figura como certo, o temor de que não lhe dêem retorno ao seu caso são as impressões do paciente ao construir seu discurso sobre o serviço de saúde. Essas considerações levam em conta os estudos de Botazzo (1999) sobre o processo de trabalho em unidades básicas de saúde.

Assim, ocorre o embate logo à saída entre os dois segmentos, pois uns esperam aquilo que o outro não poderá realizar ou realiza de forma inadequada. O serviço público de saúde é o lugar em que os meios materiais e de recursos humanos, necessários para o trabalho em saúde, estão colocados, mas é também o lugar da subjetividade do trabalhador que neste espaço executa suas atividades laborais. Esse trabalhador possui várias e diferentes aspirações,

valores, crenças, vêm de diversas procedências profissionais, formado por diversas escolas, com modos e técnicas terapêuticas e/ou diagnósticas que são o seu modo de trabalhar. Assim, trabalhador e usuário encontram-se neste lugar, com desejos nem sempre idênticos, com certezas diversas, implicando tentativas redobradas de manter a disciplina e a organização do trabalho, como expressa a narrativa de Maria José:

> ..eles chegam vim às vezes até nos três turnos que tem aqui para ser atendidos e não esperam nem o efeito da medicação...

O usuário quer ser bem atendido, possui as suas necessidades, que podem se encontrar em um nível de exigência, muitas vezes, elevado. Essas exigências podem demonstrar o olhar que o usuário possui do sistema de saúde e dos serviços a ele oferecidos, caracterizando uma certa insegurança sobre a resolutividade do serviço e a qualidade do mesmo. As necessidades sociais da população, entre elas, as demandas de saúde, apresentam-se cada vez mais como sinais evidentes de uma precária situação social, econômica e cultural da sociedade em geral. Por outro lado, os trabalhadores de saúde acabam, muitas vezes, transformando-se de sujeitos do processo de trabalho a expectadores deste panorama, em que a situação obriga-os a agir com os recursos disponíveis e precários do serviço de saúde, para minimamente atender às solicitações excessivas e crescentes da população, essas muitas vezes, na visão das Marias, também intransigentes. Assim, esse complexo panorama parece configurar-se como um verdadeiro mosaico, em que a causalidade e as conseqüências das questões envolvidas na assistência em saúde entre trabalhador e usuário acabam tornando-se cada vez mais imbricadas, cada vez mais contidas uma na outra.

Nessa vertente, deve-se reconhecer que na discussão da saúde em uma dimensão política, que Campos (1997b) expõe em suas reflexões, discutem-se atores/sujeitos e seus exercícios de poder, buscando-se sinalizar para um conjunto de racionalidades partilhadas por campos de saber aparentemente díspares e, talvez, perceber que os discursos sobre os pacientes e sobre os trabalhadores de saúde são tão diversos quanto são os sujeitos que os formulam. Os depoimentos abaixo expressam esses sentimentos das trabalhadoras a respeito dos usuários e de suas exigências:

> Tem toda a questão do funcionário público, né, aquela idéia de que... “ah, porque é funcionário público...”. Interfere nesse sentido assim ó, é funcionário público então as coisas não são boas, é setor público, então assim, a consulta tu pode dar o melhor tratamento que tu der, né, o paciente, eles sempre vão achar que pagando eles vão

> ganhar melhor atendimento que no serviço público, e não é verdade. A gente que usa serviço particular aqui em Santa Cruz e fora daqui, né, a gente que é de fora, né, eu sou de porto Alegre, a maioria da equipe daqui é de fora, a gente consegue ter uma idéia de como o trabalho daqui, o atendimento no CAPS, pegando onde eu tô, como realmente ele é um serviço muito bom, né, só que pesa aquela coisa do serviço público. Isso sim, isso incomoda. Eu acho, claro, tem toda aquela coisa do funcionário público, a gente sabe que tem, justamente por ser concursado, estabilizado, né, diz "ah, eu sou estável, posso fazer o que eu quero", claro que tem, não vou dizer que não tenha isso, mas não dá para generalizar, tu dando dentro do serviço público tu vê que a maioria não é assim, é minoria (MARIA DAS DORES).

> Como o serviço público não é pago, ele muitas vezes não é valorizado, e eles têm a mania de achar que como é serviço público o material utilizado não é um material de 1ª, é outra coisa que não dá para entender o porquê, porque é igual, o mesmo material que se usa aqui se usa no consultório, não tem diferença. Eu acho que isso se deve a um sistema antigo de serviço público, quando não havia assim uma preocupação com a qualidade. Mas hoje em dia, pelo menos aqui, eu não posso falar de outros locais, né, tentamos sempre, né... Nós é que escolhemos o nosso material e a gente compra de qualidade, é diferente. Então, modelos antigos, né, isso vem de antigamente. O serviço público eles iam só para extrair dente, o resto vem, né... sei lá como era. Quando eu entrei no serviço público já estava mudando o modelo assim para um modelo mais preventivo (MARIA ISABEL).

Na verdade, esse contexto de trabalho que relaciona a convivência entre trabalhador de saúde e usuário, caracteriza uma noção distorcida de objetividade em saúde, que contribui para promover a distância sistemática sobre as coisas do trabalhador e do usuário, gerando uma relação autoritária, que acaba com as necessidades daquele que incorpora a carência, contribuindo para reduzi-lo à solidão, no sentido de que somente o que é objetivo passa a ser tratado. Assim, o doente foi substituído pela doença e o foco do trabalho foi subtraído dos sujeitos envolvidos no processo terapêutico para localizar-se na estrutura da assistência. As rotinas e métodos se tornam mais importantes que o sujeito possuidor da carência que originou o trabalho, ou mais importante que o próprio trabalhador. Leopardi (1999) aponta que ocorre assim uma inversão, pois o sujeito moral é aquele que não padece a ação do outro, nem atua sobre o outro, infundindo, dessa forma, no próprio trabalhador de saúde um desagregação de si, quando atua robotizado, compelido pelo sistema. Como reação moral de limites a esta degeneração, surgiu a necessidade de estabelecerem-se os códigos de ética profissionais que, seguindo a origem das éticas deontológicas preceituais, se limitam ao bem-estar, à autonomia interna, como virtude de fazer o bem necessário, subordinado a regras institucionais, que muitas vezes são antagônicas às primeiras.

Mediante essas situações, quanto mais hierarquicamente o trabalhador for subordinado, do mesmo modo que o usuário do sistema de saúde, mais vai perdendo sua dimensão de subjetividade, sendo expropriado de suas forças físicas e mentais. Quando ele

resolve surgir para tentar sua autonomia, na diversidade entre o “fazer” e a “arte” tem que enfrentar inúmeras barreiras, a maioria delas relacionadas a questões de produtividade, que envolvem a diminuição dos custos financeiros da assistência a ser prestada, implicando, dessa forma, a qualidade da assistência a ser prestada.

O trabalhador, refere Botazzo (1999), na verdade, legitima o vínculo da ligação institucional e estabelece a partir dessa ligação o vínculo com seu paciente. Nesse sentido, freqüentemente o trabalhador de saúde é cobrado pela forma de atendimento que presta, exigindo-se dele sensibilidade e humanização, por exemplo. A questão está em se esta sensibilização e humanização do trabalhador não estariam melhor resguardadas se o abrigasse uma organização sensível, lugar de formação de um trabalhador sensível? Assim, não é fácil ser trabalhador de saúde, nem é fácil a vida do usuário.

Necessidades e causalidades movem o mundo, refere Leopardi (1999), de modo que as transformações desejadas pelas pessoas podem ser construídas pela própria transformação do social e da subjetividade. Isso significa dizer que o estado das coisas não é permanente, nem determinado; leva a marca humana no espaço e no tempo em que existem. Sob esse enfoque, aponta-se algumas modificações pelas quais a área da saúde historicamente vem passando nos últimos tempos e que acabam por causar implicações na assistência. Elencamos, assim, algumas delas, como a inovação tecnológica ao lado de uma reorganização burocrática, de modo que as conquistas são superficiais e não estruturais; o aprofundamento do distanciamento entre os profissionais de saúde e os pacientes, à medida em que a manipulação dos problemas de saúde, preventivos ou curativos, interpõem mais e mais artefatos entre ambos; a hierarquização do trabalho continua centrada no profissional médico, mesmo que outras profissões venham ganhando espaço no mercado; o trabalhador de saúde vem sendo basicamente consumido no trabalho, pelo excesso de responsabilidades, inclusive legais, pelas cargas ocupacionais e pelas condições inadequadas no ambiente, além da perda de espaço e de lazer, estas já analisadas anteriormente neste estudo.

Inscrevem-se, neste contexto, os depoimentos das trabalhadoras sobre tensões e conflitos existentes no seu trabalho acerca do modo de assistência a ser prestada, originando embates e situações de dúvidas, de angústias, de questionamentos, que se configuram em estresse, sofrimentos e desgastes. Em um momento, o trabalhador se vê exigido pelo modelo de excelência em produtividade; por outro, se vê em um dilema profissional e também ético

sobre as condutas corretas que a sua formação profissional exige. Essas situações de desgaste foram narradas pelas trabalhadoras:

> Interfere até por uma insegurança de um paciente ou responsável por uma criancinha, que eles não assim... como é que eu vou te explicar... eles não acreditam tanto na prevenção quanto no curativo, né. Um trabalho de prevenção é muito difícil a gente lidar com os responsáveis, os pais aqui. A pessoa quer injeção, quer, sabe, a parte prática do trabalho, na hora, quer resolver na hora, né. ... eu trabalho aqui durante um turno, mas as vezes eu faço hora-extra... não tem assim, como... de prevenção, no caso, né, não ter uma alimentação boa, uma boa higiene... principalmente aqui a gente lida muito com asmático e o... assim... como é que eu vou te dizer... a prevenção, no caso, é muito precária... fogão à lenha, animais dentro de casa, né, e falta de higiene bastante, né, isso aí prejudica muito, né. Vem assim na hora e tu tem que dá o curativo mesmo, né, que não tem como tu dá a prevenção, né (MARIA JOSÉ).

> Eu tenho dificuldades de fazer a parte preventiva, porque parece que tu ta fazendo corpo mole. Eu tô fazendo essas minhas horas a mais para fazer prevenção, então às vezes eu tô fazendo a prevenção, e o que é a nossa prevenção, é ir nas escolas passar flúor, mas parece que eu não tô trabalhando, sabe, parece que eu tô só passeando, porque me dá essa sensação, sabe, eu sinto falta de tá dentro, porque a gente se acostuma tanto dentro do consultório, porque aqui tu faz a prevenção, mas é diferente porque tu faz a parte curativa, né, e quando tu vai nas escolas, como hoje de manhã , daí tu faz numa escola flúor num grupinho, daí tu vai n'outra escola, faz num outro grupinho, porque não são todos, por exemplo, uma turma faz só a primeira vez quando todos precisam, daí a gente faz um exame visual neles e aí depois só ficam fazendo aqueles que realmente têm cárie e problema também que a gente sabe que pode ter cárie. Então, aí tu fica parece que hoje até tava pensando nisso, que nós fomos, voltamos e nós tava só andando e eu preocupada se não seria mais útil eu ficar aqui trabalhando do que tá andando pra lá e pra cá, né, mas é que não se pode, hoje em dia existe uma lei que o dentista tem que tá junto com o auxiliar pra passar flúor, então ele não pode tá sozinho, a gente tem que supervisionar ali, mas eu me sinto inútil ali. É engraçado isso. E é um trabalho. É talvez mais importante do que tu ficar aqui, né, sentada no consultório. Não sei se porque a gente tá tão assim, que tu não consegue parar, daí quando tu pára um pouquinho nem que seja pra fazer uma coisa importante tu não sente que tá trabalhando (MARIA ISABEL).

A cultura do clientelismo na saúde continua profundamente enraizada na história brasileira. Por outro lado, há simpatia e abertura informal dos gestores e de muitos profissionais para iniciativas de educação para a saúde, implicando um foco mais voltado à promoção da saúde. Essas atividades ficam, no entanto, dependentes da variação de interesses particulares e de formação prévia trazida pelos profissionais. Poucas vezes, são assumidas como objetivo institucional importante a ponto de se organizarem supervisões, capacitações e outras práticas, existindo poucos recursos para o fortalecimento dessas iniciativas ou para a efetivação de atividades preventivas sugeridas (VASCONCELOS, 1997). O autor enfatiza ainda que, diante da dubiedade e da falta de orientação dos gestores em relação às práticas em saúde a serem efetivamente adotadas como princípios norteadores da assistência, as atividades em saúde, muitas vezes, tendem a ser regidas por teorias educativas em circulação entre os

profissionais de saúde. De um lado, há nítida influência da proposta da educação popular, manifestada na priorização do trabalho com grupos e em certa valorização do discurso popular, e de outro, mais forte ainda, há a influência de uma visão de promoção da saúde centrada nas mudanças individuais de comportamento e estilo de vida.

É importante lembrar que o avanço do campo da saúde constrói-se não apenas pelo acúmulo progressivo de conhecimentos e técnicas, mas também como resposta a desafios e problemas enfrentados pelos grupos sociais dominantes na política e na economia, que controlam demandas, diretrizes, pesquisas e respectivos aportes financeiros. Nessa vertente de pensamento, nos países capitalistas centrais, o liberalismo é a ideologia hegemônica. Essa ideologia enfatiza a liberdade e a capacidade de o indivíduo controlar os eventos que influenciam sua vida, sendo, então, ele próprio, o grande responsável pelo seu sucesso ou fracasso. Nessa perspectiva liberal, saúde é um bem que se compra e se vende, se escolhe ou rejeita com base em opções individuais. Promover saúde, assim, significaria ajudar tecnicamente os indivíduos a fazer mudanças em seus hábitos e estilo de vida.

Nessa perspectiva, Vasconcelos (1997) enfatiza ainda que a consideração de aspectos ambientais e sociais fica mais nas conversas preliminares, uma vez que dificilmente podem ser abordados e controlados de forma estatística. Nem tudo que é importante em saúde pode ser medido matematicamente. Muitas propostas de promoção de saúde são orientadas por estudos epidemiológicos que buscam identificar fatores de risco que estejam associados com os problemas de saúde. Para o profissional, para o gestor e também para o usuário, dentro de uma perspectiva positivista, busca-se orientar a atuação em saúde através de ações que tenham eficácia comprovada estatisticamente, com a opção de alteração de comportamentos de risco como sendo a solução. A ênfase na responsabilidade pessoal e individual, enfatizando-se o enfoque curativo em saúde, deixa de lado as considerações sobre as limitações que fatores culturais, políticos, sociais e econômicos põem na capacidade de resposta dos indivíduos às necessidades e aos desafios impostos pelo ambiente.

Mesmo admitindo as ambigüidades, as divergências e as tensões entre os dois enfoques de assistência à saúde e as implicações daí advindas tanto para o usuário como para o trabalhador de saúde, Campos (1997a) apresenta em seus estudos que, historicamente, no início das discussões sobre as práticas clínicas e os modelos de atenção em todo o mundo, havia um forte entendimento de que o trabalho curativo, na verdade, seria a melhor forma de

estabelecer contato para a realização de serviço preventivo. No campo do trabalho preventivo há uma necessidade particular de enfatizar que o estudo da saúde deve estar ligado ao estudo da técnica. Inscreve-se, assim, que o trabalho curativo deve-se articular ao preventivo, de forma que o serviço procurado pelas pessoas por iniciativa própria possa ser complementado pelo serviço, cujos interesses requerem.

Uma das maiores dificuldades, enfrentadas pelos dirigentes do Sistema Público de Saúde, refere Campos (1997b) é a de colocar os serviços públicos realmente em prol do bem-estar coletivo, utilizando, em cada circunstância, os recursos disponíveis da maneira mais produtiva possível. Na realidade, o conjunto de conhecimentos acumulados sobre o planejamento e a gestão de serviços púbicos de saúde pode ser considerado precário, havendo explicações históricas para esse fenômeno, todas elas ligadas ao fato de as práticas médico-hospitalares haverem se desenvolvido enquanto atividade estreitamente ligada ao mercado. A constituição do saber clínico e a extensão da assistência médico-sanitária, durante décadas em quase todo o mundo, obedeceram a uma dupla determinação, a da lógica deste campo de disciplinas determinada pela dinâmica do desenvolvimento capitalista. Os serviços estatais, originados em um período posterior ao surgimento da clínica, não conseguiram mais do que transferir técnicas administrativas e de planejamento já empregadas no setor privado. Dessa forma, não se desenvolveu uma cultura voltada para a organização dos processos de trabalho e para a gerência de recursos humanos de saúde, que considerasse as especificidades da produção de serviços de saúde segundo o interesse público. Assim, este contexto histórico da organização do processo de trabalho dos serviços de saúde traz implicações atuais no sofrimento dos trabalhadores da saúde.

6.3.3 AS INTERFERÊNCIAS POLÍTICO-PARTIDÁRIAS NO TRABALHO EM SAÚDE

Os profissionais de saúde têm uma concepção homogênea frente às políticas de saúde, considerando que essa interfere diretamente no trabalho que realizam. Julgam essa interferência negativa, pois tomam as políticas como externas ao seu trabalho, arbitrárias, feitas de cima para baixo, distantes da prática, realizadas por políticos e não técnicos, normativas, difíceis de serem viabilizadas, e como prática eleitoreira (ALMEIDA; MELLO, NUNES; 1991).

Subjacente a essa idéia, os depoimentos das Marias refletiram exatamente essa realidade: a de que as implicações e interferências dos aspectos políticos, administrativos e partidários na assistência à saúde, com necessidades diferentes das que as trabalhadoras de saúde apresentam, acabam por comprometer diretamente a sua saúde. O relato de Maria Bernadete apresenta essa realidade, através de um extenso desabafo:

> Não necessariamente a mudança política partidária, mas a mudança administrativa, eu vejo os gestores, quando a gente tá andando de um jeito, aí muda tudo, aí vem outro que acha que tem de ser de outro jeito. Eu não me envolvo de forma alguma aqui dentro com política partidária, tanto que eu não sei como é que é feito. Mas não é o partido, são as visões, né, é um é mais assistencialista, e quer internar todos os amigos alcoolistas que tem, então aí tinha uma época que a gente tinha que ficar baixando a cabeça para algumas coisas assim..., aí depois muda... e às vezes vem um tipo de desconhecimento do nosso serviço que desvaloriza... Então essas mudanças atrapalham nesse sentido..mais politiqueiras... Por exemplo, nos dias de aniversario. A gente criou o CAPS, a gente é mãe do CAPS. Tem um grupo daqui, que iniciou o CAPS que se sente muito responsável por cuidar e aí chega um dia de aniversario, festa, é sempre assim, muda partido, mas continua a mesma postura, vem primeira dama, e vem segunda dama e terceira... Todos passam e se colocam aqui dentro como se eles fossem os donos, os criadores, o mantenedores e... Isso é uma coisa que me deixa muito indignada. Eles vêm aqui não atrapalhar, mas também não contribuem em nada para o serviço, mas... Tipo assim: faz um discurso maravilhoso, aí na hora que o paciente tá fazendo o discurso eles tão indo embora na metade do discurso do usuário, né, é difícil isso. Então, isso são coisas que é política, aí vem o fotografo do prefeito e tira um monte de fotos do prefeito, tanto que tu vai ver o álbum de fotos, a equipe quase nunca tem foto, mas sempre tem o prefeito na foto e o secretário da saúde. A gente trabalha de sol a sol,, antes já planejando chegar até aqui, fazer o projeto e tal, e onde é que a gente tava nessa hora? Então são coisas que eu acho que tem todo um desgaste, né, com toda certeza, um desgaste. E até a questão de mudanças no quadro, né, a chegada de gente de pára-quedas e saída de gente, né, é um incômodo.

A postura que o trabalhador adota, seja de apoio ou discordância em relação aos propósitos dos gestores e do governo, encontra-se em um contexto que reflete que, enquanto trabalhador, ele já se encontrava no serviço quando o novo gestor público assumiu e, que por ser de carreira, provavelmente continuará lá quando este gestor sair de seu cargo de direção. Assim, os coletivos que habitam os serviços públicos são rearranjados em diferentes tonalidades e nuances a cada troca de governo, em um movimento de acomodação às novas políticas. Essas diferenças de tonicidade, ritmos e vontades precisam ser estimadas pelo novo gestor e incorporadas ao seu método de gestão, contribuindo para o efetivo planejamento das ações em saúde. O depoimento abaixo expõe essa conotação:

> Interfere sim, por que é uma coisa assim, tu diz uma coisa, mas... eu acho assim, enquanto o serviço púbico for administrado por pessoas da área política, existem outros interesses, sabe, nós temos o interesse de ajudar, de melhorar a saúde, mas lá existem outros interesses, é muito complicado. Então tu fala uma coisa e eles vão atrás, eles tem o amparo político, então isso dá muito conflito... Só quem trabalha

> sabe o que a gente vê, o que que acontece no dia-a-dia assim, sabe, como a gente vê coisas e sabe coisas e tem que ficar quieto. Sim, no fim tu acaba entrando meio que nesse jogo. É um jogo de interesse político, não de... existe uma conversa, mas a gente sabe que por trás disso... (MARIA EDUARDA).

As separações entre o que pensa e o que executa, entre a mão e o cérebro, entre a base e o topo são ainda entidades presentes no nosso cotidiano em saúde. Isso é decorrente da inserção real desses sujeitos no processo do trabalho em saúde, ou seja, o lugar que cada um ocupa é também um lugar de trabalho e a fala das trabalhadoras é a fala sobre o seu trabalho. As unidades de saúde são o lugar da execução, lugar de um trabalho prático, lugar onde ocorrem os fatos em sua cotidianidade, enquanto o plano das estruturas superiores, o nível central, seria o lugar das acumulações políticas e diretivas (BOTAZZO, 1999). Ilustra-se essa realidade apontada pelo autor com os seguintes relatos:

> Eu acho que interfere principalmente porque tudo funciona em torno de uma política. Às vezes,... como aqui mesmo, tu tem assim, uma ótima enfermeira, que até atuou como coordenadora muito tempo, e assim, em termos de política, que eu acho que foi, por termos de política ela foi afastada daqui. Ela que tinha um trabalho excelente. E aí, sabe, desintegra toda uma equipe, né. E eu acho que por causa de política tu acaba sentindo que tu tá trabalhando com pessoas que às vezes não são adequadas para o serviço... que não tem... profissionais incapacitados, né, sem condições, mas por causa de favor daqui e dali tu acaba tendo que engolir. Interfere... bastante! Eu me sinto assim frustrada, sabe, porque não é olhada a qualidade do serviço, né. Por que que tem que interferir numa coisa que tá dando certo...? (MARIA JOSÉ).

> Interfere. Interfere e muito. Interfere sempre que... (pensativa)... nem sempre. Ah! Também é complicado. É que eu já passei por vários governos, né, então eu posso dizer assim que antigamente não interferia tanto. Não interferia praticamente nada. Nos dois últimos anos havia sim muita troca de favores deles, eles sempre faziam reuniões assim e diziam “vocês tem que atender tudo”, eles nos enlouqueciam em termos de quantidade, qualidade não tavam ligando, na época pré-eleitoral, eles queriam era número. Queriam que a gente atendesse o filho de fulano, o filho de ciclano, sabe, tipo favor assim, eles descarregavam aqui os favores. Então isso se torna muito, muito estressante, então, as duas últimas eleições assim, foi muito estressante, porque a gente tinha que ta trabalhando assim... tu agüenta a tua carga horária, mas chega um ponto assim que... tudo tem limite, né. E às vezes eles ultrapassavam os nossos limites (MARIA ISABEL).

> Sim, porque nos temos um exemplo bem prático do que tu tá colocando, porque além da maneira de como o gestor vê, né, o trabalho, a linha que ele vai levar o trabalho dele, se é mais na linha curativa, preventiva, né, cada um leva uma linha assim, além da questão que muda o olhar que o gestor tem, muda a questão do olhar que ele tem perante os funcionários, né, daí já vamos entrar na questão dos funcionários estarem meio doentes. Porque nós pegamos gestor ao longo desses nove anos assim de que tu não podia trazer o atestado tu não podia, né, que era muito radical, né, que a gente sabe, acaba a equipe ficando indignada... Então assim ó, interfere muito na maneira que o gestor vai tá determinando as coisas, porque é ele que tem esse poder (MARIA DAS DORES).

Convém lembrar que o sujeito político pode conduzir a ação, mas não pode substituir o verdadeiro agente na execução do seu trabalho. Assim, a totalidade do objeto do planejador é apenas parcialmente construída. Se há um trabalho, há um objeto a ele articulado. Assim, o trabalho em saúde pressupõe a construção do seu objeto como totalidade, mas posto sua divisão, o trabalho em saúde se relaciona de modo fragmentário e parcial com seu objeto que aparece também sempre como fragmentário. Por isso, a incisiva conotação das percepções das trabalhadoras deste estudo a respeito das necessidades e exigências dos gestores e também dos usuários dos serviços, percebendo-os como figuras perturbadoras do serviço, do planejamento do trabalho e das figuras reinvidicatórias, solicitantes de demandas não necessárias e abusivas. Emergem, nessa esfera ainda as solicitações de cunho eminentemente político e administrativo, citados em um dos depoimentos.

A chave da questão, como refere Campos (1997b), está no planejamento das ações em saúde, com a implantação gradativa de modificações que possam contemplar as reais necessidades dos atores sociais envolvidos, estipuladas a partir da sua inclusão neste planejamento. A compreensão de que, na verdade, essas posturas tanto por parte do trabalhador de saúde sobre as solicitações dos usuários, como sobre a assistência prestada; refletem um panorama conflituoso, inseguro, não solidificado em sua estrutura de planejamento e de execução de ações.

Pensando a reformulação da estrutura e das maneiras de se governar serviços públicos de saúde, Campos (1997b) constata que há um círculo vicioso – alienação, indiferença, má qualidade, recursos escassos – e que as alterações democráticas que foram introduzidas nos serviços de saúde não são permanentes. Infelizmente, apenas parte dessas alterações transforma-se em lei ou é incorporada à cultura do movimento sanitário local, ou seja, o autor enfatiza, “muda-se o governo e lá se vai quase todo o esforço por água abaixo”, indicando, assim, a baixa capacidade de institucionalização que essas alterações teriam produzido. De qualquer forma, apesar das experiências de gestão colegiada de saúde na área pública, é notório ainda o predomínio do poder executivo nos sistemas locais de saúde, raramente conseguindo, outros sujeitos sociais, contrapor-se às políticas deliberadas pelo governo.

6.4 OS *JEITOS* DAS MULHERES NO TRABALHO EM SAÚDE

Homem e mulher, mulher e homem, dois seres tão distintos e tão iguais ao mesmo tempo. Nada e ninguém na natureza são tão iguais. Contudo, nada é mais contraditório que as contradições entre homem e mulher. Nada mais complementar que homem e mulher, que dão continuidade ao que há de mais sagrado, mais sublime, mais sábio na natureza: a si próprios. Nada mais dissociativo e desagregador do que homem e mulher quando seguem por caminhos de discórdia, de preconceitos e opressão. Nada mais abrangente na história da humanidade que a desigualdade entre homens e mulheres, quase sempre desfavoráveis a elas. Nada mais rico que as empreitadas para engrandecer a cada um e cada uma (MENGARDA, 1999).

Essa concepção do autor vem ao encontro do nosso entendimento acerca do enfoque de gênero nesta investigação. O de que existem diferentes maneiras de abordar, interpretar e analisar questões relativas a este recorte. A trajetória de compreensão e análise na presente investigação leva em consideração as mulheres trabalhadoras da saúde, não tendo a pretensão de significar que os homens, profissionais da saúde, não possam também sofrer interferências do processo de trabalho em sua saúde. Na verdade, a opção pelo estudo das mulheres deve-se a outros fatores, inclusive de cunho pessoal, já apresentados no capítulo introdutório deste estudo.

A análise das situações de trabalho relacionadas com o gênero permite refletir, no sentido de construir propostas específicas para melhorar essas situações, visando a modificações incidentes sobre essas diferenças socialmente impostas tanto à identidade masculina como à feminina, que levam à estruturação de um mercado de trabalho discriminado, com impacto negativo na saúde e na vida de homens e mulheres. Nesse sentido, não existem diferenças significativas entre os sexos. Ambos devem desfrutar de direitos e deveres diante das situações de trabalho que se apresentam.

Desse modo, considerando as falas das entrevistadas quanto à questão gênero e trabalho em saúde, é importante destacar que esta deve ser particularmente analisada, na medida em que se encontra estreitamente vinculada à posição ocupada pelas mulheres na

divisão social do trabalho[28], influenciando da escolha profissional aos níveis de hierarquização e qualificação exigidos ao posto de trabalho (SILVA, 1997). É de se suspeitar, embora pouco abordado pelas trabalhadoras nas entrevistas, que a questão gênero possa atuar como agente potencializador de submissão e alternalização de aspirações, reforçando, na verdade, os elementos de sujeição das mulheres às práticas dominantes da sociedade e do mercado de trabalho.

Outro elemento de importante repercussão na posição das mulheres na divisão social do trabalho refere-se à presença de dupla jornada de trabalho, dirigindo-as a profissões que possibilitem a conciliação trabalho/família. As mulheres movem-se por um forte sentido pragmático e de uma certa sabedoria de conciliação, o que as faz optar por carreiras mais flexíveis, ou aquelas com suposta estabilidade, como é o caso do serviço público, ou com jornada de trabalho reduzida ou flexibilizada e baixa exigência de qualificação. Por outro lado, a ideologia da vocação[29] tende a esvaziar a carreira de seu conteúdo profissional, levando-as à quase inexistência de reivindicações de melhores salários e mais poder por parte das trabalhadoras. Na verdade, as condições concretas em que se dá a divisão social do trabalho vêem-se obscurecidas na questão do gênero, como refere Silva (1997) e como este estudo também identificou.

Mediante as exposições das trabalhadoras, a análise dos dados referente ao gênero e ao trabalho em saúde, indicou, na verdade, uma complexa e obscura situação em que estão imbricados elementos como a saúde, o adoecimento, o sofrimento, o trabalho e as relações de gênero. Eles nos apontam para a lógica dessas relações em que a invisibilidade dessa situação acaba mascarando uma realidade de gênero, muitas vezes discriminatória e preconceituosa, porém, não percebida pelas próprias mulheres. Dessa forma, houve unanimidade entre os depoimentos das trabalhadoras, ao relatarem que este aspecto – o gênero - não interferia, de forma alguma, nas questões do trabalho em saúde, mostrando-se, muitas vezes, como uma verdadeira “qualificação” para o trabalho na área da saúde, uma área, segundo elas, com

---

[28]A existência desta divisão do trabalho, expressa, não as possibilidades e capacidades naturais de quem deve executá-los, mas a assimetria nas relações entre os sexos, definidora da submissão das mulheres aos homens e da opressão que estes exercem sobre elas.

[29] Refere-se à escolha e à ocupação de profissões e cargos pelas mulheres impelidas por características femininas como paciência, dedicação, sentimento, doação, etc. As mulheres desejam e escolhem essas ocupações acreditando que o fazem por vocação, e não por uma escolha em que se avaliam as possibilidades concretas de sucesso pessoal e profissional na carreira.

habilidades tão específicas do ser feminino. A fala de Maria Bernadete ilustra o entendimento unânime de **todas**[30] as trabalhadoras e expõe, de imediato, esta situação:

> Eu acho que estas correlações não têm nada a ver. Cada uma delas teria implicações isoladamente, mas no caso ser mulher e trabalhar no serviço público de saúde, pra mim não tem diferença, imagino que se fosse homem seria a mesma coisa. Talvez por eu não ter filhos... Mas não acho não.

Ao examinarmos a história de trabalho relatada por todas as mulheres, sujeitos desta pesquisa, percebem-se movimentos de progresso e retrocesso na busca de novos espaços de vida no trabalho. O viver feminino na vida adulta como trabalhadora é, antes de mais nada, o enfrentamento de desafios, entre eles, o de pertencer a uma natureza distinta e particular que pode, cotidiana e concretamente, impor mudanças na qualidade das relações sociais, a partir da construção da própria vida, a partir do seu trabalho. Assim, com estes desafios, as mulheres enfrentam e vivenciam seu cotidiano de trabalho.

Não se pode negar que ser mulher trabalhadora implica carregar problemas relativos ao trabalho que necessariamente não são os mesmos enfrentados pelo trabalhador do sexo masculino. Entre esses aspectos, Silva (1997) refere que a vida familiar e a vida no trabalho são vividas de forma inconciliável, manifestando-se na forma de conflito entre os papéis das trabalhadoras-mulheres-mães. Também a realização profissional não aparece para muitas mulheres como fator importante, já que o trabalho é procurado porque é necessário para manutenção do grupo familiar, portanto, é apenas suportado com certa resignação, principalmente, quando for penoso.

Considerando-se o enfoque da saúde da mulher trabalhadora, essa começa pelo reconhecimento de sua capacidade produtiva, pelo seu direito ao trabalho e pelo remodelamento dos papéis familiares, para que a sobrecarga das atividades domésticas não recaia somente sobre seus ombros. O impacto das condições sociais e da divisão sexual do trabalho sobre a saúde das trabalhadoras são diferenciados, porque estão estreitamente ligados à dupla jornada de trabalho, à discriminação e à repressão sexual (OLIVEIRA, 1999a). Nesse contexto, analisando-se as associações de idéias presentes nos depoimentos das Marias, as subunidades temáticas, elaboradas neste terceiro momento de análise, centraram-se na relação do gênero e do processo de trabalho em saúde.

---

[30] Grifo da pesquisadora.

Influenciando a definição de trabalho a ser executado por homens e mulheres, bem como os modos pelos quais seu desempenho é controlado e reconhecido, o gênero mostra-se importante no estabelecimento de políticas de emprego, entre elas, remuneração, qualificação e carreira. Opera ativamente no mundo do trabalho como um dos componentes estruturadores da assimetria das relações nele implicadas, reservando lugares específicos na produção, influenciando a divisão intelectual e manual do trabalho, seu controle hierárquico, bem como os processos de qualificação dos/as trabalhadores/as (FONSECA, 2000).

O trabalho da mulher encontra-se ainda associado a tarefas que exigem maior preparação para desenvolver tarefas monótonas e repetitivas, que representam, na verdade, a extensão das atividades domésticas. No trabalho fabril, por exemplo, as atividades femininas são transformadas em produtos descartáveis, ao passo que as tarefas masculinas, na maioria das vezes, dão o conteúdo e o valor social do trabalho. Essas situações de desqualificações no trabalho podem representar uma porta aberta para momentos de sofrimento, vinculados ao trabalho, entre eles, a vivência depressiva, notadamente porque as mulheres carregam uma história de vida, em que a monotonia e repetitividade das atividades de trabalho e as responsabilidades domésticas, características da dupla jornada de trabalho, constituem-se em marcas de suas relações cotidianas.

A respeito disso, as falas das trabalhadoras demonstraram esses espaços, esses lugares das mulheres, através principalmente das habilidades, enfim, dos “jeitos” específicos da mulher, tão diferentes do homem, e tão necessários para o trabalho em saúde, segundo algumas das narrativas das Marias:

> Até na pediatria eu acho às vezes mais interessante ser mulher do que homem, por que a gente, mãe e tudo, né. Até para tratar com as mães, até se colocar no lugar, até no atendimento à criança, eu acho que a mulher, ela tem assim mais jeito, né, eu acho, né. Nós não temos nenhum auxiliar e nenhum técnico homem e eu nem prefiro. Tem só mais enfermeiro que trabalha de noite, né, todas são mulheres. Eu acho que a gente tem um jeito melhor... não jeito, eu acho que a própria natureza da gente ser mulher tem toda essa parte de instinto até maternal, de ser mãe e tal, né. Eu acho que não me influencia em nada, pelo contrário, acho até que favorece (MARIA CLARA).
>
> Não percebo nenhuma diferença, aqui é igual. Os pacientes às vezes, os mais antigos, às vezes acham, ficam meio desconfiados de serem atendidos por mulher, mas é raro. Às vezes, casos de extrações eles sempre acham que a gente não vai ter força suficiente para fazer uma extração... como se dependesse de força, né... é técnica. Mas são pouquíssimos, mais é aquele pessoal do interior, bem do interior e... ou aquelas pessoas bem de mais idade, mais idosas (MARIA ISABEL).

> Não, eu acho que não interfere, eu acho que até pelo fato de ser mulher eu acho que a gente consegue ter mais sensibilidade e fazer melhor do que o... acho que o trabalho de um homem no caso em um posto de saúde, no meu lugar. Não sei se as pessoas estão acostumadas a ir num posto e ter uma enfermeira, tudo é a enfermeira para eles, né, mas assim parece que até pelo fato de ser mulher a gente consegue... até por que eu acho que tem um ou dois só que trabalham em posto de saúde que é homem, né, a maioria é mulher, né, então assim, geralmente os homens que tem como auxiliares geralmente estão nos plantões. Mas eu acho que não interfere, até eu acho que facilita, né, assim, vacina, orientações que a gente dá parece até que confiam mais, eu acho que é positivo, não é negativo, não (MARIA DAS GRAÇAS).

Essas habilidades referidas pelas trabalhadoras remetem às capacidades específicas que a mulher possui para o cuidado em saúde, ampliando-se o cuidado do espaço doméstico para o espaço profissional, conforme já abordado neste estudo, sob a ótica histórica do trabalho da mulher. Assim, é necessário paciência, destreza, carinho, atenção, sensibilidade no trabalho em saúde, características de domínio das mulheres.

Conseqüentemente, as possibilidades de adoecimento são diferentes das dos homens, já que a possibilidade de adoecer pareceu vinculada ao “ter que gostar do que faz”, na percepção das trabalhadoras. Como à mulher historicamente sempre foi atribuído o papel de cuidar doméstico, nada mais sensato que assim seja também no espaço profissional. Então, quando o homem realiza atividades profissionais deste campo de atuação, este trabalho pode lhe ocasionar o sofrimento, conforme já relatamos nesta investigação a partir de um estudo de Pitta (1994) com trabalhadores de saúde de uma instituição hospitalar.

Assim também Sartori (1996) constatou em seus estudos sobre as representações de mulheres sobre saúde e doença, que a mulher percebe o homem como mais forte física e psiquicamente, enquanto a mulher é considerada mais fraca. Na medida em que o homem é considerado mais forte nos aspectos físicos e psicológicos, ele apresenta uma menor tendência a ficar doente. Entretanto a mulher, embora considerada mais fraca, apresenta maior resistência orgânica, além de um limiar de tolerância maior a dores e indisposições gerais, o que lhe permite continuar desempenhando seu papel central de cuidar.

Se os trabalhos considerados masculinos têm características, tais como a exigência de uso de força física, capacidade para trabalhos insalubres e com periculosidade, os femininos são caracterizados pela monotonia, minúcia, destreza manual, leveza, repetição, meticulosidade e sedentarismo, que requerem paciência, submissão e obediência às imposições de ritmo e carga de trabalho. Santorum (1996) faz referência ao fato de que

embora sejam estas as qualidades desejáveis para o desempenho de determinadas funções, as mulheres são consideradas trabalhadoras desqualificadas. Essas qualificações são consideradas naturais e inclusive socialmente esperadas nas mulheres, não sendo adquiridas por canais institucionais reconhecidos, sendo internalizadas como habilidades banais, de aquisição individual e não coletiva, como resultado da natureza e não da cultura.

Os homens são empregados em quase todos os ramos e postos, ao passo que as mulheres encontram-se concentradas nos serviços e, quando na indústria, em atividades similares às tarefas domésticas. Esse fato pode ser entendido como discriminatório, pois a atribuição dos postos de trabalho soma-se às exigências alheias aos processos de trabalho, o que pode ser desfavorável ou favorável à saúde. Os homens são colocados nos postos mais perigosos e requerem maior esforço físico, porém têm maior acesso à dinâmica de promoção formal, ligada à capacitação, ou informal (OLIVEIRA; SCAVONE, 1997). As mulheres, por sua vez, são destinadas a postos de menor risco, porém realizando tarefas de atenção pessoal e com menos possibilidades de promoção. Por isso, a saúde no trabalho deve ser estudada desde os aspectos reconhecidamente patogênicos até o reconhecimento dessa estrutura invisível derivada da divisão da sociedade em gênero.

As mulheres, conforme Oliveira (1999a), ocupam profissões vistas no âmbito da qualidade e da vocação, como extensão das atividades qualificáveis e valorizadas que desenvolvem no mundo doméstico, não como utilidade social. As pesquisas da autora mostram que as tarefas domésticas, embora repetitivas, rápidas e solitárias são fundamentalmente imprevisíveis e repletas de variâncias. Qualquer coisa que surge no âmbito doméstico exige um replanejamento imediato das prioridades, como a doença do filho, do marido, a ausência da empregada, ou seja lá o que for, altera a ordem das prioridades. No entanto, não altera a capacitação feminina para funções que exigem tais habilidades, ao contrário, as especializam, muitas vezes, para discriminá-las no mundo do trabalho.

As variáveis idade, estado civil e nível educacional são seguramente o principal estímulo de inserção das mulheres no mercado de trabalho. Por outro lado, a presença e a idade dos filhos é o fator que mais interfere em sua permanência nesse mercado. A responsabilidade pela guarda, cuidado e educação dos filhos na família e a falta de equipamentos coletivos, como creche, limitam a saída das mulheres para o trabalho remunerado, sobretudo se os rendimentos obtidos são insuficientes para cobrir custos com

formas remuneradas de cuidado infantil. Com relação a esses aspectos, nas atividades desenvolvidas pelas trabalhadoras e nas relações constituídas no âmbito do trabalho, o trabalho das mulheres é menos reconhecido que o dos homens e menos reconhecido ainda é o trabalho das mulheres que têm filhos e marido. Nessa vertente, os dados evidenciaram que a maternidade e o cuidado dos filhos foram referidos pelas trabalhadoras como fatores que podem comprometer o trabalho da mulher:

> E por ser mulher... ah! Não tem diferença. Acho que a mulher tem a questão de... por exemplo, eu senti diferença depois que eu tive filho, né, aí muda um pouco a tua disponibilidade, antes eu... agora eu tô retomando de novo, mas tava com filho pequeno, voltando de licença maternidade, o cuidado que uma criança demanda com a coisa da mãe assim, né, eu me sentia um pouco mais presa em casa, de deixar tudo pronto pra ele, tudo encaminhado, um pouco de culpa de deixar ele e tal, né, mas depois acho que a gente vai trabalhando isso e vai conseguindo, acho que à medida que ele vai ficando um pouquinho maior, claro, até pra investimentos de estudos, né, antes eu era... claro que trabalho o mesmo tempo tu vai ter que estar disponível, mas investir extra na carga horária, sai, vai numa reunião, numa... antes era mais fácil, agora eu já penso duas vezes (MARIA EUGÊNIA)

Em um resgate histórico, Prehn (1999) pontua que a primeira profissão da mulher foi a maternidade e, em decorrência dela, seriam definidas todas as suas possibilidades e, principalmente, impossibilidades em relação ao trabalho. Aparentemente, o fato de a mulher apresentar as condições biológicas para a gestação de um bebê foi determinante para que também lhe fossem atribuídas as habilidades necessárias à sua sobrevivência e desenvolvimento, cabendo-lhes, assim, a responsabilidade pelos cuidados da prole e, por conseqüência, da espécie. Essa é ao mesmo tempo uma grande missão, mas também um limitador para as atividades femininas, uma vez que em virtude dessa condição biológica lhe foi vetada a participação na construção da própria história. Dentro desse raciocínio biológico e histórico, a maternidade seria um impedimento ao envolvimento da mulher em outras atividades que não as de ser mãe; e o homem, livre desse impedimento, estaria apto a exercer qualquer atividade que desejasse, exceto a maternidade.

Por outro lado, a inserção da mulher no mercado de trabalho recolocaria o lugar de cada membro na família, pondo em questão o padrão de autoridade do homem sobre a mulher e dos pais sobre os filhos, na medida em que o sustentáculo do lugar materno/doméstico se desfaz, o que configuraria uma nova tendência atual dos relacionamentos familiares. Cria-se, assim, uma nova forma de encarar os papéis e o relacionamento familiar. Porém, na contramão dessa tendência atual, constatou-se que os relatos das trabalhadoras ainda apontam para a responsabilidade individualizada e, muitas vezes, solitária do cuidado dos filhos.

6.4.1 PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO E ASSÉDIO SEXUAL NO TRABALHO: ELES EXISTEM?

As mulheres tem sofrido ainda, de forma direta, os efeitos do modelo excludente no mundo do trabalho, em que se configura a reestruturação dos meios de produção, situação forçada, a partir da globalização ou internacionalização da economia mundial. Além da penalização do desemprego e da precarização das condições de trabalho, ao trabalho feminino têm cabido as atividades desprovidas de conteúdo intelectual, monótonos e repetitivos, conforme já referido anteriormente neste estudo. Embora elas representem uma quantidade significativa da população economicamente ativa, com um nível de escolaridade superior aos dos homens, ainda são submetidas a situações que se configuram como de discriminação e preconceito em seu trabalho. Muitas situações de trabalho que se configuram como tal apresentam-se marcadas pelo mascaramento e invisibilidade, de forma que a própria trabalhadora não se percebe nessa situação. A naturalidade das ações e desses momentos acaba atravessando com singularidade o trabalho feminino, de maneira que se perpetue o silêncio e o desconhecimento da trabalhadora em torno dessas situações.

Nessa direção, as significações que as trabalhadoras deste estudo têm acerca do preconceito e de situações discriminatórias no trabalho foi relacionada direta e exclusivamente com a **presença explícita e clara** desses momentos. Assim, a existência dessas situações, em nenhuma entrevista, foi relatada pelas trabalhadoras. Todas afirmaram categoricamente que não vivenciaram este tipo de situação, afirmando sentirem-se tranqüilas e seguras em relação aos comportamentos e condutas esperados dos colegas, principalmente dos trabalhadores homens. Percebeu-se que muitas vivências cotidianas relatadas como positivas e favoráveis, na verdade, demonstravam a existência desses momentos discriminatórios no trabalho e, apontavam conseqüentemente, para a invisibilidade dessa situação.

A não-existência dessas situações, conforme a exposição das trabalhadoras, remete-nos também a uma outra compreensão. A de que as profissões por elas exercidas são “naturalmente” aceitas como femininas pela sociedade, neste caso específico, o cuidado em saúde. Esse fato por si só escancara a questão da discriminação sobre o trabalho das mulheres, em que a sociedade procura adequar as mulheres em profissões que, conforme referido anteriormente, devem ter “jeitos” próprios para seu desenvolvimento. Percebe-se claramente que um desses “jeitos”, relatados no depoimento de Maria das Dores, incorpora como postura

adequada no trabalho a resignação e a submissão das mulheres e não o enfrentamento das situações:

> Na verdade eu não vejo que esses fatores interfiram em alguma coisa do serviço, né. Nesses 9 anos que eu tô trabalhando na secretaria da saúde e no serviço público eu não senti esse peso. Claro que a gente até... tem uma situação só que faz com que eu pense assim, né, como tu falaste, mulher trabalhando na área da saúde. Quando nós assumimos aqui no serviço, 90% da equipe aqui é mulher, né, do sexo feminino, e a gente fica conhecidas como as doutorinhas, né, porque nós nos posicionávamos. Então o fato da gente se posicionar e não aceitar as coisas, de enfrentar quem tava solicitando, se era político ou não, a gente se posicionava tecnicamente nas coisas, e eticamente também, né, técnica e eticamente nas coisas, e a gente ficou conhecida como as doutorinhas, né, e aí tu até fica pensando, né, porque "as doutorinhas"? Isso que tinha um profissional do sexo masculino. Né, mas então ficou aquela coisa como se... a única vez que eu senti. Nós era um monte de mulher aqui querendo se impor, querendo... a única vez que eu senti, assim. Fora isso...

Assim, o trabalho das mulheres constrói-se não só pelas próprias mulheres, como atrizes sociais, mas também a partir de comportamentos, de representações - o olhar dos outros -, das práticas e de imagens, de fatores concretos e de elementos simbólicos, segundo combinações na rede familiar e na sociedade (BRITO, 1999). As aspirações das mulheres confrontam-se com a necessidade de conciliar engajamento profissional e cargas familiares, com as representações dos outros sobre tal engajamento e com a força da lógica econômica e do contexto social. Esse contexto é marcado pela hierarquia, pela oposição entre grupos, pela desigualdade entre homens e mulheres e pelo quadro ainda não totalmente favorável à inserção da mulher no mercado de trabalho.

Outra fonte de desgaste e sofrimento para a saúde das mulheres são as situações de abuso sexual no trabalho. Hoje já não é mais uma forma de violência desconhecida pelas mulheres, mas quando se dá ainda é silenciada, na maioria das vezes para garantir o emprego. É importante enfatizar que, mesmo entre as mulheres, existe um juízo de valor que atribui à própria mulher a culpa por esse tipo de violência, no sentido de que "onde há mulher séria não há homem sem-vergonha" (OLIVEIRA; SCAVONE, 1997). O assédio e o abuso sexual em suas mais diferentes manifestações, como uma das formas de dominação e opressão no mundo do trabalho, provocam depressões, angústias, medo de perda do emprego, humilhações que comprometem a saúde das trabalhadoras. As mulheres têm de buscar resolver essas situações individualmente, por não serem assumidas e tampouco resolvidas e/ou prevenidas pela organização social do trabalho, marcada por traços visíveis da hierarquia de gênero. A respeito

dessa questão, Maria das Graças relata em sua extensa e detalhada narrativa, a existência dessas situações, ampliando-se o enfoque para o sexo oposto :

> Eu acho que a mulher ela tem aquela visão de enxergar melhor, porque eu trabalho com o público, com um bairro inteiro que eu trabalho sozinha, eu não tenho colegas da área de enfermagem. A mulher ela tem uma visão melhor, ela ouve mais, só que sobrecarregam a gente, ao invés de fazer só os procedimentos de enfermagem a gente acaba se envolvendo com os problemas das pessoas, então é aquela que chegou angustiada, que não é hipertensa que tá com a pressão lá em cima porque se incomodou em casa, o marido brigou a noite inteira, bateu, correu o filho e a gente sabe, né, que nem eu tô aqui há 6 anos, eu sei que a pessoa não é hipertensa, mas está fazendo uma pressão alta, isso só eu sei né, tem que conversar, um homem eu tenho certeza que não daria para vaga. O fato de ser mulher ajuda muito pra trabalhar na saúde pública ainda mais num bairro né. Eu acho os homens mais práticos, né, as mulheres não, elas são mais sentimentais, tentando compreender a pessoa para ajudar, né. Eu percebi até, que eu tenho um colega que trabalhou aqui por 30 dias e nesses 30 dias ele não pôde fazer um trabalho voltado realmente de enfermagem, que sofria assédio, então isso fica pro homem mais.E eu nunca sofri assédio sexual. Eu nunca recebi... eu não sofro esse tipo de coisa, eu posso dizer assim que foi uma coisa mínima, mas... eu não sei, eu acho que a gente tira mais de letra, a mulher, né, ela sabe se colocar melhor que o homem, né, porque assim, o colega aqui, ele tava enrolado mesmo, tava sufocado já de tanto assédio e eu nunca cheguei ao ponto de ser feita a proposta, sabe, sutilmente só né, “ó mas como tu é bonita, mas que lindo teu pé” e eu também respondo sutilmente “meu marido também acha, muito obrigada”, “que bom, pior se fosse uma bruxa”, entendeu e eles vão... daqui a pouco me conhecem e eu tô há 6 anos aqui e não vi esse tipo de coisa, não que no início.., mas no meu local de trabalho isso funciona bem, até pela idade dos médicos que atuam no posto, acima de 60 anos... eu já ouvi colegas se queixando de assédio por médicos jovens...

As mulheres não estão ainda habituadas a denunciar as violências sexuais, pelo fato de, ao fazê-lo, além de se exporem, correrem o risco de ser desacreditadas e humilhadas, embora muitas se indignem com tal situação. Esse tipo de violência que se estende da casa ao mundo do trabalho, passando por várias instituições, é a mais forte e inominável forma de violência de gênero.

O sofrimento provocado pelas condições do trabalho, agravado pela hierarquia de gênero no âmbito da organização familiar e do trabalho, e pelo assédio sexual no mundo do trabalho, assume proporções preocupantes. A reorganização da produção cria novos postos de trabalho que exigem qualificação do trabalhador(a), associado à qualidade do produto, derivando daí uma reorganização na distribuição dos trabalhadores, cabendo à mulher os postos menos qualificados, o que acaba por obstaculizar sua ascensão na carreira profissional.

Dessa forma, a persistente divisão sexual do trabalho, que emperra a conhecida possibilidade de igualdade no mercado de trabalho, reflete-se no próprio sentido do trabalho

feminino para mulheres em diferentes condições sociais. O considerável aumento da participação feminina no mercado de trabalho nos últimos tempos não teve o mesmo impacto para todas as mulheres. O trabalho remunerado implicou uma mudança significativa no modo de vida das mulheres com qualificação profissional, que graças não só a expansão do mercado de trabalho, mas também do sistema educacional, tiveram condições de romper com o padrão de divisão sexual de suas mães, que não trabalhavam remuneradamente, alterando, assim, a organização de sua vida familiar. Nesse sentido, o trabalho remunerado da mulher de poucos recursos econômicos não configurou necessariamente uma situação nova, que abalasse os fundamentos patriarcais da família. Continuou inscrevendo-se em sua lógica hierárquica, como uma obrigação familiar, reiterando a divisão sexual do trabalho, constituindo, portanto, um processo com características particulares, em que a afirmação individual da mulher não se coloca da mesma maneira (OLIVEIRA; SCAVONE, 1997).

Nesse contexto, percebeu-se neste estudo, a dificuldade das Marias de confrontarem-se como mulheres, cidadãs, trabalhadoras, integrantes de um processo societário e coletivo, em seus desafios e embates, apesar do espaço de socialização científico a elas oferecido, através das entrevistas. Mesmo quando convidadas a expressarem sigilosamente suas percepções a respeito do trabalho e a relação com o adoecimento, a dificuldade de expressar suas vivências a respeito desses momentos e a naturalização das situações de trabalho discriminatórias, exposta através dos significados expressos pelas trabalhadoras, evidenciou um cotidiano permeado por essas situações no trabalho. Assim, esses significados acabaram trazendo veladamente à tona a caracterização dos denominados ângulos mortos[31] da construção social do adoecimento da trabalhadora de saúde.

Esses ângulos mortos, conforme Mendes (2003), permitem ampliar o entendimento de que a doença, os acidentes e a morte no trabalho não são episódios isolados em seu âmbito restrito, existindo uma inter-relação entre os fatos, condições e conseqüências, devendo-se perceber que as relações que se estabelecem neste âmbito não ocorrem entre iguais. Nesse sentido, pontua-se as relações referidas pela autora, associadas a este momento do estudo, em que se enfatiza o recorte de gênero no trabalho em saúde. Assim, possibilitou-se desvendar o

[31] Ângulos mortos = termo cunhado pela Profª. Jussara Mendes, referindo-se aos mecanismos sociais que têm contribuído para ampliar a invisibilidade social das doenças, dos acidentes e das mortes relacionadas ao trabalho (WUNSCH, 2004).

sofrimento e o adoecimento relacionados com o trabalho das Marias e explorar, implicitamente, através das falas das trabalhadoras, aquilo que não está expresso nas estatísticas e documentos oficiais, e também nas vivências cotidianas no trabalho dessas mulheres.

Contribuem ainda para o obscurecimento dessa realidade, em uma análise mais abrangente do contexto de trabalho, as transformações sociais, econômicas e políticas, que permearam a inserção da mulher no mercado de trabalho, potencializando a construção da invisibilidade do sofrimento e do adoecimento no trabalho em saúde, através dos processos de ruptura das relações sociais de dominação que sustentam a trajetória social da mulher.

7 FINALIZANDO... PARA NÃO CONCLUIR... PARA SEGUIR ADIANTE...

Assim, *"no apagar das luzes e no descerrar das cortinas"*, aproprio-me das reflexões de Fonseca (2000) acerca da elaboração de uma produção científica e a comparação desse processo com a geração de um filho. Gerar filhos e escritos parece resultar em produtos finais em si compensadores e recompensadores, ressaltando a força da transcedência aos herdeiros e herdeiras do legado de quem produziu a obra escrita ou biológica. Diz ainda que as obras científicas são escritas nas paixões de uma existência, assim como os filhos e as filhas – e são feitos porque ancoram expectativas prospectivas de quem gera. Porém, muitas vezes, o escrito, assim como o filho, leva a pensar para além do esperado e planejado, modificando a trajetória de quem escreve. Assim, um filho e um escrito científico podem percorrer caminhos de continuidade, mas também de ruptura com aquele patrimônio que lhes foi conferido como herança, demonstrando, com muita clareza, a finitude e a maleabilidade humana e social.

Dessa forma, e a partir dessas reflexões, este estudo, pode ser visto como herdeiro de um modo de pensar e apreciar o mundo social, mas, principalmente, como um trabalho aberto, sem fim, analisado à luz da herança cultural e acadêmica de cada leitor, de cada analisador, e principalmente de cada contexto social e histórico a que se submete. Mais do que escrever um trabalho, movido por questões racionais e objetivas exigidas pela rigorosa cientificidade acadêmica, esta trajetória foi impulsionada pela paixão de uma história de vida pessoal e profissional, surgida de inquietações particulares, que mobilizaram tantas outras durante a sua elaboração. Essas inquietações nos levam, algumas vezes, a utopias que precisam, sim, de limites, mas que fundamentam incisivamente as nossas possibilidades de luta frente a um mundo que nós não queremos...

Ao examinar os significados do adoecimento e do sofrimento no trabalho das trabalhadoras de saúde, buscou-se avançar na compreensão desses fenômenos, em suas orientações mais amplas, para além das formas institucionalizadas do saber. O contexto de trabalho das trabalhadoras de saúde, exposto nesta investigação científica, demonstrou que o sofrimento no trabalho não é um estado explícito, de fácil identificação, muitas vezes se expressa de formas e maneiras não verbais e não visíveis, traduzindo-se na invisibilidade social dessas situações. Os denominados "ângulos mortos" da construção social do adoecimento e do sofrimento no trabalho em saúde estão presentes no trabalho das Marias, expressos veladamente nas narrativas das trabalhadoras. O desvelamento desse fenômeno, no

qual muitos processos sociais do trabalho em saúde são aceitos com naturalidade e, em conseqüência, sem a visibilidade necessária para que ocorram mudanças sobre essa realidade. O reconhecimento dessa realidade pode contribuir para transformar essas situações de trabalho, revelando e expondo a fragilidade de sua invisibilidade.

As situações de sofrimento e adoecimento identificadas neste estudo relacionam-se a diversos fatores: aos embates com os usuários no atendimento no serviço de saúde e à falta de cooperação e de reconhecimento no local de trabalho, entre os colegas e superiores hierárquicos, decorrentes de uma estrutura organizacional pouco flexível e fragmentada em relação à divisão de tarefas.

As trabalhadoras apontaram exigências incessantes por produtividade no trabalho em saúde, denotando a interferência de demandas quantificáveis que, em uma notória relação de mercado, adentraram na área da saúde também no serviço público. Nesse sentido, conforme as trabalhadoras, as condições de trabalho, sejam elas físicas ou organizacionais, acabam transformando-se em condições de trabalho inadequadas, pois não conseguem suprir as demandas dos gestores, através da imposição de formas de assistência à saúde, estabelecida em função dessa inversão de valores relativos à "qualidade de assistência *versus* quantidade de atendimentos". Originam-se, dessa forma, embates e conflitos éticos e organizacionais para a trabalhadora de saúde e também para a equipe de trabalho do serviço, afetando muitas vezes, o relacionamento de trabalho entre os profissionais. Nesse contexto, o sofrimento e adoecimento no trabalho podem estar refletindo na resolutividade e na qualidade das ações em saúde prestadas aos usuários: necessidades e exigências identificadas pelas trabalhadoras, como constantes, excessivas e muitas vezes desnecessárias.

As interferências político-partidárias, os perfis de gestão estabelecidos pelas propostas dos governantes e as determinações de cunho administrativos, impostas pelos superiores hierárquicos, no caso específico, os gestores de saúde, também foram incisivamente apontadas pelas trabalhadoras como fator importante na gênese do sofrimento e dos conflitos individuais e de equipe de trabalho. Esse fato evidenciou-se no estudo quando as trabalhadoras referiam que o direcionamento das ações de assistência à saúde da população vem determinado por um enfoque de cunho político e não das necessidades efetivas de saúde dos usuários. Muitas vezes, esse cunho político e assistencialista satisfaz aos anseios imediatos da população, que se vê atendida em algumas de suas mais iminentes necessidades. No entanto, as profissionais

de saúde se vêem confrontadas diante desta situação: de um lado, os princípios éticos e de atribuições profissionais; e de outro, a percepção de que a finalidade desse tipo de assistência não apresenta resolutividade e qualidade, contribuindo para mascarar a realidade.

Os sinais e sintomas do adoecimento foram relatados pelas trabalhadoras como restritos aos comprometimentos de ordem mental, em que se destaca o uso da automedicação, prática indicativa de banalização dos riscos e dos cuidados à saúde pela própria trabalhadora. De maneira incisiva, percebeu-se o receio das trabalhadoras na procura por assistência à saúde, quer seja pela discriminação dos colegas de trabalho, quer seja pela compreensão da existência da baixa resolutividade na assistência oferecida. Assim, a adoção de alguns cuidados individualizados e a sugestão de ações preventivas institucionais foram apresentadas pelas trabalhadoras como medidas importantes e necessárias na assistência à sua saúde.

Para minimizar o sofrimento, utilizam-se de estratégias defensivas individuais e coletivas para o enfrentamento das pressões existentes tornando-se uma prática inerente ao trabalho. Algumas posturas, adotadas e referidas por elas, são indicativos da presença dessas estratégias, que têm importante papel para uma adaptação ao sofrimento, que é razoavelmente auto-controlado, de forma a impedir que se transforme em alguma possível patologia.

A interferência do trabalho na vida pessoal e familiar é inegável, embora, nos depoimentos das trabalhadoras, tenham sido identificadas tentativas iniciais de não compartilhar o sofrimento com a família. As narrativas evidenciam que procuram outros espaços e estratégias, como a automedicação, na tentativa de extravasar seus sentimentos e conflitos. Mas, ao sentirem-se angustiadas e reprimidas, pela necessidade de dividir as angústias, acabam relatando à família as situações conflituosas e de sofrimento no trabalho e, conseqüentemente, comprometendo a relação com as pessoas de seu convívio não só familiar, mas também no âmbito social.

Constatou-se a existência de uma complexa teia de relações entre saúde, trabalho e gênero. A lógica dessas relações contribui para a invisibilidade dessa situação, mascarando, em muitas vezes, uma realidade de gênero, em algumas situações, discriminatória, porém não percebida pelas mulheres. Todas expuseram, de uma forma objetiva, a inexistência de dificuldades no trabalho em saúde pelo fato de ser mulher, apontando, inclusive, diversas situações de trabalho mais favoráveis às mulheres do que aos homens.

A ótica do gênero que emerge neste trabalho possibilitou pensar na questão de diversificar e singularizar a diferença entre os sexos e os gêneros, uma vez que ambos não são trabalhadoras (es) iguais uns aos outros e não querem ser. Trata-se, sim, de preservar a diferença entre ambos, introduzindo uma nova cultura de trabalho. É fundamental ter clareza de que essa diferença é o elemento que vai organizar todas as singularidades entre os homens e as mulheres no trabalho, rompendo com a argumentação tradicional que tenta explicar a diferença da carreira masculina e feminina pela maternidade e que repousa no privilégio dos valores domésticos para as mulheres. Falar de gênero é situar, no centro da questão, a luta dos dominados – homens e mulheres – para ascender ao universal e para poder pensar em relações diversificadas e singulares entre ambos. É nesse sentido que entendemos que é necessário transformar o trabalho, não somente através da qualificação e do aprimoramento de sua gestão, mas também através do esforço de criação de novas singularidades e subjetividades do trabalhador nesse processo dinâmico e coletivo.

Assim, a construção de espaços coletivos e a constituição de sujeitos com capacidade de análise e de intervenção como estratégias para as modificações organizacionais necessárias no processo de trabalho em saúde, no sentido de minimizar os efeitos maléficos do trabalho na saúde dos trabalhadores, configuram uma democracia institucional, com a possibilidade de exercício do acesso à informação, de tomar parte em discussões e na tomada de decisões. Articular valores e ética, organizar uma vida material que estimule a lógica da co-gestão e não a da dominação são essenciais, assim como pensar não em dispositivos de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos, socializando os desejos e as necessidades dos diferentes atores sociais envolvidos no processo de trabalho em saúde. Estratégias como a escuta do que falam os sujeitos, o acesso à palavra, mediante uma perspectiva de abertura, a leitura dos signos que produzem e a observação do modo como agem constituem-se em metodologias para a composição do entendimento do mundo do trabalho em saúde.

Torna-se imprescindível que seja resgatado o conhecimento das trabalhadoras sobre o trabalho que executam, sobre os riscos e as conseqüências desse trabalho para sua saúde, visando que seja oferecida uma assistência centrada nas suas necessidades. Entendemos que a saúde-doença-trabalho exige uma abordagem interdisciplinar do conhecimento, com contribuições de diversos campos do saber e de diferentes espaços institucionais, o que pode contribuir para a implantação de modificações no direcionamento das ações e políticas de atenção integral à saúde da trabalhadora da área da saúde.

Ressalta-se a importância de que essas trabalhadoras, profissionais da área da saúde, aprendam a interpretar corretamente as manifestações do seu corpo, dos seus comportamentos, de suas posturas e também de seus colegas trabalhadores, com vistas a contribuir na construção efetiva de ações que possibilitem fazer a passagem do sofrimento e do adoecimento para o prazer no trabalho. Temos clareza sobre a importância do trabalho para a vida, como fator de equilíbrio mental e social, desde que sejam respeitadas a singularidade e a subjetividade do trabalhador, facilitando uma boa adequação entre a organização do trabalho, especificamente neste estudo, do trabalho em saúde e a trabalhadora. Afrontar abertamente os conflitos, os silêncios, os não-ditos dos cuidadores nas suas inter-relações é um dos caminhos a serem seguidos para alcançar a qualidade de vida no ambiente de trabalho e na vida pessoal.

Em outras palavras, de forma propositiva, a contribuição da Enfermagem, especificamente, por ser a área de atuação profissional da pesquisadora, a contribuição do Serviço Social, campo do conhecimento do Programa de Pós-Graduação no qual a pesquisa se desenvolveu, mas também de outros âmbitos profissionais, em um enfoque interdisciplinar, aponta a perspectiva de se avançar na construção de diretrizes que conduzam para a ruptura do entendimento de que cuidar e humanizar o cuidado em saúde está direcionado exclusivamente ao paciente, ao usuário, ao outro. Isso exige o engajamento de todos, gestores, colegas docentes do espaço acadêmico, profissionais de saúde, trabalhadores e trabalhadoras da área, da comunidade e das Marias, companheiras desta investigação, na tentativa de transformar este panorama. Exige ainda a coragem que as Marias tiveram ao participar deste estudo, aceitando o desafio de olhar para si, para sua realidade e, coletivamente, propor ações que venham ao encontro das necessidades em saúde dos usuários e trabalhadores da área.

A partir dessas considerações e das reflexões decorrentes deste processo, pode-se afirmar que ainda se acredita no trabalho. Não aquele que o capitalismo imprimiu, reduzindo o seu significado, restringindo-o somente às atividades necessárias à produção de mais-valia. De fato, se o trabalho humano fosse somente isso, apenas aquele esforço que cria mercadorias, então, ele estaria se reduzindo. No entanto, a vida em sociedade continua impossível sem esforço humano concentrado e organizado, pois todo e qualquer esforço humano, concentrado e organizado, capaz de produzir valor de uso pode ser reconhecido como trabalho. Assim também a produção do belo, o cuidar do planeta, das plantas, dos animais e da vida humana, e o trabalho em saúde...

O reconhecimento da construção social do adoecimento no trabalho em saúde é importante para suscitar as reflexões sobre o binômio saúde-trabalho, na perspectiva de constituir-se em impulsos e comprometimentos éticos, políticos e profissionais na busca de uma transformação coletiva que atenda às necessidades que surgem das novas e velhas formas de organização e gestão do trabalho. Assim, este estudo pode contribuir para a continuidade de uma caminhada, provocando-se atitudes que ultrapassem a indignação e o conformismo e busquem efetivamente a transformação. Ressalta-se a importância de se compreender a saúde e a doença dos trabalhadores de forma mais integral, com uma amplitude determinada por fatores físicos, mentais, culturais, econômicos e sociais; e a necessidade de confrontar e reconhecer as causas que contribuem para a construção social da invisibilidade das doenças, acidentes e mortes no trabalho.

Buscar esta aproximação possível com a situação de adoecimento da trabalhadora é imprescindível para percebê-la desde sua composição mais íntima, em suas inter-relações, em sua subjetividade. Enfim, é preciso colocar em evidência seu movimento para, então, apreender seu significado e a direção de uma mudança possível. Tal aproximação pressupõe o convívio com o indefinido, com o determinado, com a diversidade, com a integralidade do ser mulher, enfim, com o modo de ser e de viver da mulher trabalhadora.

Para isso, o compromisso do retorno dos resultados da pesquisa e ainda a garantia de que, como as Marias que tem garra, raça, força e coragem, temos também a estranha mania de acreditar... acreditar que é possível continuar lutando pela saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, pela saúde de todas as Marias!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Semínaris Melani (orgs). **O Trabalho de Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; MELLO, Débora Falleiros; NUNES, Lis Souza. O Trabalho de Enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva na rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 44 , n. 2-3, p. 64-75, abril/set. 1991.

ANTUNES, Ricardo Luis Coltro. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1995. 155 p.

_____. Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2000. 258 p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1977. 255 p.

BELLUSCI, Silvia Meirelles. **Doenças Profissionais ou do trabalho**. 3ª ed. São Paulo: Senac, 2001. 99 p.

BOARETTO, Maria Cristina. Gênero e Modelo de gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. IN: COSTA; Ana Maria; HAMANN, Edgar; TAJER, Débora. **Saúde, Eqüidade e Gênero** – Um desafio para as políticas públicas. Brasília: UNB, 2000.

BOTAZZO, Carlos. **Unidade Básica de Saúde**: a porta do sistema revisitado. Bauru, SP: EDUSC, 1999. 273 p.

BULHÕES, Ivone. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 1998. 278 p.

BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/ces/lei8080.htm>. Acessado em 4 de abril de 2005.

BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislação/lei8142_281290.htm. Acessado em 4 de abril de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Relação Anual de Informações Sociais – RAIS.** Brasília: MTb, 1992; 2002. Disponível em: <http:// www. fee.rs.gov.br>. Acessado em 21 de março de 2005.

BRASIL. Resolução 196, de 16 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acessado em 21 de março de 2005.

BRITO, Jussara Cruz. **Saúde, trabalho e modos sexuados de viver**. Fiocruz: Rio de Janeiro, 1999. 179 p.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da Reforma**: Repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1997a. 220 p.

_____.Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. IN: CECÍLIO, Luis Carlos de Souza (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 29-87.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005. 263 p.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 5ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. 307 p.

CARDOSO, Reolina S. Corpo de Mulher: o social e o individual em uma sociedade patriarcal. IN: CARDOSO, Reolina S. (org) **É uma mulher** ....Petrópolis: Vozes, 1994. p. 11-28.

CASTEL, Robert. As Transformações da questão social. In: **Desigualdade e a Questão Social**. São Paulo: EDUC, 2000. p. 235-264.

CATTANI, Antonio David. **Trabalho e autonomia**. 2ª ed. Rev. Amp.Petrópolis: Vozes, 1996. 292 p.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 2003. 164 p.

CODO, Wanderley et al. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1993. 280 p.

CODO, Wanderley; SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. 349 p.

COHN, Amélia; MARSIGLIA, Regina. Processo e Organização do Trabalho. IN: ROCHA, Lys Esther et al. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p. 56-76.

CONSELHO REGIONAL DE DESENVOLVIMENTO DO VALE DO RIO PARDO. **Plano Estratégico de Desenvolvimento do Vale do Rio Pardo** – 1ª parte: caracterização da região. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 1998.

COSTA, Ana Maria; AQUINO, Estela Leão. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. IN: COSTA; Ana Maria; HAMANN, Edgar; TAJER, Débora. **Saúde, Eqüidade e Gênero** – Um desafio para as políticas públicas. Brasília: UNB, 2000.

CRUZ NETO, Otávio. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 51-66.

DEJOURS, Cristhophe. Por um Novo Conceito de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, n. 54, v. 14, p. 7-11, abr-jun, 1986.

_____. **A Loucura do Trabalho**. Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1992. 168 p.

_____. **A Banalização da Injustiça Social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 158 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 31-50.

DIAS, Elizabeth Costa. Organização da atenção à saúde no trabalho. IN: FERREIRA JÚNIOR, Mário. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde do trabalhador. São Paulo: Roca, 2000. p. 3-28.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos. **A Situação do Trabalho no Brasil**. São Paulo, 2001. 352 p.

FERREIRA Júnior. Mário. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000. 357 p.

FONSECA, Tânia Mara Galli. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. IN: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann Meyer; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.

_____. **Gênero, subjetividade e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2000. 213 p.

FREIRE, Lúcia. **O Serviço Social na Reestruturação produtiva:** espaços, programas e trabalho profissional. São Paulo*:* Cortez, 2003.271 p.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. IN: FAZENDA, Ivani (org.) **Metodologia da Pesquisa Educacional**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 69-90.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GHIORZI, Ângela da Rosa. O quotidiano dos trabalhadores de saúde. IN: **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis , vol.12, n.4, p. 551-558, out-dez.2003.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. IN: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social** – teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 67-80.

GUIMARÃES, Liliana; GRUBITS, Sônia (orgs). **Série Saúde Mental e Trabalho**. Vol. I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

HIRATA, Helena.Trabalho, família e relações homem/mulher – Reflexões a partir do caso japonês. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo: Cortez, n.2, vol.1, outubro 1986.

KERGOAT, Danièle. Relações sociais de sexo divisão sexual do trabalho. IN.: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann Meyer; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 19-27.

KIRCHOFF, Ana Lúcia. Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde: recriando instrumentos para adequar o trabalho a sua finalidade. IN**: Texto e contexto**. Vol 4, n.1, Florianópolis, p. 60-65, jan-jun 1995.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. **A condição de acidentado grave do trabalho no município de Santa Cruz do Sul-RS**: um estudo das trajetórias de vida após o evento.2000. 181 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, UNISC, Santa Cruz do Sul, 2000. 181 p.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Saúde dos Trabalhadores: cenários e desafios. IN: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 13, supl. 2. p. 7-19, 1997.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 4 ed. Rev ampl. São Paulo: Atlas, 2001. 288 p.

LEOPARDI, Maria Tereza. Introdução. IN: **Processo de Trabalho em Saúde*:*** organização e subjetividade. LEOPARDI, Maria Tereza e orgs. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 07-22.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2ª ed. Rev. Atual. Florianópolis: UFSC, 2002. 344 p.

LIEDKE, Elida Rubini. Processo de Trabalho. IN: CATTANI, Antonio David. **Trabalho e tecnologia:** dicionário crítico. Porto Alegre: Editora da Universidade (UFRGS), 1997. p. 181-183.

LIMA, Maria Elizabeth; ASSUNÇÃO, Ada; FRANCISCO, João Manuel. Aprisionado pelos ponteiros de um Relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. IN: CODO, Wanderley; JACQUES, Maria da Graça. **Saúde Mental & Trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 209-246.

LOURO, Guacira Lopes. Nas Redes do Conceito Gênero. IN: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.

LOPES, Marta Júlia Marques. O sexo do hospital. IN: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 76-105.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LEOPARDI, Maria Tereza. **O trabalho da enfermagem** – sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: EDGRAFurg, 1999, p. 69-71.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O Serviço Social na Transição para o Terceiro Milênio: desafios e perspectivas. IN: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 57. São Paulo: Cortez, julho de 1998.

MARX, Karl. **O Capital** – Crítica da economia política. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MENDES, Jussara Maria Rosa. **O verso e o anverso de uma história: o acidente e morte no trabalho**. 1999. 293 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). PUCSP, São Paulo, 1999.

_____. **O verso e o anverso de uma história: O acidente e a morte no trabalho**. Porto Alegre: EdiPUC RS, 2003. 228 p.

MENDES, Jussara Maria; OLIVEIRA, Paulo Antônio Barros. Medicina do Trabalho: o desafio da integralidade na atenção à saúde. IN: VIEIRA, Sebastião Ivone. **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Gênesis, 1995. p. 33-40.

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995. 643 p.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações em saúde). IN: CECÍLIO, Luis Carlos de Souza (org). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 117-160.

MEYER, Dagmar Estermann. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. IN: LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 41-54.

MENGARDA, Celito Francisco. Prefácio. IN: ROSO, Adriane; MATTOS, Flora; WERBA, Graziela; STREY, Marlene (orgs) **Gênero por escrito**: saúde, identidade e trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999. p. 7-10.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 80 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco, 1999. 269 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de (orgs). **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. 243 p.

NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, trabalho e discurso médico**: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo: Unisinos, 1999. 140 p.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. **A Mulher, a sexualidade e o Trabalho**. São Paulo: Hucitec,1999a. 159 p.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci; SCAVONE, Lucila. **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997. 139 p.

OLIVEIRA, Nildete Teresinha de. **Somatização, absenteísmo e sofrimento no trabalho**. 1999b. 145 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. PUC-RS, Porto Alegre, 1999b.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125 p.

PIRES, Denise. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.

PIRES; Denise. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. IN: **Processo de Trabalho em Saúde:** organização e subjetividade. LEOPARDI, Maria Tereza e orgs. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 25-48.

PITTA, Ana. **Hospital** – Dor e morte como ofício. 3ª ed. Hucitec: São Paulo, 1994. 198 p.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadete. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem –** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p.

PREHN, Denise Rodrigues. Divisão Sexual do Trabalho: Isso é coisa de mulher? IN: ROSO, Adriane; MATTOS, Flora; WERBA, Graziela; STREY, Marlene (orgs) **Gênero por escrito:** saúde, identidade e trabalho. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999. p. 57-72.

ROCHA, Lys Esther; NUNES, Everardo Duarte. Saúde e Trabalho no Brasil - Porque retornar os caminhos da história. In: ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel; BUSCHINELLI, José Tarcísio (orgs). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993, p. 79-82.

RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; LEOPARDI, Maria Tereza. **O Método de Análise de Conteúdo**: uma versão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 118 p.

SANTORUM, Kátia Maria Teixeira. **Mulheres trabalhadoras e Lesões por esforços repetitivos***:* uma análise na perspectiva de gênero e trabalho. 168 f. Dissertação (Mestrado em psicologia social e da personalidade), PUCRS, Porto Alegre, 1996.

SARTORI, Maria Salete. **Saúde, doença e representação**: um estudo com as mulheres rurais. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2002. 90 p.

SELLIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste Mental no Trabalho Dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ; Cortez, 1994. 322 p.

SENNA, Dulce Maria; FREITAS, Clarice Umbelino. A Mulher em Particular. IN: ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel; BUSCHINELLI, José Tarcísio (orgs). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p. 359-375.

SILVA, Jacqueline Oliveira. **Educação, Processo de Trabalho e Serviço Social**. Porto Alegre: Dacasa, 1997. 152 p.

SOMAVILLA, Vera da Costa. **Comunicação em Saúde***:* entre as expectativas de saúde das mulheres do meio rural e a prática dos profissionais da rede pública. 2001. 123 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional), UNISC, Santa Cruz do Sul, 2001.

THEISEN, Neiva Isolete dos Santos. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS):** Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico. 2004. 146 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional), UNISC, Santa Cruz do Sul, 2004.

TITTONI, Jaqueline. **Subjetividade e Trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994. 180 p.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: A pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1992. 175 p.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997. 167 p.

VASQUES-MENEZES, Iône. Saúde mental e trabalho: aplicações na prática clínica. IN : CODO, Wanderley; JACQUES, Maria da Graça. **Saúde Mental & Trabalho***: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 193-208.

WEIGELT, Leni Dias. **O Sistema Único de Saúde e os profissionais de nível universitário da rede pública de Santa Cruz do Sul, RS –** um estudo sobre recursos humanos no SUS, através das representações sociais. 1999. 163 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional), UNISC, Santa Cruz do Sul, 1999.

WISNER, Alain. **Por dentro do Trabalho** - Ergonomia: método & técnica. São Paulo: FTD/Oboré, 1987. 189 p.

WÜNSCH, Dolores Sanches. **As determinações e implicações do afastamento do trabalho**: o impacto social do adoecimento. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). 2001. 180 f. PUCRS, Porto Alegre, 2001.

_____. **A Construção da Desproteção Social no contexto histórico-contemporâneo do trabalhador exposto ao amianto**. Tese (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social). 2004. 234 f. PUCRS, Porto Alegre, 2004.

APENDICES

APÊNDICE A – Sistematização das diretrizes de condução do estudo

OBJETIVOS	UNIDADES TEMÁTICAS	QUESTÒES NORTEADORAS	PRESSUPOSTOS INICIAIS DO ESTUDO	QUESTÕES DE PESQUISA
Explicitar os fatores que contribuem para o sofrimento no trabalho, na perspectiva da construção social do adoecimento das trabalhadoras de saúde pública, a partir do processo de trabalho desenvolvido nos serviços, no intuito de contribuir para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento aos usuários.	Sofrimento e adoecimento	De que forma a organização do processo de trabalho nos serviços de saúde da rede pública pode levar ao sofrimento e ao adoecimento dessas trabalhadoras?	As desarticulações existentes na organização do trabalho desenvolvido no serviço público de saúde levam ao sofrimento físico e mental dessas trabalhadoras.	Você identifica alguma relação do trabalho desenvolvido neste serviço com algum tipo de adoecimento? Por que? Como você vê a questão da assistência à saúde do trabalhador neste município? Você se percebe como trabalhadora com possibilidade de adoecimento e utilização desses serviços de assistência?
Ampliar o entendimento sobre as questões de gênero no ambiente e processos de trabalho em saúde, contribuindo para o esclarecimento e a superação dos efeitos dessa relação.	Gênero	Como a questão de gênero interfere na relação entre os processos de trabalho e o sofrimento dessas trabalhadoras?	O trabalho desenvolvido pelas trabalhadoras da saúde pode prejudicar seu desempenho profissional, com repercussões nas relações de trabalho, sociais e familiares.	O fato de ser mulher interfere no seu trabalho como profissional de saúde? De que maneira?

OBJETIVOS	UNIDADES TEMÁTICAS	QUESTÒES NORTEADORAS	PRESSUPOSTOS INICIAIS DO ESTUDO	QUESTÕES DA PESQUISA
Auxiliar no processo de reflexão das trabalhadoras a respeito de questões que envolvem a execução das suas atividades laborais e os danos à saúde no sentido de oportunizar contribuições para minimizá-los.	Trabalho	De que forma a interferência de questões políticas nas ações de assistência em saúde pode influenciar no adoecimento das profissionais de saúde?	As constantes alterações políticas partidárias interferem diretamente na organização do trabalho das profissionais de saúde, pela ênfase no enfoque assistencialista e paternalista de assistência, imposto pelos gestores de saúde e oferecido aos usuários, resultando em sofrimento dessas trabalhadoras.	As alterações político-partidárias podem interferir no desenvolvimento das atividades deste serviço? De que forma?
Contribuir para a implantação de modificações nas ações e políticas de atenção à saúde da trabalhadora da área da saúde, visualizando um novo enfoque nos elementos trabalho-saúde-gênero.		Como a política de saúde norteada para a promoção e prevenção pode confrontar com as práticas curativas e assistencialistas, interferindo no sofrimento e no adoecimento das trabalhadoras do setor saúde?	Os profissionais que atuam neste segmento estão em permanente conflito entre as ações de enfoque assistencialistas e curativas e as ações do enfoque de prevenção e promoção da saúde, havendo um permanente confronto entre o trabalho realizado e o trabalho prescrito.	O embate das ações de prevenção/promoção à saúde com ações curativo-assistenciais pode interferir no trabalho das profissionais de saúde? De que forma?

Fonte: Dados da pesquisa.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semi-estruturada

1- Dados de Identificação:

Idade: ( ) menos de 20 anos ( ) 20 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) mais de 51 anos

Estado Civil: ( )solteira ( )casada ( )com companheiro ( ) separada/divorciada ( ) viúva

Número de Filhos: ( )nenhum ( )1-2 ( )3-4 ( )5-6 ( )+ de 6

Escolaridade: ( ) Ensino fundamental incompleto
( ) Ensino fundamental completo
( ) Ensino médio incompleto
( ) Ensino médio completo
( ) Ensino superior incompleto
( ) Ensino superior completo
( ) Pós-graduação

Profissão:

( )Auxiliar de Enfermagem
( )Enfermeira
( )Médica
( )Assistente social
( )Psicóloga
( )Odontóloga
( )Farmacêutica

Tempo de trabalho no serviço público: ( )5 a 10 anos ( )11 a 15 ( )16 ou +

Cargo exercido atualmente: _____

Turno de trabalho no serviço público: ( )M ( )T ( )N

Carga horária semanal de trabalho: _____

2) Você identifica alguma relação do trabalho desenvolvido neste serviço com algum tipo de adoecimento? Por que?

3) Como você vê a questão da assistência à saúde do trabalhador neste município?

4) Você se percebe como trabalhadora com possibilidade de adoecimento e utilização desses serviços de assistência?

5) O fato de ser mulher interfere no seu trabalho como profissional de saúde? De que maneira?

6) As alterações político-partidárias podem interferir no desenvolvimento das atividades deste serviço? De que forma?

7) O embate das ações de prevenção/promoção à saúde com ações curativo-assistenciais pode interferir no trabalho das profissionais de saúde? De que forma?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Sofrimento no Trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde

O tema da presente pesquisa está vinculado ao sofrimento no trabalho a partir do processo de trabalho desenvolvido nos serviços de saúde.

Sabe-se que no atual e diversificado contexto econômico e social mundial, com implicações nos processos produtivos, de trabalho, as repercussões no crescimento da freqüência e da ocorrência de patologias e acidentes de trabalho que acometem os trabalhadores, decorrentes de suas atividades laborais, são significativas.

Este panorama define-se como mais complexo ainda, quando este ambiente e o trabalho estão relacionados às atividades de saúde, executadas por profissionais da área da saúde. Os aspectos organizacionais do trabalho em saúde podem determinar situações de sofrimento, de lesões, de adoecimentos, nem sempre somente físicos e mentais, mas também sociais.

Entre esses trabalhadores, situam-se as mulheres, profissionais da área da saúde. Completando esse panorama, conhece-se ainda a realidade discriminatória – apesar de algumas exceções - das situações de mercado de trabalho em relação ao trabalho feminino e a visão a respeito da atuação e do sucesso das mulheres em profissões que ainda são predominantemente masculinas. Ressalta-se ainda, a atividade doméstica e de responsabilidade e cuidado dos filhos, cultural e historicamente atribuída exclusivamente às mulheres.

Diante disso, o presente estudo pretende investigar quais os fatores que contribuem para o sofrimento e adoecimento no trabalho, desenvolvido pelas trabalhadoras nos serviços públicos de saúde, no intuito de contribuir para a melhoria das condições de trabalho e de atendimento aos usuários.

As informações que nortearão a pesquisa serão coletadas através de entrevistas do modelo semi-estruturadas, conduzidas pela pesquisadora.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui informado (a) de forma clara e detalhada quanto aos objetivos, a justificativa e a forma de trabalho da pesquisa intitulada

“**Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde”.**

Fui igualmente informado (a) sobre:

- A garantia de pedir esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos e benefícios ou outras questões relacionadas ao estudo;
- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e, deixar de participar do trabalho, se assim desejar, sem que isso me traga qualquer prejuízo;
- A garantia de que não serei identificado (a) e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;
- De que serão mantidos todos os preceitos éticos legais, estabelecidos pela resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, durante e após o término da pesquisa;
- Do compromisso de acesso às informações ou todas as informações do trabalho se assim desejar.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento.

_____	_____	_____
Assinatura do Respondente	Nome	Data
_____	_____	_____
Assinatura da Pesquisadora	Suzane Beatriz Frantz Krug	Data

Contato pelo fone (51) 9103 0733 ou (51) 3717 7469
End. Eletrônico: skrug@unisc.br

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Of. Nº 277/2004 Santa Cruz do Sul, 13 de outubro de 2004.

Senhor Professor:

De acordo com a análise dos projetos de pesquisa no que tange aos aspectos éticos implicados na pesquisa, estamos encaminhando para seu conhecimento o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa referente ao projeto sob sua coordenação: **1084/04 – "Organização e sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadores da saúde pública no município de Santa Cruz do Sul" - APROVADO**

A análise constituiu-se na observância quanto ao cumprimento, por parte dos pesquisadores, dos documentos exigidos para submissão, bem como dos aspectos éticos conforme direcionamento do Comitê Nacional de Ética na Pesquisa – CONEP, em acordo com a resolução nacional nº 196/96 que define as diretrizes para a condução de pesquisas com seres humanos.

Quaisquer esclarecimentos poderão ser obtidos junto à Coordenação de Pesquisa na PROPPG.

Atenciosamente,

Silon Junior Pocath da Silva,
Coordenador do CEP-UNISC

Ilma. Sra.
Profa. Suzane Beatriz Frants Krug (Enfermagem)
Departamento de Enfermagem e Odonto
Bloco 35 - Sala ~~3305~~ 3526

ANEXO B – Ofício de autorização da realização da pesquisa pela Secretária Municipal de Saúde

MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Ernesto Alves, 858 - fone: 3715-2254- CEP.96810-060 Santa Cruz do Sul - RS

Santa Cruz do Sul, 16 de setembro de 2004.

AO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA UNISC

Eu, **DENISE REGINA STRUECKER**, Secretária Municipal de Saúde de Santa cruz do Sul-RS, conheço o protocolo de pesquisa "*Organização e sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadoras de saúde pública no Município de Santa Cruz do Sul*" desenvolvido pela professora Suzane Beatriz Frantz Krug, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa que será desenvolvida e autorizo o desenvolvimento da pesquisa na instituição.

Atenciosamente,

DENISE REGINA STRUECKER
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO C – Ofício de autorização da realização da pesquisa pela Secretária Municipal de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DOE SANGUE, DOE ÓRGÃOS – SALVE VIDAS

Rua Ernesto Alves n°858 - Fone (051)715 2254 - CEP 96810 060 - Centro - Santa Cruz do Sul -RS
0800-0516131

AO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DA UNISC

Eu, **GARDÊNIA QUADROS GOETTERT,** Secretária Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, RS, conheço o protocolo de pesquisa "*Organização e Sofrimento no Trabalho: a construção social do adoecimento de trabalhadores de saúde pública*", desenvolvido pela professora Suzane Beatriz Frantz Krug, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa que será desenvolvida e autorizo o desenvolvimento da pesquisa na instituição.

Atenciosamente,

GARDÊNIA QUADROS GOETTERT
Secretária Municipal de Saúde

Santa Cruz do Sul

ANEXO D – Ofício de autorização da realização da pesquisa pela Secretária Municipal de Saúde

CÓPIA

Município de Santa Cruz do Sul
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

R. Ernesto Alves,858-Fone (0xx51)3715-2254-CEP.96.810-060-Centro-Santa Cruz do Sul/RS.

Of. n° 609/SMS/2005/PF. Santa Cruz do Sul, 18 de agosto de 2005.

Ilma. Sr(a). :

Ao tempo em que a cumprimentamos cordialmente, vimos pelo presente emitir resposta ao que refere-se a correspondência que nos foi encaminhada, onde cientificamos que autorizamos a realização do trabalho de coleta de dados nos Postos de Saúde do Município de Santa Cruz do Sul.

Atenciosamente,

ANA ZOÉ SCHILLING DA CUNHA
Secretária Municipal de Saúde

Ilma Sra.:
Profª. Suzane Krug
UNISC
NESTA

Administração Municipal
Santa Cruz do Sul
Junto com você

ANEXO E – Atribuições dos cargos da área da saúde

CARGO	DESCRIÇÃO SINTÉTICA
Auxiliar Enfermagem	Auxiliar na execução de atividades de enfermagem em geral, atribuídas à equipe de enfermagem e assistência à saúde.
Assistente Social	Promover reuniões com o Clube de Mães; coordenar palestras; participar de reuniões de orientação educacional, de projetos em parceria com a comunidade; encaminhar alunos que apresentem problemas de vínculo social e cultural; orientar a criação de CPMs (Círculos de Pais e Mestres) nas EMEFs (Escolas Municipais de Ensino Fundamental); planejar atividades em geral, juntamente com outros técnicos; verificar vagas nas escolas, atender solicitações junto ao Juizado de Menores [32].
Cirurgião Dentista	Fazer o diagnóstico e tratamento das doenças e lesões da polpa dentária e dos tecidos periapicais, empregando procedimentos clínicos, para proporcionar conservação dos dentes.
Enfermeiro	Realizar atividades de nível superior, de grande complexidade, envolvendo a execução de trabalhos de enfermagem relativos à observação, ao cuidado e à educação sanitária dos doentes, à aplicação de tratamentos prescritos, bem como, a participação de programas voltados à saúde pública.
Farmacêutico	Atividades que envolvam manipulação farmacêutica e o aviamento de receitas médicas.
Psicólogo	Atividades de complexidade, envolvendo a execução de trabalhos relacionados com o comportamento humano e dinâmica da personalidade, com vistas à orientação psicopedagógica e ao ajustamento individual.
Médico Clínico Geral[33]	Efetuar serviços de clínica geral, principalmente nos plantões.

Fonte: Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul/RS

[32] Esta descrição refere-se às atividades exercidas por este profissional junto às escolas municipais, na área da Educação, não contemplando as atribuições exercidas na área da saúde, especificamente, em saúde mental.

[33] As atribuições do cargo exercido pelo profissional médico são determinadas pela especialidade de atuação. Elencamos aqui, a descrição do clínico geral como parâmetro para as outras especialidades médicas, já que no estudo não nos detivemos nesta categorização profissional.