



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

rbso@fundacentro.gov.br

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de
Segurança e Medicina do Trabalho
Brasil

de Aguiar Brotto, Tullio Cezar; Dalbello-Araujo, Maristela

É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 37, núm. 126, julio-diciembre, 2012, pp. 290-305

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100524977011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Tullio Cezar de Aguiar Brotto¹

Maristela Dalbello-Araujo²

É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?

Is health workers' sickening inherent to their work?

¹ Psicólogo, mestre em Saúde Coletiva, ex-bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/Reuni). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

² Psicóloga, Doutora em Psicologia e professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Trabalho não subvencionado. Não há conflitos de interesses, uma vez que nenhum dos autores mantém ou possuía à época da pesquisa vínculos institucionais com a organização governamental pesquisada.

Este artigo apresenta dados parciais da dissertação de mestrado de Tullio Cezar de Aguiar Brotto intitulada "Saúde do Trabalhador de Saúde: com a palavra a Secretaria Municipal de Saúde", defendida em 2012 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Espírito Santo.

Este trabalho não foi apresentado em reuniões científicas

Contato:

Tullio Cezar de Aguiar Brotto

Email:

tc.brotto@gmail.com

Recebido: 30/11/2011

Revisado: 06/09/2012

Aprovado: 17/10/2012

Resumo

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Dentre os motivos está o fato desses estarem adoecendo sistematicamente. Este artigo discute se este processo de adoecimento é inerente ao trabalho em saúde. **Objetivos:** 1) apresentar a concepção de gestores municipais de saúde sobre a relação saúde do trabalhador-trabalho em saúde e 2) analisar como estes gestores explicam este fenômeno de adoecimento dos trabalhadores de saúde. **Metodologia:** Foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados foram coletados entre maio e julho de 2011 em um município do estado do Espírito Santo. **Resultados:** Os gestores municipais afirmam não ter dados numéricos que justifiquem a situação estudada e apresentam dois tipos de explicação: questões ligadas à organização do trabalho e questões pessoais dos trabalhadores. Sugerem haver um processo de naturalização do adoecimento dos trabalhadores deste setor. **Conclusões:** Várias particularidades do trabalho em saúde ligadas a estratégias de gestão ou a características dos trabalhadores parecem impedir o aspecto socioafetivo do trabalho, propiciando adoecimento.

Palavras-chave: trabalho em saúde; saúde do trabalhador; gestão de pessoal em saúde.

Abstract

Introduction: World Health Organization proposed for the years 2006 to 2016 a ten year action plan to address occupational issues of health workforce. One of the reasons for this is the fact that health workers are systematically becoming ill. Is this sickening process inherent to health work? This article discusses this issue. **Objectives:** 1) To present the municipal health managers' conception on the relationship between occupational health and health work. 2) Analyze how these managers explain health workers' sickening phenomenon. **Method:** Data was collected between May and July 2011, in a municipality of Espírito Santo State, Brazil. We used the Discourse of the Collective Subject method. **Results:** The municipal health system managers stated they did not have numerical data to explain the studied situation. They presented two different explanations: one concerning work organization and one related to workers' personal issues. They suggested workers' sickening has gradually been viewed as a natural process. **Conclusion:** Several singularities of health work related to management strategies or to the workers' characteristics seem to hinder the relational aspect of work, which leads to sickening.

Keywords: health work; worker's health; health staff management.

Introdução

Definindo o trabalho em saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS) elegeu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007). Desta forma, é oportuno que se discuta e investigue o trabalho em saúde. De fato, Assunção e Belisário (2007) apontam que, no contexto brasileiro, muita tem sido a produção recente sobre o processo de trabalho em saúde, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que este pressupõe organizar-se de forma descentralizada para garantir aos cidadãos os direitos à participação social e à informação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). Assim, ao menos em tese, o SUS estaria mais aberto a investigações e reflexões acerca de seu funcionamento e de sua organização a fim mesmo de incorporar as conclusões destas como possíveis melhorias ao sistema.

Todavia, como se pode compreender o trabalho em saúde? Quais são as características que melhor o definem a partir da literatura científica atual? Para entendermos as dinâmicas específicas do processo de trabalho em saúde, faz-se necessário primeiramente a compreensão de como o trabalho é encarado enquanto conceito teórico. Marx (2008) definia trabalho como utilização da força de trabalho. Assim sendo, concebia-o como algo dinâmico que se dá apenas no momento de emprego de forças. Um ato que se traduz pela interação com a natureza (ou meio de trabalho) a fim de transformá-la. Afirmava ainda que, nesta situação –, trabalho como força de trabalho aplicada –, ele se apresenta como uma mercadoria a qual seu comprador consumirá. O autor segue dizendo que o ponto que distingue o processo de trabalho humano dos operados por animais (apesar da destreza milimétrica destes últimos) seria a capacidade de prefiguração mental do trabalhador humano do que se pretende com o ato de transformação, subordinando o ato à vontade daquele que age (MARX, 2008). Portanto, a questão aqui não é de reverenciar as capacidades dos animais, mas antes ressaltar que todo trabalho humano é orientado por um objetivo, tem uma finalidade prefigurada.

No entanto, aplicando este apontamento marxista ao campo da saúde, qual é o produto do trabalho em saúde? Qual o objetivo prefigurado deste processo de trabalho em particular? O cuidado para com o outro (o usuário) tem sido afirmado como o produto primordial do trabalho em saúde (MERHY, 2002; CAMPOS, 2003; CECCIM, 2005; FRANCO; MERHY, 2005; FARIA, 2010). Ceccim (2005), por exemplo, afirma que os trabalhadores não devem ser tratados como “recursos”; antes, devem ser reconhe-

cidos como “atores sociais” de produção da saúde. Afirmar ainda que o envolvimento participativo a ser preconizado deve dar-se com todos os interessados no processo, em uma atuação dos trabalhadores de saúde centrada nos usuários. O que se argumenta quando se defende esta linha de atuação e organização do processo de trabalho em saúde é que esta seria a melhor forma de garantir resolutividade no atendimento aos usuários (CECCIM, 2005).

Franco e Merhy (2005) também se utilizam desta terminologia (atendimento em saúde usuário-centrado) para discutir o processo de trabalho em saúde. Segundo esses autores, esta lógica de organização do atendimento faria oposição ao atendimento em saúde centrado em procedimentos e exames laboratoriais, tipo de atendimento que exaltaria tanto o uso dos procedimentos, quanto o recrudescimento das especialidades. A argumentação é de que os atendimentos em saúde centrados em procedimentos ignorariam a dimensão relacional e cuidadora do trabalho em saúde, escondendo-se em saberes altamente especializados e fragmentados e, em fazendo isto, dificultariam o processo de produção de cuidado por destituírem o usuário deste processo produtivo. Não apenas isto, destituiriam o próprio trabalhador ao restringirem sua capacidade de aplicar suas vivências pessoais e seu afeto em prol de suas atividades laborais, restringindo a dimensão relacional do trabalho.

Assim, tendo o cuidado como produto, a reestruturação produtiva no setor saúde marca-se mais pela “possibilidade de operar sua produção por núcleos tecnológicos não dependentes dos equipamentos” (MERHY, 2002, p. 27). Estaria então mais focada em tecnologias relacionais, como o acolhimento dos usuários e de suas queixas e o estabelecimento de vínculo com estes, a fim de facilitar, entre outros pontos, a anamnese, a real compreensão do problema e a construção de um projeto terapêutico que lhe confira respostas viáveis e resolutivas. Assim, tais tecnologias são elencadas como tão imprescindíveis quanto um estetoscópio ou uma máquina de raio X (MERHY, 2002). Faria e Dalbello-Araújo (2010) acrescentam a este ponto ao concluírem que, se a especificidade primordial do trabalho em saúde é o fato de lidar com seres humanos impõe-se que tal processo de trabalho oriente-se instrumentalmente a este caráter relacional inerente.

Então, esta é a característica que parece estar sendo apontada como premente e definidora do processo de trabalho em saúde: o caráter relacional, que demanda tecnologias e modelos de gestão do trabalho em saúde voltados ao usuário a fim de alcançar resolutividade (MERHY, 2002; CECCIM, 2005; FRANCO; MERHY, 2005).

Neste ponto em que assinalamos o caráter relacional como inerente ao trabalho em saúde e dele definido, cabe um questionamento: as consequências deste caráter são sempre (ou automaticamente) positivas? A literatura científica parece apontar que não. De fato, uma relação nem sempre é boa, nem todos os encontros são bons encontros, de modo que um trabalho ser caracterizado por sua dimensão relacional não implica que será um tipo de trabalho cujo processo seja facilitado e cujos envolvidos estejam livres de complicações. Ao contrário, as relações humanas são marcadas por tentativas, nem sempre exitosas, de busca por harmonização de interesses distintos. Assim, o trabalho em saúde pode ser bastante custoso aos trabalhadores, pois, como afirma Faria (2010), os encontros profissionais-usuários podem ter tanto efeitos positivos, quanto negativos a ambos. Quando a relação estabelecida entre profissional e usuário não se dá em bons termos, é lógico esperar por subprodutos danosos para ambos. Merhy (1998) defende que este processo ocorre com mais frequência do que se gostaria e que explicita modos de trabalhar em saúde nos quais há uma perda da dimensão cuidadora.

Os efeitos sobre os usuários desta relação, quando em maus termos, parecem estar mais claros: desqualificação, dificuldade de estabelecer vínculos entre profissional e usuário, desresponsabilização pelo usuário, atendimentos mais focados nos equipamentos e na doença e menos no doente etc. (DEJOURS, 1992; FRIEDRICH, 2005; ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007). Mas, e quanto aos efeitos nos trabalhadores de saúde? Assunção e Lima (2010) afirmam que atualmente as estratégias de gestão do trabalho têm se voltado muito mais para a realidade psicoemocional do indivíduo – seus pensamentos, valores e emoções – a fim de garantir que os processos de trabalho cuja base é a prestação de serviço utilizem seu caráter relacional em prol do trabalho. Apontam como consequências deste modelo de gestão do trabalho um processo de adoecimento do trabalhador e insatisfação para com seu fazer.

Pensando nisso, uma questão se apresenta: porque a OMS elegeu o tempo em que vivemos como decênio de valorização dos trabalhadores do setor saúde? A resposta é simples, apesar de preocupante. Os trabalhadores de saúde têm adoecido de modo sistemático e em um processo crescente. E mais, este é um fenômeno não apenas regional ou nacional, mas mundial (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007; ROLLO, 2007), todavia, desacompanhado de políticas públicas que visem, de modo contundente, a combatê-lo (ROLLO, 2007; JACKSON-FILHO, 2008).

Contextualizando a Saúde do Trabalhador em Saúde – porque os trabalhadores de saúde adoecem?

Quando se discute a respeito do que caracteriza o processo de trabalho em saúde de maneira abstrata e ampla, as características já citadas (ligadas ao seu atributo relacional) são elencadas. Contudo, é interessante perceber e destacar que, quando a literatura científica aborda este mesmo processo de trabalho tentando entender o que desencadeia o sofrer e adoecer no trabalho, outras características são apontadas. O foco muda do caráter relacional trabalhador-usuário para a identificação de faltas e excessos: falta de infraestrutura, de condições ergonômicas e de proteção contra riscos de acidentes e contaminações; e excesso de burocratização nos serviços, de verticalização das relações interpessoais e do contato com o sofrer alheio. Consideremos as características a seguir.

Aponta-se que o processo de trabalho em saúde, devido à qualidade dos materiais que estes trabalhadores são requisitados a manipularem, propiciaria maior exposição a riscos de contaminação e de acidentes com materiais perfurocortantes ou resíduos químicos (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007). Nesta realidade, os acidentes com materiais e as contaminações são os agravos mais fáceis de se traçar umnexo causal com o processo de trabalho, bem como mais esperados.

Entretanto, o fato é que os profissionais de saúde estão muito propensos a serem acometidos por problemas tanto físicos, quanto psicológico-afetivos, vindo a adoecer por vários fatores relacionados ao trabalho. Destacam-se:

a demanda por aumento de produção; a eleição de prioridades pautadas unicamente em dados epidemiológicos; o grande número de famílias acompanhadas por uma única equipe; a divisão do trabalho e as relações de poder estabelecidas entre os profissionais [...] (REIS, 2005, p. 174).

Assim, outro fator se mostra como produtor de adoecimento: as interações construídas no ambiente de trabalho de modo hierarquizado e verticalizado (BRASIL, 2006). Isto se dá porque, apesar do setor saúde não ter as características típicas do industrial, ainda assim foi muito influenciado pelos modelos produtivos provenientes deste. O taylorismo e o fordismo, por exemplo, são modelos de gestão hegemônicos cujas consequências no trabalho em saúde têm sido ligadas à intensificação da divisão trabalho manual-trabalho intelectual a partir do recrudescimento da especialização (MERHY, 2002). Vale ressaltar que um processo de trabalho gerido por modelos autoritários prejudica a saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2006) e empobrece o próprio trabalho (ROSENFELD, 2004), o que, por sua vez, reflete-se na assistência diária aos usuários (MERHY, 2002; CAMPOS, 2003; FARIA, 2010).

Além disso, quanto à burocracia, o processo de trabalho em saúde se dá frequentemente impregnado por ela, mas alguns estudos imputam-na aos trabalhadores, responsabilizando-os se a condução das tarefas forem mais burocráticas e menos relacionais e espontâneas (BRASIL, 2005). Esta compreensão não é consensual, a burocracia também é postulada no processo de trabalho em saúde como intrínseca a certos modelos de gestão do trabalho (FRIEDRICH, 2005; LUZ, 2007).

Há também a grande quantidade de modalidades de vínculos empregatícios existentes no setor saúde que concorrem para aumentar a precarização do trabalho nessa área, pois expõe vários trabalhadores a vínculos menos estáveis e mais fragilizados em termos de direitos, além de propiciar situações nas quais se encontram em conflito “as regras de funcionamento das instituições e as regras vigentes sobre o exercício profissional” (FRIEDRICH, 2005, p. 44).

Além disso, ressalta-se o fato de serviços de saúde imporem aos profissionais um contato prolongado e constante com o sofrimento e o adoecer humano (REZENDE et al., 2005; RIOS, 2008), ao mesmo tempo em que oferecem condições ergonômicas e infraestruturais impróprias ao trabalho que se desempenha, bem como à saúde do trabalhador (BRASIL, 2004). Destacam-se ainda os investimentos escassos na saúde por parte do estado (ROLLO, 2007).

Nota-se por esta explanação breve que características distintas são elencadas quando o objetivo é apresentar o trabalho em saúde e quando o objetivo é explorar o adoecimento dos trabalhadores de saúde. Deste modo, parece-nos que o caráter argumentativo dos textos já citados (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007; BRASIL, 2005; 2006; CAMPOS, 2003; FARIA, 2010; FRIEDRICH, 2005; LUZ, 2007; MERHY, 2002; REIS, 2005; REZENDE et al., 2005; ROLLO, 2007; ROSENFELD, 2004), que discutem o processo de adoecimento dos trabalhadores, apresenta por vezes este adoecimento como natural e esperado ao seu fazer, seja por sugerir que algumas destas características possam ser intrínsecas aos modelos de gestão adotados, seja por imputar algumas aos trabalhadores, restando pouco que se possa fazer para mudá-las, seja ainda por ressaltar as dificuldades de se transpor tais características, entre outras. Mas será que o adoecimento dos trabalhadores é (precisa ser) mesmo esperado no trabalho em saúde?

Segundo Pena e Gomes (2011), o primeiro compêndio sobre a saúde do trabalho do artesão (final do século XVII) já relacionava os riscos e as doenças desenvolvidos por trabalhadores como intrínsecos ao próprio trabalho. Realidade anunciada. Assim, é possível encontrar esta lógica, que se propõe discutir em um compêndio medieval, hoje tratado como um marco para a Medicina do Trabalho. Esses autores discutem que tal lógica se daria por não se conhecer à época os mecanismos de agentes etiológicos

microscópicos que causariam muitas das doenças conhecidas. Assim, não haveria outra explicação plausível à disposição além de se compreender que o trabalho em si desencadeava adoecimentos.

No entanto, hoje esta realidade não se configuraria da mesma forma. Atualmente, uma vez tendo conhecimento dos antígenos causadores das doenças, o trabalho estaria desvinculado das doenças dos trabalhadores (PENA; GOMES, 2011). Esta, todavia, não é a realidade verificada. Ao menos não quando analisamos o processo de trabalho em saúde. O que se presencia é o crescente adoecimento de trabalhadores do setor saúde nos últimos anos (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007), seguido de sistemas de notificação precários, burocratizados (LORENZI; OLIVEIRA, 2008) e dados subnotificados que não são capazes de esclarecer o fenômeno. Por outro lado, os trabalhadores vinculam o adoecimento ao trabalho (SOUZA, 2010), e os órgãos internacionais apontam o surgimento de sintomas difíceis de serem identificados por serem inespecíficos (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007).

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

Deste modo, o trabalho produz sujeitos, modificando-os à medida que requisita dos trabalhadores que modifiquem a natureza para atender e adequar-se às suas necessidades. Então, diferentemente da Antiguidade e do Medievo, o mundo moderno valoriza o trabalho e aponta-o como lugar no qual (ou pelo qual) os indivíduos devem buscar realizar-se (ARENDT, 1987). Este mundo contemporâneo organiza-se de modo a impelir os indivíduos a estruturarem suas vidas em torno do trabalho e nele passar a maior parte de seu tempo. Assim, situações que impeçam esses indivíduos de trabalharem têm sido interpretadas no imaginário social de forma negativa. O adoecer é frequentemente percebido, portanto, como um sinal de fraqueza e motivo de vergonha, pois equivale à paralisação do trabalho. A questão “não é evitar a doença, o problema é domesticá-la, contê-la, controlá-la, viver com ela” (DEJOURS, 1992, p. 30).

Também no pensamento marxista, o trabalho tem grande importância para o homem, visto que influirá nesta sua constituição ontológica. De fato, o trabalho (re)cria o homem constantemente, pois, “é através do trabalho humano que o homem se constitui social e culturalmente como ser criativo e reflexivo”

(FARIA, 2010, p. 19). Na realidade, o que se explana aqui é que “os indivíduos não querem ser observadores passivos, mas atores ativos na realidade em que trabalham” (FRIEDRICH, 2005, p. 50).

Porém, como é que se produzem sujeitos? Eles se produzem no contato uns com os outros. É à medida em que os seres humanos são confrontados em seus desejos, interesses e capacidades, sendo convocados a superarem tais situações, que se produzem ontologicamente. Então novamente nos deparamos com a realidade relacional do trabalho que, no caso do trabalho em saúde, oferece situações que se configuram como oportunidades ontológicas. É preciso lembrar, portanto, então que o caráter relacional do trabalho em saúde pressupõe e/ou está intimamente ligado a um grau significativo de liberdade do trabalhador. É apenas pelo exercício desta liberdade que pode focar seu trabalho mais nos processos e menos nos procedimentos (MERHY, 2002). Neste sentido, as características que são apontadas como adoecedoras nos trabalhadores de saúde podem ser analisadas enquanto obstáculos para a efetivação da dimensão relacional do trabalho, impedindo que este trabalhador foque sua atividade na aplicação de tecnologias relacionais em prol do estabelecimento de um vínculo que se reverta em benefícios a quem é atendido, bem como a quem atende.

Desta medida, parece menos casual que características distintas sejam usadas para definir o trabalho em saúde dependendo do tema em questão. Apesar de não serem inerentes (ainda que esperadas) ao trabalho em saúde, as características elencadas para explicar o processo de adoecimento dos trabalhadores parecem configurar um impedimento à aplicação deste caráter relacional inerente ao trabalho em seu potencial total, empobrecendo-o. Assim, se considerarmos que o trabalhador de saúde tende a escolher esta área de atuação por uma vontade de cuidar, sentida às vezes enquanto vocação ou missão (RIOS, 2008), uma dimensão de cuidador que todos os profissionais de saúde têm (MERHY, 1998), é possível supor que, quando o trabalho em saúde toma configurações que o distanciam desta realidade, torna-se frustrante e insatisfatório, estressante, até adoecedor. Quanto a isso, Assunção e Lima (2010) acrescentam que muitas vezes o trabalhador pode estar adoecendo porque se, por um lado, é requisitado a se importar com o usuário, pondo em uso suas habilidades e capacidades relacionais, por outro, muitas vezes, é sistematicamente impedido de levá-las a cabo, explorando em sua inteireza as possibilidades destas relações, a fim de cumprir uma série de demandas institucionais e burocráticas do trabalho.

Assim: se o caráter relacional é inerente ao trabalho em saúde, mas estas relações são custosas ao trabalhador por demandarem deste energia, atenção e compreensão voltadas ao usuário, podendo ser danosas; se propriedades que atrapalham e/ou dificultam o desenvolvimento deste caráter, tornando o trabalho cada vez mais desprovido de sua dimensão cuidadora, são frequentes na realidade dos serviços de Saúde no cenário nacional, não será o próprio adoecimento deste trabalhador naturalizado³? Neste contexto, resta-nos questionar ainda se o trabalho, que ocupa um lugar central na constituição do indivíduo moderno, é mesmo prejudicial ou se são as formas como este trabalho se organiza, se estrutura e é gerido que guardam um caráter disruptivo à saúde deste trabalhador. Centrando-nos no trabalhador da saúde: é o trabalho em saúde ou as formas que ele toma que adoecem o trabalhador? Se a resposta for as formas específicas, há esperança de que este fenômeno de adoecimento diminua, basta construirmos caminhos.

Assim, objetivou-se com este estudo: 1) conhecer a concepção de gestores municipais de saúde a respeito da relação saúde do trabalhador-trabalho em saúde; e 2) analisar como estes gestores explicam este fenômeno, isto é, quais razões que atribuem ao adoecimento dos trabalhadores de saúde.

Metodologia

Tendo em vista os objetivos deste artigo, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que “é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos” (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003, p. 70). Este método fundamenta-se na Teoria de Representações Sociais e em seus pressupostos sociológicos, julgada mais apropriada para o processamento e a análise de compreensões, concepções e opiniões. Quando falamos de representações sociais falamos, como diria Durkheim, de representações coletivas que perpassam as representações individuais e as balizam. Mais do que isso, este conceito refere-se também às formas de estruturação cognitiva do pensamento. É pelas representações sociais que o indivíduo constrói mecanismos de interpretação sobre a realidade cotidiana, referenciando posicionamentos frente a situações e eventos específicos. Assim, operam justificando as ações e os comportamentos pessoais frente à microcultura em que o indivíduo se insere (SÊGA, 2000).

³ Por naturalizado entende-se um processo social que, pela frequência de ocorrência, passa a ser sentido e encarado como normal e esperado, tendendo a produzir socialmente uma resignação tácita frente à questão e psicologicamente um maior esforço para se vislumbrar alternativas. Sugerir que o processo de adoecimento do trabalhador da área de saúde é algo naturalizado significa dizer que é um fenômeno que, dado sua frequência, tem sido abordado como algo esperado, o que pode estar contribuindo para sua reprodução.

A este processo argumentativo de racionalização dos elementos oferecidas ao pensamento individual ou coletivo, a partir do qual há o enraizamento social da representação e do objeto a que esta se refere, dá-se o nome de Ancoragem – AC (SÊGA, 2000; CHAMON, 2006). Neste sentido, o DSC resgata e respeita esta discursividade natural do pensamento. Por este método, é possível elencar trechos de depoimentos de indivíduos distintos dissertando sobre um mesmo tema e articulá-los por similitude e complementaridade para formar um discurso único que expresse uma dada representação social desses indivíduos pesquisados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006). Assim, obtém-se um ou mais discursos representativos do coletivo escritos em primeira pessoa do singular (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Por se tratarem de discursos de um sujeito coletivo, com os resultados garante-se a impessoalidade e a desvinculação individual, pois tais resultados referem-se a representações de um coletivo. Desta forma, a identificação dos participantes por nome, sexo, idade, profissão, tempo de serviço ou qualquer outra característica pode ser considerada metodologicamente menos relevantes, uma vez que o que se busca com este aparato metodológico são as representações sociais veiculadas dentro de um coletivo e não as opiniões pessoais de um ou outro sujeito pesquisado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Outro fator que merece destaque é a opção que este método assume de respeitar ao máximo os depoimentos dos entrevistados. Assim, na etapa de elaboração dos DSCs, os trechos são preservados ao máximo, conforme foram expressos, mantendo-se até erros gramaticais e gírias, uma vez que dizem respeito à microcultura pesquisada e podem facilitar a aproximação do pesquisador com o próprio universo semiológico dos sujeitos entrevistados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Quanto às operações necessárias à aplicação correta do DSC, é necessário escolher os trechos das respostas individuais mais significativos, agrupando-os por similitude e complementaridade em Ideias Centrais (IC). A partir disto, constroem-se discursos-síntese, os DSCs. O mesmo processo se repete em relação a ACs que sejam possíveis de serem identificadas nos depoimentos (LEFEVRE; CRESTANA; CORNETTA, 2003). Metodologicamente, a fim de evitar que ACs fossem inferidas erroneamente, elas são construídas a partir de trechos do texto que expres-

sem regras genéricas. Para auxiliar nestes procedimentos de tratamento dos depoimentos em DSCs, utilizamos o *software* “QualiQuantSoft”, que se destina a agilizar, facilitar e validar tal metodologia (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005). O *software* tem distintas formas de licenças e, neste estudo, foi utilizada a licença de demonstração.

Quanto ao cenário de estudo, esta pesquisa focou nos gestores de uma secretaria municipal de saúde do estado do Espírito Santo. Foram entrevistados dez gestores. Para seu rastreio, foi utilizada a técnica de construção amostral não probabilística “bola de neve”. Esta pressupõe uma aproximação primeira, muitas vezes oportunística, feita com um membro culturalmente competente⁴ a responder as questões do pesquisador, o qual, ao final deste contato, é remetido pelo entrevistado, por solicitação expressa do pesquisador, a outro membro culturalmente competente (ANDRADE; MARQUES; ZAPPI, 2006). Considerando que após, serem entrevistados dez gestores, o pesquisador começou a ser remetido para as mesmas pessoas, entendeu-se ter atingido o limite de entrevistas possíveis com os membros culturalmente competentes a responderem as questões. Deste modo, do ponto de vista metodológico é possível inferir que, sobre o tema pesquisado, as representações sociais da gestão municipal de saúde foram captadas, uma vez que foram entrevistados todos os membros desta gestão considerados culturalmente aptos a responderem sobre tal tema por estarem envolvidos de forma direta com ele e serem responsáveis por suas repercussões no âmbito interno da instituição.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado formado por perguntas abertas e ocorreram no local de trabalho após marcação prévia de audiência com o entrevistador. Dentre as questões feitas, as que são abordadas no presente estudo são: 1) Defina o trabalho em saúde [da qual destacou-se uma resposta para ser discutida neste texto] e 2) Os trabalhadores de saúde estão adoecendo? Por quê?

Foram respeitados os princípios éticos de pesquisas com seres humanos, tendo a pesquisa sido aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – Espírito Santo (protocolo nº 210/10). A coleta de dados ocorreu entre maio e julho de 2011.

⁴ Por membro culturalmente competente entende-se o membro de um coletivo que se encontra apto a responder sobre um determinado assunto dado sua experiência prática e/ou teórica (ANDRADE; MARQUES; ZAPPI, 2006). No caso específico, os membros culturalmente competentes foram aqueles que, dentre os gestores da Secretaria Municipal de Saúde, foram considerados aptos a responderem as perguntas da entrevista. Como é explicado na metodologia, os entrevistados foram referenciados uns pelos outros. Sendo assim, os próprios gestores entrevistados julgavam quais seriam culturalmente competentes sobre o tema.

Resultados

No decorrer da pesquisa, ao pedir aos gestores que elencassem características definidoras do processo de trabalho em saúde, algumas respostas chamaram a atenção. Destacamos neste artigo a ideia de que o trabalho em saúde provoca adoecimento nos trabalhadores deste setor. Segue o DSC referente a tal IC:

Trabalho em saúde provoca adoecimento dos trabalhadores

Há uns sete anos atrás eu ia falar que os trabalhadores de saúde do município não adoecem muito. Mas agora, eu acho que as pessoas estão muito doentes. Porque hoje o serviço tem uma dinâmica de trabalho muito intensa, o ritmo mudou. As equipes estão mais cansadas. Eu não sei o que acontece. Eu acho que quando a gente trabalha bem adoece menos. O trabalho só adoece quando ele está ruim, tá adoecendo muito é porque tem muita gente infeliz. Porque na verdade esse é um trabalho estressante porque o sujeito, ele chega frágil. Tem uma queixa. E o profissional de saúde às vezes também tá frágil. Aí eu acho que você tem que ter muito apoio da família. Eu aprendi também a não levar isso para casa depois, senão eu não vou conseguir dormir. Então assim, esse contato com a realidade do usuário, seus problemas de saúde, pode ser prejudicial ao trabalhador porque às vezes ele não encontra no sistema uma resolutividade. A gente ainda não tem uma rede organizada que dê condição ao profissional de lançar mão sem o clientelismo. E aí é que o sofrimento se dá. O que eu faço hoje na gestão também tem um impacto na vida do usuário, mas eu não escuto o tempo inteiro as lamúrias dele. Prefiro ter as cobranças que eu tenho hoje a ver o usuário sofrendo e eu me sentindo impotente em resolver. Então pra você ter uma ideia, vou te falar de um estudo preliminar que a gente fez a pedido da gerência de Gestão do Trabalho. No ano de 2010, a gente teve 79% da nossa folha de trabalho com algum tipo de afastamento de licença médica. Ou era para ele ou era para acompanhar pessoa da família. Setenta e nove por cento é um percentual que eu considero bem razoável.

Nota-se que os gestores pesquisados percebem que este processo de adoecimento de seus trabalhadores não é esporádico, porque relatam serem muitos os casos, nem ao menos casual, pois situam este processo na linha do tempo. Afirmam ser um fenômeno que só recentemente alcançou tal magnitude. Talvez a justificativa para isto esteja na frase “tá adoecendo muito é porque tem muita gente infeliz”.

Percebe-se certa confusão quanto a este fenômeno expresso na frase “Eu não sei o que acontece”. Há também a presença de ideias que, em contraposição ao que os estudos já citados (BRASIL, 2004; FRIEDRICH, 2005; REZENDE et al., 2005; ROLLO, 2007) apontam como causas para o adoecimento, parecem tender ao

senso comum: “quando a gente trabalha bem adoece menos”, “tem que ter muito apoio da família”, “aprendi também a não levar isso para casa”. É preciso que se considere que o trabalhador sabe mais que qualquer pesquisador sobre dinâmicas específicas de seu trabalho e o que lhe afeta (CLOT, 2006), o que levanta a pergunta: Quais papéis estas questões destacadas do discurso coletivo desempenham no processo saúde-doença do trabalhador de saúde?

Some-se a isto o percentual apresentado de “79% da nossa folha de trabalho com algum tipo de afastamento de licença médica” e outra pergunta se faz necessária: Quais as possibilidades de uma instituição alcançar suas metas e objetivos com esse quantitativo afastado?

Foi possível perceber também que este DSC ancora-se em uma crença da necessidade de um ambiente de trabalho harmônico como caráter protetor à saúde:

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

Acho que no trabalho você tem que **sempre**⁵ procurar buscar um ambiente harmonioso. Seja com os colegas, seja com os usuários. Porque se a gente não tiver aquele desejo de encontrar com o outro no local de trabalho, aí você pode ter certeza que você vai dormir menos, vai comer menos e vai ser menos feliz. E de fato, o trabalho **só** adoece **quando** ele está ruim, **como qualquer coisa na vida**. Mas tá adoecendo **muito** no setor saúde porque tem **muita** gente infeliz. Aqui na gestão o clima é mais tranquilo. Eu não escuto o **tempo inteiro** as lamúrias do usuário ou **todo dia**.

Questões derivadas da relação trabalhador-usuário aparecem como justificativa primordial ao adoecimento dos trabalhadores de saúde, sendo preferível aos gestores as cobranças do trabalho de gestor a ouvir as “lamúrias dele”. A partir dos estudos já feitos com base resultado, o contato frequente com o sofrimento trazido por este usuário poderia ser compreendido como sendo a fonte do adoecimento (REZENDE et al., 2005; RIOS, 2008). Todavia, levando em consideração a ancoragem do DSC, que traz como proteção à saúde um ambiente harmonioso, pode-se supor que de fato, na concepção dos gestores pesquisados, o que causa adoecimento no trabalhador em contato com o usuário não é o seu sofrimento em si, mas a desarmonia do ambiente de trabalho que acompanha o doente. Por isso talvez os termos “lamúrias do usuário” “o tempo inteiro”. Cabe o questionamento: se porventura os usuários não reclamassem tanto ou não perturbassem a ordem dos serviços de saúde, os trabalhadores adoeceriam menos?

⁵ Foram destacados em negrito advérbios, locuções e expressões que caracterizam intensidade e regras generalizantes.

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

A partir desta concepção de que o adoecer do trabalhador caracteriza o processo de trabalho em saúde, julgou-se interessante outra pergunta: Quais as razões para este adoecimento? As respostas seguem-se abaixo. As duas primeiras são RS que discutem a existência ou não deste processo de adoecimento entre os trabalhadores de saúde. A partir daí, pode-se perceber dois tipos de respostas: as que vinculam o processo de adoecimento a características ligadas ao serviço (condições de trabalho e características que definem o processo de trabalho em saúde) e as que o vinculam a características dos trabalhadores (características pessoais, suas decisões no ambiente de trabalho e como estabelecem seus relacionamentos).

Não sei, não tenho números

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

Nota-se neste discurso que, apesar da impressão ser de que os trabalhadores de saúde estejam *adoecendo muito*, há pouco o que se possa afirmar sobre este fato. Não há, por parte dos gestores municipais de saúde entrevistados, um diagnóstico mesmo que preliminar ou parcial a esse respeito. Contudo, o fato desta impressão não confirmada por *números* estar qualificada pela alta intensidade (*adoecendo muito*), sugere que este fenômeno não seja tão repentino, apesar de ter aumentado recentemente como afirma o DSC anterior. Ou seja, um fenômeno como o adoecimento dos trabalhadores da saúde, que tem consequências prejudiciais, às vezes permanentes, aos próprios trabalhadores, por conseguinte afetando também o funcionamento de serviços críticos à vida na cidade, sugere que movimentos para a compreensão e a avaliação desse fenômeno já poderiam ter ocorrido, ou ao menos começado. Ainda mais se

sopesarmos que este fenômeno não parece ser esporádico ou casual, mas intenso e crescente. Resta perguntar-mo-nos quais as razões para que o processo de avaliação e diagnóstico desta situação esteja aquém do que poderia estar. Parece-nos alarmante a constatação de tal realidade.

É interessante salientar também a valorização pelos gestores de dados numéricos em detrimento de suas impressões. Isto é, as impressões não parecem ser capazes de, sozinhas, evocarem diagnósticos preliminares e/ou alavancarem propostas para responder à situação. Para este DSC, foi possível identificar a AC que se segue:

AC – Ninguém sabe ao certo.

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

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

Quanto às respostas que afirmavam haver este adoecimento sistemático dos trabalhadores de saúde e forneciam explicações, seguem-se os DSC referentes:

Características adoecedoras atribuídas ao trabalho:

Adoecem por sofrerem violência por parte dos usuários
Tá todo mundo adoecendo porque o grau de aborrecimento, de desvalorização, de assédio moral... Se o usuário chegar aqui e gritar com o funcionário, o funcionário tá errado. Essas violências também geram adoecimento. Não é só o trabalhador de saúde que sofre violência. Só que quando tem alguém doente da família, muitas vezes um pai ou uma mãe, por ele ser violento ele já entra com agressão muito maior, então ele traz um estresse a esse trabalhador. E o gestor não defende o funcionário, porque ele precisa defender o usuário para ele não reclamar dele na Gestão nem no ministério público, porque o usuário é o fiel da balança.

Este discurso dos gestores municipais de saúde acerca da relação profissional-usuário disserta sobre consequências possíveis ao processo de trabalho em saúde na tendência de gestão que se tenta estabelecer hoje. De fato, o desafio atual proposto pelos que pensam a saúde hoje, a ser encarado pelos que trabalham na saúde, tem sido o de buscar empoderar os usuários, convocando-os a participarem do processo produtivo de seu cuidado. Pretende-se assim, assegurar ao usuário um modelo de atenção

e assistência que seja centrado em suas necessidades e desejos (CAMPOS, 2000; FRANCO; MERHY, 2005). Resta-nos questionar que consequências um modelo de gestão do trabalho em saúde centrado eminentemente no usuário pode ter no trabalhador que é requisitado a sustentar tal proposta. O discurso acima parece apontar que este modelo deixa os trabalhadores em situação de desigualdade desvantajosa, podendo desencadear situações danosas a sua saúde. Assim, na medida em que um modelo de gestão impõe que os serviços sejam voltados aos usuários, apontando-o como *fiel da balança*, parece abrir caminho para que violências por parte destes para com os trabalhadores sejam legitimadas. Neste nó da proposta, neste vespeiro, ninguém parece ter se atrevido a tocar ainda.

A questão aqui não é negar a importância desta argumentação, mas salientar que, em um setor impregnado por tecnologias de gestão fundadas nas teorias administrativas neoliberais e importadas das empresas do setor privado para o setor público como acontece no setor saúde (PAULA, 2009; MERHY, 2002), há um perigo expresso de que esta proposta acabe se enviesando na prática, em apropriação da força de trabalho como recurso.

Adoecem por falta de condições de trabalho

Saúde do Trabalhador vai implicar para mim o ambiente de trabalho. Então, não é uma questão de categoria. E quais são as condições sociais que a prefeitura te oferece? O trabalhador não tem plano de saúde, o trabalhador não tem lugar decente para almoçar, o trabalhador não tem *ticket*. Como se pensa em saúde do trabalhador se você não tá pensando na saúde mental desse cidadão, das condições de trabalho dele? Por exemplo, tinha uma unidade de saúde que era insalubre, que tinha mofo. Você vê que é uma falta de respeito com o trabalhador. Então se ele desenvolveu uma insuficiência respiratória, uma alergia, para mim ele é a vítima. Assim, a saúde do trabalhador para mim começa desde a hora que ele começa a fazer as atividades dele até a hora que no momento que ele tá pesando no seu trabalho. Então você tem que pensar na qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Este discurso está consonante com uma realidade que ainda existe na saúde pública (BRASIL, 2006) – instalações insalubres e precárias (ambiência do trabalho). Todavia, é interessante perceber que, para os gestores municipais de saúde entrevistados, essas situações são *falta de respeito com o trabalhador*. O que se põe em jogo com esta fala é que a exposição dos trabalhadores aos riscos da precariedade das condições de trabalho seja desrespeitosa. No entanto, já é sabido que nem tudo o que se deseja nos processos que se dão do/no trabalho em saúde se institui e se prolifera enquanto práticas apenas pela outorgação ou instituição enquanto leis (CECCIM, 2005). Ou seja, as normas

legais não são comumente capazes de por si só garantirem saúde aos segmentos da sociedade a que se destinam (CAMPOS, 2003).

Ancorando este discurso, está a ideia abaixo:

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

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

Assim, ancorando a ideia de que o que causa o adoecimento dos trabalhadores de saúde é o ambiente de trabalho e suas condições precárias à condução e à execução dos serviços, está a impressão de que os que adoecem são provenientes sempre dos mesmos estabelecimentos. Ou seja, haveria variabilidade de qualidade infraestrutural, de condições e de ambiente de trabalho nos diferentes serviços desta mesma instituição “secretaria de saúde”, sendo que as instalações com piores condições proporcionariam comparativamente mais adoecimento entre seus trabalhadores do que as de melhores condições. Esta afirmação, com logicidade interna contundente, levanta outro questionamento: por que há esta variabilidade?

Adoecem pelo estresse da urgência e da emergência

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

AC – Casos graves a todo o momento.

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

Este discurso, à primeira vista, parece corroborar o que parte da literatura científica aponta como causa do adoecer dos que trabalham no setor saúde: o contato prolongado com o sofrimento humano (REZENDE et al., 2005; RIOS, 2008). Entretanto, caracteriza-o circunscrevendo-o ao trabalho na urgência e na emergência. Assim, não dá para ter certeza se o que está posto como adoecedor é mesmo o contato com o sofrimento ou o fato de que o processo de trabalho em ambientes como os de urgência e emergência imprimem uma velocidade intensa e pressão contínua sobre o trabalhador, acabando por estressá-lo. A AC sugere que seja de fato esta segunda possibilidade, uma vez que veicula a ideia de que, nestes serviços, o fluxo de casos que demandariam muito do trabalhador seria contínuo, não havendo tempo de descanso ou de menor intensidade. Assim, há talvez posta aqui a ideia de que o que adoecer não é o contato com o sofrimento propriamente dito, mas o caráter de ritmo de trabalho célere e ininterrupto.

Adoecem por terem mais de um vínculo empregatício

O trabalhador de saúde, pelo fato dele ter na legislação a liberdade para ter outros vínculos de trabalho, isso também acarreta o adoecer. Porque, como que um trabalhador pode trabalhar 24 horas? Impossível. Hoje, a nova portaria do ministério da saúde permite isso. Aí, acaba adoecendo mesmo. Mas porque essas cargas horárias excessivas? Porque paga-se mal e aí, o servidor, ele tem que ter mais de um vínculo. Não posso provar isso, mas eles, se trabalham 12 por 36, por exemplo, trabalham um dia de dia aqui e de noite em outro lugar, dormem muito pouco. Eu insisto, a condição estressante é uma condição de excesso de trabalho que ela não é só em um lugar.

Este DSC correlaciona o adoecimento dos trabalhadores de saúde à prática comum neste meio de se ter mais de um vínculo empregatício. A lógica apontada é que, por trabalharem muito, não têm tempo para repor suas forças. Nem ao menos têm tempo para descansar, *dormem muito* pouco. Esta lógica parece remontar um conceito antigo da área da saúde pública: o ciclo econômico da doença. Por este conceito, afirma-se que, em populações de baixas condições socioeconômicas, a doença implica em uma diminuição da capacidade de trabalhar e produzir. Esta situação tem por consequência a diminuição do poder aquisitivo, que por sua vez diminui ainda mais a capacidade destes indivíduos de manterem padrões de vida condignos em termos de moradia, alimentação, acesso a setores de serviço etc. Esta realidade, por fim, torna mais provável o aparecimento de doenças (GUIMARÃES et al., 2010).

Aplicando-se à realidade em questão, o que parece ser dissertado pelo grupo de gestores municipais de saúde é: os trabalhadores de saúde têm salários baixos e por isso trabalham em mais de um emprego. Dessa forma se desgastam sem serem capazes de recompor suas energias e adoecem. Ao acontecer isso, criam-se demandas secundárias como a necessidade de remédios, por exemplo, diminuindo a capacidade aquisitiva do trabalhador. Por conseguinte, os trabalhadores se veem necessitados de trabalhar mais a fim de suprirem estas demandas. O conceito é ciclo econômico da doença, porque a lógica se dá em um ciclo vicioso: situações específicas provocam o adoecimento, que impele o indivíduo a agir, recriando tais situações a fim de tentar sanar as necessidades geradas pelo adoecimento.

Assim, Souza (2010) afirma que muitos trabalhadores do setor saúde identificam este processo de adoecimento não somente como advindo de acidentes de trabalho, mas o vinculam principalmente a duas questões: vínculos empregatícios irregulares, tratada neste DSC, e à sensação de que sentem ter menos direitos do que os cidadãos, como se não fossem eles próprios cidadãos, situação já abordada aqui. Assim, acabam por questionarem-se quem seria responsável por cuidar da saúde deles.

Características adoecedoras atribuídas aos próprios trabalhadores

Adoecem pelo contato com o sofrimento humano

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

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

[...] ele acaba talvez incorporando os problemas; aprendi também a não levar isso para casa depois; estaria buscando formas de me blindar; eu optei em procurar outra coisa; um ou outro tira de letra e eles não se envolvem tanto.

Assim, os gestores pesquisados parecem sugerir que o adoecimento só ocorre quando o trabalhador que encara cotidianamente este sofrer do usuário não é capaz de desenvolver uma alternativa que lhe permita suportar tal situação, mesmo que esta alternativa seja o não envolvimento do trabalhador para com o usuário. Ou seja, só adoeceriam os trabalhadores de saúde que não encontrassem maneiras de se *blindarem* deste sofrimento humano.

A questão se complica ainda mais se levado em conta o discurso que ancora tal ideia.

AC – Muitas vezes, os problemas de saúde requerem ações intersetoriais para além da alçada do trabalhador da ponta.

Eu sei que tem, sei dos problemas da comunidade, sei que as equipes estão ali lidando com isso, mas não me bate tanto hoje. Por que quando estava na ponta **nem sempre** eu sabia como resolver aquele problema, que às vezes nem era eu que ia resolver. Era uma ação intersetorial, era uma questão mesmo do Presidente da República, mas aquilo me impactava.

A AC parece apresentar a noção de que muitas vezes as demandas trazidas pelos usuários não têm como ser resolvidas pelos trabalhadores de saúde nos “serviços da ponta”. Isto porque seriam decorrentes de questões macro, demandando ações inter-setoriais e de nível macrogovernamental para serem sanadas. Assim, adoeceria o trabalhador que não conseguisse compreender isto e aceitar que, para vários casos, suas mãos estariam atadas, pois seu fazer limitado pouco influiria na situação apresentada pelo usuário. Ou seja, aquele que não consegue em alguma medida aceitar e conviver com o sofrimento alheio, quando não há possibilidades de resolver a situação, adoeceria trabalhando na saúde.

Adoecem por que não usam os equipamentos de segurança

Vamos falar do acidente, o acidente físico. Nós temos em relação aos equipamentos de segurança individuais, hoje para o trabalhador, não para todos – inclusive a gente tá discutindo sapato fechado – mas a luva, a máscara, alguns equipamentos de segurança. Mas temos muitas pessoas que resistem a usar. Então isso a gente até tá discutindo. Talvez fazer algum protocolo, porque ele também tem que ser penalizado. Ele é obrigado a usar e não pode deixar de usar. Aí eu me pergunto: “é responsabilidade de quem?”. Se ele tem um EPI e não usa a responsabilidade para mim é do próprio trabalhador. Então eu acho que tem essa característica, não é só a responsabilidade do Governo. Tem a nossa responsabilidade. Se, por exemplo, a gente trabalha com uma cadeira que não é a melhor cadeira, mas nunca reivindica, se acomoda com aquela cadeira. Se a gente dissesse assim: “Não, não consigo trabalhar nessa cadeira”, então a gente não adquiriria alguns vícios. “Essa é a melhor mesa para trabalhar? Essa é a melhor cadeira?” A gente acaba não dizendo isso para o Governo, mas depois a gente fica doente e diz que “foi o Governo que me deixou doente”. Não, eu concordei, eu fui conivente com isso.

AC – Existem pessoas imprudentes.

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

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

outros motivos provenientes do processo de trabalho que expliquem os acidentes de trabalho para além da imprudência individual dos acidentados.

A situação apontada poderia ser vista como fruto da intensificação do trabalho cotidiano, das exigências e pressões (protocolares ou não) feitas aos trabalhadores e da recorrente falta de recursos materiais, fenômenos frequentemente presentes no cenário do trabalho em saúde. Estes e outros desafios neste setor acabam por se associar a um processo de desgaste e estresse ou de sofrimento e desprazer com o trabalho que afeta diretamente a qualidade do serviço prestado por influenciar a subjetividade dos trabalhadores deste setor (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011).

Todavia, vale ressaltar que o discurso acima não está fazendo referência a situações em que há falta de recursos materiais, mas principalmente aos casos em que existem os recursos ou em que é presumível a manifestação dos trabalhadores em prol de alguma exigência que afete sua saúde e ainda assim não o fazem. Os trechos a seguir sugerem o exposto:

Nós temos em relação aos equipamentos de segurança individuais, hoje para o trabalhador, não para todos [...] mas a luva, a máscara, alguns equipamentos de segurança. Mas temos muitas pessoas que resistem a usar. / Se a gente dissesse assim: “Não, não consigo trabalhar nessa cadeira”, então a gente não adquiriria alguns vícios.

Nestes casos, em que os recursos existem e há abertura para reivindicações por parte dos trabalhadores, estes não o fazem e os gestores atribuem os subsequentes acidentes à imprudência individual. Neste sentido, não se percebe uma tentativa, por parte dos gestores, de compreender qual processo impele tais trabalhadores a agirem assim, recusando por vezes o uso de EPIs.

Dejours (1992) pode contribuir para repensar este fenômeno. Discutindo o comportamento coletivo de trabalhadores, Dejours afirma que, em alguns casos extremos vivenciados no mundo do trabalho e que impõem dificuldades e/ou situações limítrofes aos trabalhadores, estes acabam por buscar no coletivo uma ressignificação destes fatores como um mecanismo de proteção individual e pertença grupal. Assim, um exemplo deste processo são os casos em que não existem equipamentos de proteção individual suficientes a todos ou estes equipamentos não oferecem, na visão dos trabalhadores, o nível de proteção desejado e, como um mecanismo de formação reativa, os trabalhadores passam a perceber o uso destes equipamentos como um sinal de fraqueza pessoal.

Casos como este só podem ser analisados como tal se acharem respaldo coletivo. Assim, seria preciso que se investigassem quais os processos que

estão subjacentes ao ocasional não uso de EPIs por tais profissionais. De qualquer forma, os gestores entrevistados não chegam a cogitar essa possibilidade, imputando aos trabalhadores de saúde a responsabilidade por seu adoecimento quando este é desencadeado pelo não uso dos equipamentos.

Adoecem por conflitos interpessoais no trabalho

Se no meu ambiente de trabalho eu contamina os outros de uma forma negativa, pessimista, eu vou ter isso no meu ambiente de trabalho. Um ambiente onde tem muita competição, onde as pessoas são muito vaidosas, eu acho que adoecem mais. Eu já trabalhei em lugares assim, em que eu simplesmente tive meu tempo de validade ali, e eu disse: não! Fiz minha tentativa e tive que sair porque ou eu ficava igual ou pior, ou eu adoecia, então eu optei em sair. É que na saúde muitas vezes a gente nem conversa com o colega. É um querendo comer o outro, um querendo condenar o outro porque tava um caos em alguma situação, ao invés de pensar assim como que nós vamos nos unir para reverter, para discutir, para problematizar. E tem outra coisa, o trabalhador concursado não está mais protegido porque os funcionários que estão em período probatório estão sofrendo um terrorismo assustador. Em relação à saúde do trabalhador, não tem vantagem nenhuma. Então é complicado, assédio moral. Os novos que estão entrando, como a bagunça tá muita, eles não se comprometem com o trabalho. A grande maioria, qualquer coisinha, tira uma licença.

Este DSC traz à discussão a ideia de que o adoecimento do trabalhador de saúde está relacionado ao trabalho a partir da qualidade das relações que ele constrói no seu ambiente. Localiza o próprio trabalhador laboral como fonte desencadeadora dos conflitos interpessoais no trabalho, vide a primeira frase. Caracteriza esta situação como extrema:

Na saúde, muitas vezes a gente nem conversa com o colega. É um querendo comer o outro, um querendo condenar o outro; estão sofrendo um terrorismo assustador e assédio moral.

Aponta-se como consequência destes conflitos o não comprometimento dos trabalhadores com o trabalho.

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

A AC apoia esta ideia uma vez que justifica que este trabalhador adoece pela má qualidade das relações que ele mesmo contribuiu para criar, porque

nem todo mundo busca resolver tais conflitos. Ou seja, haveria pessoas que não buscam discutir os conflitos no trabalho, deixando virar *um problema maior*, tornando-as mais propícias a adoecerem por se sentirem *mais sozinhas*. Chega a afirmar que isto possa ser uma questão espiritual de tão séria.

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

O trabalho tem as suas dificuldades porque são pessoas diferentes, mas que a gente tem que lidar com isso. Tem os conflitos que eu acho que **a todo momento** eles tem que ser ditos, porque senão a gente não resolve e isso vai virando um problema maior e isso vai te causando mais sofrimento. Porque eu acho que **hoje em dia** as pessoas estão adoecendo muito no trabalho por depressão, porque se sentem mais sozinhas. Então eu acho que no trabalho você tem que **sempre** buscar um ambiente harmonioso. **Nem todo mundo** tem isso... **não são todos**, eu acho, que buscam isso. Acho que é uma questão espiritual também, **tem gente que** é afastado de Deus. Então por mais que você aproxime, é autoritária. Porque é um terrorismo. Quando você chega no serviço, você vê que quem já tá lá, ao invés de apagar incêndio, deixa **todo mundo** aterrorizado também, então entra ali na sintonia.

Considerações finais

O tema saúde do trabalhador de saúde é relevante, pois o adoecimento massivo de trabalhadores de saúde tem consequências drásticas, primeiramente na vida do próprio trabalhador, depois na vida do usuário dos serviços de saúde, podendo chegar, em nível macro, a afetar a realidade social de uma nação. Isto porque:

[...] o processo de sindicalização, os patamares de organização dos TS [trabalhadores de saúde] e, sobretudo, a criação de espaços de negociação para o debate de suas reivindicações dependem também das margens para ação ampliadas ou restritas pelos modelos de gestão. (ASSUNÇÃO, 2012, p. 20)

Ou seja, as questões relativas ao processo de trabalho em saúde que podem afetar a saúde destes trabalhadores devem ser abordadas como meios de garantir, em primeiro lugar, o direito à saúde dos próprios trabalhadores (ROLLO, 2007) e, em segundo lugar, o direito dos usuários à saúde e aos serviços públicos de qualidade. São, assim, pontos estratégicos da atuação dos gestores de saúde (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011; ASSUNÇÃO, 2012).

De fato, além de ser relevante, o tema está em voga. Contudo, pouco se conseguiu avançar em termos de melhorias concretas. Uma das possíveis explicações para isso é que órgãos de gestão locais e regionais de serviços de saúde, a exemplo de órgãos nacionais e internacionais, não inseriram este tema em sua pauta buscando centrar a discussão da saúde

do trabalhador de saúde no processo de trabalho em saúde ao invés de centrá-lo no trabalhador (ROLLO, 2007; GAZE; LEÃO; VASCONCELLOS, 2011).

De fato, parece haver uma política de gestão não proposital de atribuição excessiva de encargos aos trabalhadores do setor saúde imputando-lhes quase que exclusivamente a responsabilidade pela tão cobrada resolutividade dos serviços. Assim, ao discutir acerca das influências do capital e do projeto neoliberal nos modos de gerenciamento dos serviços de saúde, Merhy (2002) afirma estar este contexto de disputa cada vez mais turvo, sendo atravessado por modelos de gestão competitiva e pela noção de clientela consumidora.

Neste cenário, este estudo apontou como a compreensão de órgãos governamentais locais pode não ter uma avaliação mais acurada da situação, discutindo que as impressões do processo, apesar de graves, não são suficientes para mobilizar a gestão e/ou seus gestores. Precisa-se de números. Mostrou como as opiniões a respeito do que explicaria o adoecimento dos trabalhadores de saúde parecem se dividir em dois tipos de explicação: questões ligadas a organização do trabalho e questões pessoais dos trabalhadores, sendo estas últimas em maior número.

Mostrou ainda como há, por parte dos gestores pesquisados, um caráter forte de atribuição de responsabilidade do adoecer dos trabalhadores aos próprios. Procurou discutir, aprofundando a análise sobre o tema, que talvez o adoecimento ligado ao trabalho em saúde não seja proveniente do trabalho, mas das formas de organização que esse processo de trabalho adquire, que perpassam modelos de gestão. Buscou assim, como sugerem Ramminger e Brito (2008) e Gaze, Leão e Vasconcellos (2011), centralizar o debate da relação saúde e trabalho no processo de trabalho, não no indivíduo. Estes autores defendem que este caminho pode alcançar reflexões mais densas. Acreditamos que os resultados aqui expostos poderão subsidiar novas pesquisas visando permitir uma reflexão cada vez mais aprofundada das questões citadas.

Demonstraram-se ainda noções veiculando a ideia de que a relação entre profissional de saúde e usuário dos serviços de saúde pode ser prejudicial ao trabalhador na medida em que este não consiga construir limites no seu envolvimento com o usuário e suas demandas. Esta noção vai de encontro ao que se defende na literatura científica de que os serviços de saúde devam ser centrados nos usuários e suas demandas, cabendo aos trabalhadores se envolverem de tal modo que articulem o próprio envolvimento do usuário com sua trajetória terapêutica (CAMPOS, 2000; MERHY, 2002; FRANCO; MERHY, 2005). Assim, para estes autores, este encontro trabalhador de

saúde-usuário deveria ser “a principal matéria-prima deste processo” (FARIA, 2010, p. 24-25). Como entender e defender esta proposta se de fato ela propiciar o adoecimento dos trabalhadores? Há, portanto, que se aprofundar nas pesquisas sobre este tema de modo a compreender como esta dinâmica, como este encontro afeta a saúde do trabalhador. Uma vez que há possibilidade de efeitos positivos nesta relação, como sugere a literatura, deve haver também a possibilidade de efeitos negativos para ambos (FARIA, 2010), como sugerem os gestores pesquisados.

Tendo em vista os achados supracitados, é possível inferir que, na concepção dos gestores pesquisados, envolvidos na discussão sobre o adoecimento dos trabalhadores e na construção de estratégias que funcionem como alternativas a tal cenário, há por vezes uma naturalização do próprio processo de adoecimento dos trabalhadores do setor saúde. Isto é possível de ser verificado à medida que identificam tal processo com fatores inerentes ao próprio processo de trabalho. São elas: 1) o contato com o usuário em momentos críticos, propiciando violências e impelindo os trabalhadores a se distanciarem emocionalmente como forma de autoproteção; 2) o caráter de urgência dentro de ambientes de trabalho em saúde; 3) o fato de haver uma sensação de estarem os trabalhadores adoecendo, mas sem ninguém saber ao certo qual a dinâmica e as proporções reais do fenômeno; 4) a sobrecarga de trabalho agravada por questões socioeconômicas que impelem os trabalhadores a buscarem mais um vínculo empregatício, comprometendo sua saúde; e 5) a percepção de que muitos dos problemas de saúde trazidos aos serviços referem-se a questões socioeconômicas, políticas e estruturais enfrentadas pela comunidade atendida que escapam à alçada do setor saúde, impondo aos trabalhadores lidarem com situações para as quais nem sempre podem dar soluções definitivas, apenas paliativas.

Em contraposição a tais concepções, encontramos interpretações distintas para este fenômeno. São elas: 1) o fato de localizarem este processo de adoecimento no espaço-tempo, referindo-o ora como um fenômeno agravado recentemente, ora como situado em localidades específicas cujas condições de trabalho se encontram mais precárias e cujas relações interpessoais se encontram mais deterioradas; e 2) o fato dos profissionais serem imprudentes no que concerne sua própria proteção e por vezes pouco engajados em aperfeiçoar o serviço, negando-se a discuti-lo em prol de melhorias e tirando licenças sem necessidade. Assim, em divergindo das concepções que inferem uma naturalização do adoecimento dos trabalhadores de saúde, os gestores pesquisados também apresentam que este fenômeno sofre interferência dos modelos de gestão adotados e de características individuais dos trabalhadores.

Deste modo, a explicação sobre o fenômeno de adoecimento destes trabalhadores se complexifica. Todavia, cabe retomar que, à medida em que o trabalho em saúde é relacional, é parte da concepção destes gestores que nem toda relação construída neste âmbito é positiva – seja esta profissional-usuário ou profissional-profissional. Muitas vezes porque a dimensão cuidadora não é preservada, pois a conjuntura social e os limites estruturais dos serviços impelem os trabalhadores a erguerem barreiras emocionais que dificultam o estabelecimento de vínculo.

Não apenas isto, é preciso considerar também que vários dos fatores apontados como adoecedores – sejam eles inerentes ou não ao trabalho – dificultam o pleno exercício da liberdade e da autonomia dos trabalhadores de saúde no seu fazer diário, pré-requisito fundamental ao caráter relacional e promotor de cuidado, inerente ao trabalho em saúde (MERHY, 1998). Assim, o que se pode constatar é que, a partir da compreensão de que a qualidade dos serviços depende da manifestação afetivo-emocional dos trabalhadores que se põem a prestar tais serviços, os modelos de gestão das organizações parecem buscar a ordenação destas manifestações de modo pertinen-

te (ou seja, produtivo) às organizações (ASSUNÇÃO; LIMA, 2010). Talvez isto explique o porquê de nem os gestores pesquisados, nem boa parte da literatura específica parecerem ser capazes de associar os efeitos de distintos modelos de gestão do trabalho sobre a dimensão relacional.

Neste sentido, concluímos que, apesar de ser um tema importante e em voga, a compreensão da saúde do trabalhador de saúde está perpassada por concepções distintas e até divergentes, seja no âmbito teórico, seja no âmbito da gestão. Deste modo, muito há que se pesquisar em vistas de aprofundar o entendimento sobre esta matéria. Todavia, parecem-nos premente salientar que este aprofundamento não pode se furtar de repensar o processo de adoecimento dos trabalhadores deste setor enquanto algo naturalizado. Isto porque, como demonstrado no presente texto, esta naturalização perpassa tanto as considerações teóricas, quanto as percepções de gestores de saúde. E, enquanto um fenômeno naturalizado, este representa um perigo, visto que restringe as possibilidades de se vislumbrar estratégias de seu enfrentamento que não se reduzam a medidas paliativas e/ou circunstanciais.

Contribuições de autoria

Brotto, T. C. de A.: contribuiu na elaboração do projeto e seu delineamento, no levantamento de dados, na sua análise e interpretação e elaboração do manuscrito. Dalbello-Araujo, M.: contribuiu na elaboração do manuscrito, na revisão crítica e aprovou a versão final a ser publicada.

Referências

ARENDT, H. *A condição humana*. São Paulo: Universitária, 1987.

ANDRADE, C. T. S.; MARQUES, J. G. W.; ZAPPI, D. C. Utilização medicinal de cactáceas por sertanejos baianos. *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, Botucatu, v. 8, n. 3, p. 36-42, 2006.

ASSUNÇÃO, A. Á.; BELISÁRIO, S. A. *Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.

ASSUNÇÃO, A. A. *Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2012.

ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. Aproximações da ergonomia ao estudo das exigências afetivas das tarefas. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. *Saúde*

mental no trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p. 210-228.

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

BRASIL. *Política nacional de humanização humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem análise do contexto da gestão e das práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. 2. ed. Brasília, DF:

Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.

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

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

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

CHAMON, E. M. Q. O. Representação social da pesquisa pelos doutorandos em ciências exatas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano 6, n. 2, p. 21-33, 2006.

CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução Ana Isabel Paraguay; Lúcia Leal Ferreira. 5 ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

FARIA, H. X. *No fio da navalha*: o processo de trabalho de uma unidade de saúde da família de Vila Velha-ES. 2010. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional)–Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2010.

FARIA, H. X.; DALBELLO-ARAÚJO, M. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-439, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/Abrasco, 2005. p. 181-193.

FRIEDRICH, D. B. C. *O trabalho em saúde*: focalizando pessoas e processos nas equipes de Saúde da Família em Juiz de Fora. 2005. 151 f. Tese (Doutorado em Medicina Social)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

GAZE, R.; LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. A Organização Internacional do Trabalho: a saúde fora do lugar. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; BARROS, M. H. *Saúde, trabalho e direito*: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 201-256.

GUIMARÃES, F. F. et al. Ações da vigilância epidemiológica e sanitária nos programas de controle de zoonoses. *Revista Veterinária e Zootecnia*, v. 17, n. 2, p. 151-162, jun. 2010.

JACKSON-FILHO, J. M. Considerações sobre o tema “Saúde dos Trabalhadores da Saúde” e

breve apresentação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 4-5, 2008.

LEFEVRE, A. M. C.; CRESTANA, M. F.; CORNETTA, V. K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH”. *Saúde e Sociedade*, v. 12, n. 2, p. 68-75, jul-dez. 2003.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. *Depoimentos e discursos*: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília, DF: Liber Livro, 2005.

_____. O sujeito coletivo que fala. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 10, n. 20, p. 517-24, jul.-dez. 2006.

LORENZI, R. L.; OLIVEIRA, I. M. Tuberculose em trabalhadores de enfermagem: uma abordagem epidemiológica de base populacional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 6-14, 2008.

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

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

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

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*: reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã, 1998. p. 103-120.

PAULA, A. P. P. *Por uma nova gestão pública*: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

PENA, P. G. L.; GOMES, A. R. A exploração do corpo no trabalho ao longo da história. In: VASCONCELLOS, L. C. F.; BARROS, M. H. *Saúde, trabalho e direito*: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 85-124.

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

REIS, L. B. *Uma análise da dimensão ético-política do trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Vitória*. 2005. 224 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

REZENDE, V. L. et al. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de

mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 27, n. 12, p. 737-743, 2005.

RIOS, I. C. Humanização e ambiente de trabalho na visão de profissionais da saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 151-160, 2008.

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

ROSENFELD, C. L. Autonomia outorgada e apropriação do trabalho. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 6, n. 12, p. 202-227, jul-dez. 2004.

SÊGA, R. A. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. *Revista Anos 90*, Porto Alegre, n. 13, p. 128-133, jul. 2000.

SILVA-FILHO, J. F. A construção do pesquisador em saúde mental e trabalho. In: BORGES, L. H.; MOULIN, G. B.; DALBELLO-ARAÚJO, M. *Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações*. Vitória: Edufes, 2001. p. 17-38.

SOUZA, M. T. A saúde do trabalhador do SUS. *Revista Saúde Coletiva*, v. 41, n. 7, p. 134, jun-jul. 2010.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-561.