

Luiz Gonzaga Chiavegato Filho

Trabalho e saúde: estudo com médicos do Sistema Único de Saúde de Jaguariúna (SP), na perspectiva da Clínica da Atividade.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Doutor em Ciências, Área: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Navarro

RIBEIRÃO PRETO - SP

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Chiavegato Filho, Luiz Gonzaga

Trabalho e saúde: estudo com médicos do Sistema Único de Saúde de Jaguariúna (SP), na perspectiva da Clínica da Atividade. Ribeirão Preto, 2011. 199 p. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicologia.

Orientadora: Navarro, Vera Lúcia.

1. Saúde e trabalho. 2. Psicologia do trabalho. 3. Médicos. 4. Sistema Único de Saúde.

Nome: CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga

Título: Trabalho e saúde: estudo com médicos do Sistema Único de Jaguariúna (SP), na perspectiva da Clínica da Atividade.

Tese apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Aos meus queridos pais, Luiz Gonzaga, meu eterno orientador, e Maria Cecília,
exemplos de garra, amor e coragem dedicados à minha família e por tudo que
representam naquilo que eu sou.*

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Vera Lucia Navarro, do Departamento de Psicologia da FFCLRP/USP, minha orientadora, por sempre confiar em minha capacidade de chegar ao fim desse trabalho e, sobretudo, respeitar os meus limites.

À Prof. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias, da UNESP/Botucatu, pela disponibilidade e atenção que sempre me ofereceu e pelas importantes e valiosas contribuições dadas ao desenvolvimento dessa pesquisa na banca de qualificação, assim como a Prof. Dra. Maria Helena Palucci Marziale, da EERP/USP.

A Prefeitura Municipal de Jaguariúna/SP, na pessoa do então Prefeito Municipal Sr. Tarcísio Cleto Chiavegato, ao Secretário Municipal de Saúde Dr. José Cláudio Klier Monteiro, bem como, aos profissionais Médicos e Gestores de saúde que aceitaram participar dessa pesquisa, sem o que esse trabalho não seria realizado.

A todos de minha família que sempre estão por perto para apoiar, segurar, dividir, multiplicar, somar em todos os momentos de minha vida. Importante registrar que mesmo os pequenos João Pedro e Henrique, embora ainda não saibam, são fundamentais para encarar a vida real de uma forma mais (bem mais...) alegre.

À Elaine, pela paciência em ficar ao meu lado em todos os momentos desse trabalho e também pela força, carinho e amor dedicados. Eu sempre serei grato!

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP, pela oportunidade e apoio na execução das tarefas.

Aos meus amigos mineiros, todos sem exceção, nossos encontros, mesmo que eventuais, muito contribuíram para o desenvolvimento de minhas ideias.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP, aos colegas e a todas as pessoas que direta ou indiretamente colaboram na execução desse trabalho de pesquisa.

É preciso recomeçar, recomeçar sempre, aprendendo com os erros, compreendendo que a única coisa que permanece é a mudança.

Z. Rodrix

*Como vou contar, e o senhor sentir em meu estado?
O senhor sobrenasceu lá? O senhor mordeu aquilo? (...)
O senhor... Mê dê um silêncio. Eu vou contar. Mas conto menos do que foi:
a meio, por em dobro não contar. Assim seja que o Senhor uma ideia se faça.
Altas misérias nossas. Mesmo eu – que, o senhor já viu, reviro retentiva
com espelho cem-dobro de lumes, e tudo, graúdo e miúdo, guardo –
mesmo eu não acerto no descrever o que passou assim,
(...)*

*Agora que mais idoso me vejo, e quanto mais remoto aquilo reside, a lembrança demuda de
valor – se transforma, se compõem em uma espécie de decorrido formoso.*

*O senhor vai pondo seu perceber. A gente vive repetido, o repetido, e, escorregável, num mim
minuto, já está empurrado noutra galho. Acertasse eu com o que depois sabendo fiquei, para de
lá de tantos assombros... Um está sempre no escuro, só no último derradeiro é que clareiam a
sala. Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente no meio da
travessia*

Guimarães Rosa

RESUMO

CHIAVEGATO FILHO, L.G. **Trabalho e saúde: estudo com profissionais médicos do Sistema Único de Saúde de Jaguariúna (SP), na perspectiva da Clínica da Atividade**. 2010. 199f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

As mudanças registradas nas últimas décadas no universo do trabalho afetaram distintas categorias de trabalhadores. Com a categoria médica não foi diferente. O grande desenvolvimento tecnológico, voltado para a medicina e para a indústria farmacêutica, acrescido do crescimento das empresas compradoras de serviços médicos, compõe um novo cenário que altera o processo, a organização e as relações trabalhistas desta categoria profissional, o que repercute nas condições de trabalho e na saúde dos trabalhadores. Tomando como referência este quadro de mudanças, esta pesquisa objetivou investigar as relações entre o trabalho e a saúde de médicos do Sistema Único de Saúde do município de Jaguariúna (SP). A pesquisa de caráter qualitativo teve como principal técnica de coleta de dados a entrevista (individuais abertas e baseadas no método de instrução ao sócio). Ao todo foram entrevistados quinze (15) médicos e dois (2) gestores da Secretaria de Saúde do município. Os dados obtidos revelaram que aqueles profissionais estão submetidos a um processo de trabalho, baseado no modelo de medicina tecnológica, que lhes tira a autonomia para gerir o próprio trabalho, os sobrecarregam e os expõem a situações de muita pressão. Tal condição faz com que os médicos não se sintam realizados e nem, algumas vezes, se reconheçam no próprio trabalho, além dos relatos de ausência de apoio dos colegas para execução das tarefas e reconhecimento por parte das chefias e pacientes, o que representa um empobrecimento da identidade profissional e a vivência de uma atividade de trabalho contrariada. De acordo com os depoimentos, as condições e a organização do trabalho, de maneira geral, interferem nas condições de vida e saúde daqueles médicos. Hipertensão e transtornos mentais comuns, sob a forma de stress, ansiedade e depressão foram os principais problemas de saúde que os entrevistados relataram sofrer, porém nem todos os identificaram como relacionados ao trabalho.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (Brasil); saúde e trabalho; médicos; clínica da atividade; psicologia do trabalho.

ABSTRACT

CHIAVEGATO FILHO, L.G. **Work and health: research about the physicians from the Sistema Único de Saúde (National Health System) in Jaguariúna, considering the Activity Clinic's point of view.** 2010. 199f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

The last decades had remarkable changes recorded in the world of work that affected different categories of workers. It wasn't different with the medical profession. The great technological development, focusing on medicine and the pharmaceutical industry, added to the growth of the purchasing companies of medical services, makes up a new scenario that changes the process, the organization and labor relations of the professionals in this category, which brings repercussions for the work conditions and workers' health. Taking this frame changes as a reference, this study aimed to investigate the physicians from the Sistema Único de Saúde (National Health System) in Jaguariúna city regarding to the relations between doctors' work and health. The qualitative research was performed with interviews in which the data collection was the main technique (individually and self-confrontation). Altogether were interviewed fifteen (15) physicians and two (2) administrators of the Sistema Único de Saúde (National Health System) of the mentioned city. The obtained data revealed that those professionals are submitted to a process of work based on the model of medical technology, which takes away their autonomy to manage their own work, burdens and exposes them to high pressure situations. This condition makes the doctors feel the lack of accomplishment and in this case they can even reach the point of do not recognize themselves in their own work, a part of the reports showing the lack of support from the workmates to execute daily tasks and insufficient recognition from managers and patients, which represents an impoverishment of their professional identity and the experience of a contradictory work activity. According to testimony, the work conditions and organization in general, affect the doctor's life and health conditions. Hypertension and common mental disorders, expressed mainly in as stress, anxiety and depression were the main health problems that interviewed reported suffering, but not all identified them related to work.

Keywords: Health System (Brazil); health and work; physicians; Activity Clinic; psychology of the work.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
CAPÍTULO 1	19
1. INTRODUÇÃO	20
1.1. O mundo do trabalho na sociedade contemporânea.....	20
1.2. O trabalho em saúde no contexto da reestruturação produtiva e da ideologia gerencialista.....	34
1.3. O conceito de saúde.....	42
1.4. O campo da saúde do trabalhador.....	45
CAPÍTULO 2	51
2. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PARA A ANÁLISE DO TRABALHO	52
2.1. Em busca do “sentido” na análise e intervenção em psicologia do trabalho.....	61
CAPÍTULO 3	81
3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O TRABALHO MÉDICO	82
3.1 Políticas públicas de saúde no Brasil.....	82
3.2 O trabalho médico.....	89
3.3 O mercado de trabalho médico.....	99
3.4 A relação trabalho e saúde dos profissionais médicos.....	102
CAPÍTULO 4	111
4. PERCURSO METODOLÓGICO	108
4.1 Procedimentos.....	111
CAPÍTULO 5	115
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	116
5.1 A organização do trabalho médico.....	117
5.2 Relações de trabalho.....	127
5.3 As unidades básicas de saúde.....	132
5.4 A atividade de trabalho e a saúde dos médicos das UBS's.....	134
CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
REFERÊNCIAS	169
6. REFERÊNCIAS	170
ANEXOS	190
Anexo 1	191
Anexo 2	192

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A realidade do mundo do trabalho sempre despertou minha atenção e curiosidade, seja com o intuito de conhecer as minúcias inquietantes de uma atividade de trabalho, seja com a perspectiva de vislumbrar o impacto e as marcas deixadas no corpo e na mente dos trabalhadores.

Desde a graduação, ainda como aluno de iniciação científica, tive a oportunidade de acompanhar e constatar, em um estudo¹ sobre o aparecimento e o desenvolvimento das LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), uma das mais prevalentes doenças do trabalho, a grande dificuldade em se constatar na prática, bem como na teoria, tanto esses distúrbios, quanto a dinâmica da relação saúde/doença. Sem contar a dificuldade de se reconhecer o nexo desse problema de saúde com as situações de trabalho.

Na época, foi marcante poder acompanhar o drama das pessoas acometidas por LER/DORT, distúrbios que em casos avançados, provocavam dor intensa e atrapalhavam tanto a maneira de viver, como sua vida profissional, obrigando essas pessoas a tentar uma reestruturação de toda sua identidade, forjada ao longo de sua vida. Pude perceber como é difícil conviver com uma ‘doença invisível’, de difícil diagnóstico e tratamento, por conta das múltiplas determinações que desafiavam – e ainda desafiam – a prática médica tradicional e dominante, baseada num paradigma reducionista que, na compreensão dessa afecção, privilegia os aspectos biológicos em detrimento dos demais.

Depois de formado, a minha trajetória profissional marcou-se pelo aprofundamento do conhecimento sobre as possíveis contribuições do psicólogo, bem como os limites de sua competência para análise das situações de trabalho e de seus impactos na vida e no processo saúde/doença dos trabalhadores. Tal propósito foi importante para a construção de uma visão

¹ Projeto de pesquisa intitulado: Psicopatologia do trabalho: investigação sobre o aparecimento e desenvolvimento de estados mórbidos específicos, em trabalhadores do setor bancário, metalúrgico e da informática. Coordenadores da pesquisa: ARAÚJO, J.N.G; LIMA, M.E.A.

socialmente crítica e inquieta na busca de compreender e discutir os múltiplos aspectos envolvidos nesse processo, culminando com minha dissertação de mestrado.

Durante o curso de Mestrado, dando continuidade à experiência da graduação, realizou-se uma revisão de literatura sobre casos de LER/DORT, e foram abordados o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, bem como os pressupostos epistemológicos que norteiam a abordagem explicativa dominante no processo saúde/doença – de caráter reducionista e biologicista, como mencionado anteriormente – e a possibilidade de desenvolvimento teórico e prático de uma abordagem integradora desse processo, reconhecendo sua multideterminação.

Nesse momento, concluiu-se como possível a concepção de uma abordagem integradora do processo saúde/doença que considerasse tanto a dimensão biológica, como a social e a psíquica, que envolvem várias doenças, bem como as LER/DORT, a partir de propostas atuais no âmbito da filosofia da ciência, como é o caso da teoria dos sistemas auto-organizados e da teoria da complexidade (CHIAVEGATO FILHO; PEREIRA JUNIOR, 2004).

Assim como em alguns estudos desenvolvidos na última década, demonstrou-se que para abordar os problemas da dinâmica do processo saúde/doença, faz-se necessário abdicar da fragmentação do conhecimento, articulando no diagnóstico e tratamento das doenças, sinais e sintomas de sofrimento psíquico, físico e do contexto para seu aparecimento e reabilitação, substituindo modelos mecanicistas e reducionistas de interpretação do processo saúde/doença (LAURELL; NORIEGA, 1989; ROSEMBERB; MINAYO, 2001; SILVA, 2002; ASSUNÇÃO, 2003; BRANT; MINAYO-GÓMEZ, 2004).

Entre as sugestões apontadas, ao final dessa pesquisa, incluiu-se a possibilidade de contribuir para o desenvolvimento individual e coletivo de trabalhadores na articulação de estratégias que permitam a ampliação da capacidade de ação sobre determinadas situações de trabalho e, conseqüentemente, superação de condições de produção desgastantes e degradantes.

Acreditando nesses objetivos e em decorrência de minha atividade profissional como assessor da Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna, interior do Estado de São Paulo, tive a oportunidade de prosseguir nessas investigações.

Na ocasião, o objetivo principal de meu trabalho foi a construção de um banco de dados em Saúde do Trabalhador no município, visando nortear a elaboração de políticas públicas para a área, como o desenvolvimento de práticas de assistência e reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde, bem como práticas de prevenção e promoção da saúde no Departamento de Vigilância em Saúde. Inicialmente, como projeto piloto, esse trabalho foi desenvolvido no âmbito da Prefeitura, visando conhecer melhor o perfil de morbidade dos servidores municipais e, posteriormente, elaborar programas de conscientização e sensibilização em Saúde do Trabalhador.

Os resultados desse primeiro momento apontaram para as Secretarias de Educação e Saúde como as que mais geravam afastamentos e absenteísmo. Os motivos mais frequentes, em ambas as Secretarias, eram as LER/DORT e os transtornos mentais. No entanto, em relação à Secretaria da Saúde, chamou-nos a atenção o fato de encontrarmos alguns médicos afastados por transtornos mentais e LER/DORT concomitantemente (CHIAVEGATO FILHO, 2006).

Paralelo a isso, um estudo de base epidemiológica, promovido pelo Conselho Federal de Medicina, intitulado “A saúde dos médicos no Brasil”, procurou demonstrar o contexto do trabalho médico, analisando suas implicações no bem-estar, na saúde mental e física dos médicos. As conclusões desse trabalho indicavam, entre outros aspectos, que “o estresse resultante das condições inadequadas de trabalho concorre para o surgimento, permanência e/ou agravamento de diversas enfermidades orgânicas e mentais” (BARBOSA et al., 2007, p. 194).

Da mesma forma, estudos anteriores sobre o trabalho médico, que buscavam investigar a relação saúde e trabalho, apontam para elevada sobrecarga psicológica do trabalho médico e alta incidência de transtornos mentais comuns, também conhecidos como distúrbios psíquicos menores. Trata-se de uma expressão, frequentemente usada pela psiquiatria, para se referir a sintomas como insônia, dificuldades de concentração, distúrbios ansiosos, depressivos ou somatizações. Geralmente não demandam tratamento especializado, mas geram demandas aos serviços de saúde e provocam absenteísmo (NOGUEIRA-MARTIS, 1991, 1998, 2003, 2007; MURRAY, 2001; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; PEREIRA, 2007).

Apesar dessa frequência, foram encontrados poucos estudos sobre os significados e os sentidos atribuídos pelos médicos aos intercâmbios entre a relação saúde/doença e a sua atividade profissional. A maioria dos trabalhos indicava que, para melhorar o quadro de saúde desse

profissional, era preciso intensificar a luta por melhores condições de trabalho, melhor remuneração, redução do número de empregos, das horas efetivamente trabalhadas, do número de plantões, entre outros aspectos relativos à organização do trabalho (MACHADO, 1996; CARNEIRO; GOUVÊIA, 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; BARBOSA et al., 2007; OLIVEIRA, 2008).

A escolha do objeto de estudo dessa pesquisa, está relacionada a essa trajetória profissional e acadêmica, marcada por questões referentes à saúde dos trabalhadores. A pesquisa de caráter qualitativo, que elegeu como objeto de estudo o trabalho médico, objetivou investigar as relações entre trabalho e saúde de médicos atuantes em Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do sistema Único de Saúde do município de Jaguariúna, no Estado de São Paulo, sob a perspectiva da Clínica da Atividade, método de análise e compreensão da atividade de trabalho desenvolvido por Yves Clot (2006, 2010b), na França, que almeja contribuir para o desenvolvimento do poder de agir dos coletivos de trabalho sobre as situações de trabalho. Para tanto, foram realizadas entrevistas individuais abertas e de autoconfrontação. Ao todo foram entrevistados quinze (15) médicos e dois (2) gestores da Secretaria de Saúde desse município.

Algumas questões, enumeradas a seguir, nortearam a fundamentação desse estudo:

- 1) Quais são as condições e como é organizado o trabalho dos profissionais médicos nas UBS's de Jaguariúna?
- 2) Quais aspectos das condições e da organização do trabalho os médicos associam ao desenvolvimento dos seus problemas de saúde, tanto físicos, quanto mentais?
- 3) De que forma as recentes transformações ocorridas no mundo do trabalho interferem na organização e nas condições de trabalho no SUS de Jaguariúna?
- 4) Qual o grau de autonomia dos médicos, ou seja, capacidade de antever problemas, antecipá-los e tomar decisões em tempo real, tanto em relação às condições, quanto à organização do trabalho nas UBS's de Jaguariúna?
- 5) Quais as contribuições da psicologia para a compreensão das situações de trabalho e os seus impactos na vida e no processo saúde/doença dos trabalhadores?
- 6) Como possibilitar o desenvolvimento do coletivo de médicos e da capacidade de ação desses profissionais em relação às situações de trabalho?

O princípio básico que orientou a busca por respostas a essas perguntas e o desenvolvimento dessa pesquisa foi a ideia de que é preciso reconhecer e explicitar as singularidades e as particularidades presentes no comportamento dos trabalhadores nos ambientes de trabalho. Além disso, é necessário buscar, na elaboração das estratégias de atuação desses trabalhadores, suas razões, critérios de decisão, objetivos e motivações, enfim, um sentido que organiza o desenvolvimento de suas ações. Como afirmou Lima (2001, p. 142), “trata-se de compreender a atividade por dentro, reconstituir a sua lógica em seu curso próprio de ação”.

Além disso, existe outro importante desafio para a área da saúde, em particular, para os formuladores das políticas públicas em Saúde do Trabalhador, que consiste na mudança dos pressupostos epistemológicos e ontológicos visando integrar os múltiplos e dinâmicos estados de ser e, por sua vez, da saúde/doença, resgatando a dimensão ética. Isso significa valorizar a importância do significado e dos sentidos atribuídos pelas pessoas à saúde, doença, às práticas de saúde, aos medicamentos, ao trabalho, corpo, etc., valorizando-se o papel de regulação que a saúde deve exercer, em prol da emancipação e desenvolvimento da capacidade de ação das pessoas (SAWAIA, 2003; VASCONCELLOS, 2007).

No que diz respeito à estrutura da tese, no primeiro capítulo, como introdução, apresenta-se o conceito de trabalho adotado nesse estudo; as transformações em curso no mundo do trabalho que afetam as condições e, sobretudo, a organização do trabalho, e, por fim, como as mudanças são percebidas no contexto do trabalho em saúde. Acredita-se que as novas formas de organizar o trabalho alteram o modo como as pessoas fazem uso de suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para produzir. Por um lado, essas formas evidenciam cada vez mais as qualificações ‘sociais’ e a subjetividade do trabalhador, por outro, interferem na dinâmica da relação saúde/doença, promovendo novos constrangimentos e inibindo a capacidade de regulação dos trabalhadores sobre os seus modos operatórios. Discute-se, também, o conceito de saúde adotado e aborda-se o campo da Saúde do Trabalhador, por meio de uma breve reconstituição histórica e da apresentação dos principais aspectos que norteiam a área. Busca-se compreender como a saúde do trabalhador se constituiu como campo do saber e de práticas, quais os caminhos que estão sendo construídos para a compreensão dos fenômenos complexos que envolvem as dimensões humanas implicadas no trabalho, tendo como base a ideia de que a saúde não é apenas

não estar doente, mas sim a capacidade de criar e estabelecer novas normas e condições de estar no mundo.

No segundo capítulo, apresentam-se as contribuições da psicologia para a análise das situações de trabalho, buscando conhecer suas influências nas condições de vida e nos modos de adoecimento dos trabalhadores, bem como as possibilidades de contribuição para o desenvolvimento da capacidade de agir dos coletivos de trabalhadores. Defende-se a visão de que o trabalho se apresenta como elemento constitutivo da essência humana, da experiência, do saber/aprender fazer de cada um, no interior de um determinado contexto material, social e histórico. Em seguida, apresenta-se a contribuição da clínica da atividade para a análise do trabalho, cuja formulação teórica foi fundamental para a análise dos dados dessa pesquisa.

O capítulo seguinte traz discussões sobre as políticas públicas de saúde e o trabalho médico. Inicialmente, aborda-se a importância dessas políticas na configuração da prática médica no Brasil, evidenciando como a atual Estratégia de Saúde da Família, política de reorientação do modelo de atenção básica, representa um desafio administrativo, para a organização dos serviços de saúde, e epistemológico, para a prática médica. Em seguida, apresenta-se brevemente a evolução histórica do trabalho médico, discutindo as principais dificuldades para o exercício da profissão nos dias atuais. Por fim, busca-se identificar as principais influências do trabalho na vida, na saúde física e mental do médico.

No quarto capítulo são apresentadas as questões relacionadas aos métodos de pesquisa utilizados. Nesse momento, são explicitados detalhes do objeto de estudo, os procedimentos, instrumentos utilizados, as etapas, bem como a forma como os dados foram analisados.

A análise dos dados é apresentada no quinto capítulo, no qual se demonstra que os médicos das UBS's de Jaguariúna/SP estão submetidos a um processo de trabalho que lhes tira a autonomia para gerir o próprio trabalho, os sobrecarregam e os expõem a situações de muita pressão. Tal condição faz com que os médicos não se sintam realizados e nem se reconheçam no próprio trabalho, além dos relatos de ausência de reconhecimento por parte das chefias e pacientes, o que representa um empobrecimento da identidade profissional e a vivência de uma atividade de trabalho contrariada. De acordo com os depoimentos, as condições e a organização do trabalho, de maneira geral, interferem nas condições de vida e saúde daqueles médicos.

Hipertensão, diabetes, stress, ansiedade e depressão foram os principais problemas de saúde que os entrevistados relataram sofrer, porém nem todos os identificaram como relacionados ao trabalho.

Nas considerações finais faz-se uma reflexão sobre o que foi realizado ao longo desta pesquisa, bem como sobre as possibilidades de aplicação e limites dos resultados alcançados, além de sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

1.1 O mundo do trabalho na sociedade contemporânea

O mundo do trabalho na contemporaneidade tem sofrido importantes transformações, que implicam em alterações na organização, nas relações trabalhistas e nas condições de trabalho. Estas mudanças, conforme já se observou em pesquisas da área da sociologia e da psicologia do trabalho, têm afetado sobremaneira a saúde dos trabalhadores (NAVARRO; PADILHA, 2007).

Diante da complexidade desse assunto, julga-se importante tecer algumas considerações acerca do conceito de trabalho e sua historicidade. Entende-se o trabalho como o processo de produção da existência humana. Dessa forma, é válido resgatar o conceito de trabalho definido por Marx (1980, p. 197):

o trabalho é, em primeiro lugar, um processo de que participam igualmente o homem e a natureza, e no qual o homem espontaneamente inicia, regula e controla as relações materiais entre si próprio e a natureza. Ele se opõe à natureza como uma de suas próprias forças, pondo em movimento braços e pernas, as forças naturais de seu corpo, a fim de apropriar-se das produções da natureza de forma ajustada a suas próprias necessidades. Pois, atuando assim sobre o mundo exterior e modificando-o, ao mesmo tempo ele modifica a sua própria natureza. Ele desenvolve seus poderes inativos e compele-os a agir em obediência à sua própria autoridade. Não estamos lidando agora com aquelas formas primitivas de trabalho que nos recordam apenas o mero animal. Um intervalo de tempo imensurável separa o estado de coisas em que o homem leva a força de seu trabalho humano ainda se encontrava em sua etapa instintiva inicial. Pressupomos o trabalho em uma forma que caracteriza como exclusivamente humano.

Para Leontiev (1978, p. 262), quando se coloca o trabalho como uma atividade especificamente humana, como um recurso para enfrentar a natureza que nos cerca, tem-se então o processo de hominização, que:

[...] resultou da passagem à vida numa sociedade organizada na base do trabalho. Esta passagem modificou a sua natureza e marcou o início de um desenvolvimento que, diferentemente do desenvolvimento dos animais, estava e está submetido não às leis biológicas, mas a leis sócio-históricas (LEONTIEV, 1978, p. 262).

Portanto, o homem é um ser de natureza social, e dessa maneira, tudo aquilo que o diferencia e o caracteriza como humano, deve-se a sua vida em sociedade, imersa em um contexto cultural criado pela humanidade. Entende-se que o contexto cultural refere-se à capacidade humana de representação simbólica, que permite que, entre os seres humanos, a nova geração não volte ao ponto de partida da anterior.

O desenvolvimento da humanidade, expresso através da cultura, se dá sempre em uma relação dialética, o que faz com que o homem também esteja em constante transformação e movimento. Segundo Leontiev (1978, p. 269), para apropriar-se

dos objetos ou dos fenômenos que são o produto do desenvolvimento histórico, é necessário desenvolver em relação a eles uma atividade que reproduza, pela sua forma, os traços essenciais da atividade encarnada, acumulada no objeto [...] A apropriação dos instrumentos implica, portanto, uma reorganização dos movimentos naturais instintivos do homem e a formação de faculdades motoras superiores.

Tem-se então que o homem não nasce pronto para o trabalho, ou seja, não nasce dotado das aptidões e habilidades históricas da humanidade. O homem precisa ainda conquistá-las e dominá-las. Isso faz com que o trabalho, e tudo que se relaciona a ele, não sejam entendidos como um processo natural ou hereditário. Sendo condição fundamental da existência humana, não há homem sem trabalho, nem trabalho sem homem. Não é possível conceber o trabalho humano como um apêndice, como uma variável independente da condição humana. De acordo com Blanch Ribas et al. (2003, p. 34), o trabalho humano é uma atividade ao mesmo tempo individual e coletiva, “de caráter social, complexo, dinâmico, cambiante e irreduzível a uma simples resposta instintiva ao imperativo biológico da sobrevivência material”. Ao contrário de qualquer outra atividade animal, sua natureza é “reflexiva, consciente, propositiva, estratégica,

instrumental e moral”. Assim definido, o trabalho do homem coloca-se como elemento central em nossas vidas, na formação e determinação de identidades individuais e coletivas, no estabelecimento de um sentido existencial e na organização da vida social (ANTUNES, 1999; 1998; 2005; LIMA, 2000; BOCK, 2004; LIMA, 2007).

Ao longo da evolução histórica da humanidade, o processo de trabalho assumiu diversas configurações, ou seja, a relação dos indivíduos com as condições objetivas de sua existência, os meios de produção e os produtos de seu trabalho sempre se modificaram. Entretanto, é possível afirmar que até o surgimento do modo capitalista de produção, independentemente do período histórico, um aspecto desse processo sempre esteve presente: a ligação entre “os indivíduos produtores (o lado subjetivo do processo de trabalho) e as condições materiais da produção (o lado objetivo da produção, constituído por materiais, instrumentos e pelos produtos do trabalho)” (LIMA, 2000, p. 2).

A situação muda no modo de produção capitalista. De forma sistemática, os homens passaram, não espontaneamente, mas para sobreviver, a vender a sua força de trabalho, alienando a produção de sua existência e separando-se dos produtos e instrumentos de seu trabalho. A condição de trabalhador assalariado é que, a partir de então, permitirá concretizar a sua existência. As relações de trabalho, assim estabelecidas, não se configuraram de um dia para o outro, constituíram-se no

resultado de um longo e penoso processo histórico que, progressivamente, transformou os homens em indivíduos livres de todos os vínculos diretos, quer dos outros homens, de sua comunidade, quer das condições materiais de sua existência. O indivíduo livre é livre não apenas das amarras da tradição de sua comunidade, mas também de qualquer outra condição objetiva de produção de sua vida. O trabalhador assalariado é livre para escolher o emprego, e também livre para morrer de fome quando não encontra quem compre a sua força de trabalho (LIMA, 2000, p. 3).

Com a consolidação desse modo de produção, os capitalistas perceberam que era preciso eliminar o máximo possível de obstáculos inerentes ao processo de trabalho, para melhorar sua eficiência (produtividade) e valorizar o capital. Um dos principais obstáculos se referia à organização e ao controle da força de trabalho. Dessa forma, surgiram os processos gerenciais, cujo objetivo era criar um sistema de organização do poder e se colocar como intermediário da relação entre o capitalista e o trabalhador livre (GAULEJAC, 2007).

No início do século passado, nos Estados Unidos da América (EUA), a ascensão do padrão taylorista/fordista de organização do trabalho, marcou profundamente o desenvolvimento de tais procedimentos gerenciais. Buscou-se legitimar uma abordagem instrumental, utilitarista e contábil das relações entre o homem e o seu trabalho. Entre suas principais características estavam a estabilização, racionalização e rotinização das atividades de trabalho por meio da criação de linhas de montagem mecanizadas, exigindo baixa qualificação, em detrimento da capacidade de controle dos trabalhadores sobre o projeto, ritmo e organização do trabalho. A racionalização e a rotinização constituíram-se, respectivamente, na síntese entre controle da força de trabalho e eficiência em prol da necessidade do capital de se reproduzir (BRAVERMAN, 1997).

Fato é que o modelo taylorista/fordista de produção não foi apenas um método de organização do trabalho. Ao longo do século XX, seus princípios disseminaram-se pelas sociedades mundiais, tornando-se, inclusive, um modo de vida, conhecido como o *American Way of Life*, baseado na busca da felicidade por meio do aumento do consumo. Com a consolidação desse processo, o trabalho deixa de ser um fim em si mesmo para se transformar num caminho para aquisição de mercadorias e adesão à sociedade de consumo. O elo entre a produção em massa e o consumo em larga escala se deu por meio da mercantilização da cultura, do desenvolvimento da estética do descartável e do modernismo, estabelecendo um novo quadro de valores, reproduzido pela classe média da época (GAULEJAC, 2007).

A aliança desse movimento gerencial com o conhecimento científico também foi fundamental para sua consolidação, pois se constituiu em ponto chave para a confirmação do discurso ideológico. Sobretudo a associação com a parte das ciências humanas que se dedicava ao processo de ajuste e habituação do trabalhador ao modo capitalista de produção (BRAVERMAN, 1987; GAULEJAC, 2007).

Após esse período de soberania da organização de trabalho de base taylorista/fordista, a crise política, social, cultural e econômica, dos anos 1960 e 1970, acelerou a reestruturação produtiva e tecnológica nos ambientes de trabalho, proporcionando o surgimento de novas formas de gestão da força de trabalho e padrões de regulação, mais flexíveis, atentos às oscilações da demanda, às exigências de qualidade e à diminuição de custos, características provenientes de

uma nova fase de competitividade internacional, com o objetivo de recuperar o ciclo de expansão do capital. Esse período caracterizou-se, sobretudo, pela internacionalização do mercado e pelo predomínio da lógica financeira sobre a lógica da produção, afetando profundamente o emprego e o processo de produção (HARVEY, 1996).

O avanço da lógica financeira sobre a lógica da produção promoveu importantes modificações nas relações de poder no interior das organizações de trabalho, desequilibrando a relação capital-trabalho. Da mesma forma, impactou fortemente no desenvolvimento dos coletivos de trabalho, detentores do saber tácito da produção, rompendo com as tradicionais formas de defesa e segurança do trabalho, reduzindo assim os mecanismos de solidariedade e sociabilidade nos ambientes de trabalho (PICCININI; HOLZMANN; KOVÁCS, 2006).

Consolidou-se, ainda mais, a noção de que os trabalhadores devem ser considerados como um custo, “uma variável de ajustamento, que é preciso flexibilizar ao máximo, a fim de se adaptar às exigências de mercado. Adaptabilidade, flexibilidade, reatividade tornaram-se as palavras de ordem de um ‘bom’ gerenciamento de recursos humanos” (GAULEJAC, 2007, p. 41).

Diversas experiências de gerenciamento de produção ocorreram, nesse período, como o modelo sueco e o japonês, cujos paradigmas preconizavam uma produção mais diversificada e flexível, exigindo um novo patamar de qualidade e produtividade e influenciando inúmeras tentativas de reorganizar o trabalho ao redor do mundo. Dessa forma, avançaram as formas flexíveis de emprego, como as terceirizações e subcontratações, bem como a flexibilização do conteúdo do trabalho, valorizando-se os trabalhadores polivalentes, e aqueles que demonstravam maior envolvimento e empenho nas decisões e no funcionamento da empresa (HIRATA, 1992; MARX, 1998).

Entre as demais tendências decorrentes dessa nova configuração do mundo do trabalho, observam-se as limitações na absorção da força de trabalho jovem, inclusive qualificada; aumento significativo do trabalho feminino; a instabilidade e irregularidade ocupacionais; o subemprego e o desemprego recorrente, duradouro e que não oferece perspectivas de inclusão no mercado formal; as dificuldades de inserção da mão de obra não qualificada; intensificação do trabalho e redução dos salários; diminuição de postos de trabalho, por conta das inovações

tecnológicas, bem como a desregulamentação de novas formas de inserção laboral (MINAYO GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999; ANTUNES; ALVES, 2004; LIMA, 2007).

No entanto, como afirmam Piccinini et al. (2006, p. 8), esse cenário de precarização das relações de produção e degradação dos ambientes de trabalho apresenta uma situação paradoxal:

nunca o trabalho foi tão central no processo de criação de valor, e nunca os trabalhadores foram tão vulneráveis. Na medida em que as diferentes formas flexíveis de trabalho ganham importância, a ação sindical depara-se com dificuldades para integrar um número maior de trabalhadores, cuja atuação tende à fragmentação e à individualização. Daí, resulta um crescente desequilíbrio nas relações de força entre trabalho e capital.

Mesmo levando-se em consideração as notórias modificações ocorridas nas últimas décadas na relação capital e trabalho, que deram margem aos novos formatos de gestão, entende-se que estamos diante de um movimento constante de transformação do processo de trabalho em valor, ou seja, da valorização do capital, na busca pela independência deste em relação ao trabalho. Um movimento que representa o apogeu da racionalidade instrumental, consolidada pelo modelo taylorista/fordista de produção. Para Enriquez (1995, p. 13), a racionalidade instrumental

marcou todos os domínios da vida e se tornou aí mais sutil e mais insidiosa. Ela traduz-se pela passagem dum capitalismo despótico a um capitalismo burocrático e tecnocrático e, atualmente, a um capitalismo estratégico; dum capitalismo criador de riquezas, a um capitalismo destruidor de riqueza, dum capitalismo de exploração a um capitalismo de exclusão. Dum capitalismo da indústria pesada a um capitalismo fundado sobre a autoridade da informação e da comunicação, dum capitalismo contestado a um capitalismo que triunfa sem autêntica oposição, dum capitalismo onde a empresa cumpria um papel central, mas não dominante, a um capitalismo onde a empresa busca tornar-se a instituição das instituições.

Dessa forma, constata-se que, no interior da evolução histórica do capitalismo, o que se renova, de fato, ao longo dos anos, é a ideologia que o sustenta, ou seja, a tecnologia de poder, mediadora entre os interesses econômicos do capital e a força de trabalho (LIMA, 2000).

A nova configuração ideológica da relação capital-trabalho, que, sobretudo nas últimas décadas, tem influenciado as sociedades em geral, tanto nas relações cotidianas, quanto nas esferas políticas e culturais, é conhecida como a ‘ideologia gerencialista’. Trata-se de promover a

descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada, feitas “sob a aparência de profissionais (experts) que não fazem mais que produzir instrumentos, definir prescrições, formalizar regras e aplicar decisões pelas quais de forma nenhuma são responsáveis. A neutralidade dos instrumentos oculta a realidade do poder” (GAULEJAC, 2007, p. 145).

Nota-se o quanto o vocabulário gerencialista está presente no cotidiano. Palavras como empreendedorismo, gestão, *manager*, gerir, entre outras, são utilizadas de forma natural no dia-a-dia das pessoas. Da mesma forma, observa-se que noções e princípios administrativos da gestão privada, como competência, qualidade total, cliente, excelência, produto, etc., têm, literalmente, “invadido amplamente as escolas, as universidades, os hospitais, as administrações, os serviços sociais, os museus, os teatros, as entidades sem fins lucrativos, até as igrejas” (CHANLAT, 2002, p. 2).

De acordo com Wood Jr e Paula (2010, p. 198), por um lado, é admissível que “imprimir maior racionalidade às atividades humanas organizadas contribui para torná-las mais eficientes e eficazes, com evidentes benefícios sociais”. No entanto, por outro lado, imaginar que todas as atividades sejam atravessadas pelo ideário gerencialista pode acarretar num “esvaziamento de seus valores constitutivos, com consequências negativas para seu sentido social e desvios em relação a sua finalidade”.

Uma das principais dificuldades em conviver com esse ideário, no interior das organizações públicas ou privadas, é que se trata de prerrogativas dificilmente questionadas, pois estão associadas a valores positivos, identificados com aspirações humanas profundas, como o “gosto de empreender, o desejo de progredir, a celebração do mérito ou o culto da qualidade”. Ao mesmo tempo, vinculado à aceitação tácita da ideologia gerencialista, observa-se o avanço de uma concepção negativa do papel do Estado, que “não é mais considerado como um elemento central de regulação, mas como um aparelho não rentável, que convém ‘modernizar’” (GAULEJAC, 2007, p. 108).

A aplicação das técnicas de gestão privada no setor público é considerada como fator de progresso, pois as práticas de gestão e organização do trabalho, que caracterizam o setor público, são tidas como arcaicas e burocráticas. Os servidores do Estado são estigmatizados por seu corporativismo e por sua improdutividade, sem contar o fato de que possuem o ‘privilégio’ da

segurança no emprego, “como se a insegurança do emprego fosse obrigatoriamente um fator de dinamismo, de motivação e de progresso” (GAULEJAC, 2007, p. 270).

Atado a uma realidade fragmentada, limita-se a possibilidade do indivíduo construir uma identidade, de se expressar e de sentir, contribuindo para o crescimento dos manuais de autoajuda, estimulando o cultivo da vida privada, gerando atitudes individualistas e apolíticas. Ao se afastarem da esfera pública, “os indivíduos acabam adiando o resgate do próprio eu, pois se tornam incapazes de perceber que a constituição do ser passa necessariamente pela reconciliação com os outros e com a sociedade na qual estão inseridos” (WOOD JR; PAULA, 2010, p. 201).

Os manuais de gestão e os livros de autoajuda, sucessos editoriais do mundo contemporâneo e veículos fundamentais na difusão do ideário gerencialista, longe de ajudarem a compreender a realidade do mundo do trabalho e do cotidiano das pessoas, por um lado, encobrem os conflitos de interesse e a complexidade do real, por outro, canalizam as energias sobre procedimentos considerados como provedores de sentido para homens e mulheres, que, abalados pela perda das bases estáveis e da reprodução de vida, enfrentam problemas de identidade e reconhecimento e buscam operações de compensação e de suporte (MARTELLI, 2006).

Tais tendências findam por construir um novo perfil de trabalhador, diferente do período taylorista/fordista, em que, agora, se valorizam sujeitos flexíveis, criativos e inovadores, que trabalham em equipe e compreendam o sentido e a velocidade das mudanças, visando agilizar as tomadas de decisão. Devem saber conviver com a pressão, o medo, a inconstância, a concorrência e a competição. Como definem Merlo e Lapis (2007, p. 66), trata-se de

um trabalhador mais escolarizado, com raciocínio lógico, com capacidades de se relacionar com os colegas e de operar equipamentos diversificados e complexos, apto a realizar diversas operações, motivado para o trabalho, engajado com os objetivos da empresa, um colaborador.

Nesses modelos, sobressaem os imperativos comportamentais: seja inovador! Seja surpreendente! Seja criativo! Seja carismático! Seja proativo! Quebre paradigmas! Mantenha sempre o bom humor! Não se esquecendo, evidentemente, que a liderança e aptidão para manter relações pessoais e profissionais são imprescindíveis. Esse perfil combativo, flexível e

perfeccionista, reflete o espírito da época, em que a luta pelo sucesso aparece como norteador do comportamento humano, uma vez que “redefine o senso de orientação e estabelece referenciais que reconstituem a sensação de segurança e o conforto psicológico diante de um mundo adverso e fragmentado” (WOOD JR; PAULA, 2010, p. 200).

As pessoas que conseguem se adaptar a esse mundo competitivo, tanto no trabalho, quanto na sociedade em geral, são reconhecidas como sujeitos e têm, pelo menos por enquanto, o seu lugar garantido na ciranda gerencialista. Os demais são colocados em quarentena ou então excluídos, por não serem, suficientemente, adaptáveis, flexíveis ou proativos. Dessa forma, todos experimentam as angústias e, muitas vezes, a culpa de, uma hora ou outra, não se enquadrarem nos modelos e gerações de sucesso. Isso provoca um stress permanente. “As pessoas vivem com medo de virar resíduos sociais. De forma contraditória, o mundo dos vencedores torna-se o mundo da exclusão” (ENRIQUEZ, 1995, p. 18).

A flexibilidade, exigida nos ambientes de trabalho, estrutura-se numa moral individual baseada na realização pessoal, no empenho do indivíduo e não no interesse coletivo ou em valores sociais. A partir disso, para Kovacs (2006, p. 41), é possível identificar três grandes tipos de trajetórias de flexibilidade do emprego. Duas delas associadas à precarização, a saber, a ‘flexibilidade precarizante transitória’ e a ‘flexibilidade precarizante estável’. A primeira refere-se a empregos transitórios ocupados por parcelas de jovens com níveis de educação elevados ou médios, cujo trabalho tende a ser pobre de conteúdo. A segunda refere-se aos empregos flexíveis, na maioria dos casos, precários e mal remunerados, com alta taxa de rotatividade ‘involuntária’ por parte de trabalhadores com níveis médios e baixos de escolaridade. A terceira trajetória, denominada ‘flexibilidade qualificante’, demanda trabalhadores com altos níveis de escolaridade, oferecem possibilidade de aprendizagem contínua e desenvolvimento profissional, o que leva a concluir que a flexibilidade do emprego nem sempre está associada à precariedade. A autora ainda afirma que para alguns trabalhadores o trabalho flexível é uma opção ou uma oportunidade para uma situação melhor, mas para outros é uma imposição, “uma armadilha que os amarra a uma trajetória profissional marcada pela precariedade e pela falta de perspectivas de desenvolvimento profissional”.

De qualquer forma, para atender a demanda gerencialista, que se manifesta nos novos valores promovidos pelas organizações e sociedade em geral, tem-se, como elemento central, um alto grau de adesão e envolvimento, uma implicação negativa do ‘elemento subjetivo’ dos trabalhadores. O que não chega a ser novidade, pois, na década de 1950, estudos sobre a função psicológica do trabalho, de Louis Le Guillant, evidenciaram como trabalhadores sobrecarregados pela taylorização podem apresentar sofrimento psíquico (LIMA, 2006).

De acordo com Antunes e Alves (2004, p. 344), “se antes a força de trabalho caracterizava-se pelo uso da força agora o que importa é a capacidade cognitiva que se traduz na prescrição da subjetividade”, provocando um reordenamento desta. O poder gerencialista tem como objetivo canalizar a energia psíquica a fim de transformá-la em força de trabalho.

Na proposta ideológica vinculada a esse poder, a subjetividade é mobilizada sobre objetivos, resultados, critérios de sucesso, que tendem a eliminar o que não é útil ou rentável. De forma que, para Gaulejac (2007, p. 154),

o valor comercial tende a se impor a qualquer outra consideração. O sentido do ato é considerado pela empresa em função daquilo que ele fornece. Os outros sistemas de sentido são postos de lado. Mas, como eles não desaparecem completamente e apesar das pressões para que os agentes deem adesão ao sentido prescrito pela empresa, as tensões são vivas (GAULEJAC, 2007, p. 154).

Essa intensa pressão psicológica sobre os trabalhadores promove o crescimento das queixas que se referem ao sofrimento psíquico, à hiperatividade, ao esgotamento profissional e ao aumento de suicídios no local de trabalho. De acordo com Gaulejac (2011, p. 84), os trabalhadores são acometidos de sintomas que revelam

um sistema de comunicação no qual ele se encontra condenado a ser inadequado, insatisfatório e impotente e, além disso, é considerado responsável por essa situação. Há aí um mecanismo de dominação. Tal sistema aprisiona os indivíduos em uma situação permanente... Ele se encontra então em uma situação sem saída e insustentável, na impossibilidade de optar entre exigências ao mesmo tempo obrigatórias e antagônicas. O que quer que se faça. Ele pode ser pego em erro, o que destrói no seu íntimo qualquer possibilidade de reação para sair da dominação do seu interlocutor. Dependências desse tipo atuam em um grande número de organizações. Não se trata apenas de uma dominação psicológica em uma relação afetiva, mas de um sistema de dominação organizacional que utiliza o paradoxo como ferramenta de gestão, que leva o

conjunto dos agentes a aceitar coletivamente modalidades de funcionamento que eles condenam individualmente (GAULEJAC, 2011, p. 84).

A ideologia gerencial considera o indivíduo como um recurso, ao invés de um sujeito. O indivíduo é então instrumentalizado para serventia dos objetivos financeiros, operatórios, técnicos, a ponto de se perder o sentido de sua ação e até mesmo o sentido de sua existência. Instala-se então uma ruptura interna entre o indivíduo – recurso que aceita se submeter para corresponder às exigências de seu empregador, e a porção do indivíduo – sujeito que resiste a instrumentalização. A aceitação é psiquicamente mais fácil na medida em que evita uma luta permanente contra o “sistema” e concede um mínimo de reconhecimento em um trabalho que permite ao indivíduo assegurar sua subsistência (GAULEJAC, 2011, p. 91).

Entretanto, é preciso lembrar que tanto o estresse como o hiperativismo, antes de serem "doenças" pessoais, são fenômenos sociais. Suas fontes não são psicológicas. Todavia, para Enriquez (1995, p. 20),

a gestão pelo afetivo tem levado a uma tal psicologização dos problemas, que os indivíduos alienados, já não se perguntam se seu mau êxito é um efeito da estrutura. Eles o vivem (e toda organização os leva a pensar assim) como um fracasso estritamente pessoal. Dessa maneira, já não se colocam as questões sobre os modos de organização e de gestão. Somente a psicologia dos sujeitos (a saber, as aptidões de cada um para querer intensamente as coisas) é tomada em consideração.

Retomando a questão, citada anteriormente, da centralidade do trabalho humano nas vidas das pessoas, é preciso resgatar, agora, que o trabalho é um fenômeno que possui dupla dimensão: abstrata e concreta. Para o homem, a dimensão concreta é a demonstração de sua condição ontológica inalienável, como criador de valores de uso e de troca entre o ser social e a natureza. Por sua vez, a dimensão abstrata é a base para a criação de valores de troca, que se convertem no capitalismo, num trabalho alienado, estranhado, fetichizado e sem sentido, que assume diversas configurações de acordo com o período histórico considerado (ANTUNES, 1999).

Estamos, então, diante de uma crise do trabalho abstrato, particularmente, do trabalho configurado com base nos princípios do taylorismo/fordismo, e não do trabalho concreto. No entanto, assiste-se ao crescimento das diversas formas de trabalho parcial e terceirizado, pois o

capitalismo não pode prescindir dessa dimensão abstrata do processo de criação de valores (ANTUNES, 1999).

Apesar das reduções de postos de trabalho, devido às inovações organizacionais, o trabalho abstrato permanece fundamental na criação de valores de troca. O crescimento do trabalho mais intelectualizado, em detrimento do tempo físico e do trabalho manual, no processo de produção, não nega essa dimensão abstrata. Trata-se, na verdade, de um processo de redução do tempo de trabalho, que implica em uma intensificação, associada a uma redução das pausas e do tempo morto, resultando em um adensamento do trabalho (ANTUNES, 1999; DOPPLER, 2007).

A base para a ampliação do capital foi e continua sendo justamente a maleabilidade de adaptação da força de trabalho, ou seja, seu caráter inteligente e proposital, que lhe dá infinita adaptabilidade e que produz as condições sociais e culturais para ampliar sua própria produtividade, de modo que seu produto excedente pode ser continuamente ampliado. Por isso, tem-se a restauração de vínculos concretos, substanciais, no interior de cada processo de trabalho, apesar da forma capitalista que rege a transação de compra e venda da força de trabalho. (BRAVERMAN, 1987; LIMA, 2000).

Se incorreremos no erro de compreender o trabalho apenas a partir de sua dimensão abstrata, teremos como mencionado acima, um trabalho estranhado e fetichizado e, nesse caso, a vida sem trabalho numa sociedade de ‘tempo livre’ será praticamente sem sentido. Dessa forma, concordando com Antunes (1999, p. 86), entende-se que:

uma vida cheia de sentido fora do trabalho supõe uma vida dotada de sentido dentro do trabalho. Não é possível compatibilizar trabalho assalariado, fetichizado e estranhado com tempo (verdadeiramente) livre. Uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. Em alguma medida, a esfera fora do trabalho estará maculada pela desefetivação que se dá no interior da vida laborativa.

Na mesma direção, Sennett (2009, p. 9) defende a ideia de trabalho com sentido. No entanto, o faz a partir de uma análise crítica da separação e da subordinação do trabalho manual em relação ao trabalho intelectual, que se constituiu ao longo da história da humanidade. Sua principal hipótese é a seguinte: “fazer é pensar”. A divisão entre trabalho manual e intelectual é

falsa, pois menospreza o homem prático, aquele que executa o trabalho, ao afirmar que ele não precisa necessariamente pensar para fazer. No entanto, para o autor, o pensamento e o sentimento estão juntos no processo de fazer, o que garante sentido ao trabalho. “Todo bom artífice sustenta um diálogo entre práticas concretas e ideias; esse diálogo evolui para o estabelecimento de hábitos prolongados, que por sua vez criam um ritmo entre a solução de problemas e a detecção de problemas”. No entanto, quando a mão e a cabeça, a técnica e a ciência, a arte e o artesanato estão separados a cabeça é prejudicada, o entendimento e a expressão ficam comprometidos. Quando o sentido prescrito não corresponde ao sentido que cada trabalhador lhe dá, este vive uma incoerência que longe de mobilizar, leva-o a se desestimular de sua tarefa.

Colocando da mesma maneira, Gaulejac (2007, p. 151), mostra que os trabalhadores do artesanato, da agricultura tradicional e da indústria,

inscrevem o sentido do trabalho na atividade, em uma ligação direta entre o *como fazer* e o *porquê fazer*. Nesse contexto, as definições formais da qualidade não são necessárias para saber o que é bom ou ruim. No universo concreto, a qualidade pode-se "medir" sobre critérios diretamente acessíveis e comuns a todos: uma parede malfeita é algo que se vê; um motor funciona ou não funciona; uma peça defeituosa é vista e substituída. O coletivo sabe muito bem em que consiste uma "bela obra", assim como pode avaliar muito precisamente as contribuições reais de cada um para a produção coletiva. É, portanto, esse coletivo que é portador de sentido, que é a malha central da aprendizagem da profissão, que fixa, em última análise, suas normas aceitáveis, seus modos úteis de funcionamento, as apreciações que de fato importam. Ele protege de julgamentos arbitrários vindos do exterior, assim como reprime os comportamentos desviantes de seus membros. Ele opera como uma instância de elaboração simbólica que permite a cada um situar-se em relação aos outros, de construir uma escala de valores sobre aquilo que se faz e não se faz e, portanto, sobre o conteúdo e as finalidades do trabalho. Ele dá um sentido à atividade. Ele serve de espaço de transição entre o sentido prescrito pela instituição e o sentido produzido pelo indivíduo.

Os novos formatos organizacionais, ao contrário, procuram mostrar que o valor de um trabalho está mais ligado à adesão e ao envolvimento subjetivo do trabalhador com os princípios dos novos formatos de gestão, do que à qualidade da obra, do objeto realizado, da atividade concreta. Para resgatar novamente o sentido da ação, sufocado pela ideologia gerencialista, é preciso desenvolver os coletivos de trabalho, que, atualmente, não são mais portadores de laços estáveis, os suportes essenciais da identidade social e que não realizam mais a função de mediação entre o indivíduo e o seu trabalho. Por conta da exacerbação do individualismo e da

competição, o coletivo não é mais o lugar em que se decidem as formas de resistência, as estratégias de luta, a elaboração de reivindicações (SENNETT, 2009).

A fragilização do coletivo de trabalho dificulta a renovação do ‘gênero profissional’, que pode ser considerado como uma ferramenta para a atividade concreta. O gênero pode ser considerado como um corpo de avaliação partilhado, que organiza a atividade pessoal de modo tácito. Trata-se de “um conjunto de saberes experienciais, de significações imaginárias, de hábitos e valores partilhados por um grupo profissional” (GAULEJAC, 2007, p. 157).

No clássico trabalho publicado por Hackman e Oldhan (1975) são identificadas três características fundamentais para que um trabalho tenha sentido: a primeira refere-se à variedade de tarefas que possibilita a utilização de competências diversas; a segunda aponta para um trabalho que não aliene, em que o trabalhador consiga reconhecer todas as etapas do processo; e, finalmente, a terceira característica contempla o retorno dado ao desempenho do trabalhador nas atividades realizadas, permitindo ao indivíduo fazer os ajustes necessários no desenvolvimento da atividade.

De acordo com Wood Jr e Paula (2010, p. 202), “a capacidade de recriar o mundo está potencialmente presente em cada indivíduo, mas só se manifesta completamente na interação com o universo social”. A criatividade caracteriza-se pela possibilidade de se expressar de uma forma integrada, em conjunto com “o próprio eu, com o mundo que nos cerca e com os outros”. Ser criativo implica em reconhecer que de maneira, exclusivamente, individual não há criação possível, de modo que é fundamental perceber a importância da realidade e das pessoas que nos cercam neste processo. “Ser criativo não significa adaptar-se ao mundo, mas tomá-lo como inspiração para desenhar nossos próprios recursos, capacidades e referências”.

A questão é que, na maioria das vezes, os aspectos apontados acima, para que um trabalho tenha sentido, não estão presentes nas situações laborais oferecidas a diversas categorias profissionais, e a realização de um trabalho com pouco ou nenhum sentido pode acarretar em inúmeros problemas de saúde.

1.2 O trabalho em saúde no contexto da reestruturação produtiva e da ideologia gerencialista

O processo de trabalho em saúde caracteriza-se pela geração de produtos não materiais e menos suscetíveis à racionalização técnica e organizacional. Sua função social é caracterizada pela manutenção das condições normais de saúde. De acordo com Martins e Dal Poz (1998, p. 134), tal processo é consumido no momento de sua realização, ocorrendo, portanto, “entre sujeitos, numa determinada estrutura (intersubjetiva) e com significativo grau de autonomia”.

Geralmente, o trabalho é feito em equipe e, em sua essência, é coletivo. Dessa forma, implica uma articulação entre diferentes formações técnico-científicas e das experiências de trabalho e sociais de cada profissional no que se refere ao processo de tomada de decisões. A mediação é feita por uma dimensão ético-política, mas também pelas incertezas provenientes da indeterminação das demandas e das discontinuidades nos atendimentos (DELUIZ, 2001).

Campos (2010, p. 2340), por sua vez, entende que o trabalho em saúde “tem algumas peculiaridades que ampliam a tensão entre a racionalidade gerencial hegemônica e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano”, uma vez que, no trabalho em saúde, além da técnica, baseada no saber acumulado previamente, é necessária uma reflexão sobre o contexto singular em que a ação se desenvolve, considerando-se os outros sujeitos envolvidos, valores, significados, condições históricas, etc. Trata-se da adaptação do “saber tecnológico ao contexto singular”.

Ainda assim, as principais influências decorrentes das transformações no mundo do trabalho e da ascensão da ideologia gerencialista, sobretudo a partir dos anos 1980, para o setor da saúde recaem na questão do planejamento estratégico e do gerenciamento flexível e participativo, aliados a processos de controle de qualidade em saúde, visando padronizar os atendimentos através de protocolos, que definem o comportamento correto, e manter o foco no cidadão/usuário, pelo reconhecimento de suas necessidades e expectativas, bem como facilitar seu acesso aos serviços públicos. No entanto, nota-se a presença dos princípios

tayloristas/fordistas na maioria das práticas de gestão de serviços de saúde no Brasil, de forma que os impactos dessas tendências provocados no trabalho em saúde ainda precisam de uma melhor compreensão (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994; DELUIZ, 2001; PEDUZZI, 2002; GUIMARÃES, 2009; CAMPOS, 2010).

De qualquer forma, concorda-se com Campos (2010) no sentido de que para o exercício do trabalho em saúde é necessário um determinado grau de autonomia e de responsabilidade, mas a lógica gerencialista busca justamente restringir esse processo. Além disso, a própria especialização e fragmentação do trabalho em saúde dificultam “a práxis clínica ou sanitária”.

Atualmente, não só na área da saúde, mas em todo o setor público, é possível distinguir pelo menos dois grandes modelos delimitados de gestão, de acordo com Paula (2005). O primeiro deles, denominado ‘administração pública gerencial’, filia-se ao movimento internacional de reforma do aparelho do Estado dos anos 1980 e 1990, articulando-se com as estratégias neoliberais de estabilização econômica e estratégias administrativas orientadas para o mercado. No Brasil, esse movimento ganhou força nos anos 1990 com o debate da reforma gerencial do Estado e o desenvolvimento da administração pública gerencial. Para Wood Jr e Paula (2010), está intimamente relacionado com a ideologia gerencialista, discutida anteriormente, e tem como princípios básicos o empreendedorismo, o culto à performance e à excelência, motivação, inovação e responsabilidade social, visando garantir controle, eficiência e competitividade máximos.

O outro modelo, apresentado por Paula (2005), é o da ‘administração pública societal’, filiado a movimentos mobilizatórios brasileiros. Esse modelo teve seu apogeu na década de 1960, quando vários movimentos por reformas surgiram no país, inspirados pelos ideais da teologia da libertação e da educação popular. Essa visão alternativa tenta ir além dos problemas administrativos e gerenciais, pois considera a reforma um projeto político e de desenvolvimento nacional.

Tal modelo com base numa perspectiva de ‘gestão social’ procura substituir a ‘gestão tecnoburocrática’, proporcionando mais participação dos cidadãos no processo decisório. De modo que se preocupa menos com a formulação de programas administrativos e mais com a formatação de uma visão mais estratégica, participativa e solidária (PAULA, 2010).

Embora seja possível afirmar que há, em boa parte dos municípios brasileiros, um predomínio do modelo de 'administração pública gerencial', Ribeiro (2009) aponta que os servidores públicos estão submetidos a modelos híbridos e mistos, não existindo modelo puro de gestão. Assim, o mais importante, independentemente do modelo, seria conhecer o nível de controle a que estão submetidos os trabalhadores, limitações muitas vezes impossíveis de negociar, modificar e de reconstruir.

Um trabalho desenvolvido por Chanlat (2002), abordando a questão da motivação no setor público em geral, mostrou algumas características comuns decorrentes da adoção de um modelo de gerência pública baseado no ideário gerencialista. Entre as principais, destacam-se: aumento da carga de trabalho, em razão da redução de pessoal e dos novos imperativos de desempenho e produtividade; incoerência em relação ao grau de autonomia, pois a hierarquia está, em geral, bastante presente e a autonomia bastante reduzida, ponto em que até as novas tecnologias da informação parecem ter tido como consequência produzir um sentimento de maior controle da hierarquia; ausência de reconhecimento pelo trabalho realizado, uma vez que os funcionários sofreram com maior ou menor pesar o discurso sobre sua suposta ineficiência, sua fraca produtividade, até sua verdadeira utilidade; e, por fim, ausência de apoio social oferecido pelos colegas, superiores, subordinados ou usuários dos serviços, decorrentes da introdução de novas práticas de gestão de pessoal, particularmente a recorrência crescente ao contrato de duração determinado, ao tempo parcial e à terceirização, uma fragmentação das equipes de trabalho que não deixa de ter consequências sobre a qualidade das prestações efetuadas.

Outro aspecto que tem caracterizado o processo de trabalho em saúde, identificado, inclusive, como um obstáculo para o desenvolvimento dos serviços da rede pública de saúde no Brasil, é a precarização do trabalho, com a ausência de concursos públicos, aviltamento de carreiras e salários, terceirizações aleatórias, contratos temporários, equivocadas avaliações de desempenho, que comprometem a relação dos trabalhadores com a organização das unidades de atenção e prejudicam a qualidade e a continuidade dos serviços essenciais prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (ELIAS, 2004; ASSUNÇÃO et al., 2007; SANTOS, 2008).

Tal cenário sobre o trabalho no setor saúde, de acordo com alguns estudos, tem afetado, de uma forma ou de outra, todos os profissionais de saúde, inclusive a classe médica, agregando

novas pressões pessoais e sociais. Por um lado, revelam a inadequação das condições materiais e organizacionais do trabalho nos estabelecimentos de saúde e, por outro, provocam fadiga, crescente insatisfação no trabalho, diminuição do bem-estar subjetivo e problemas de saúde mental, traduzidos em transtornos psíquicos comuns, fragilização das instâncias coletivas nos ambientes de trabalho e empobrecimento da identidade profissional e do sentido do trabalho (MURRAY et al., 2001; NOGUEIRA-MARTINS, 2003a; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; BARBOSA et al., 2007; OLIVEIRA, 2008; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Outra razão apontada como responsável pelo crescimento dos problemas de gestão do trabalho em saúde é a descentralização do setor saúde, ocorrida na década de 1990, que aumentou a responsabilidade dos municípios em relação à gestão da rede pública de saúde. Já no final dessa década, os municípios respondiam por 92% dos serviços públicos de saúde. Em decorrência da municipalização, surgiram propostas de flexibilização da administração direta para a gestão de atividade de caráter competitivo, a partir do estabelecimento de convênios com as fundações privadas de direito público, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Tais organizações são entidades públicas, não estatais, submetidas a contratos de gestão com diversos órgãos da área da saúde; possuem a autonomia administrativa e financeira para provisão de bens e serviços e administração de pessoal (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004; PAULA, 2010).

A principal justificativa, apontada pelos gestores municipais, para efetivação de um convênio com essas entidades é o fato de que, em tese, a qualidade dos serviços prestados poderia melhorar em função da desburocratização de uma série de procedimentos administrativos dos serviços de saúde, incluindo a gestão dos profissionais de saúde. Entretanto, na prática, sem a devida regulamentação e critérios previamente definidos de gestão, tais convênios proporcionaram graves problemas nas relações de trabalho, sobretudo ligados à precarização dos vínculos empregatícios, com o crescimento da informalidade, principalmente dos médicos, ignorando-se as especificidades do trabalho em saúde (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004; ELIAS, 2004; SANTOS, 2008; COHN, 2009).

O Ministério da Saúde visando responder aos problemas discutidos acima, desde 2003, oferece alguns programas para desprecarização do trabalho em saúde, com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador da saúde, através da transformação das práticas e do incentivo à participação ativa desses profissionais na gestão dos serviços. Entre eles destacam-se o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS); o Humaniza SUS; a Mesa de Negociação Permanente em Saúde; o Programa Nacional de Educação Permanente, entre outros (BRASIL, 2003, 2004a, 2006a, 2006b).

Vale ressaltar que a gestão das relações de trabalho sempre ocupou um lugar secundário na área da saúde. Historicamente, privilegiaram-se as questões clínicas e do cuidado, em detrimento das ações de desprecarização do trabalho, redução da rotatividade e do absenteísmo e de construção de um plano de carreira (PIERANTONI, 2002; PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004; BARBOSA et al., 2007).

É preciso destacar também o papel determinante da tecnologia no trabalho em saúde, considerado o fator mais dinâmico de desenvolvimento dos cuidados de saúde e da atenção médica no período recente, e uma das razões para o aumento dos custos. As inovações tecnológicas organizam e reorganizam o trabalho. Dela derivam novas competências e habilidades, novas relações e especialidades técnicas, que logo demandam novas relações sociais (QUINTANA; ROSCHKE; RIBEIRO, 1994).

Porém, a tecnologia não é apenas um fator de produção e organização do trabalho. Ao mesmo tempo, é também, um elemento estruturador de modelos de atenção e práticas de saúde. Por isso, é um fator ideológico, colaborando para a construção de novos padrões de consumo e procura de cuidados, repercutindo coletivamente na população (MARTINS; DAL POZ, 1998).

De qualquer forma, em que pese a evidente necessidade de se pensar a gestão dos trabalhadores em saúde, de acordo com Assunção et al. (2007), os pesquisadores enfrentam dificuldades para propor novos modelos organizacionais, em razão de problemas técnicos, metodológicos, políticos, institucionais, além da resistência dos próprios profissionais à mudança nas suas práticas atuais.

Nesse sentido, nota-se o número crescente de estudos e de modelos de investigação, entre os quais, insere-se essa pesquisa, voltados para a compreensão da subjetividade no trabalho e para compreensão do engajamento afetivo dos operadores no desempenho de suas tarefas. Apesar da ausência de condições ideais e a complexidade das demandas, muitas vezes inusitadas e não previstas, nas situações de trabalho, os trabalhadores da saúde reafirmam a sua identidade, desenvolvem as suas habilidades, em busca de sentido no trabalho (ASSUNÇÃO et al., 2007).

Uma importante iniciativa foi a criação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, em 1999. Trata-se de uma cooperativa entre países, incluindo o Brasil, cuja meta é produzir informações e conhecimentos para melhorar a formulação de políticas para recursos humanos no setor da saúde, contribuindo para o seu desenvolvimento mediante a troca de experiências. Para facilitar o trabalho, criou-se um conjunto de dados básicos para organizar as informações coletadas sobre a qualidade de trabalho e regimes de trabalho; a educação e treinamento profissional para a força de trabalho da área da saúde; a produtividade e qualidade dos serviços; a governança e controvérsias trabalhistas no setor saúde (OPAS, 2004).

De acordo com os dados levantados por essa iniciativa da OPAS (2004), entre os problemas que persistem e os novos desafios que emergem para a gestão do trabalho em saúde, decorrentes das mudanças no contexto global e nas condições de trabalho, encontram-se:

- Complexidade da coexistência de regimes de trabalho diversos para categorias ocupacionais semelhantes;
- Maior flexibilidade nas condições de trabalho e ênfase no enfoque de equipe;
- Fragmentação de processos de trabalho;
- Treinamento inadequado, centralizado e de impacto duvidoso;
- Motivação deficiente, absenteísmo e baixa taxa de participação de trabalhadores em postos de tomada de decisão;
- Regulamentos e normas inflexíveis e retrógrados;
- Administração e avaliação insuficientes do desempenho da força de trabalho;
- Falta de sistemas de incentivo para qualidade e produtividade.

Constata-se que entidades nacionais e internacionais, principalmente do setor da saúde, “têm buscado construir coletivamente políticas e intervenções para o desenvolvimento das relações de trabalho”, embasados no fato de que o êxito das ações de saúde vincula-se à qualidade da gestão dos trabalhadores, tanto que, juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) dedicaram o ano de 2006 aos recursos humanos em saúde (ASSUNÇÃO, et al., 2007, p. 194)

Dessa forma, a construção de políticas públicas que transformem a gestão dos serviços de saúde, em prol de ambientes de trabalho mais saudáveis e estimulantes têm se configurado como um importante e difícil desafio, tendo em vista as dificuldades de superação de um modelo de prática de saúde, baseado na visão biologicista e mecanicista do processo saúde/doença, e de construção de outro modelo, baseado numa abordagem integradora, de natureza epistemológica e ontológica diferentes, voltado à integralidade, humanização e inclusão da participação dos trabalhadores em saúde e usuários (SANTOS, 2008; COHN, 2009; CAMPOS, 2010).

Campos (2010) aponta algumas estratégias organizacionais que poderiam contribuir para um novo modelo de gestão do trabalho em saúde. Entre elas destacam-se: o profissional de referência, responsável por projetos terapêuticos; equipe de referência, de caráter interdisciplinar, funcionando como uma célula de gestão; equipe de apoio matricial, responsável por um conjunto de pessoas e território; integração entre equipe de referência e apoio matricial, etc.

Dentro dessa perspectiva, a educação surge como elemento fundamental para formação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, no sentido de aproximar o aparelho formador do mundo do trabalho, tendo como principais temas a regulação, a formação, a escolarização e o trabalho em equipe, na perspectiva de contribuir para a preparação de “‘cidadãos-trabalhadores’ e ‘trabalhadores-cidadãos’, comprometidos com a construção de um sistema de saúde equânime, com qualidade e resolutividade” (MARTINS; DAL POZ, 1998, p. 144).

Finalmente, em função da presente pesquisa, destaca-se mais um importante desafio, apontado por Assunção et al. (2007, p. 197), que é a compreensão do caráter subjetivo e intersubjetivo do cuidado em saúde, afastando-se da proposta de cuidados como um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados, pois,

nos estabelecimentos de saúde, as exigências são contraditórias, mas os trabalhadores constroem uma prática para contorná-las, que só é eficaz porque é rica em conhecimentos. São os conhecimentos que permitem responder aos imprevistos no desenvolvimento, implantação e manutenção dos sistemas. Torna-se frágil a abordagem que reduz os recursos humanos em saúde ao *status* conferido aos recursos materiais ou medidas terapêuticas, para dar lugar ao sentido que as atitudes práticas assumem nas diversas situações em que se reclama uma situação terapêutica (ASSUNÇÃO et al., 2007, p. 197).

Essa questão do sentido e os problemas decorrentes da redução do sujeito a um mero operador em situações de trabalho ganham relevância quando se registra o aumento da incidência de agravos à saúde mental relacionadas com o trabalho. As estatísticas de auxílio-doença no Brasil revelam a importância dos transtornos psiquiátricos no perfil de morbidade da classe trabalhadora. Pode-se dizer que, uma parte desses problemas refere-se às situações de tensão vivenciadas coletivamente no trabalho, as quais se traduzem em adoecimentos individualizados (SELIGMANN- SELIGMANN-SILVA, 1992; BRASIL, 2001; SELIGMANN-SILVA, 2003).

De acordo com Ribeiro (2005, p. 16), “com a globalização e a competição desenfreada, a litigiosidade, a belicosidade, a violência e a delinquência ganharam vulto e feições novas”. Sentida mais subjetivamente, a morbidade do trabalho contemporâneo vem merecendo atenção de psiquiatras, clínicos, psicólogos, sociólogos, etc. Essa condição é vista como sinais de morbidez individual, coletiva ou social que levam a diagnósticos variados como, por exemplo, síndromes de adaptação (estresse); de depressão e de esgotamento psíquico; angústia; desajuste social no trabalho e na família; despolitização da vida pública e juridicidade das relações individuais.

1.3 O conceito de saúde

Uma vez entendido que o trabalho humano é um elemento central na constituição de identidades individuais e coletivas e, portanto, fundamental para a organização da vida social e construção de um sentido existencial, cabe agora discutir o conceito de saúde, assim como expor o que é o campo da Saúde do Trabalhador.

A definição² de saúde apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, será o ponto de partida. Entende-se a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. O grande avanço dessa definição, apoiado pela teoria da multicausalidade³, é o reconhecimento da multideterminação da relação saúde/doença. Todavia, mantém um caráter passivo e estático de saúde, impossibilitando a definição precisa do que viria a ser bem-estar físico, mental e social. Além disso, Berlinguer (1988), alerta para o estabelecimento de uma confusão etiológica decorrente da justaposição e da falta de articulação entre fatores causais, em que, por exemplo, mal-estar mental e social passa a ser encarado como uma doença ou um desvio da normalidade e não como fator determinante de uma afecção.

Alguns autores entendem que a saúde deve ser vista como algo dinâmico, em constante processo de ajustes e trocas com o meio, em que o trabalho ocupa um lugar privilegiado. Numa alusão ao conceito da OMS, Dejours (1986) aponta que a saúde deve ser considerada como a possibilidade de se obter meios de construir um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. Além disso, Berlinguer (1988) entende a saúde como um estímulo ao conhecimento, à criatividade, à solidariedade (fortalecimento comunitário e agregação familiar) e à transformação das condições de vida, do ambiente e do trabalho.

² Essa definição pode ser encontrada no site: <http://www.who.int/home-page/index.es.shtml>. Acessado em 02/12/2009.

³ Essa teoria reduz a realidade complexa da relação saúde/doença a uma série de fatores, que atuam e condicionam a doença de maneira igual, não importando suas características. Assim, os fatores sociais, biológicos e psicológicos não se colocam como distintos, pois todos são reduzidos a "fatores de risco", que atuam da mesma maneira sobre a pessoa (CAMPOS; SOARES, 2003).

O fato é que a polissemia do termo 'saúde', em que estão embutidas inúmeras significações, favorece os questionamentos citados acima, o que leva a uma questão epistemológica determinante: nenhuma disciplina por si só comporta todas as dimensões desse objeto, exigindo-se, dessa forma, a elaboração de projetos interdisciplinares que articulem essa multiplicidade de objetos e áreas do conhecimento, que vão desde as ciências naturais às ciências sociais (CANESQUI, 1995).

Para Sawaia (2003), é possível afirmar que nos diversos campos do saber admite-se tanto a compreensão de que a saúde deve ser vista como processo, quanto o fato de que a relação saúde/doença é multideterminada por fatores sociais, políticos, culturais, econômicos e, até, subjetivos. No entanto, essa autora alerta que tais fatores não devem ser encarados como variáveis independentes, ou seja, algo que é possível controlar ou eliminar da vivência da relação saúde/doença.

Concorda-se com Canguilhem (1978) que afirma que ter saúde significa poder adoecer e sair do estado patológico, com a possibilidade de criar e instaurar normas vitais; de produzir, criar, transformar e interagir com o meio e com os outros. Implica poder desobedecer, produzir ou acompanhar uma transformação, ou seja, administrar de forma autônoma a margem de risco, de tensão, de dificuldade, de mal-estar que acompanha o cotidiano das pessoas. Por outro lado, o patológico é a perda dessa capacidade normativa, a impossibilidade de mudança nas situações em que há algum sofrimento. Se o trabalho é algo fundamental para a constituição da identidade humana, então, para Clot (2006), essa definição de saúde está intimamente relacionada com a atividade de trabalho, pois não se trata de uma questão naturalmente determinada, mas de uma capacidade de agir sobre si e sobre o mundo.

Entende-se então que a visão de saúde proposta por Canguilhem (1978) articula-se com o paradigma da complexidade na construção de um conhecimento multidimensional, que não visa encontrar ou oferecer todas as informações sobre um evento ou fenômeno estudado, mas respeitar suas diversas dimensões, concebendo a articulação, a identidade e a diferença entre elas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000; WALTNER-TOEWS, 2000; PALMA; MATTOS, 2001; CHIAVEGATO FILHO, 2002; SAWAIA, 2003).

Como afirma Morin (1998, p. 140), “é, portanto, necessário enraizar o conhecimento físico, e igualmente o biológico, numa cultura, numa sociedade, numa história e numa humanidade. A partir daí, cria-se a possibilidade de comunicação entre as ciências” (MORIN, 1998, p. 140).

A mediação dessa comunicação deve ser feita pela dimensão ética da saúde. Isso significa enaltecer a importância do significado e dos sentidos atribuídos pelas pessoas à saúde, doença, práticas de saúde, medicamentos, trabalho, ao corpo, etc., na compreensão da relação saúde/doença. “O sentido, como mediador do desenvolvimento humano é o lugar em que o biológico, o psicológico e o social se encontram e se autoconfiguram” (SAWAIA, 2003, p. 87).

A ausência da dimensão ética da saúde, ou seja, a falta de compreensão de seu contexto sócio-histórico acaba por promover a individualização da saúde, que culpabiliza as pessoas pela sua doença, confirmando a hipótese de que possuímos, em nosso interior, todos os recursos necessários para a cura e reabilitação. Para Sawaia (2003, p. 91), sem tal reflexão crítica,

a incorporação do simbólico, do subjetivo, da ética na saúde tornam-se imperativos categóricos e ideologias como vêm ocorrendo com a ênfase na autoestima... A autoestima virou um remédio muito recomendado às pessoas que procuram assistência à saúde, como condição básica do tratamento.

Portanto, o papel de regulação que a saúde exerce no desenvolvimento da capacidade de ação das pessoas deve ser valorizado. De modo que “a expressão mais correta para designar a práxis em saúde não é nem prevenção, nem promoção, mas potencialização que demanda ações no plano biológico, subjetivo, social e ético” (SAWAIA, 2003, p. 93).

1.4 O campo da Saúde do Trabalhador

O trabalho, de acordo com Vasconcellos (2007, p. 15), está presente como “fator determinante, às vezes de forma preponderante, outras de forma adjacente ou subjacente nas questões de saúde e doença, seja qual for a modalidade e a ênfase da abordagem”. A abordagem denominada ‘Medicina do Trabalho’ configurou-se no início do século XX. Trata-se de um modelo reducionista, caracterizado por uma visão biológica e individual das doenças e acidentes de trabalho, focalizada no próprio trabalhador, no espaço restrito da fábrica e numa relação unívoca e unicausal. Seu principal objetivo está relacionado ao aumento do controle social e da qualidade da força de trabalho, ou seja, sua preocupação maior não foi e não é o bem-estar ou a cura do trabalhador, mas, antes, avaliar a sua capacidade física de poder continuar ou não com suas atividades, muitas vezes, no interior das fontes determinantes de seu mal-estar original (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997; VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006).

A partir dos anos 1940, com a evolução acelerada da tecnologia industrial, favorecendo o desenvolvimento de novos processos industriais, equipamentos e formas de organizar o trabalho, modificou-se o perfil de morbidade nos ambientes de trabalho, evidenciando a insuficiência do modelo de intervenção da ‘Medicina do Trabalho’ sobre os novos agravos. Ao invés de uma ação direcionada ao trabalhador, inicia-se a valorização da intervenção também sobre o ambiente de trabalho, com o suporte de instrumentos e técnicas fornecidos por outros campos de atuação profissional (MENDES; WAISSMANN, 2003).

Configurou-se assim, o modelo de análise e intervenção nas relações saúde/doença e trabalho denominado de ‘Saúde Ocupacional’, cuja meta foi relacionar o ambiente de trabalho ao corpo dos trabalhadores, associando-se à teoria da multicausalidade, em que “os fatores de risco do adoecer e morrer foram considerados com o mesmo valor ou potencial de agressão ao homem, visto este como ‘hospedeiro’” (MENDES; DIAS, 1991, p. 345).

A 'Saúde Ocupacional' representou uma continuidade em relação à 'Medicina do Trabalho', tanto no que se refere às concepções epistemológicas, quanto às práticas de intervenção. Ambas foram e ainda são bastante criticadas na sua atuação por 'legitimar' os fatores de risco em saúde decorrentes dos processos produtivos. Seus atos se restringem a servir como intermediador dos danos infligidos à força de trabalho, estabelecendo critérios, não para o diagnóstico do dano (ou doença) em si, mas para o diagnóstico de aptidão para que o "paciente" continue trabalhando ou não. Tais modelos findam por transferir ao corpo do trabalhador a responsabilidade de proteção contra os riscos, além de atuar como "sensor de avaliação do nível de agentes físicos e químicos tóxicos, estabelecidos em normas - limites de tolerância de exposição, no ambiente de trabalho" (VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006, p. 17).

Na prática, constata-se que o principal objetivo da ação médica está relacionado à adaptação dos trabalhadores à produção e à solução de patologias individuais, evitando que 'trabalho' receba o ônus pela origem das patologias ou que efeitos aparentes nos coletivos de trabalhadores pudessem vir a esclarecer vínculos entre eles e o trabalho (MENDES; WAISSMANN, 2003).

Na década de 1970, pesquisadores da Medicina Social Latino-Americana e da Saúde Coletiva destacaram a importância dos determinantes sociais na relação saúde/doença dos trabalhadores, privilegiando o processo de trabalho como categoria de análise. A proposta, fundamentada no materialismo histórico e dialético de Marx, estabeleceu uma ruptura, com as concepções hegemônicas da 'Medicina do Trabalho' e da 'Saúde Ocupacional' que, dentro de uma perspectiva positivista, formulavam articulações simplificadas entre causa e efeito, desconsiderando a dimensão social e histórica do trabalho e da relação saúde/doença. Portanto, não se trata de uma etapa evolutiva dessas abordagens (LAURELL; NORIEGA, 1989; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 2003; SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006; LACAZ 2007).

A partir desse novo modelo de análise, foi possível ampliar a compreensão teórica e prática das relações entre o trabalho e a saúde, em vários níveis de complexidade. A análise dos processos de trabalho proporcionou a identificação das transformações necessárias a serem esboçadas nos locais e ambientes para a melhoria das condições laborais e de saúde. A partir de

um ponto de vista interdisciplinar, buscou-se identificar e contextualizar as relações sociais e técnicas do processo produtivo, inclusive os aspectos subjetivos envolvidos. Trata-se da configuração do campo de conhecimento e práticas denominado ‘Saúde do Trabalhador’, definido, portanto, como

um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum. Essa perspectiva é resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva, com raízes no movimento da medicina social latino-americana e influenciada significativamente pela experiência italiana. O avanço científico da medicina preventiva, da medicina social e da saúde pública, durante os anos 60 e início da década de 70, ao suscitar o questionamento das abordagens funcionalistas, ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, inclusive em sua articulação com o trabalho. (MINAYO- GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997, p. 25).

Almejava-se diagnosticar, além dos acidentes e doenças, os efeitos na saúde dos trabalhadores decorrentes da organização do trabalho, que conforma a nocividade do processo de trabalho, “expressa na alienação, na sobrecarga, no desgaste e nos constrangimentos” (LACAZ, 2007, p. 760).

Em vez de vislumbrar o trabalhador de forma passiva, como hospedeiro, exposto a fatores externos, desconsiderando a subjetividade e a experiência dos trabalhadores, concebe a participação dos mesmos na intervenção e na transformação das situações de trabalho, “como agente de mudanças, com saberes e vivências sobre seu trabalho, compartilhadas coletivamente e, como ator histórico” (BRITO, 2005; LACAZ, 2007, p. 761).

A noção de trabalho dessa abordagem supera aquela do ambiente e seus agentes e da saúde como uma adaptação constante, colocando-a numa perspectiva de interação entre o biológico e o psíquico, “constituindo um nexó psicofísico indissociável, cujo desequilíbrio, mediado pelas relações sociais, pode expressar-se numa ampla e variada gama de distúrbios, classificados como doenças, mal-estares difusos, sofrimentos e danos” (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006, p. 283).

Ao contrário das abordagens anteriormente apresentadas, que se institucionalizaram por meio da iniciativa privada, e, portanto, sujeitas às regras de mercado e das políticas empresariais

privadas e aos contratos de regulação da força de trabalho, a ‘Saúde do Trabalhador’ conforma-se como “campo de intervenção no âmbito das relações produção/ambiente/consumo/saúde como política pública não propriamente reguladora, mas, muito mais, transformadora dos sistemas produtivos” (VASCONCELLOS, 2007, p. 169).

No Brasil, a emergência da ‘Saúde do Trabalhador’, como campo de saber e de constituição de políticas públicas, aconteceu no início dos anos 1980, inserida no contexto do processo de redemocratização e tendo como base o movimento sanitário e o sindical (LACAZ, 1994). O Movimento Sindical, com sua reorganização, a partir das grandes greves de 1978 nas indústrias automobilísticas, introduziu a questão saúde nas pautas de discussão e reivindicação, refletindo influências do movimento sindical italiano.

O movimento sanitário, por sua vez, foi inspirado na luta interna pelos direitos de cidadania no Brasil, entre os quais o de acesso à saúde, e fundamentou as propostas da Reforma Sanitária brasileira, buscando a integralidade da assistência e a superação do modelo dicotômico entre Medicina Preventiva e Medicina Curativa.

O resgate do campo das relações entre saúde e trabalho, na elaboração das políticas públicas de saúde, culminou com a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, de 1990, no marco da estruturação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Portanto, a saúde do trabalhador tem sua base de formulação e execução no SUS, sob a sua coordenação, com a premissa de que seja assumida a sua condição de sistema que ultrapassa os limites do setor saúde propriamente dito (VASCONCELLOS, 2007).

Consolida-se, assim, a tentativa de tornar consistentes as ações entre trabalho e saúde no campo da saúde pública, como ferramenta técnica componente da área de saúde do trabalhador, em função das seguintes premissas básicas: direito à saúde, amplo e irrestrito, ampliação do modelo de intervenção sobre os fatores determinantes dos danos, com base na vigilância da saúde e não no modelo fiscalizador da norma; e, principalmente, a incorporação do trabalhador como sujeito coletivo na definição das práticas e elemento decisivo na transformação dos processos de trabalho (VASCONCELLOS, 2007).

Entretanto, de acordo com Vasconcellos (2007, p. 18), a Saúde do Trabalhador ainda se posiciona “de forma periférica e marginal, seja na formulação (plano das políticas), na configuração institucional (organização de serviços), na formação de recursos humanos ou na delimitação do campo das determinações sociais dos processos saúde-doença”.

Atualmente, o desenvolvimento e a consolidação da ‘Saúde do Trabalhador’, como campo de saber e construção de políticas públicas, encontram-se ainda em curso. As recentes modificações ocorridas no interior dos processos produtivos e nas relações de trabalho, aliadas à fragilidade do movimento sindical e às resistências encontradas na elaboração de políticas públicas, têm imposto importantes desafios para a área, como os epistemológicos, metodológicos, políticos, entre outros (ASSUNÇÃO, 2003; MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005; VASCONCELLOS; PIGNATI, 2006; LACAZ, 2007).

Entre os desafios, destaca-se a não valorização, ou invisibilidade, da categoria trabalho como um fator complexo de determinação social dos problemas de saúde das mais diversas ordens, nos mais diversos grupos populacionais. Seja intencionalmente, por suas implicações em relação ao poder econômico, ou não, o trabalho permanece invisível como determinante fundamental da relação saúde/doença. Mantém-se pouco visível para a gestão pública de saúde e do Estado em geral, para a mídia, para a sociedade e, até, muitas vezes, para os próprios trabalhadores e suas famílias (VASCONCELLOS, 2007).

Outro desafio importante está relacionado às mediações entre trabalho e subjetividade. Configurando-se em importante campo de atuação e intervenção da psicologia no estudo das relações trabalho e saúde-doença, essa mediação visa à criação de instrumentos que permitam melhor compreensão das vivências subjetivas no trabalho, conciliando a clínica com a análise da atividade (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006; CREPOP, 2008; SELIGMANN-SILVA. E. et al, 2010).

Esse é um dos pontos para os quais esse estudo busca contribuir, já que, de acordo com Assunção (2003, p. 1012), que se baseia em uma série de pesquisas realizadas no âmbito da ‘Saúde do Trabalhador’, é no imprevisível das situações de trabalho que se situa a explicação dos problemas de saúde, pois

as categorias saúde e trabalho, se referem a fenômenos que, por sua natureza, são cambiantes. O uso do corpo no trabalho está associado a uma série de fenômenos de saúde, para os quais ainda temos dada pouca visibilidade e mínimas vias de transformação. Nos contornos da reestruturação produtiva, a desigualdade no interior dos processos de trabalho, imanente ao sistema capitalista, assume efeitos ainda não bem traduzidos, do seu modelo de flexibilização (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1012).

Para superar esse desafio, entende-se que a compreensão das situações de trabalho para intervir na sua relação com a saúde deve considerar o singular e o particular, presentes nas situações laborais, com o intuito de conhecer os modos operatórios dos trabalhadores e as estratégias de regulação das suas condições diante das exigências da organização de trabalho. O grande desafio é, a partir desta compreensão, criar estratégias de prevenção e de desenvolvimento da capacidade de ação dos trabalhadores sobre as situações de trabalho (DOPPLER, 2007).

Considera-se que a relação entre o trabalho e a saúde ultrapassa os limites disciplinares e coloca-se na interface de várias áreas do conhecimento depositárias de especificidades teóricas e conceituais, oriundas das ciências biológicas, sociais, matemáticas e humanas construídas ao longo da evolução histórica do conhecimento científico. Essa dimensão interdisciplinar se manifesta através de uma determinada concepção de saúde, bem como de uma concepção de trabalho humano, cujo objetivo é o de conduzir pesquisas acadêmicas, construir práticas de saúde, elaborar políticas públicas, etc. (BERLINGUER, 1993).

CAPÍTULO 2

2. CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PARA A ANÁLISE DO TRABALHO

Dadas as mudanças tecnológicas e organizacionais ocorridas recentemente no mundo do trabalho e que afetam, praticamente, todos os setores de atividade produtiva, inclusive a área dos serviços de saúde, configuram-se novos ambientes laborais, que obrigam os trabalhadores a ‘reaprender’ o seu fazer e a modificar os modos operatórios⁴ que desenvolvem para preservar sua saúde e atingir os objetivos da produção ou dos serviços oferecidos.

Todavia, como visto anteriormente, sobretudo nos últimos tempos, as mudanças supracitadas têm provocado um expressivo aumento nas patologias de ordem psicológica. Entre elas o *burn-out*, os transtornos mentais comuns, reunidos em formas variadas de estresse, como o pós-traumático, síndromes depressivas, distúrbios de memória, quadros de ansiedade, problemas decorrentes do assédio moral, etc. (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Para compreender essa realidade, de acordo com Leplat e Cuny (1977), do ponto de vista da psicologia, o trabalho pode ser analisado partindo-se do pressuposto de que o trabalhador está inserido num sistema sócio-técnico, o sistema homem-máquina, que possui múltiplas dimensões, como as econômicas, sociais, técnicas, subjetivas, etc.

Tendo como base essa visão interdisciplinar, é possível afirmar que, historicamente, a forma como se aborda esse sistema vai definir a perspectiva adotada para realizar a análise da ação produtiva e os respectivos campos de atuação da psicologia, bem como as implicações dos trabalhadores e a forma como o seu comportamento é afetado pelas situações laborais (LEPLAT; CUNY, 1977).

⁴ O modo operatório é entendido aqui, de acordo com Guérin et al. (2004), como uma estratégia que o trabalhador constrói para atingir os objetivos pretendidos no trabalho, levando-se em consideração os instrumentos e ferramentas disponíveis, os resultados já obtidos, sua formação e experiência profissional, e, inclusive, suas condições de saúde.

Quando o foco da análise do trabalho concentra-se no homem ou num grupo de homens, priorizam-se aspectos como nível de conhecimento, motivação, competências, habilidades, experiências, capacidade de trabalhar em equipe, etc. Estando todos esses aspectos relacionados com as exigências de uma dada tarefa. Os problemas psicológicos que poderão ser detectados estarão ligados às diferenças individuais, à aprendizagem; à personalidade, etc. As práticas correspondentes a essa perspectiva estão ligadas às técnicas de recrutamento, seleção, treinamento, melhoria de clima organizacional, entre outras coisas. Essa delimitação caracterizou a maior parte da inserção da psicologia nos processos produtivos, sendo que até hoje, as ações de recrutamento e seleção, por exemplo, são consideradas sinônimas do que pode fazer um psicólogo no trabalho (LEPLAT; CUNY, 1977).

Para Spink (1996, p. 98), é possível compreender essa perspectiva de análise da psicologia do trabalho, considerando-se o contexto da época em que surgiram os primeiros estudos. Trata-se de um período marcado pela consolidação da razão científica objetiva e da criação, na indústria, de princípios claros de organização, oriundos da mecânica, no qual prevalecia a lógica linear para solução dos problemas, ou seja, para cada problema uma solução racional. Para a psicologia isso representou a separação entre um campo experimental (teoria) e um campo aplicado (prática), que, aliado ao “determinismo da eficiência técnica ou da organização vista como uma máquina, se combinaram para produzir um campo fértil de expansão não problemática.”

Essa abordagem também ficou conhecida como Psicotécnica do Trabalho, dando ênfase à noção de aptidões que deveriam ser encontradas nos trabalhadores, através da aplicação de testes, visando à adequação da pessoa em função do seu posto de trabalho, ou seja, a pessoa certa para o lugar certo. Pode ser considerada como a primeira geração de psicólogos do trabalho, tendo como pano de fundo epistemológico o paradigma positivista, no qual é preciso antes saber para depois prever com o objetivo de agir. Os sujeitos dessa ação são sempre os organizadores, recrutadores, etc. (CLOT, 2010a).

A lógica, subjacente à Psicotécnica do Trabalho, está atrelada historicamente ao princípio taylorista da divisão entre concepção e execução no ambiente de trabalho e constitui-se na versão aplicada da psicologia do trabalho, quase autônoma do resto da psicologia. Nesse sentido, os psicólogos estariam vinculados ao subgrupo encarregado pela ‘manutenção dos homens’,

responsáveis pela execução, mas limitados pelas exigências de lucro e pelos imperativos da gestão da produção. O homem é visto, de forma instrumentalizada, como mais uma variável dos processos produtivos (o fator humano), além das variáveis técnicas e ambientais (SPINK, 1996; SANTOS, 1997; VIEIRA; BARROS; LIMA, 2007).

A segunda forma de análise do sistema sócio-técnico concentra-se nas inter-relações estabelecidas entre o homem e a máquina/instrumento de trabalho ou então no próprio estudo das tarefas (concepção das máquinas/instrumentos, dos postos, das condições e da organização do trabalho), acrescentando outras variáveis na análise do processo, até então restrita ao comportamento do indivíduo. Assim, foi possível observar em que medida a natureza dos postos de trabalho, dos instrumentos e as condições do seu emprego, determinam os comportamentos e como o operador utiliza esses instrumentos para atingir seus objetivos (LEPLAT; CUNY, 1977).

Essa abordagem, desenvolvida depois da Segunda Guerra Mundial, colocou-se de maneira crítica em relação à visão positivista da psicologia do trabalho, configurando-se na segunda geração de profissionais da Psicologia do Trabalho. Pelo menos na França, deu origem a três grandes correntes de oposição à Psicotécnica do Trabalho: Psicologia Cognitiva do Trabalho, Ergonomia e a Psicopatologia do Trabalho (CLOT, 2010a).

A Psicologia Cognitiva do Trabalho, a partir dos anos 1950, procurou evidenciar que, antes de procurar aptidões nos trabalhadores, era preciso retornar à situação de trabalho, pois só assim poder-se-ia encontrar os fundamentos para desenvolver as aptidões, os modos operatórios e as competências requeridas. Assim, concebe-se a diferenciação entre ‘tarefa’ e ‘atividade’ no ambiente de trabalho, sendo a primeira aquilo que está para ser feito e a segunda aquilo que se faz de fato para atingir o que tem que se fazer (LEPLAT; CUNY, 1977; CLOT, 2010a).

O sujeito é visto, dentro dessa concepção, como um sistema de tratamento de informações, um sujeito epistêmico. Os problemas psicológicos decorrentes dessa condição subjetiva se concentram na resolução de problemas, nas tomadas de decisão, nas atividades psicomotoras e cognitivas, na compatibilidade entre dispositivos de sinalização e comando, na representação mental, na regulação de modo operatório, etc. As intervenções incidem nas condições e na organização do trabalho (alargamento e enriquecimento de tarefas, avaliação do

posto e do trabalho, etc.) tidos, frequentemente, como objetos da ergonomia (LEPLAT; CUNY, 1977).

Já a Ergonomia, surgida entre os anos 1940 e 1950, teve como objeto de atenção o trabalho humano e suas interações no contexto social e tecnológico, visando demonstrar a complexidade das situações de trabalho e a multiplicidade de fatores que a compõe, sendo o seu objetivo a melhoria da eficácia, saúde, segurança e conforto dos sistemas sócio-técnicos. Inicialmente, teve em sua base, a proposta de integrar na concepção das ferramentas, máquinas e dispositivos técnicos, e também os conhecimentos derivados da fisiologia e da psicologia experimental, sendo que, atualmente, podem-se distinguir duas fortes tradições teóricas no campo da ergonomia, derivadas de princípios epistemológicos distintos (ABRAHÃO; PINHO, 1999, 2002).

A primeira vertente, dominante nos países anglo-saxônicos, tem sua origem em 1947. De caráter interdisciplinar, busca por meio da aplicação desse conhecimento melhorar, sobretudo, as condições de trabalho. Todavia, constitui-se numa relação de exterioridade com o ambiente de trabalho, caracterizando-se como prescritiva e normativa. Essa visão, centrada na figura do ‘operador’, tido como um componente físico do sistema de produção, busca suas características psicofisiológicas (fatores humanos), através de métodos experimentais, visando à concepção de dispositivos (MONTMOLLIN, 1990).

A segunda vertente, de origem francófona, é a que mais interessa nesse momento, por conta de sua oposição à Psicotécnica do Trabalho. Assim como a Psicologia Cognitiva do Trabalho, surgiu nos anos 1950, com a preocupação de priorizar a análise da atividade, ou seja, a situação real de trabalho, sem desconsiderar as características psicofisiológicas do trabalhador, entendido, agora, como ator no processo de trabalho, não só um sujeito que conhece, mas um sujeito afetado por sua condição social. O seu objeto de atuação e investigação inclui estudos sobre as características de cada trabalhador, as estratégias que elaboram na realização da atividade, os comportamentos de regulação dos modos operatórios e os impactos de seu trabalho em termos de saúde e eficácia/eficiência. Para o desenvolvimento das competências do trabalhador é necessário antes transformar as situações de trabalho, pois são elas que mobilizam as aptidões (ABRAHÃO; PINHO, 1999; GUÉRIN, 2001).

Essa visão da ergonomia retoma a distinção central para a análise do trabalho que diz respeito à diferença entre ‘tarefa’ e ‘atividade’, que agora passam a ser denominadas como ‘trabalho prescrito’ e ‘trabalho real’. Sendo o trabalho concreto, histórica e socialmente, fruto de uma divisão entre concepção e execução, entende-se que o ‘trabalho prescrito’ é aquele ligado à concepção e o ‘trabalho real’ à execução (CLOT, 2010a).

Portanto, o ‘trabalho prescrito’ é uma tarefa definida previamente a partir de regras, normas, avaliações empíricas, metas de produção, determinados meios técnicos para realizá-la, que configuram um determinado posto de trabalho e a maneira como tal atividade deve ser realizada. Entretanto, o ‘trabalho prescrito’ nunca coincide exatamente com o trabalho real, aquele que é, de fato, executado pelo trabalhador, relativo às características concretas do cotidiano da confrontação do trabalhador com determinada situação de trabalho, com implicações físicas e mentais. Trata-se de uma fonte de criação e de atividade vital para o trabalhador, transformação de uma situação complicada de trabalho em uma alternativa possível (DANIELLOU; LAVILLE; TEIGER, 1989).

A análise do trabalho proposta pela ergonomia francesa incide justamente na diferença entre o prescrito e o real, cujas consequências para o trabalhador, para a empresa e para a sociedade em geral vão definir os objetos de ação e intervenção de várias disciplinas, entre elas a psicologia, que, até pouco tempo, não era muito explorada pelos especialistas. Como afirmam Daniellou, Laville e Teiger (1989, p. 10):

os operadores são, portanto, frequentemente levados a exercer uma atividade com componentes físicos e mentais importantes, em um ambiente que torna mais complexa a execução da tarefa: o calor torna o trabalho físico mais incômodo; uma informação deficiente perturba a busca de informações necessárias; um ruído intenso perturba a atenção, é fonte de fadiga ou de surdez; um ‘layout’ deficiente do espaço de trabalho obriga a movimentos difíceis, a deslocamentos frequentes [...].

Então, na construção de conhecimentos visando à análise e transformação das situações reais de trabalho, a ergonomia promove a integração de diferentes áreas do conhecimento (antropometria, fisiologia, psicologia, sociologia, etc.), em prol da segurança dos homens e dos equipamentos; da eficiência do processo produtivo e do bem-estar dos trabalhadores nas situações de trabalho (ABRAHÃO; PINHO, 1999).

Para proceder à análise da atividade, devem-se considerar tanto as características dos trabalhadores, quanto os elementos que compõem o ambiente de trabalho, como são apresentados e detectados pelos trabalhadores. Como apontado acima, o trabalhador é o sujeito ativo do processo, pois, dependendo da situação com a qual se depara, ele transforma permanentemente a sua atividade, como resposta aos constrangimentos (restrições técnicas, corporais e organizacionais à execução das atividades) que se apresentam. Assim, a análise ergonômica do trabalho (AET) procura identificar como o trabalhador constitui os problemas que tem de resolver em confronto com a situação real de trabalho (WISNER, 1987).

Tal metodologia privilegia, portanto, a visão dos trabalhadores sobre seu próprio trabalho. Isso inclui as condições de execução, dificuldades, queixas e problemas verbalizados; a observação da atividade nas situações reais de trabalho e as observações dos indicadores mais importantes na situação, sejam estes relativos à eficácia ou à saúde; a confrontação e análise destes dados com as questões levantadas pelo especialista e com os dados existentes na literatura (WISNER, 1987; GUÉRIN, 2001; ABRAHÃO; PINHO, 2002).

Os comportamentos adotados pelos trabalhadores em situação real não são considerados apenas como uma degradação do trabalho prescrito. No exercício de sua função, o trabalhador promove ajustes em sua atuação quando se defronta com imprevistos, estabelecendo compromissos entre os objetivos da produção, as suas próprias características e a sua capacidade para atingir tais objetivos, levando-se em conta as condições de trabalho oferecidas ou possíveis. Trata-se, sem dúvida, de uma visão positiva do trabalho, como um lugar de criação e de rearranjos inovadores, mas que também pode gerar sofrimento, caso essa atividade esteja bloqueada (SANTOS, 1997; GUÉRIN, 2001; DANIELLOU, 2004; CLOT, 2010a).

Nesta perspectiva, uma das características essenciais da análise ergonômica do trabalho é examinar o que acontece na complexidade da realidade sem utilizar um modelo escolhido a priori, com o objetivo de identificar ‘o quê?’, ‘como?’ e ‘por quê?’ do trabalho dos operadores na busca por alternativas tanto conceituais quanto metodológicas. Busca-se a superação dos ditames tayloristas que reinam nas organizações de trabalho e o ‘positivismo cientificista’ entre os campos de conhecimentos que têm o trabalho humano como objeto de estudo (ABRAHÃO. PINHO, 2002; DANIELLOU, 2004).

Em relação à Psicologia Cognitiva do Trabalho, na visão da Ergonomia, houve um equívoco na ideia de que o conhecimento poderia continuar a ser obtido no tradicional esquema positivista, em decorrências dos experimentos. É preciso dizer que participaram de um importante campo do saber, denominado ciências cognitivas, cujos resultados foram muito importantes para a inteligência artificial, para citar um exemplo. No entanto, a diversidade dos comportamentos reais em situação de trabalho mostrou que era necessário ir além, considerando o grau de aprendizagem dos operadores, a duração da jornada de trabalho, o estado de saúde e o significado atribuído pelo operador à determinada atividade de trabalho (WISNER, 1994).

Até esse momento, o trabalho real, sendo dessa forma analisado, vinha oferecendo poucos espaços para as questões subjetivas do trabalhador. Mesmo considerando que em toda a atividade de trabalho, coexistem três componentes, a saber, o físico, o psíquico e o cognitivo, parece não haver dúvidas em relação ao fato de que a interdisciplinaridade dessa abordagem não deve ser obtida a partir da aplicação, pura e simples, de cada campo de conhecimento, mas sim a partir da transformação desse conhecimento, levando-se em conta o caráter integrador da ergonomia da atividade. Mais do que a oferta de condições e oportunidades para abordagem dos componentes psíquicos de uma atividade de trabalho, tais dificuldades talvez revelem lacunas na própria construção do conhecimento psicológico, uma vez que trabalho sempre foi considerado marginalmente e não como uma categoria de análise, mas apenas como um campo de aplicação desse conhecimento (DANIELLOU, 2004; CLOT, 2010a).

De acordo com Clot (2007), os próprios ergonomistas reconhecem tais limitações, considerando-as legítimas, entendendo que é preciso ir além do entendimento das ocupações do trabalhador e interessar-se também por suas preocupações. O trabalhador possui uma história e ele não busca apenas os objetivos da tarefa prescrita, mas também objetivos pessoais.

A AET possibilita delimitar os componentes físicos e cognitivos de uma situação de trabalho. Entretanto, o componente psíquico, embora reconhecido, em geral, não constitui parte das recomendações da intervenção. Assim, configura-se a necessidade de uma construção teórica que considere os elementos que não são visíveis no trabalho e que determinam, muitas vezes, a articulação do sujeito com o contexto. Como afirmam Abrahão e Pinho (2002, p. 51), esta articulação é “de natureza subjetiva e todo processo de trabalho é por ela perpassado. Integrar

esta dimensão facilitará a compreensão da complexidade do trabalho. Ao ignorá-la, corre-se o risco da sua repercussão na saúde e na produtividade”.

Depois da Psicologia Cognitiva e da Ergonomia, a terceira grande corrente de oposição, à Psicotécnica do Trabalho, foi a Psicopatologia do Trabalho, também originada nos anos 1950, com os trabalhos de Louis Le Guillant sobre a função psicológica do trabalho, sobretudo em trabalhadores extenuados por atividades fortemente taylorizadas (LIMA, 2006; CLOT, 2010a).

Nessa corrente, entende-se que o trabalho, dependendo de suas condições e da forma como é organizado, pode levar à degradação da saúde mental dos trabalhadores. Enquanto o foco principal da Ergonomia é a atividade, analisada através da observação de situações reais de trabalho, o da Psicopatologia do Trabalho é a subjetividade, analisada pela escuta, pelo diálogo, de forma que a grande questão desses pesquisadores é saber como os trabalhadores “chegam a suportar essas situações insuportáveis”, dando relevância, na análise do trabalho através da palavra, à condição social de cada um e suas implicações na saúde mental. (CLOT, 2010a, p. 218).

Tendo apresentado brevemente as três grandes correntes de oposição à Psicotécnica do Trabalho, chega-se a geração de profissionais da psicologia do trabalho, que de uma forma ou de outra, constroem sua trajetória no caminho aberto pelas correntes anteriores. Neste estudo, destacam-se apenas as duas contribuições mais abordadas. Primeiramente, a Psicodinâmica do Trabalho, para depois, por fim, chegar à perspectiva que norteia essa pesquisa, a Clínica da Atividade.

Do ponto de vista da Psicopatologia do Trabalho, a principal contribuição foi feita por Dejours (1988, 1992) e Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), com a criação da Psicodinâmica do Trabalho, em que o objeto de ação não é o trabalho real, mas voltado, sobretudo, para as vivências subjetivas dos trabalhadores, para a análise dinâmica dos processos psíquicos envolvidos na confrontação do sujeito com a realidade de trabalho, ponto em que a questão do sentido é crucial. O conflito entre organização do trabalho e funcionamento psíquico é assumido como fonte de sofrimento psíquico. O trabalho, nesse caso, define o momento da expressão do sofrimento, mas não sua forma, que, por sua vez, resulta da estrutura psíquica característica do

indivíduo. Trata-se de um trabalho de subjetivação, uma atividade sobre si mesmo, considerada central nessa perspectiva, ou seja, o trabalho encontra seu sentido em seu exterior.

Quando o ambiente de trabalho entra em desequilíbrio do ponto de vista do funcionamento psíquico do trabalhador, a doença e o sofrimento configuram-se na manifestação de insatisfação, medo, angústia, etc. Nesse caso, a ação do coletivo ganha relevância fornecendo os meios para a defesa, em razão da intercompreensão e a formação de uma comunidade de sensibilidade ao sofrimento. Portanto, o sofrimento está no centro da relação psíquica do homem com o trabalho, relação que, em última análise, está em busca de sentido e de reconhecimento que possibilitariam uma eventual elaboração psicológica. Nesse caso, há dois desenvolvimentos possíveis para o sofrimento, um ligado à criatividade e outro patogênico. O sofrimento patogênico aparece quando não há mais possibilidade de negociação, por parte dos trabalhadores, com as regras da organização do trabalho. Porém, quando, ao contrário, há possibilidades de transformações, tal sofrimento pode aumentar a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho, então, funciona como um mediador para a saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Sem apresentar aprofundamentos na caracterização dessa vertente teórica, comentando os estudos de diversos autores, é possível afirmar que, a luta pela saúde, a possibilidade do trabalho como fonte de prazer e de desenvolvimento, estão presentes mais como luta contra o sofrimento que como ampliação da capacidade de ação. Portanto, a importância de se produzir caminhos nas situações de trabalho, para a ampliação do poder de ação dos trabalhadores e superação das condições de produção do sofrimento, não é explorada em todas as suas possibilidades. É justamente a ausência do trabalho como categoria central que nos afasta dessa proposta. Concorde-se com Lima (2002), que afirma não ser possível conceber e praticar uma psicologia do trabalho na ausência do próprio trabalho. Nesse momento, retoma-se a definição de trabalho já apresentada no primeiro capítulo dessa tese, ou seja, trabalho como ponto de partida para a compreensão do homem e de tudo que o caracteriza. De acordo com Chasin⁵ (1993 apud Lima 2002, p. 75), o trabalho:

⁵ CHASIN, J. **O que é trabalho?** 1993. – Conferência proferida na UFMG em 1993.

[...] funda, produz e reproduz o ser social sempre como um outro. Mesmo porque todas as outras categorias do ser social já têm um caráter essencialmente social [...] qualquer outra categoria do ser social que não (seja) o trabalho é, exclusivamente, na essência, apenas social. Ou seja, todo e qualquer atributo, todo e qualquer predicado do homem já é o resultado de sua autoconstituição, já é o resultado do seu afastamento da animalidade, do seu afastamento da natureza. [...] Só o trabalho é que guarda um caráter intermediário. Por isso, é que é preciso começar pelo trabalho, porque o trabalho permite articular dois níveis do ser: o ser humano, que vai se constituir, e o ser orgânico, vivo, animal, que é o outro polo (CHASIN, 1993 apud LIMA, 2002, p. 75).

Na busca pelo sentido do trabalho, ou seja, da articulação entre subjetividade e objetividade, entre trabalho prescrito e real, a atividade produtiva tem um lugar central. A própria noção de subjetividade só faz sentido como um atributo de um sujeito, a partir do momento em que este atua. É a atividade prática do homem que vai articular a relação sujeito/objeto. Qualquer tentativa de separação entre estes dois momentos, subjetivo e objetivo, está sujeita ao risco do reducionismo, tanto de um lado quanto de outro, o que de qualquer maneira afasta o sentido (LIMA, 2002).

2.1 Em busca do “sentido” na análise do trabalho

Neste estudo, valorizam-se modelos teóricos que buscam identificar como o sujeito articula suas diferentes competências, tanto na dimensão psíquica quanto na cognitiva, frente à imprevisibilidade da realidade das situações de trabalho, considerando a articulação da variabilidade inter e intraindividual, e também como elabora suas estratégias de preservação da saúde (CLOT, 2006, 2007, 2010b).

Em tais construções teóricas, o trabalho é parte fundamental da construção da identidade de um indivíduo e também de seu desenvolvimento pessoal. Não é apenas um meio de ganhar a vida, mas um processo de criação que precisa fazer sentido, condição esta, fundamental para a

saúde do trabalhador. Dependendo da forma como o trabalho for organizado, pode-se oferecer aos trabalhadores a possibilidade de “praticar e desenvolver suas competências, de desenvolver seus julgamentos e seu livre arbítrio, de conhecer a evolução de seus desempenhos e de se ajustar” (MORIN, 2001, p. 9).

Considerando essa perspectiva ontológica sobre o trabalho, os estudos de Clot (2006, 2007, 2010b, 2011), têm mostrado, dentro da tradição histórico-cultural em psicologia, que é na atividade real do sujeito que é possível compreender o sentido das ações nas situações de trabalho e as implicações da subjetividade, bem como contribuir para o desenvolvimento da capacidade de ação dos coletivos de trabalho. Considera-se que o homem se mostra na ação, uma vez que se liga ao mundo exterior pelas relações com os homens. Pelo trabalho reconhece-se a si mesmo e o outro, onde a subjetividade se dá como processo, no contexto material, social, histórico e objetivo.

Portanto, para o presente estudo, adota-se, como referencial teórico-metodológico, a Psicologia do Trabalho desenvolvida pelos autores da Clínica da Atividade, que retomam a proposta de Oddone (1986) de pesquisar meios de assessorar os coletivos de trabalho em sua tentativa de manter e ampliar sua capacidade de ação sobre as situações laborais (SILVA, 2002, 2005; CLOT, 1995, 1999, 2006, 2007, 2010a, 2010b, 2011).

A Clínica da Atividade busca identificar as relações que se estabelecem entre subjetividade e atividade de trabalho. Entretanto, a compreensão dessas relações não é centrada na luta contra o sofrimento, mas na atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de novas formas de viver, sendo a subjetividade entendida “como produto da atividade”. A subjetividade é, na verdade, uma relação entre atividades; uma atividade sobre a atividade. O trabalho não é só o que se faz, há ‘alguém’ que o faz. Portanto, é preciso resgatar a ‘emoção e o afeto’ que fornecem, na verdade, o sentido da ação, da atividade e podem ser considerados os motores de toda atividade de trabalho (CLOT, 2006, 2010a, 2010b).

Em sua proposição teórica, visando explicar como se dá a relação entre atividade e subjetividade, a Clínica da Atividade apresenta um desenvolvimento importante em relação às categorias conceituais clássicas da ergonomia: as noções de trabalho prescrito (tarefa) e trabalho

real (atividade). Como já dito, o trabalho prescrito é aquilo que se tem a fazer, e o trabalho real, aquilo que se faz efetivamente no trabalho (CLOT, 2006).

Clot (2006, p. 116) propõe, então, que se reconstrua o conceito de ‘atividade’, desdobrando-a em ‘atividade realizada’ e ‘real da atividade’, incorporando as vivências internas do sujeito. A ‘atividade realizada’ é de fato aquilo que se faz, aquilo que é observável. Mas isso não representa toda a atividade, pois o que foi realizado é uma pequena parte do que poderia ser feito. Então, dentro dessa perspectiva, o “real da atividade, representa aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer ou aquilo que se busca fazer sem conseguir”. É importante alertar que essa parte da atividade não realizada não desaparece, continua afetando, dando sentido à atividade realizada.

Considera-se “a atividade como sendo sempre ‘triplamente dirigida’. Na situação vivenciada, ela não é somente dirigida pela conduta do sujeito ou dirigida através do objeto da tarefa, ela é também dirigida para os outros”. Não se pode então tratar da questão da atividade de trabalho sem colocar a questão do lugar que os outros ocupam na atividade profissional (CLOT, 2006, p. 98).

Nesse sentido, toda atividade é endereçada (dirigida), possuindo um ou vários interlocutores simultaneamente e também é destinatária da atividade dos outros. Mesmo o trabalhador estando só, pode-se falar da presença de um coletivo invisível invadindo e compondo o ‘Real’ de sua atividade, ou seja, é a atividade que estabelece a relação entre “o individual e o social, o sujeito e a organização do trabalho, os sujeitos entre si e esses sujeitos com os objetos que os mobilizam. Ela é arena e sede em que eles passam de um para o outro, a menor unidade do intercâmbio social” (CLOT, 2010b, p. 11).

“Agir é conseguir preservar as nossas intenções no seio de intenções rivais e concorrentes ao mesmo tempo em que se mobilizam as outras intenções com recursos próprios”. Ao conceber então ‘atividade profissional’ como o desfazer-se das atividades dos outros, conclui que ‘atividade’ é também aquilo que não se faz (SANTOS, 2006, p. 35).

Portanto, a ação do sujeito está fortemente ligada à atividade dos outros e “só se forma através dela, fazendo alguma coisa – ou fracassando em fazer alguma coisa – desta em sua

própria atividade”. Em busca do sentido no trabalho pode-se até mesmo chegar ao sacrifício do conforto e da segurança, dependendo da relação estabelecida pelo sujeito com os outros ou com a atividade dos outros, o que esgota a possibilidade de encarar a atividade de trabalho de um sujeito como uma entidade apenas, decorrente de uma tarefa abstrata. Por outro lado, o sentido assim compreendido como uma ‘discordância criativa’ ou ‘destrutiva’ entre atividade e ação, entre ocupações e pré-ocupações, transforma-se na “mola interna da atividade de trabalho” (CLOT, 2007, p. 272).

Para Clot (2010b, p. 7), o sentido da atividade é que o vai definir qual será a relação entre emoções e cognições. “A atividade só é cognitiva ou emotiva em segundo plano”. Antes, “ela é movimento de apropriação de um meio de vida pelo sujeito, livre jogo – ou amputação – desse movimento”. Trata-se do desenvolvimento real das relações com as coisas, ou então o contrário, por meio da mediação do outro.

Já em relação à subjetividade, de antemão, é preciso esclarecer que não se trata de uma projeção mecânica ou produto da atividade. O sujeito tem sua atividade própria e não está integralmente em sua atividade justamente pelo fato de que é, antes de qualquer coisa,

heterogêneo, sujeito de várias atividades psíquicas ou práticas que convergem nele, mais ou menos vinculadas ou desvinculadas, mais ou menos disponíveis às reorganizações funcionais que supõem seu desenvolvimento... Sua vitalidade dialógica interna é que o prepara para suportar ou apreender os imprevisíveis do real diante dos quais ele deve se determinar (CLOT, 2010b, p. 31).

Essa vitalidade dialógica é a capacidade de acessar, ligar, desligar atividades psíquicas vividas ao longo de sua história. Trata-se de um ‘campo de forças’ que pode ser utilizado pelo sujeito, com mais ou menos liberdade. Dependendo de sua intensidade; quanto maior for, maior a capacidade de ser afetado. Dessa forma, mais facilmente

o sujeito poderá abrir o círculo de seus processos psíquicos internos às bifurcações que lhe são propostas pelo desenvolvimento do poder de agir de sua atividade. Com maior facilidade, também, ele poderá resistir, quando for o caso, há amputação desse poder de agir, desvencilhando-se dos riscos que ele corre por intermédio dos desligamentos e religações que hão de proteger sua saúde. Paradoxalmente, portanto, o sujeito mais bem preparado para o desenvolvimento ou para a atrofia do poder de agir de sua atividade é um sujeito encarnado, simultaneamente, delimitado e inacabado; um sujeito cuja vida psíquica mantém a tensão entre várias vidas possíveis (CLOT, 2010b, p. 34).

Quando essa dinâmica não funciona, por uma razão que deve ser investigada em cada circunstância, favorece o desenvolvimento da doença psíquica em suas diversas formas. Quando se adoce esgota-se a possibilidade de viver outras experiências, pois a atividade está desconectada da realidade, passiva e aprisionada, tornando-se 'intransformável'. Dessa forma, o sujeito não consegue dispor de sua atividade psíquica e prática, ficando a mercê da mesma (CLOT, 2010b).

Dependendo do modo como o trabalho é organizado, ele pode afetar essa energia psíquica, suspendendo-a. Dessa forma, a clínica da atividade, ao preocupar-se com o coletivo em situação de trabalho, se interessa em contribuir para restaurar instrumentos do ofício que possam restabelecer essa dinâmica psíquica que, muitas vezes, é deixada de lado. Ou seja, restaurar a vitalidade dialógica do social, o que consiste “em ser capaz de propor à subjetividade se reencontrar em uma zona de desenvolvimento potencial” (CLOT, 2010b, p. 34).

É nesse ponto que vale a pena resgatar a noção de saúde apresentada anteriormente, definida como a busca pelo sentido ético-político, evidenciando a importância do significado e dos sentidos atribuídos pelas pessoas tanto à saúde, doença, corpo, como ao trabalho e suas implicações. A atividade de trabalho fica assim intimamente relacionada com a saúde quando entendemos que esta não é mero equilíbrio ou capacidade adaptativa, mas sim capacidade de instaurar novas normas, a forma com que interagimos com os eventos da vida, ao longo da nossa existência (CANGUILHEM, 1978).

Em relação à redefinição da tarefa, comentada acima, Clot (2006, p. 50) desenvolve duas noções fundamentais: a noção de gênero e estilo profissional. Entende-se o primeiro como um 'prescrito coletivo', “um corpo intermediário entre os sujeitos, um interposto social situado entre eles, por um lado, e entre eles e o objeto do trabalho, por outro”. Trata-se de um “sistema aberto de regras impessoais não escritas que definem, num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre o mundo”.

Não é um sistema abstrato de normas, são as obrigações que um coletivo de trabalhadores partilha num determinado momento, num ciclo de intercâmbios intersubjetivos, o que quer dizer que as maneiras de realizar a atividade estão bem situadas no tempo, assumindo um caráter

histórico e transitório. Trata-se de um instrumento coletivo da atividade que intercede na atividade pessoal e opera de maneira tácita, possibilitando o acesso dos trabalhadores aos recursos da história acumulada a serviço da ação presente de uns e dos outros (CLOT, 2006; FERNÁNDEZ; CLOT, 2007; CLOT, 2010b).

O gênero profissional é um instrumento fundamental para o desenvolvimento da capacidade de ação sobre as situações de trabalho, pois é “o interlocutor profissional que, atravessando a atividade de cada um, coloca, justamente, cada um na interseção do passado e do presente. Ou, dito de outra maneira: o interlocutor genérico do ofício”. Quanto maior o acesso a essa história coletiva do ofício, maiores serão os recursos técnicos e as linguagens dos gêneros à disposição do trabalhador, deixando-os melhor estruturados para enfrentar o real. Evita-se, assim, a quebra do sentido da ação, possibilitando o desenvolvimento do poder de agir sobre as situações de trabalho. Esses recursos genéricos constituem-se numa fonte de energia para cada trabalhador, uma disponibilidade ao mesmo tempo técnica e psicológica do coletivo (CLOT, 2010b, p. 169).

Da mesma forma, a separação dos trabalhadores de seus respectivos instrumentos genéricos é uma das explicações para a degradação da atividade, colocando em risco a sua própria saúde. Isso ocorre quando a história do gênero profissional está enfraquecida ou suspensa, deixando o coletivo profissional sem interlocução diante do real, “reduz-se a uma reunião de indivíduos expostos ao isolamento: o trabalho coletivo é então privado de coletivo de trabalho” (CLOT, 2010b, p. 170).

Dessa maneira, sem acesso ao coletivo de trabalho para enfrentar o real, há duas possibilidades, ambas ineficientes, que são as mais recorrentes: esconder-se atrás da tarefa prescrita, da prescrição oficial ou a transgressão individual daquilo que era para ser feito. Nesses casos, o dado genérico necrosado se opõe à criação coletiva e individual, suspendendo o desenvolvimento da atividade. Para evitar essa degeneração do gênero profissional, a confrontação e a controvérsia são indispensáveis, buscando estimular intercâmbios coletivos e conservar na atividade individual e na tarefa prescrita um devir. No entanto, sabe-se que, atualmente, como discutido anteriormente, em tempos de predomínio da ideologia gerencialista, são alternativas pouco praticadas nos ambientes de trabalho (CLOT, 2007; CLOT, 2010).

Vale ressaltar que o ‘coletivo de trabalho’ não deve ser confundido com o ‘trabalho coletivo’, para Clot (2010b, p. 34),

o coletivo de trabalho é o instrumento do trabalho coletivo; ele é seu arcabouço, sua morfologia. Através de esquemas genéricos, ele conserva o que faz jurisprudência para o trabalho coletivo, fixando os precedentes que servem de referência para os casos semelhantes que venham a manifestar-se na atividade coletiva em curso. Ele condensa os resumos coletivos que formam outros tantos esquemas sociais “pré-trabalhados”, destinados a ser ativados ou desativados em cada ação singular.

Nem todo ‘trabalho coletivo’ implica um ‘coletivo de trabalho’. A função dos coletivos de trabalho se renova, de acordo com Clot e Fajta (2000, p. 15), a partir da “transformação dos gêneros na história real das atividades no momento de agir em função das circunstâncias”. Nesse aspecto, o estilo profissional exerce um papel fundamental no desenvolvimento do gênero.

Para Clot (2006, p. 50), “o gênero profissional, ao definir as fronteiras móveis do aceitável e do inaceitável no trabalho, ao organizar o encontro do sujeito com seus limites requer o estilo profissional”. Esse seria “o movimento mediante o qual esse sujeito se liberta do curso das atividades esperadas”, não pela sua negação, mas pelo seu desenvolvimento.

Entretanto, caso esse recurso seja negado, o outro destino possível, pode se revelar patológico, se o trabalhador, além de não dispor do gênero profissional do coletivo de trabalhadores, não possuir também recursos de outro gênero, do qual pode fazer parte, em razão de sua formação ou experiência profissional, que permitam estabelecer uma distância protetora ou criativa em relação ao trabalho (CLOT, 2007).

O estilo profissional atua como um restaurador dos instrumentos genéricos da atividade real. “A estilização do gênero pela experimentação sobre suas variantes, por iniciativa de cada um e de todos no decorrer da atividade, confirma o poder de agir de um coletivo sobre a organização oficial do trabalho” (CLOT, 2010b, p. 180).

Trata-se de uma forma de transgressão. Partindo desse pressuposto, na análise de trabalho é preciso compreender que, muitas vezes, numa determinada ocupação ou tarefa, dependendo dos constrangimentos aos quais os trabalhadores estão expostos, é preciso transgredir, assumir outra atividade não prevista ou então promover o uso de uma ferramenta destinada a outro fim,

assumindo pré-ocupações de outro sujeito, buscando manter o funcionamento do sistema e o poder de agir dos operadores sobre a situação. Nesse caso, é possível, de forma ambígua, uma vez que é uma transgressão, promover o desenvolvimento da atividade, mesmo que, em alguns momentos, apareçam problemas relacionados à segurança e ao conforto (CLOT, 2006).

Entretanto, não se trata da transgressão individual, apontada acima como um sintoma da falência do gênero profissional, em que se nota certo distanciamento da regra oficial, ao mesmo tempo enfrentando e alimentando o conformismo dos procedimentos. O estilo profissional, ao contrário, é a garantia da vitalidade genérica (CLOT 2006; CLOT 2010b).

Esta utilização não prevista de uma ferramenta, correspondendo, muitas vezes, ao enriquecimento de funções desse instrumento, é chamada de ‘catacrese’. Estas catacreses passam a fazer parte de um ofício, tidas como ferramentas profissionais que, evidentemente, não foram previstas pela tarefa embora sejam centrais para a atividade (CLOT, 2006; 2011).

Muitas vezes, o funcionamento de um sistema é mantido pelo reconhecimento tácito de uma competência ou habilidade, que é ao mesmo tempo negada aos trabalhadores, que, por sua vez, se afirmam contra a organização do trabalho, na medida em que recorrem a essa transgressão para manter a produção e dar sentido ao seu trabalho, mesmo que tenham que arcar pela responsabilidade de um acidente (CLOT, 2007).

Dessa forma, para dar sentido ao trabalho é preciso desenvolver sua atividade, seus objetos, instrumentos e destinatários, afetando a organização do trabalho por sua própria iniciativa. Quando, independente da iniciativa do trabalhador, as coisas nos ambientes laborais começam a estabelecer relações entre si, a atividade está degradada. De acordo com Clot (2010b, p.9),

paradoxalmente, a pessoa age, então, sem se sentir ativa. No entanto, essa desafeição deprecia o sujeito, torna-o menos real, não sem efeito quanto à própria eficácia de sua ação, para além dos efeitos sobre sua saúde. De fato, nesse caso, o círculo dos processos psíquicos se confina em si mesmo, e eles se tornam intransformáveis. Nesse movimento, as emoções experimentadas – estendendo-se do ressentimento em relação ao outro até a perda de autoestima – não são mais condutoras e dinamogênicas. Elas não desenvolvem energia subjetiva individual e coletiva. Pelo contrário, elas a envolvem e protegem, ao mesmo tempo em que a esterilizam. A atividade psicológica não passa pelas

emoções. Elas param aí. O desenvolvimento abortado da atividade se perde em emoções que degeneram em “paixões tristes”, novos obstáculos ao desenvolvimento, em defesas psíquicas – até mesmo, coletivas -, cuja manutenção pode se tornar uma verdadeira tarefa fictícia (CLOT, 2010b, p. 9).

Atualmente, os impasses para o desenvolvimento da capacidade de ação nas situações de trabalho, considerados como armadilhas para os trabalhadores, têm sido bastante frequentes. Uma vez que, como visto no primeiro capítulo desta tese, em razão das reestruturações produtivas e os novos formatos organizacionais, os quadros gerenciais têm se concentrado, sobretudo, na prescrição da subjetividade e não nas condições reais de trabalho, visando garantir comprometimento e disponibilidade dos trabalhadores para a empresa (CLOT, 2006).

Nesse caso, não é possível encontrar, entre os trabalhadores e sua atividade profissional, o distanciamento que os permite recorrer a outros recursos para resistir tanto à degradação do trabalho, quanto à impossibilidade de fazer bem suas atividades, assim como às normas da cartilha gerencialista. Esse distanciamento e os recursos disponíveis, no caso a ausência deles na situação concreta de trabalho, é, nas palavras de Clot (2010a, p. 230), o buraco do coletivo de trabalho, ou seja, a ausência dos recursos coletivos para a ação individual, ou ainda, “o drama da falência do coletivo como instrumento de resistência à descompensação individual, à solidão simplesmente”.

Assim, os trabalhadores se veem obrigados a assumir responsabilidades sem ter responsabilidade efetiva na definição do trabalho. Isso é particularmente verdadeiro na área de serviços, atualmente em expansão, incluindo os serviços de saúde, que nos interessam mais particularmente, setor em que se assiste a uma onda de adesão à ideologia gerencialista, fazendo com que sujeitos se transformem em ‘objetos’ de trabalho (CHANLAT, 2002; GAULEJAC, 2007).

Nos serviços de saúde, com esse desenvolvimento, há outra questão importante, pois o ‘objeto’ do trabalho é a vida do outro e os meios para atingir os resultados esperados, controversos e discutíveis, o que traz complicações à vida dos trabalhadores. As técnicas são as do uso de si e dos outros, em vez da coisa física. O trabalho no setor de serviços é psicologicamente mais intenso e mais carregado (CLOT, 2010b, p. 282).

Quando o trabalho não envolve a sua função psicológica, quando ele se confunde com execução de procedimentos, constatam-se vivências de impotência, ressentimento e melancolia, ou ao contrário, euforia profissional. Exige-se do trabalhador uma disponibilidade psicológica, no sentido de um atendimento humanizado, caso dos serviços de saúde, mas ao mesmo tempo, sufocada pela gestão na imposição dos ‘jeitos de ser’. Paradoxalmente, pela prescrição ou reordenamento da subjetividade, a gestão não fornece a sustentação necessária para o desenvolvimento dos coletivos de trabalho, o que finda por contrariar, suspender ou impedir a própria atividade (CLOT, 2001, 2006).

No que se refere ao que poderia ser aconselhável ter feito em situações de trabalho, mas que por uma série de razões, como as ligadas à prescrição de qualidade, de procedimentos de segurança, etc., não foi possível realizar, chega-se à denominada atividade impedida ou suspensa, que por sua vez, é fonte, na medida em que é resgatada, para o desenvolvimento possível dessa atividade (CLOT, 2010b).

Diante de tantas exigências, prerrogativas e condutas da cartilha gerencialista, a possibilidade coletiva de elaborar os objetivos e os recursos da ação profissional tornou-se uma condição fundamental do trabalho contemporâneo. Esta exigência não é contornável a não ser a um custo social e subjetivo incalculável. Assim, configura-se a noção proposta pela Clínica da Atividade de explicar o sofrimento no trabalho como decorrente de uma ‘atividade impedida’ ou ‘contrariada’, que impossibilita o desenvolvimento da capacidade de ação sobre o ofício (CLOT, 2001, 2007, 2010b).

Portanto, para Clot (2010a, p. 230), o problema de saúde aparece de duas formas. A primeira se refere às “paixões destruídas no trabalho, a intolerância e a impossibilidade de continuar a suportar o insuportável, de suportar não se reconhecer naquilo que faz.” A segunda forma é a destruição do coletivo, onde não há recursos para trabalhar com os colegas. Por isso às vezes trabalha-se sem sentir-se ativo ou capaz de desenvolver atividade própria. Trata-se da conjunção entre atividade contrariada e falência do coletivo.

O sofrimento representa uma atividade contrariada, um desenvolvimento impedido, um corte no poder de agir. De acordo com Ricoeur⁶ (1990, p. 223 apud CLOT, 2007), pode-se entender que “o sofrimento não é unicamente definido pela dor física ou mental, mas também pela diminuição, ou até a destruição da capacidade de agir, do poder-fazer, percebida como um atentado à integridade de si”.

Tal situação pode ser considerada como uma atividade envenenada ou intoxicada, pois, retomando uma crítica dirigida aos princípios tayloristas de organização de trabalho, o esforço não é somente aquele que o trabalhador faz para seguir o ritmo imposto, mas também aquele feito para contrariar sua própria atividade, configurando-se uma tensão contínua (CLOT, 2006, 2010b).

Para evitar essa degradação do trabalho, é preciso um trabalho aproximativo e inacabado de interpretação e ação transformadora, uma vez que os fenômenos que envolvem a relação saúde/doença e seus intercâmbios com o trabalho são complexos, multideterminados, derivados de conflitos e contradições, em processo ininterruptos de transformação, e sempre articulados a sentidos e significações múltiplas (VASCONCELOS, 2002).

Tem-se, portanto, que cuidar do trabalho é transformar a sua organização. “Criar situações e encontrar técnicas nas quais se transformem os trabalhadores em sujeitos da situação, fazendo-os protagonistas da transformação”, não, analistas do trabalho (CLOT, 2010, p. 222).

Para manter vivo um gênero profissional é preciso poder discutir e debater, ou seja, é preciso que haja controvérsia, que as pessoas não estejam todas de acordo. É necessário mesmo, ao contrário da ideia da Ergonomia, transformar para compreender. A ação coletiva dos profissionais é observada como um meio de conhecer melhor a situação a transformar. No plano metodológico o que se pode fazer é procurar que o gênero recupere suas qualidades. Para tanto, deve-se encontrar situações nas quais se recolocam os trabalhadores a falar do seu trabalho (CLOT, 2006 SANTOS, 2006; FERNÁNDEZ; CLOT, 2007, 2010b).

Assim, a análise do trabalho nos permitiria explicitar “a interioridade recíproca dos estilos e dos gêneros”, levando-nos a compreender que “os estilos são a reformulação dos gêneros em

⁶ RICOEUR, P. **Soi-même comme un autre**. Paris: Seuil, 1990.

situação” que, por sua vez, são “o contrário de estado fixo”, sendo, portanto, sempre inacabados (CLOT, 2006, p. 50).

No entanto, afirma Clot (2010b, p. 285),

é necessário chegar ao ponto de se interessar pelo ofício no indivíduo e não apenas pelo indivíduo no ofício definido – em resumo, do ponto de vista sociológico – como comunidade de pertencimento. É necessário chegar ao ponto de compreender a função psíquica interna do coletivo do ofício. É necessário percebê-lo, igualmente, como a história do coletivo em cada trabalhador: como o interlocutor coletivo interno, a memória e o diapasão profissional de que cada sujeito pode dispor em seu foro íntimo e para isso mesmo, a fim de agir. O ofício não existe somente entre os profissionais, mas em cada um deles. O paradoxo é, assim que ele não pode viver senão a partir deles, ao passo que os supera.

Portanto, entendido dessa forma o ofício pode se tornar, assim como o gênero profissional, um instrumento de trabalho técnico e psicológico para o sujeito. Quando essa prerrogativa não se estabelece criam-se as condições para o surgimento dos problemas de saúde, sobretudo, os transtornos mentais. “O ofício perde sua função psicológica interna de interlocutor na medida em que os trabalhadores não se reconhecem naquilo que fazem” (CLOT, 2010b, p. 287).

Quando os trabalhadores não se reconhecem naquilo que fazem, por conta da degeneração do gênero profissional, sua atividade é desestabilizada. Isso contribui para o surgimento de “um desejo de reconhecimento sem fundo, deslocado para hierarquias que lhe atribuem o destino dos ‘reconhecimentos falseados’ tão sobejamente conhecidos” (CLOT, 2010b, p. 287).

Com base nessa discussão, Clot (2010b, p. 289) propõe um modelo psicológico e direcionado para o desenvolvimento do conceito de ofício. No entanto antes, é preciso compreender melhor o que significa ‘reconhecer-se em sua atividade’ ou o contrário disso. Tal aspecto não se restringe aos instrumentos genéricos discutidos acima, mas engloba também a certeza de um trabalho bem feito, ou seja, é “estar seguro tanto da utilidade social do objeto ou do serviço, como de sua qualidade”.

É preciso esclarecer também que ofício e gênero profissional não são a mesma coisa, o primeiro não se limita apenas “a memória dos previsíveis genéricos conservados em sua

história”. Para Clot (2010, p. 290), o ofício “é ao mesmo tempo, pessoal, interpessoal, impessoal e transpessoal. Portanto, estruturalmente ele é conflito”.

Todas as dimensões do ofício devem estar ligadas e em movimento, para que não se desperdice tanta energia psicológica. Só assim é possível revelá-lo. Do contrário, torna-se um risco para saúde. A sua dimensão ‘impessoal’ está presente nas tarefas prescritas dos ambientes de trabalho. Mas ele não se encontra inteiro nessa dimensão, é preciso estar também em outra dimensão para sobreviver. Portanto, o ofício encontra-se também

entre profissionais e em cada um deles na motricidade dos diálogos em que se realizam, ou não, as trocas ‘intrapessoais’ e ‘interpessoais’ sobre o real do trabalho. Os profissionais envolvidos na atividade são diretamente responsáveis por essa vida. Trata-se do trabalho coletivo para realizar a tarefa e repensá-la conjuntamente na atividade conjunta. Essa atividade ‘responsável’ produz e mantém a quarta modalidade de existência do ofício: [...] a história e a memória profissional só podem permanecer um meio de agir no presente e ‘descobrir’ o futuro se forem mantidas por eles. Essa memória é, aqui, designada como ‘transpessoal’, visto que não pertence a ninguém, é um meio disponível para todos e para cada um, atravessa as gerações e, inclusive, cada profissional (CLOT, 2010b, p. 290).

A função psicológica interna do ofício pode sobreviver, ou não, por diversas razões. Cada uma dessas dimensões pode apresentar problemas particulares que afetam as demais, por estarem todas ligadas. Como afirma Clot (2010b, p. 292),

um ofício, privado dos recursos vitais do trabalho coletivo interpessoal, sem interlocutor ‘transpessoal’, pode degenerar em um face a face devastador entre um exercício pessoal solitário e várias injunções impessoais factícias. Essa degenerescência pode tornar-se, então, a mola propulsora de um desejo pessoal de reconhecimento, que exige reparação naquele aspecto em que é impossível obtê-la. Por conseguinte, generaliza-se, paradoxalmente, uma verdadeira despersonalização da atividade [...] É ao encontro desse desligamento ameaçador que vai a ação da clínica da atividade [...] procura também colocar, de novo, o ofício em movimento até a transformação da tarefa prescrita. Seu horizonte é o desenvolvimento do poder de agir individual e coletivo sobre a organização impessoal do trabalho, para além dela e para o desenvolvimento dessa instância impessoal do ofício. Se esse ‘impessoal’ tem um dever, ele pode constituir, então, um recurso para a atividade. Vale dizer: procura-se organizar uma passagem ou uma transferência de uma para outra, entre as quatro dimensões do ofício, para fazer de uma o meio do desenvolvimento da outra.

Esse movimento de migração entre as dimensões do ofício foi muito bem exemplificado, por Clot (2010b), a partir da integração de um novato no contexto profissional. Inicialmente, é

preciso receber a prescrição da tarefa. Esta será, a princípio, o único recurso que o novato terá para conseguir fazer o que é para ser feito, razão pela qual exerce um papel fundamental para o desenvolvimento da atividade. Portanto, deve ser bem concebido. Trata-se da dimensão ‘impessoal’ do ofício.

Para Clot (2010b, p. 301), “há uma responsabilidade hierárquica a exercer na concepção e na reconcepção das tarefas, das funções e dos referentes profissionais.” Mas a organização do trabalho não deve ser a única a definir essa dimensão do ofício, caso comum em tempos da ideologia gerencialista. Caso isso ocorra, “o ‘impessoal’ acaba sendo desindexado e, em geral desvitaliza-se e envenena a organização”, pois está sem ter como acessar os recursos ‘transpessoais’ produzidos pelo coletivo, como se verá adiante.

A segunda dimensão do ofício aparece logo quando o novato se depara com os obstáculos das situações reais de trabalho, momento em que perceberá o “conflito existente entre a prescrição impessoal que ele procura utilizar e o leque das atividades pessoais que se desenrolam a sua volta. Superar esse conflito é, ao mesmo tempo, indispensável e difícil”. Nessa etapa, a saída será comparar as atividades que os colegas ao lado estão realizando, buscando conhecer como eles estão resolvendo a questão. Dessa forma, o novato supera a dificuldade ao utilizar os recursos ‘interpessoais’ do ofício (CLOT, 2010b, p. 296).

No entanto, isso pode não funcionar muito bem se a prescrição oficial é ineficiente perante o real e se o novato não pode acessar os recursos genéricos do coletivo de trabalho, o que o leva a transigir individualmente, deixando-o a mercê de problemas com a hierarquia, colegas, clientela, usuários, etc. (CLOT, 2010b).

Aos poucos, o novato começa a perceber os previsíveis genéricos da atividade como possíveis recursos para resolver situações imprevisíveis, sobretudo se os funcionários mais experientes conversam entre si sobre isso a esse respeito. Assim, chega-se a dimensão ‘transpessoal’ do ofício. Trata-se do gênero profissional, comentado acima, que de início parece mais um obstáculo invisível, mas que depois “torna-se matéria de reflexão para o novato: ele começa, no melhor dos casos, a reconhecer-se em algo que ele torna cada vez mais independente de cada um dos colegas”. Essa dimensão ‘transpessoal’ do ofício “transforma-se em meio de agir no real, em instrumento de ação” (CLOT, 2010b, p. 296).

Desse conflito vai emergir essa “digestão” da prescrição que transforma o novato em um trabalhador experiente capaz de assumir certas liberdades, ao mesmo tempo, com a tarefa e com o gênero profissional, porque ele domina os dois. Paradoxalmente, a atividade profissional é, enfim, ‘pessoal’, o que ela não era no começo. Ela acabou por fazer seu, o ofício ‘impessoal e ‘transpessoal’ graças aos recursos ‘interpessoais’ do coletivo (CLOT, 2010b, p. 297).

Para que esse movimento migratório entre as dimensões aconteça, o trabalhador tem que, obrigatoriamente, criar e inovar sobre as situações de trabalho “A estilização do gênero profissional só pode se realizar por esse ato responsável que nunca é, no entanto, um “solo” do ego, nem se quer uma ruptura solitária. O ofício é ‘pessoal’ no final desse ciclo.” Só com o tempo e os riscos de um desenvolvimento imprevisível é que um profissional poderá completar os ciclos da função psicológica do ofício (CLOT, 2010b, p. 298).

Essas dimensões do ofício, apresentadas acima, de acordo com Clot (2010b, p. 299), parecem ter um efeito concreto na saúde dos trabalhadores de um dado ofício. Isso se deve ao fato de que, por meio delas, eles se reconhecem na atividade e se transformam em sujeitos de uma atividade mediatizante no decorrer da qual progride o poder de agir. Se por ventura, essa experiência é suspensa ou, então, contrariada, de modo que o trabalhador não possa estabelecer, por sua iniciativa, ligações entre as coisas, “a atividade do sujeito no trabalho se torna insuportável a seus próprios olhos. Ele não se reconhece nela. Sua saúde vai, por sua vez, ressentir-se com tal situação. Ela é afetada pelo julgamento e pela avaliação subjetiva do que ele fez em relação ao que desejaria ter feito”.

Portanto, a transformação coletiva do trabalho real dos sujeitos parece ser fundamental para as construções subjetivas, garantindo a transfiguração da organização oficial a fim de mantê-la como instrumento diante do real. Para tanto, vale mais promover durante a jornada de trabalho um tempo de confrontação sobre o trabalho, para desenhar os contornos de uma configuração genérica, do que reconhecer o sofrimento em situação de trabalho, com vistas a criar-se uma forma de gerenciamento do ‘stress’ (CLOT, 2010b, LIMA, 2010).

Essa proposta da Clínica da Atividade se concretiza a partir da utilização dos métodos que possui à disposição. Dessa forma, o foco de interesse da investigação em psicologia do trabalho passa do diagnóstico das formas de desgaste no trabalho à invenção de um dispositivo que permita pensar coletivamente o trabalho para reorganizá-lo, estabelecendo novas formas de

participação. A investigação se torna um instrumento para a mobilização subjetiva em torno da supressão do risco profissional, um ponto de apoio para uma experiência coletiva de retomada de poder sobre o trabalho por aqueles que o executam (CLOT, 2006, 2007).

Na investigação das relações entre saúde e processos de trabalho em situações reais, propõe-se evidenciar os sentidos latentes e a pluralidade de sentidos: ver o mundo dos trabalhadores por seus próprios olhos, tendo em vista sua transformação, o que, assumindo uma perspectiva histórico-cultural, implica em perceber a história das atividades dos trabalhadores. Busca-se contribuir para a mobilização subjetiva da personalidade e da inteligência em situação de trabalho (CLOT, 2006, 2007, 2010b).

Por meio dos métodos de autoconfrontação, Clot (2006) estabelece recursos que contribuem para eliminar ou diminuir os impedimentos da atividade contrariada. São ferramentas utilizadas pelos interlocutores, dispositivos de análise que permitem refletir as experiências práticas como um espaço privilegiado de produção de um saber “operacional”. São dispositivos clínicos de confronto do trabalhador em dois níveis da produção de sentido. O primeiro, da própria atividade realizada (a situação observada e registrada em descrição escrita, em áudio ou em vídeo), o segundo, da representação que o protagonista faz da atividade (o que ele pensa da atividade, dito em entrevista, grupo ou sessão de discussão) (FERNANDEZ; CLOT, 2007).

Entretanto, a utilização dos métodos de autoconfrontação, propostos por Clot (2006), no seu esforço de aproximação e de compreensão da atividade de trabalho, demandam um conjunto de modalidades práticas de observação da situação de trabalho e das atividades realizadas pelo trabalhador. Estas observações podem ser ocasionais ou sistemáticas e para seu registro pode-se recorrer a anotações em papel, aparelhos de áudio e vídeo.

Além disso, é necessário firmar e articular uma série de acordos entre pesquisador, o trabalhador e o local onde se desenrola a situação de trabalho em análise, uma vez que, as possíveis intervenções nas condições e na organização do trabalho, surgidas em decorrência da análise, disso dependem. Para Clot (2006, p. 129), a pesquisa requer a formação de um ambiente de análise e de ação com os trabalhadores e de um instrumento de pesquisa apropriado a esse gênero de atividade científica. Trata-se não de “um método a aplicar, mas de uma metodologia de

‘co-análise’, ‘re-concebida’ com eles, a cada vez singular, mas não obstante atendendo às expectativas científicas”.

Os métodos de autoconfrontação procuram tornar o processo de confrontação uma ferramenta útil na compreensão das situações de trabalho em sua complexidade, possibilitando nos aproximar do que seja a situação concreta de trabalho. O sentido das situações analisadas surge na observação criteriosa do processo que as constituem, não através de uma explicação externa dada pelo pesquisador, nem simples descrição do vivido pelo sujeito, associa-se “explicação e compreensão quando a mesma atividade é ‘re-descrita’ num novo contexto. Realizada em colaboração entre o pesquisador e os trabalhadores envolvidos, ela fornece muitas vezes a explicação esperada” (CLOT, 2006, p. 130).

Para Clot (2006, p. 132), durante a análise da emergência de uma dada atividade dirigida, é possível encontrar, com bastante frequência, “tesouros psicotécnicos e linguísticos conservados nos objetos e nas palavras. Eles nos oferecem uma janela a ser aberta para o real da atividade, para as discordâncias dialéticas entre a eficiência e o sentido da ação”.

No entanto, a evocação das operações vividas não pode ser simples lembrança de eventos passados independentes das intenções presentes do sujeito com relação aos outros e a ele próprio. Trata-se de uma ação em curso entre sujeitos e não simplesmente uma representação da ação passada do entrevistado (CLOT, 2006).

A evocação das situações vividas pelo sujeito através da linguagem, não deve ser considerada como um meio de expressão de uma vivência anterior, nem como uma técnica para recuperação de eventos passados. Dessa forma, corre-se o risco de produzir um diagnóstico equivocado sobre a singularidade da experiência e da ação em um ambiente de trabalho. Trata-se de uma nova representação “que só acontece graças à mediação de uma nova situação vivida, que leva o sujeito a selecionar na cadeia operatória passada aquilo que pode lhe permitir realizar sua ação presente sobre o destinatário da verbalização”. Deve-se tomar a atividade de linguagem produzida na situação de análise como atividade em si e não só como uma “expressão em segundo grau da posição cognitiva do sujeito” (CLOT, 2006, p. 140).

Assim, os métodos utilizados para a análise de situações de trabalho não buscam apenas uma simples restituição da experiência adquirida e, em vez disso, produzem uma experiência, visando recuperar o sentido da atividade. Trata-se então de uma análise conjunta do trabalho, em que a ação do pesquisador em resposta à ação do sujeito é decisiva na produção de descrições do trabalho, pois a mesma não fica somente restrita à recuperação da ação passada, ele modifica o seu desenvolvimento. Partem da análise do trabalho em situação real, tendo em vista a sua transformação, procurando articular o ‘real da atividade’ e a ‘atividade realizada’, o individual e o coletivo, mobilizando metodologias que privilegiam sua condição histórica e a mediação da linguagem e dos outros para a (re)construção das regras da profissão valorizadas pelos seus profissionais (gênero profissional) (FERNÁNDEZ; CLOT, 2007).

É na (re)construção deste gênero profissional que os trabalhadores encontram os constrangimentos que devem gerir e respeitar, mas também um recurso para a sua própria ação (estilo profissional). Nesse caso, a singularidade dos trabalhadores pode ser objeto de estudo desde que se integre à compreensão de uma situação, a unidade subjetiva de uma experiência e não apenas às representações funcionais que, por outro lado, essa mesma experiência supõe (FERNÁNDEZ; CLOT, 2007).

É nesse ponto em particular que se articulam os conceitos trabalhados nos capítulos anteriores. Vive-se numa época em que poucos são os recursos para transformar o trabalho, uma vez que todos os preceitos são prescritos pelas cartilhas construídas pela ideologia gerencialista. Ao mesmo tempo, a qualidade do trabalho é medida em planilhas externas de certificações variadas, impedindo-se o desenvolvimento da orientação coletiva, interna, para o trabalho bem feito, obstruindo as possibilidades de um trabalho saudável. O que por sua vez, se transforma num importante desafio para o campo da Saúde do Trabalhador, que pode ser superado, com a ajuda da Clínica da Atividade.

O trabalho é considerado um espaço essencial para a construção da identidade e da saúde, pois é onde “se desenrola para o sujeito a experiência dolorosa e decisiva do real, entendido como aquilo que, na organização do trabalho e na tarefa, resiste à sua capacidade, às suas competências e ao seu controle” (CLOT, 2006, p. 59).

Tecnicamente falando, a observação psicológica na Clínica da Atividade, também difere das demais modalidades de observação, sobretudo a ergonômica, embora dela seja parceira, uma extensão psicológica, uma vez que é possível obter um duplo resultado. Num primeiro momento, produzem-se conhecimentos sobre a própria atividade, na medida em que se descreve a mesma. O outro resultado refere-se ao desenvolvimento de uma atividade no trabalhador observado, um diálogo interior, como uma auto-observação, pois este espera, na medida do possível, representar ou não aquilo o que observador quer ver. Ou seja, não é possível observar a atividade de alguém, esperando descrever essa atividade como se fosse a mesma sem a presença do observador (CLOT, 2006, 2010a).

Para Clot (2010a, p. 224), esse segundo resultado é fundamental para a Clínica da Atividade, na medida em que se questiona o destino dado a essa atividade interna, a esse diálogo interior. Pergunta-se: “o que fazemos com esse diálogo interior que se expressa dessa forma: ‘Talvez eu não devesse fazer assim’. Ou então ‘Quando ele observou meu colega, talvez meu colega tenha feito assim, tenha feito diferente’”.

Os métodos dialógicos da análise do trabalho, como a autoconfrontação cruzada, instruções ao sócia, entre outros, foram criados justamente para dar um destino a esse diálogo interior que se abre durante a observação. Dessa forma, provocam-se diálogos profissionais. A observação se torna dialógica, trata-se de um diálogo, portanto, a palavra está dentro da observação.

No caso das instruções ao sócia, o processo se dá quando os profissionais em questão estão envolvidos pessoalmente em atividades de observação e interpretação da própria situação. “O objetivo é que eles se liberem, tanto quanto possível, de suas maneiras habituais de pensar e dizer suas atividades. Utilizando outro vocabulário, o profissional deve ter a oportunidade de poder liberar-se de suas reflexões usuais para agir”, transformando a palavra numa ferramenta de observação. (CLOT, 2010b, p. 37).

A palavra na Clínica da Atividade não é para escutar o vivido,

a palavra é feita para agir, é um diálogo profissional para transformar a situação, e, portanto é um diálogo para manter o vivido vivo. Não é um diálogo para apreender o vivido ou para conhecê-lo. É um diálogo para que o vivido se

transforme, se desenvolva, na ação dialógica e na observação em curso do diálogo (CLOT, 2010a, p. 225)

O método das instruções ao sócia, originalmente, visa aproximar e melhor compreender a atividade de trabalho, a partir da elaboração da própria experiência profissional dos entrevistados, pois ao se deparar com o seu comportamento, o sujeito é levado a explicitar o sentido dele, as razões e as motivações que o levaram a realizar sua ação daquela forma (CLOT, 2006).

A utilização da técnica de Instruções ao Sócia inicia-se com a resposta dada, pelos sujeitos da pesquisa, à seguinte pergunta: suponha que eu seja seu sócia e que amanhã eu deva substituir você em seu trabalho. Que instruções você deveria me transmitir para que ninguém perceba a substituição?

As instruções, passadas pelos sujeitos da pesquisa, precisam se relacionar com algum aspecto ou dimensão, da situação de trabalho, que se busca melhor compreender e analisar e devem contemplar, também, precisamente, o que deve ser feito em relação a quatro elementos da experiência profissional: relatos acerca da tarefa como tal; relatos acerca das relações entre os indivíduos ou pares no coletivo de trabalho; relatos sobre as relações hierárquicas; e relatos sobre a organização formal e informal do ambiente de trabalho. Os materiais coletados devem ser gravados e transcritos, depois, retomados pelos sujeitos envolvidos, que os comentam por escrito. Dessa forma, a autoconfrontação se realiza em dois momentos: primeiro, o sujeito confronta-se consigo mesmo ao responder a pergunta inicial, depois, ele se vê diante dos traços materializados (transcrição do material), mediado pela atividade de escritura (CLOT, 2006).

De acordo com Clot (2006, p. 80), a função psicológica do trabalho residiria ao mesmo tempo no “patrimônio sócio-técnico que ele fixa e na atividade (conjunta e dividida) exigida pela conservação e renovação desse patrimônio”. Trata-se, portanto, de “uma atividade de conservação e de transmissão e atividade de invenção e renovação”, na qual cada um se vê como sujeito e objeto.

CAPÍTULO 3

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E O TRABALHO MÉDICO

3.1 Políticas públicas de saúde no Brasil

No Brasil, a questão da saúde pública sempre esteve atrelada ao desenvolvimento econômico, visando garantir as condições sanitárias mínimas e necessárias para que as transações comerciais não fossem abaladas. De modo que, até o período inicial da industrialização brasileira, nos anos 1930 e 1940, onde predominava a economia agroexportadora, as políticas públicas de saúde caracterizaram-se pela promoção de campanhas sanitárias específicas e localizadas, e as práticas médicas, pelo desenvolvimento de uma atividade liberal e quase artesanal (POSSAS, 1989; IYDA, 1994).

Com o início da industrialização, verificou-se o aumento das desigualdades sociais (envolvendo legislação, condições de trabalho e vida) entre os trabalhadores de diferentes categorias e a crescente preocupação, por parte do Estado, com a manutenção e reabilitação da força de trabalho. Esse cenário, associado ao avanço da indústria de fármacos, criou as condições propícias para o desenvolvimento da mercantilização da saúde. Tal condição permitiu a caracterização da prática médica como atividade de massa, abandonando progressivamente seu caráter artesanal, e a ascensão da atenção de caráter curativo, em detrimento das ações preventivas, viabilizando o crescimento de um complexo médico-hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, trabalhadores de diversas categorias que pertenciam aos processos produtivos da economia emergente (POSSAS, 1989; IYDA, 1994).

Essa nova conformação da assistência médico-hospitalar e das políticas públicas em saúde teve o Estado como grande patrocinador e, em seguida, monopolizador de tais práticas. Além disso, de forma cada vez mais veemente, a prática médica foi se tornando dependente do aparato

tecnológico, na medida em que exigia forte investimento de capital em máquinas e equipamentos (DONNANGELO, 1975; MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

Nos anos 1950, com a criação do Ministério da Saúde e o avanço da industrialização brasileira, intensifica-se o desenvolvimento desse modelo assistencial. A preocupação com a manutenção da saúde dos trabalhadores ainda ocupa um lugar importante na definição das políticas públicas, ao mesmo tempo em que se incentiva o avanço das empresas médicas e dos hospitais privados, conveniados ao Estado. Esse momento é considerado como o embrião da medicina de grupo que se estabelecerá mais tarde (POSSAS, 1989; BERTOLOZZI; GRECO, 1996; MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

Por meio da ação estatal, foram criadas as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do ‘complexo médico-industrial’, privilegiando-se o modelo hospitalar e as clínicas privadas, cuja atividade principal centrava-se na assistência médica curativa, baseada no modelo biológico de saúde. O Estado assumia a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para ampliação da capacidade instalada (COHN, 1980; 1995; POSSAS, 1989; COHN; ELIAS, 1996; ELIAS, 2004; MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

Para Possas (1989, p. 98), “na relação entre estado e setor privado está a chave para a compreensão da organização social da medicina no país”. A compra de serviços médicos pela previdência garantiu a preservação e expansão do setor privado, engendrando o processo de privatização precoce do sistema de saúde brasileiro. Da mesma forma, marcou o progressivo avanço do assalariamento da classe médica e do múltiplo emprego, em razão da queda de renda.

Nos anos 1970, a presença do Movimento Sanitário, já comentado em capítulo anterior desta tese, procura modificar a condução das políticas públicas e da assistência médica apresentadas acima. Em uma de suas propostas, solicitava maior participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde e extensão da atenção à saúde gratuita e acessível a toda a população, não somente a classe trabalhadora. Outro aspecto relevante se referia à difusão de um novo paradigma científico, a partir de uma nova forma de compreender a relação saúde/doença, em razão da introdução olhares oriundos das ciências sociais e humanas (ROSEN, 1994; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

No início dos anos 1980, o movimento de redemocratização política e a crise financeira e técnica do setor da saúde favoreceram o avanço do movimento sanitário como alternativa às políticas de saúde até então implantadas. Surgiram então diversas propostas focadas na descentralização, reestruturação e ampliação dos serviços de saúde; acesso ao saneamento básico e a habitação de qualidade, gerando inúmeros debates e resistências políticas e ideológicas entre os interesses econômicos em questão na área da saúde. Tal processo culminou com a organização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (BRAGA; PAULA, 1987; BERTOLOZZI; GRECO, 1996; POLIGNANO, 2001; ELIAS, 2004).

A constituição promulgada em 1988 definiu o Sistema Único de Saúde (SUS), como a nova política pública para os serviços e ações de saúde, norteadas por princípios como a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social, garantindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, além de estabelecer a descentralização político-administrativa como forma de efetivar a implantação do sistema. A saúde passou a ser considerada na sua complexidade, colocando-se como um bem econômico não restrito ao mercado, como forma de vida da sociedade, e direito que se afirma enquanto política (BRASIL, 1988).

As políticas públicas de saúde tinham, a partir de agora, a complexa missão de promover gradativamente a tarefa de ‘desospitalizar’ e ‘desmedicalizar’ as práticas de atenção, até então, voltadas para a cura e o tratamento de doenças, desenvolvidas em âmbito hospitalar e centradas na figura do médico (PERES, 2007).

A criação do SUS promoveu importantes modificações legislativas, epistemológicas, de gestão e organização e administração nas práticas de saúde oferecidas pelos serviços. No entanto, tais propostas enfrentaram, e ainda enfrentam inúmeras dificuldades e resistências, como na ampliação do conceito de saúde, visando remodelar as práticas de saúde focadas na doença; no predomínio do interesse público em detrimento dos interesses financeiros e comerciais; numa atenção médica fortemente especializada e fragmentada, etc. (CAMPOS, 1997; CARVALHO; RIBEIRO, 1998).

Para estimular e aprimorar a implantação da reforma do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro, visando consolidar as propostas do SUS, o Ministério da Saúde elabora duas

grandes estratégias: primeiro, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em seguida, e decorrente do primeiro, o Programa de Saúde da Família (PSF), que proporcionaram modificações na distribuição dos recursos financeiros, na organização dos serviços e na concepção e atenção à saúde, visando uma maior aproximação com a comunidade e o abandono do enfoque reducionista da prática médica (VIANA e DAL POZ, 1998).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 como uma forma de por em prática os preceitos da Reforma Sanitária; contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e superar a crise da saúde pública brasileira decorrente do modelo centrado no hospital e no trabalho do médico. Trata-se de uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (UBS), visando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. Ao transformar-se num projeto estruturante do Sistema de Saúde, a ESF marcou a inseparabilidade do trabalho clínico e a promoção da saúde, rompendo com a dicotomia entre ações de saúde pública e de atendimento individual, bem como práticas educativas e assistenciais (VIANA; DAL POZ, 1998).

Entretanto, depois de uma década de implantação, nota-se que suas estruturas continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano (RONZANI; STRALEN, 2003; SANTOS, 2008; COHN, 2009; COSTA et al., 2009).

A rede de UBS's assumiram um papel fundamental e estratégico, por ser, além da porta de entrada para o sistema de saúde, responsável por garantir a integralidades das ações individuais e coletivas de saúde, construídas de forma interdisciplinar (MERHY, 2002).

Tais ações, mesmo sendo consideradas de menor complexidade, exigem um trabalho em equipe e frequentemente requerem intervenções complexas em termos de saber diagnosticar e tratar, visando contemplar os aspectos físicos, emocionais e sociais do adoecimento, bem como garantir a implementação de ações preventivas e de promoção de saúde (CAPOZZOLO, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a atenção básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da

saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

No entanto, durante a década de 1990, com o avanço das políticas econômicas neoliberais, em franca contradição com os pressupostos do SUS, buscava-se reduzir o papel do Estado e remeter a regulação da saúde para o âmbito privado, compreendendo a saúde como um bem a ser adquirido e não como um direito, dificultando o acesso ao sistema. Dessa forma, o PSF chegou a ser compreendido como programa pontual, uma oferta de serviços básicos de assistência à saúde, direcionado aos cidadãos que não tivessem condição de acessar a medicina suplementar (LAURELL, 1995; SOUSA; HAMANN, 2009).

Visando complementar essa proposta, em 1998, o governo regulamentou a lei 9656/98 sobre os planos e seguros de saúde, a chamada medicina supletiva, limitando, por um lado, as irregularidades cometidas pelas empresas, entretanto, por outro, criando diversos modelos diferenciados de cobertura de serviços, limitando o acesso universal (POLIGNANO, 2001).

Esse contexto foi assim caracterizado por Elias (2004, p. 44):

o SUS, a mais ambiciosa e abrangente política pública de saúde já formulada no país, emerge completamente sitiado pela disposição da relação Estado/sociedade nesse momento histórico [...]. Acossado pelo que poderíamos denominar de a nova agenda de problemas, expressão da atual conformação do Estado, representada pelo acolhimento da mercantilização da saúde – caracterizada, sobretudo, pela regulamentação do sistema privado de saúde (planos e seguro-saúde) –, pela ótica do consumidor completamente à margem do SUS, pela adoção de parâmetros de gestão permeados pela noção de custo/efetividade ou custo/benefício e pela flagrante insuficiência do financiamento perante os

compromissos previstos na Constituição Federal na área da saúde (ELIAS, 2004, p. 44).

Por outro lado, nos final dos anos 1990, o objetivo era que o PSF viesse a ser, de fato, uma estratégia de reorganização da atenção à saúde no SUS, visando à universalização da cobertura da atenção básica e deixando de ser um programa focado apenas nas populações excluídas do consumo de serviços. Com esse fim, o Ministério da Saúde promoveu a implantação de polos de capacitação, formação e educação permanente para os profissionais envolvidos com o PSF (SOUSA; HAMANN, 2009).

De todo modo, apesar dos esforços empregados para a formação e capacitação dos profissionais de saúde para um novo modelo assistencial, baseado nas ESF a oferta de serviços na atenção primária, em grande medida, caracteriza-se ainda, conforme Capozzolo (2003), pela chamada Atenção Primária Convencional, de um atendimento tipo queixa-consulta, cujo propósito principal, de acordo com Mendes-Gonçalves (1994) é a medicalização da queixa.

O modelo convencional é caracterizado por uma atenção médica seletiva orientada pela demanda espontânea da população, que geralmente busca atendimento quando já tem algum problema de saúde. O ESF, por sua vez, é voltado para a integralidade do cuidado, que envolve ações preventivas e de promoção de saúde, com acompanhamento contínuo das condições de saúde e segue um conjunto de princípios ordenadores da atenção primária que caracterizam seu funcionamento.

Da mesma forma, não é possível observar ainda uma mudança efetiva da prática dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, que, na maioria das vezes, reproduzem antigos modelos assistenciais, apesar de o discurso oficial mostrar o contrário. Além disso, a formação dos profissionais de saúde ainda prioriza a especialização e o trabalho fragmentado em detrimento da formação generalista, bem como evidencia o predomínio do paradigma médico biologicista ao invés de um paradigma integrador. Em decorrência desses aspectos, os serviços de saúde tornam-se muito mais produtores de demandas do que um serviço que promova saúde efetivamente (RONZANI; STRALEN, 2003).

Para Capozzolo (2003, p. 56), a prática médica nos serviços de atenção básica restringiu-se à execução de procedimentos, dando pouca atenção às diversas dimensões presentes no

adoecimento, com um baixo grau de compromisso e responsabilização dos profissionais pelo resultado final do trabalho. “É uma prática de pouca resolubilidade, medicalizante, que muitas vezes reitera a dependência aos serviços de saúde.” Acrescenta-se a isso, a falta de apoio de expressiva parcela dos médicos às propostas que norteiam a reorientação do modelo de saúde pública.

Para Campos (2003), trata-se de uma prática de clínica degradada, que ultrapassa os preceitos básicos da medicina, colocando o sintoma como objeto de trabalho. Tal prática resulta das mudanças por quais passaram a prática médica nas últimas décadas na presença de interesses corporativos, econômicos e de políticas e gestão de serviços de saúde inadequados.

Apesar das dificuldades enfrentadas, pode-se afirmar que, ao nível da atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas com o setor privado, o que coloca em pauta algumas questões fundamentais para a gestão do sistema:

- O equacionamento da questão do financiamento do sistema (PIRES; DEMO, 2006);
- Radicalização na universalização dos serviços de saúde, uma vez que o setor privado atende aproximadamente 1/3 da população brasileira, respondendo pela maioria dos serviços de complexidade e referência nos níveis secundário e terciário, evidenciando a ausência de um sistema único, uma vez que coexistem o setor privado e o setor público (SANTOS, 2008);
- Compreensão das mudanças nos perfis epidemiológicos decorrentes do aumento da violência urbana, das doenças crônico-degenerativas e metabólicas, além do retorno das doenças infectocontagiosas (COHN, 2009);
- Integração da perspectiva do desenvolvimento sustentável nas ações propostas (VASCONCELLOS, 2007).

Vale ressaltar, ainda, a expectativa em torno do ‘Pacto pela Saúde’, conjunto de reformas institucionais acordado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão entre os anos de 2006 e 2007 (SANTOS, 2008).

Finalmente, dois desafios não que não podem ficar de fora, referem-se, primeiramente, à construção de práticas de saúde a partir da concepção de saúde, apresentada no capítulo dois, que vislumbra o sentido ético-político da saúde. Tal questão parece associar-se ao que propõe Cohn (2009, p. 46), quando argumenta em favor da criação de sujeitos sociais, que “consiste em criar indivíduos autônomos, com capacidade de decisão em todas as dimensões da sua vida social - não só política, mas também na sua vida particular”.

Em segundo lugar, refere-se ao desafio de superar o sucateamento do setor público e a precarização das relações de trabalho, em decorrência da ausência de um plano de carreira e do aumento das terceirizações aleatórias, bem como as modalidades de gestão voltadas para a qualidade, eficiência, desempenho e resultados, muitas vezes sob a responsabilidade das fundações privadas de direito público, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entre outras, como apresentado anteriormente no primeiro capítulo desta tese (SANTOS, 2008).

3.2 O trabalho médico

Ao longo do desenvolvimento da humanidade, as representações, valores e significados da sociedade acerca do corpo humano e da relação saúde/doença, bem como as condições de vida, de um dado momento histórico, afetaram o exercício profissional da medicina, cujo objetivo maior a princípio era resolver os problemas de saúde, buscar a cura, proporcionar o bem para o paciente (ROSEN, 1994).

De acordo com cada período histórico, para a efetivação do trabalho ou do ato médico, é preciso existir um conjunto de meios que o profissional interpõe diretamente entre ele e seu objeto de trabalho. Sejam meios mais objetivos, como a suas ferramentas (bisturi, pinças,

agulhas, medicamentos, etc.), sejam outros mais subjetivos (capacidade diagnóstica, raciocínio clínico, etc.). Há ainda outros elementos importantes como o local de trabalho e a sua organização. Trata-se de um trabalho ao mesmo tempo ‘manual’ e ‘reflexivo’. É preciso lembrar que o ato médico deve ser entendido como processo, como a dimensão da vida prática e do cotidiano da medicina, do contrário, corre-se o risco de cristalizar algo essencialmente dinâmico (SCHRAIBER, 1993).

Uma vez que o todo ato médico é sempre uma interação, ou seja, uma relação entre duas pessoas, dois aspectos devem ser considerados fundamentais. Primeiro, o julgamento clínico, que envolve a decisão médica, e depois, a intervenção propriamente dita, que coloca em prática a decisão tomada. Essa intervenção, por sua vez, deve ser considerada também em duas importantes dimensões: a física e a comunicacional, uma vez que toda ação repercute no plano material, mas também no simbólico (SCHRAIBER, 1997).

Durante o Século XX, o saber e a prática médica, amparados pelo paradigma das ciências naturais e pela consolidação do processo capitalista de produção, criaram uma forte estrutura de conhecimentos, amplo e exclusivo mercado de trabalho e forte credibilidade social. Trata-se de um projeto profissional bem-sucedido, no qual, ao longo de sua evolução, fez uma importante aliança com o estado (concedendo-lhe prerrogativas legais para seu exercício exclusivo) e com a elite (vendendo-lhe serviços particulares a preço de mercado), de modo que tornou uma profissão de alta adesão de seus membros (MACHADO, 1997).

Nesse período, foi possível identificar ao menos dois modelos diferentes de exercício da medicina: num primeiro momento, o modelo liberal e, depois, o modelo empresarial e tecnológico (SCHRAIBER, 1993). O modelo liberal configurou-se, a partir do início do século XIX, nos países industrializados e desenvolvidos. No Brasil, estima-se que foi entre 1890 e 1930. A base dessa prática é a que se realiza na dependência de cada médico individual e seus recursos técnicos, como no consultório particular, de forma que o médico pode ser assim caracterizado:

[...] pequeno produtor isolado e independente, cujo trabalho é do tipo artesanal, já que produz sempre serviços na forma de ‘unidades inteiras e independentes de produção’, que é a consulta médica dada a cada indivíduo, a cada vez. Seu recurso é, sobretudo, o conhecimento e poucos instrumentos que o médico porta e consegue usar em seu consultório, possibilitando a conhecida relação bem pessoal e direta do médico com seu paciente, além de estabelecer o conjunto

desses pacientes como a sua clientela privada. O hospital nesta medicina é apenas recurso adicional à prática de consultório (SCHRAIBER, 2000, p. 76).

De acordo Schraiber (1995, p. 58), “a autonomia profissional, constituída historicamente ao longo do século 19 e cerne da medicina liberal,” se configurou como um elemento fundamental para os médicos no exercício da medicina moderna. Visava garantir liberdade para se colocar no processo de trabalho, condição, originalmente, ampla e global por envolver diferentes aspectos de sua prática. De modo que é possível “qualificá-la como pleno exercício da subjetividade, traduzindo, da perspectiva técnica, igual posição social e político-ideológica do médico, qual seja, de autoridade exclusiva sobre a saúde e o adoecer, tanto do ponto de vista científico quanto moral”.

No século XX, diante dos complexos e acelerados processos de transformações sociais, econômicas e culturais, que resultaram na maior expansão urbana e demográfica da história da humanidade, bem como na explosão do consumo, consolidando-se a cultura de massas. Atrelada aos padrões de desenvolvimento econômico de cada país, assistiu-se, sobretudo a partir do fim da segunda grande guerra mundial, a ampliação da intervenção dos Estados na regulação econômica e dos sistemas de proteção social, que implicaram na reorganização da prática médica e da própria medicina (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000)

De forma que, no trabalho médico, a associação entre condutas clínicas e morais, base do modelo liberal, foi, aos poucos, substituída, em função do desenvolvimento científico e tecnológico, por relações mais complexas de mercado de trabalho e de exercício da atividade profissional, subordinadas ao contexto político e socioeconômico, que deram margem à configuração do modelo empresarial e tecnológico citado acima (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

A partir dos anos 1950, um grande incentivo para o desenvolvimento da medicina empresarial foi o avanço do paradigma médico biologicista, de concepção mecanicista cartesiana, decorrente de desenvolvimento de tecnologias voltadas para o aprimoramento das imagens diagnósticas, das modalidades terapêuticas e das técnicas cirúrgicas, permitindo a objetivação da realidade física e dos feitos da ciência.

Tal paradigma privilegia os aspectos biológicos da relação saúde/doença e influencia a prática médica em pelo menos dois aspectos fundamentais. De um lado, o funcionamento das pessoas é comparado ao de uma máquina e, de outro, a expectativa de que as soluções para os problemas biológicos estejam nos níveis mais elementares da matéria, de modo que, o paciente é reduzido a uma soma de genes e moléculas, ficando de fora os aspectos psíquicos, éticos e sociais (LIMA-GONÇALVES, 2002).

Entretanto, deve-se tomar cuidado com o componente alienante desses novos procedimentos e relações profissionais, que afetam tanto o médico, quanto o paciente. O profissional, na maioria das vezes desconhece a estrutura íntima das tecnologias que utiliza, e o paciente desenvolve uma crença ilimitada nessas técnicas, depositando excessiva confiança na tecnologia diagnóstica para a coleta e a mensuração de fatos clínicos, implicando na mudança do método subjetivo de diagnóstico (profissional liberal) para o método objetivo, onde os médicos atuam como se estivessem apenas resolvendo problemas técnicos, numa relação objeto-objeto (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000).

Tal modelo desenvolveu-se a partir dos anos 1950 nos países desenvolvidos, e, a partir dos anos 1970, no Brasil, sendo que entre os anos 1930 e 1960, registrou-se um período de transição na prática médica brasileira. No modelo empresarial, ao contrário do anterior, o hospital ganha papel de protagonista, colocando os consultórios como dependente dessa estrutura, de forma que pode ser assim caracterizado:

uma forma de produção mais extensiva e produtiva, quanto à universalização dos cuidados: uma medicina institucionalizada, de massas e em grande escala. Esta, porém, também será uma medicina de custos crescentes, levando à presença de formas empresariais também para financiar a assistência. A prestação de serviços médicos, no modelo liberal diretamente comercializada pelo próprio médico de consultório, será alvo de diversas formas de capitalização, tais como as empresas de medicina de grupo, ou os seguros bancários, ou os planos de saúde das empresas e indústrias da produção de bens e serviços em geral comprados de grupos econômicos diversos, entre os quais também estão os médicos. Cada médico para produzir seus serviços terá de ingressar nestas engrenagens empresariais, seja como proprietário, seja como assalariado ou ainda como servidor autônomo (SCHRAIBER, 2000, p. 77).

Há diversas características decorrentes dessa forma de se constituir a prática médica. No entanto, na visão de Schraiber (1997, 1995), é possível listar ao menos três que são consideradas

fundamentais para sua compreensão. A primeira característica se refere a uma tensão entre o lado técnico e social, onde o técnico pressiona o social, o que, em tese, contraria o imaginário da sociedade sobre a prática médica, revestida de segurança e estabilidade, pois está associada às técnicas científicas. Tal condição simbólica, muitas vezes, é alimentada pelo próprio pensamento médico de tentar reduzir ou até mesmo eliminar tudo o que não é ‘científico’ na prática médica, como o contexto social, a interação com o paciente, etc. Até mesmo a sociedade cobra do médico uma solução definitiva e rápida, ou seja, técnica para os problemas de saúde. (SCHRAIBER, 1995, 1997).

A separação do ético-político com a dimensão científica prejudicou a perspectiva de uma prática médica eficaz e ética, assim como comprometeu a perspectiva de um domínio dos conhecimentos que estejam a serviço das necessidades humanas, dentro de um contexto sócio-histórico (SCHRAIBER, 1998). No entanto, trata-se de um trabalho reflexivo e não somente de aplicação de técnicas. A prática médica envolve ao mesmo tempo saber científico e saber prático, que se baseia no primeiro, mas que precisa necessariamente dar conta do contexto social, qualificando-se como ato singular e único, o que confere complexidade à ação e maior risco na tomada de decisão. “Isso porque envolve decisão pessoal do médico na aplicação do conhecimento científico. Há, para tal envolvimento, razões não apenas da esfera da técnica, como intervenção sempre social, mas principalmente razões históricas” (SCHRAIBER, 1995, p. 59).

De modo que o ato médico poderá ser compreendido em duas dimensões:

será aplicação da ciência e descoberta de saber prático. Isto significará, por referência a seu caráter científico, isto é, à medicina como **“ciência” de curar**⁷ (tal qual é concebida pelos médicos), uma subordinação apenas relativa à ciência, dada por sua natureza, ainda presente de experiência (empíria), isto é, a medicina como **arte de curar** (tal qual já foi historicamente concebida), permitindo na ação uma certa autonomia de seu agente (SCHRAIBER, 1997, p. 133).

A segunda característica fundamental está ligada à institucionalização dos serviços médicos visando atender demandas sociais, visando encontrar “determinadas formas mercantis de viabilizar o consumo, e, de outro lado, a produção do cuidado em atos individualizados, exclusivos e privados – a tradicional consulta médica”. A consulta representa a autonomia do ato

⁷ Negrito da própria autora

técnico e também seu isolamento como produção social, mas que vem sendo afetada pela “crescente especialização do trabalho e a institucionalização de situações não individuais, mas grupais de atuação, como na equipe de trabalho ou nas clientelas institucionais de convênios ou seguros-saúde” (SCHRAIBER, 1997, p. 133).

Para Schraiber (1998, p. 216), o ‘consultório-empresa’ e seu gerenciamento; o trabalho associativo e a convivência em coletivos e práticas parceiras; o excesso de informações e de conhecimentos especializados, que em conjunto, provocaram na prática médica “uma mudança significativa das relações interindividuais e do sentido interativo de seus participantes, fazendo emergir uma ruptura crítica: a crise da confiança, situação emblemática da medicina tecnológica”. Tal questão se relaciona com a perda dos preceitos éticos ou perda da humanização, uma vez que afeta um processo fundamental da prática médica que é a interatividade ou o ato de comunicação.

Por fim, a terceira característica marcante desse processo refere-se presença cada vez maior dos aparatos tecnológicos na ação médica, o que, indubitavelmente, interfere no julgamento clínico baseada na experiência e percepção do profissional tradicional e influencia nas tomadas de decisão. Além disso, em razão da suposta objetividade científica afeta também os determinantes econômicos da política institucional, cujos valores são distintos na empresa pública ou privada (SCHRAIBER, 1997).

O aumento da especialização e os avanços tecnológicos impactaram na credibilidade social do profissional médico, pois, se por um lado, promoveu uma maior precisão do diagnóstico e da efetividade dos tratamentos propostos, por outro, provocou uma progressiva dependência a tais tecnologias, diminuindo cada vez mais a atenção dada a anamnese e ao apurado exame físico. De modo que é possível encontrar profissionais que definem a medicina atualmente como exclusivamente um conjunto de procedimentos e não mais escuta e atenção ao discurso do paciente, considerados como “perda de tempo” (DONNANGELO, 1976; MACHADO, 1997).

Na década de 1970, Donnangelo (1976) identificou outros importantes elementos que modificam a condição de profissional liberal do médico e contribuem para um processo de burocratização do seu trabalho, perdendo o caráter artesanal. Refere-se, particularmente, ao crescimento dos hospitais e de sua importância no cenário científico e tecnológico da área da

saúde, a diversificação e hierarquização entre categorias profissionais da saúde, bem como de especialidades médicas, a padronização de procedimentos referentes aos cuidados técnicos com os pacientes em geral.

É possível afirmar que, com todas as alterações provocadas pela constituição da medicina empresarial e tecnológica, houve uma importante modificação na relação médico-paciente, sobre “a qual se assentava uma determinada forma de agir, com qualidades de humanismo, pessoalização e responsabilidade que eram conformes com o momento contextual dado”. Hoje, assistiu-se a configuração de uma relação entre consumidores e produtores de serviços indiferenciados, muito embora não tenha sido eliminada a presença do subjetivo e do social no julgamento e nas tomadas de decisão, razão pela qual é fonte de instabilidade para o profissional médico (SCHRAIBER, 1997, p. 135).

No entanto, todos os aspectos citados que afetam a prática médica encontram sua superação no próprio desenvolvimento do ato médico.

Representam, pois, aprendizado de saber prático. Não tanto relativo ao caso, em termos científicos, mas relativo à tecnologia da ação, ao modo de agir concretamente como operação cotidiana do trabalho. Em muitos contextos esse aprendizado é bastante difícil, porque as tensões se radicalizam: ou porque as políticas institucionais e empresariais detêm exigências impeditivas da aplicação científica, ou porque a clientela encontra-se excluída das possibilidades tecnológicas melhores. Ou ainda por diversos outros motivos, que encontraremos em grande número na prática do dia-a-dia. Assim, o desempenho médico encontra-se em situação de conflito: em qualquer direção que vá a escolha de sua ação, o agir efetivo não será o que espera como a melhor prática; não lhe é satisfatório... (SCHRAIBER, 1997, p. 135).

O médico perdeu com a medicina empresarial e tecnológica “a dimensão econômico-social da medicina e o valor da responsabilidade social, que de certa forma relaciona-se com a ética em saúde e a ética da profissão”. São trabalhadores que enfrentam, cada vez mais, dificuldades para “traduzir tecnicamente seus juízos éticos e de perceber a ação técnica também como interação moral” (SCHRAIBER, 1995, p. 64).

Essas mudanças ocorridas no trabalho médico se apresentam de diversas maneiras como nas dificuldades de acesso aos serviços; despersonalização dos cuidados; burocratização assistencial; falta de motivação profissional; precarização das condições de trabalho, problemas

de gestão; etc. Esse conjunto de fatores contribui para a queda da qualidade da assistência e do desempenho do médico (SCHRAIBER; NEMES, 1996; SCHRAIBER, 1997).

No entanto, Schraiber (1997) questiona se a queda da qualidade e do desempenho do profissional médico seria decorrente de uma formação insuficiente e se também não dependeria de cada médico individualmente. Em relação à primeira pergunta, a autora entende que inserir na formação momentos em que fosse possível discutir e refletir sobre os aspectos discutidos acima, seria, sem dúvida, muito importante, apresentando, entretanto, limitações. Isso porque segundo os argumentos da autora, as situações de conflito nos colocam diante de contraditórios, cuja solução apenas cabe no contexto prático do exercício profissional, se referindo a uma ética que se situa no âmbito da vida prática. “Seu aprendizado por isso é o da experiência, individual e compartilhada, como momento de criação de cada profissional, que recria a regra, socializa o descoberto e vivencia intensamente a arte de sua profissão” (SCHRAIBER, 1997, p. 136).

O que foi mencionado acima, de certa forma nos remete à resposta da segunda pergunta, uma vez que chama atenção para os coletivos de trabalho, como um aspecto fundamental para entender como tais mudanças na profissão são “aceitas, introjetadas, pensadas (percebidas e explicadas) e valorizadas na dimensão subjetiva do trabalho”. Ou seja, por essa razão, é preciso evitar essas duas formas de reducionismo, ou como produto da formação escolar ou como problema exclusivo do médico, uma vez que não há como responsabilizá-lo individualmente, já que o seu trabalho, entre tantos determinantes, também possui uma determinação coletiva (SCHRAIBER, 1997, p. 125).

Assim, visando revitalizar o ‘ofício’ e retomar o desenvolvimento da capacidade de ação dos médicos sobre as situações conflitantes de trabalho, é preciso reconhecer a interatividade necessária da prática em saúde, não só entre os diversos profissionais, mas também entre estes e os pacientes/usuários, estendendo o encontro intersubjetivo de experiências também para o plano da relação interindividual de sujeitos nomeadamente polares e assimétricos no interior da prática médica.

Nessa proposição teremos uma troca das experiências profissionais entre si e poderemos saber também (conhecer) como outros profissionais da saúde e atuantes em saúde decidiram, em circunstâncias semelhantes, embora nunca iguais. Isto certamente auxilia a conformar a bagagem ética, à qual apelamos na reflexão prática. Por isso socializar o

vivido profissional, de modo formal, como em eventos científicos publicações, ou mesmo, nas reuniões de discussão de casos, ou então de modo mais informal, como as discussões nos corredores e espaços de encontro, são modos de reviver a prática, narrar as experiências e compartilhar dúvidas, acertos e emoções... Trabalhar intersubjetivamente, por trocas entre colegas, o complexo, o arriscado e o difícil (SCHRAIBER, 1997, p. 137).

O modelo empresarial alcançou, no final do século passado, por um lado, o seu apogeu e, por outro, recebeu inúmeras críticas relacionadas, sobretudo, aos supostos efeitos positivos na saúde das populações e ao aumento exagerado de custos, provocando aumento na procura por práticas alternativas, populares ou derivadas de novos paradigmas, bem como reformas do estado e dos sistemas de saúde (GOULART; CARVALHO, 1998; CARNEIRO; GOUVÊIA, 2004).

Alguns estudos apontam que tais mudanças nas condições e organização do trabalho médico, repercutiram na perda da autonomia; na mudança na remuneração (assalariamento crescente); no estilo de vida; na onipresença das grandes corporações de saúde; na intensificação da especialização, devido aos avanços tecnológicos; na rotinização do trabalho; no comportamento ético; nas relações médicos e pacientes e, finalmente, na saúde dos médicos, contribuindo para que sua atividade profissional se torne extremamente desgastante (MACHADO, 1997; SCHRAIBER, 1998; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; CARNEIRO; GOUVÊIA, 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; SANTOS et al., 2006; BARBOSA et al., 2007).

Já na década de 1970, o assalariamento ocorreu, de forma predominante, em países periféricos como o Brasil, pois o mercado de trabalho estava mais fortemente submetido ao controle estatal. Se por um lado, a interferência do Estado e também a medicina suplementar garantiram a criação de uma nova clientela, por outro, impuseram limitações à liberdade de circulação no mercado de trabalho e geraram o controle do preço do trabalho médico, afetando, de forma importante, a atividade de consultório (DONNANGELO, 1975).

Mudanças no quadro de morbidade na população também incentivaram os questionamentos a esse modelo. A redução da incidência de doenças infectocontagiosas, uma das principais bandeiras do modelo tecnológico da medicina, hoje é atribuída mais à melhoria dos indicadores sociais e econômicos do que à tecnologia. Além disso, percebeu-se a insuficiência desse modelo na elaboração de propostas terapêuticas para o grupo das doenças metabólicas e as

crônico-degenerativas, bem como para os agravos à saúde decorrentes da violência urbana, dos acidentes automotivos, da miséria, da fome, do modo de vida das pessoas, como o estresse, as neuroses e o uso abusivo de drogas (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000).

No que se refere à perda de autonomia, alguns estudos indicam que na verdade ocorreu uma reorientação dos espaços da prática profissional do médico e não diminuição da autonomia. A autonomia assumiu outras características: transformou-se para sobreviver diante das modificações do contexto da profissão (SCHRAIBER, 1995)

Donnangelo (1975), por exemplo, quando investigou até que ponto o profissional liberal se submetia às empresas (hospitais e clínicas) de capital privado ou estatal, constatou que, naquela época, coexistiam, no mercado de trabalho médico, tanto os médicos liberais clássicos, pequenos produtores autônomos, quanto os emergentes médicos proprietários (empresários) e um grande número de assalariados em organizações públicas ou privadas. No entanto, já naquele momento, também constatou, que mais de dois terços dos médicos investigados trabalhavam em forma de ‘assalariamento precário’, decorrente do estabelecimento de diferentes tipos de vínculo, o que em sua visão, representava uma forma de manter a autonomia profissional.

Para Campos (2010, p. 2342), há duas características do trabalho em saúde que permitiram a conservação de autonomia relativa para médicos e outros profissionais de saúde:

a primeira é a complexidade do processo saúde, doença e intervenção, fato que ganhou divulgação após a crítica ao paradigma biomédico elaborada pela Saúde Coletiva e promoção à saúde. Em alguma medida, na prática, não somente ao se lidar com casos crônicos, mas em muitas outras situações, tem se tornado difícil não incorporar o usuário como pessoa, ficando-se tão somente com a doença como objeto da clínica (dimensão psicossocial). A segunda característica estrutural que propicia contexto favorável à essa autonomia relativa das equipes de saúde é a variabilidade do processo saúde e doença, gerando a relação paradoxal entre padronização e singularidade dos casos (no espaço e no tempo).

No entanto, para Santos et al. (2006), a precarização das condições de trabalho e a presença de novos formatos organizacionais, baseados na ideologia gerencialista, estão transformando o exercício da profissão, destacando-se a perda relativa de autonomia, seja pela menor independência na ação sobre o paciente, ocasionada pelas imposições institucionais em atender com maior velocidade e/ou pelas condições materiais insuficientes para a prática médica, ou então pela menor gestão sobre os processos de trabalho (SANTOS et al., 2006).

Essas modificações do trabalho médico, do lugar social de sua prática e do perfil de morbidade da população, alteram também tanto as exigências objetivas, em relação ao que representa ser um bom profissional, quanto subjetivas, no que se referem às novas expectativas, ideais, valores e significados sobre a saúde, configurando-se assim um novo modelo a ser buscado para o exercício profissional da prática médica (SCHRAIBER, 2000).

De modo que se trata de um grande desafio para a prática médica assimilar a crescente complexidade científica e tecnológica, que lhe confere novos poderes e responsabilidades, para que se possa preservar o seu comprometimento com o cuidado da saúde da sociedade, oferecendo aos pacientes um atendimento técnico competente e cuidado (atenção) pessoal (LIMA-GONÇALVES, 2002).

3.3 O mercado de trabalho médico

No Brasil, o mercado de trabalho médico está fortemente atrelado às políticas públicas de saúde, portanto, a posição do Estado é um elemento fundamental para sua compreensão. Atualmente, com a municipalização da atenção à saúde cresceram as ofertas de serviços ambulatoriais, provocando um aumento no número de empregos para profissionais de saúde, sobretudo entre os médicos, voltados para a atenção primária. As especialidades médicas mais requisitadas, nesse sentido, foram a clínica médica, a pediatria, a obstetrícia e, mais recentemente, a geriatria (RODRIGUEZ NETO, 1996).

Na década de 1990, dentro do contexto das mudanças na organização dos serviços de saúde apresentadas acima, a maioria dos médicos ainda atuava em consultório privado (75%), apesar de depender, cada vez mais, do trabalho assalariado na rede pública (69,7%), ou na iniciativa privada (59,3%) ou junto aos convênios com os planos privados da medicina

complementar (79,1%). Assim, o médico foi progressivamente estabelecendo múltiplos vínculos profissionais, sendo que aproximadamente 75% dos médicos possuíam até três atividades profissionais e 24,4% têm mais de três (MACHADO, 1997).

Apesar do incremento da atenção primária, a atividade profissional continua predominantemente hospitalar, tanto no setor público quanto no privado, em todas as regiões do país, sendo exercida em regime de plantão por quase metade dos profissionais médicos (48,9%). Destaca-se por fim o crescente aumento da participação feminina (32,7%) e a urbanização acentuada do trabalho médico, sendo que 65,9% dos médicos atuam nas capitais, particularmente naquelas mais desenvolvidas social e economicamente. As especialidades mais rentáveis nesse período eram a radioterapia, medicina nuclear e neurofisiologia clínica (MACHADO, 1997).

Confirmando esses achados, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP, 2002) realizou um estudo sobre o mercado de trabalho médico na capital paulista. Na oportunidade, observou-se que uma proporção significativa de médicos possuía acúmulo de jornadas de trabalho, que chegavam a três ou mais atividades, tais como trabalho assalariado, prática autônoma em consultórios e trabalho em organizações hospitalares. No setor público, predominava a contratação de médicos de forma assalariada e, no setor privado, por prestação de serviços por meio de cooperativas ou empresas médicas. Esta forma de contratação foi considerada como uma tendência do mercado, principalmente em hospitais privados.

Em relação ao mercado de trabalho médico, visando atualizar a pesquisa feita por Machado (1997), apresentada acima, Carneiro e Gouveia (2004) detectaram que as tendências permanecem praticamente inalteradas, exceto para o fato de que o setor público assumiu o primeiro lugar como empregador (69,7%), ultrapassando os que atuam em consultório privado (67%). Todavia, em relação ao SUS, 52,6% entenderam que houve uma queda condições de trabalho (52,6%), dos rendimentos médicos (52,4%), da qualidade dos serviços (47,4%) e da sua organização (40,7%). Além disso, destacaram-se como especialidades mais rentáveis a urologia e a dermatologia.

Apesar do crescimento do setor público como empregador, segundo Capozzolo (1997, 2003), os médicos ainda tendem a encarar esse vínculo profissional em segundo plano, como uma prática burocratizada, havendo, em alguns momentos, descaso e descompromisso com o processo

de restabelecimento do paciente, com os determinantes do processo saúde/doença e uma desumanização progressiva da prática médica. Os atos médicos se encerram em si mesmos e cada membro do serviço ocupa-se de sua tarefa, e não da do outro. Da mesma forma, os médicos não se envolvem com as demais atividades existentes na unidade. Tal desinteresse ocorre também em relação a seu próprio trabalho, realizado mecânica e rapidamente, sem compromisso com o resultado.

Os resultados dos estudos feitos por Maciel et. al. (2010), sobre os múltiplos vínculos empregatícios de médicos cearenses, mostram uma situação preocupante para o próprio médico e para o sistema de saúde e explicam, em parte, as dificuldades do SUS de desenvolver um modelo de trabalho comprometido com a saúde da comunidade local. Constatou-se que o multiemprego do médico e a conseqüente carga elevada de horas de trabalho semanais são fatores de precarização do sistema de saúde. Ao manter vários empregos, o médico deixa de se envolver como deveria com a comunidade atendida e com as questões relacionadas ao trabalho na instituição; comporta-se como um visitante, um prestador de serviços itinerante. Ao final do trabalho, conclui-se que a busca pela remuneração idealizada é o principal estímulo para o multiemprego; no entanto, lembra-se, ainda, que muitas vezes as queixas dos médicos referentes aos valores dos salários não condizem com a realidade, por ser, a mesma, uma das profissões mais rentáveis nos países ocidentais, com poder e prestígio social (MACIEL, 2010).

As mudanças no mercado de trabalho, em geral provocadas pela reestruturação produtiva, a partir dos anos 80, como já visto no primeiro capítulo desta tese, também acarretam mudanças nos profissionais de saúde, inclusive os médicos, que mesmo tendo alcançado um status diferenciado entre as demais profissões de saúde, estão se submetendo a processos de crescente assalariamento e relações de mercado autônomas “atípicas”. A flexibilidade e a autorregulação próprias desses profissionais, “produzem várias formas de assalariamento, criadas para adaptar à natureza da profissão que a torna específica pelo fato de, em alguns casos, manter autonomia no exercício laboral, mediante uma relação salarial com inúmeras configurações” (SANTOS et al., 2006, p. 4).

Para se ter uma noção do impacto dessa desregulamentação no mercado de trabalho médico, de acordo com Silva e Costa (2002), em 2000, somente 22% dos municípios brasileiros

contratavam médicos na atenção básica através da modalidade estatutária. Já na região Sudeste, 35% dos municípios contratavam através da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). No Centro-Oeste, 38% dos municípios contratavam médicos como autônomos, enquanto nas regiões Norte e Nordeste esse índice subiu para 40% e 39% de municípios nessa condição, respectivamente.

3.4 A relação trabalho e saúde dos profissionais médicos

Contradições. Sim, talvez seja esse o termo ideal para abordarmos os impactos do trabalho na saúde dos médicos. De acordo com o Dicionário Aurélio⁸, é possível defini-lo como uma incompatibilidade entre alegações atuais e anteriores, entre palavras e ações, ou então, como um princípio da lógica, segundo o qual uma coisa não pode ao mesmo tempo ser e não ser. Qualquer uma das opções pode ser utilizada para explicar os resultados de diversos estudos sobre o a relação entre trabalho e saúde dos médicos.

Como pode um profissional, que tem como missão cuidar da saúde das pessoas, descuidar de sua própria saúde? A resposta a esse paradoxo talvez seja encontrada no paradigma médico reducionista, de cunho biológico, que na busca por leis gerais que regem as relações entre saúde/doença, não reconhece a presença do singular e do particular, que lhe conferem sentido. Assim, na vã ilusão de dominar os determinantes dessa relação, o profissional médico acaba por negligenciar sua própria saúde, conferindo um 'sentido' que impede o desenvolvimento de sua atividade, da prática médica. Não é possível ignorar também o lugar central do profissional médico na sociedade capitalista, fruto de uma estratégia corporativista que deu certo, a partir da

⁸ <http://www.dicionarioaurelio.com/>

adoção do viés cientificista que esse paradigma lhe conferiu (MACHADO, 1997; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; ALVES; ARAÚJO, 2007).

De qualquer forma, como já visto anteriormente, nos últimos anos, as condições de trabalho da categoria médica, por conta do desenvolvimento tecnológico, da influência da indústria farmacêutica e de equipamentos e da crescente presença das empresas compradoras de serviços médicos, enfrentam mudanças, ainda em curso, sobretudo no processo e na organização do trabalho, que repercutem na sua saúde (MACHADO, 1997; GOULART; CARVALHO, 1998; CARNEIRO; GOUVÊIA, 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; BARBOSA et al. 2007; GARIGLIO; RADICCHI, 2008).

Tais repercussões caracterizam-se por sensações de mal-estar, desconforto psíquico e emocional, desafios e situações desagradáveis e, por vezes, conflituosas. Um sofrimento mais mental que físico podendo, ou não, adquirir feição de uma doença específica (NOGUEIRA-MARTINS, 2003; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007).

Entretanto, apesar das precárias condições de trabalho observadas atualmente e de sua importância para a vida da sociedade, a teorização sobre as consequências para as condições de vida e saúde desse profissional é relativamente pequena. A maioria das pesquisas adota métodos epidemiológicos, privilegiando o enfoque da etiologia das doenças e o tratamento dos agravos, além do foco no mercado de trabalho, no perfil dos profissionais e nas condições de trabalho, como a jornada de trabalho prolongada, ritmo intenso, predomínio das atividades de plantão ou, então elementos isolados de sua saúde mental (NOGUEIRA-MARTINS, 1991, 1998, 2003; MORALES; PÉREZ; MENARES, 2003; ALVES et al., 2004; COHEN e RHYDDERCH, 2006; BARBOSA et. al., 2007; MILLER, 2009).

Mesmo nos países desenvolvidos são poucos os estudos que buscam associar as condições e a organização de trabalho com a saúde dos médicos. Dentre os existentes se destacam estudos sobre a prevalência de transtornos mentais, uso de drogas e suicídio. Diante desse condição, recomendam-se estudos em que o processo de trabalho ganha um papel central na compreensão da relação trabalho e saúde, de forma que se possa avaliar de que modo os médicos percebem seu trabalho e seus efeitos sobre a própria saúde, e quais as circunstâncias fazem do trabalho do

médico uma atividade desenvolvida dessa maneira. Deve-se avaliar, também, em diferentes contextos, como se estabelecem a interface entre as dimensões individual e a coletiva, visando atender às exigências do trabalho (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; OLIVEIRA, 2008; GARIGLIO; RADICCHI, 2008).

Um estudo sobre a saúde dos profissionais médicos, de base epidemiológica, que merece destaque é o que foi promovido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2007. Teve como objetivo investigar como os médicos estão sentindo e vivendo seu trabalho e que implicações isso poderia ter sobre sua saúde (BARBOSA et al., 2007). Tendo como indicadores principais o diagnóstico de doenças orgânicas, uso de substâncias psicotrópicas e a ocorrência de transtornos mentais, o estudo concluiu que os plantões, muitas vezes cansativos, o deslocamento para os vários empregos, a relação com os convênios e planos de saúde e, por outro lado, os baixos salários e as condições precárias de trabalho tendem a afetar sua vida familiar e social, sua relação com o outro e, conseqüentemente, sua saúde física e mental (BARBOSA et al., 2007).

No que se refere particularmente à questão da saúde mental, destacam-se entre os principais resultados dessa ampla pesquisa a presença da Síndrome de *Burnout* e Sensação de Fadiga, diagnosticada a partir de um levantamento com base no 'Inventário de *Burnout* de Maslach' e na 'Escala de avaliação de fadiga' (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007). A Síndrome de *Burnout* pode ser considerada uma resposta ao estresse profissional crônico. Ao contrário do estresse agudo, que ocorre em momentos específicos, com picos de altos e baixos, o *Burnout* leva a uma exaustão constante e intensa. Pode-se afirmar que tanto o *Burnout*, quanto a Fadiga, apresentaram consistência interna bastante satisfatória e, quando correlacionadas, indicaram que há uma associação forte e positiva entre essas síndromes. Os coeficientes encontrados foram iguais e, na maioria dos casos, superiores aos relatados em outros países e com outros profissionais (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007).

No Brasil, Nogueira-Martins (1991) já destacava alguns fatores estressantes associados com o exercício profissional da Medicina como a sobrecarga de trabalho, privação do sono, comportamento idealizado, contato intenso com a dor e o sofrimento, lidar com a intimidade corporal e emocional, contato com a morte e o morrer, lidar com pacientes difíceis e as incertezas e limitações do conhecimento médico.

A avaliação dos coeficientes obtidos, a partir da aplicação do ‘Questionário de Saúde Geral de Goldberg’, indicou que quase metade dos profissionais que exercem a Medicina no Brasil manifesta distúrbios psiquiátricos de considerável preocupação, os quais são associados, por exemplo, com a ansiedade e depressão. Da mesma forma que o levantamento anterior, os resultados foram maiores que em outros países, porém não necessariamente maiores do que em outras categorias profissionais e, além disso, de acordo com os autores, sem garantia de que tais sintomas estão todos relacionados com as situações de trabalho (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007).

De acordo com Pereira (2007, p. 161), a grande variedade de sintomas e de manifestações psíquicas pode dificultar a abordagem de tema ansiedade, estresse, *burnout*, depressão, insônia e outros transtornos. Sem contar que “a ansiedade constante propicia o surgimento de outras patologias, reduz a imunidade, diminui a qualidade de vida, predispõe à depressão e ao uso e abuso de álcool e outras drogas”.

O estresse que leva à ansiedade é especialmente importante na categoria médica, em que é possível encontrar entre os agentes estressores, de acordo com estudo de Benevides-Pereira (2002), problemas na organização do trabalho; demandas acima das condições efetivas para um bom atendimento; longas jornadas de trabalho; burocracia na prática diária; convivência com sofrimento e morte; necessidade de atualização contínua; presença de dilemas éticos; responsabilidade civil e penal da prática médica; etc. Tais condições, segundo a autora, aumentam a predisposição ao *Burnout*, sendo possível observar, entre os profissionais médicos, sintomas como a despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional, corroborando com a pesquisa promovida pelo CFM.

Um relatório publicado na Inglaterra, em 2008, sobre a saúde dos médicos naquele país também aponta que entre os aspectos psicossociais que podem impactar na saúde mental do médico pode-se incluir: a pressão de trabalho, associada à insuficiência de recursos e falta de apoio para lidar com a carga de trabalho; a natureza do trabalho, relacionada à alta demanda e baixo controle, além do inerente trauma de lidar com o sofrimento; relacionamentos pobres com os colegas, traduzidos em equipes de trabalho particularmente deficientes; e pressões administrativas como denúncias e queixas de usuários. Vale lembrar, ainda, um último fator em

particular: sobretudo mulheres com filhos pequenos, precisam administrar as concorrentes tensões entre o trabalho e a vida doméstica (ENGLAND, 2008).

De acordo com Frasnquillo (2005), as variáveis organizacionais são as de maior relevância para a incidência de Síndrome de *Burnout*. Em geral, os médicos afetados por este problema fazem consultas rápidas e evitam até mesmo o contato visual com os pacientes, podendo comprometer a relação médico-paciente, que se degrada, passando o médico a focalizar apenas sintomas e oferecendo pouca resolutividade às queixas dos pacientes.

Outros estudos ligados aos estudantes de medicina, aos médicos residentes e aos recém-formados, evidenciam a presença da sobrecarga de trabalho, a insegurança em relação ao futuro e à própria capacidade profissional, a maior possibilidade de erro médico, etc. Esses, entre outros fatores, predispõem a um maior nível de ansiedade, estresse e depressão (NOGUEIRA-MARTINS, 1998, 2003, 2007; PEREIRA, 2007).

O estudo epidemiológico, realizado por Nascimento Sobrinho et al. (2006), sobre a relação entre as condições de trabalho e distúrbios psíquicos menores (DPM), já comentados no capítulo introdutório desta tese, e que envolveu 350 médicos de Salvador na Bahia, constatou a prevalência de sobrecarga de trabalho, o trabalho em regime de plantão, múltiplas inserções profissionais, baixa remuneração por hora trabalhada, contratação precária sob a forma de remuneração por procedimento e a prevalência de DPM de 26%, mais fortemente associada aos médicos com trabalho de alta demanda psicológica da atividade e baixo controle. A prevalência de DPM também estava significativamente associada com as mulheres; indivíduos solteiros; com o fato de não trabalharem em consultório particular típico (prestação de serviços) e com a ausência de práticas de atividades físicas.

Sobre a questão da perda de controle evidenciada nesse estudo, afirma Machado (1997) que ela está presente quando a instituição na qual o médico desempenha as tarefas possui uma estrutura fortemente burocrática com a adoção de procedimentos técnicos e administrativos que cerceiam sua autonomia, caracterizando um impedimento para o desempenho satisfatório de sua atividade. Assim, é possível considerar os processos que limitam a autonomia profissional também como mediadores da relação entre sofrimento psíquico e trabalho.

Outros estudos também indicaram a alta incidência de transtornos mentais menores em trabalhadores da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais comuns atingem 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves, cerca de 5% a 10% (CABANA et al., 2007; TIRONE et al., 2009; FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010a, 2010b; SELIGMANN-SILVA. et al., 2010b). Cabana et al. (2007) relatam uma alta frequência de distúrbios mentais comuns entre os médicos de um hospital público de Recife (PE), relacionados aos seguintes fatores: vínculo empregatício com o Estado, múltiplos empregos, proporcionando uma carga de trabalho semanal maior que 70 horas, sensação de sobrecarga de trabalho e remuneração, por parte do hospital, de até cinco salários mínimos (considerado um salário baixo para esses profissionais). Braga et al. (2010) também constataram a alta prevalência de transtornos mentais comuns (TCM) em trabalhadores da rede básica de saúde que estavam expostos a situações de elevadas demandas e desgastes psicológicos. Dos trabalhadores que aderiram o estudo, cerca de 42% apresentaram TCM. Em relação, particularmente, aos médicos participantes, 33,3% apresentaram TCM. Esse estudo evidenciou também que trabalhadores expostos a situações de trabalho de alta demanda psicológica, mas que possuíam suporte social elevado, apresentavam uma taxa menor de incidência de TCM, do que em outras situações (BRAGA et al., 2010).

Já o instrumento empregado para avaliar a ideação suicida, na pesquisa do CFM, o PANSI (Positive and Negative Suicide Ideation) apresentou consistência interna tanto para o conjunto de seus itens como para os seus fatores específicos: ideação positiva e ideação negativa, o que indica que uma parcela importante dos profissionais médicos pensou, em algum momento, em dar fim a sua própria vida. Este distúrbio (ideação suicida), ao menos desde uma perspectiva evolutiva, parece ser o último estágio da manifestação do desgaste dos profissionais da Medicina, estando fortemente associado com os indicadores de depressão/ansiedade e fadiga (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007).

De acordo com Meleiro (1998, p. 135), é fato que as demandas emocionais mobilizam intensamente tanto os estudantes de medicina quanto os médicos, de modo que a depressão e suicídio tendem a ocorrer mais nesse grupo do que na população geral. Diz a autora que o fato de que o profissional médico, muitas vezes, demonstra-se ativo, ambicioso, competitivo, compulsivo, entusiasta e individualista, pode fazer com que ele seja facilmente frustrado em suas

necessidades de realização e reconhecimento, podendo gerar ansiedade, depressão e necessidade de cuidados psiquiátricos. Já o suicídio estaria relacionado com “a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por muitos aspirantes à carreira médica durante o curso e a vida profissional, e a crescente ansiedade pelo temor em falhar.” Associa-se a essa condição a tendência em negar o desconforto psicológico; através de esquemas defensivos e a negligência da família e dos colegas pelo fato de ser médico.

No entanto, alerta Cassorla (2007, p. 171), a relação entre a profissão médica e esses fatos apontados acima é complexa e não envolve relações causais diretas. “Não temos instrumentos que nos permitam prever com segurança a incidência e o prognóstico de sofrimento mental e atos suicidas.”

Não se pode negar, todavia, a presença de inúmeras satisfações psicológicas inerentes à profissão médica, apesar das evidentes sobrecargas e da crise em que passa. Como afirma Nogueira-Martins (2007, p. 62):

aliviar a dor e o sofrimento, curar doenças, salvar vidas, diagnosticar corretamente, sentir-se competente, ensinar, aconselhar, educar, prevenir doenças, receber reconhecimento e gratidão são algumas das características psicológicas da tarefa médica que fazem da medicina um profissão ainda muito atraente e gratificante.

Além do que já se comentou, a pesquisa do CFM procurou saber os agravos à saúde de maior frequência entre os médicos participantes. As doenças de maior prevalência incidem mais comumente sobre os olhos e seus anexos (26,4%), seguidas pelas que acometem o sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (22,2%) e o aparelho circulatório (21,8%). Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (19,1%), bem como as enfermidades do aparelho digestivo (19,7%), estão também entre as mais frequentes. Entretanto, nada se comentou sobre a incidência de transtornos mentais e comportamentais (7,7%) encontrada nessa etapa da pesquisa, relativamente baixa se considerarmos os achados, apontados anteriormente, em específico sobre esse tema (MASSUD; BARBOSA; GOUVEIA, 2007).

Talvez, como aponta outro estudo (ENGLAND, 2008), essa diferença seja melhor compreendida em razão da dificuldade que muitos médicos possuem em admitir que seu trabalho é estressante, que possuem problemas, que fazem uso de uma bebida ou droga ou que precisam de ajuda. Entende-se que algumas razões para essa condição, dentre as quais podem ser citados os

elevados padrões pessoais de quem escolhe a medicina, os temores sobre o trabalho e a incerteza sobre com quem se pode contar.

Um estudo conduzido na Inglaterra também indicou a presença de sintomas psiquiátricos em 28% dos participantes, apesar de não aparecer entre os agravos mais frequentes, o que reforça a possibilidade do profissional médico esconder seus problemas e continuar trabalhando mesmo assim. No entanto, outros estudos reconhecem que a falta de informações sobre os impactos do trabalho na saúde mental desses profissionais pode prejudicar suas carreiras e sua capacidade para o trabalho (COHEN; RHYDDERCH, 2006; MILLER, 2009).

Outro estudo sobre o perfil dos médicos no Brasil, com propósito semelhante ao do CFM, realizado por Machado (1997), já evidenciava uma realidade preocupante acerca desses profissionais: 80,4% indicam se sentir desgastados em suas atividades, acumulando vários empregos, com carga horária extensa, chegando a cumprirem de 12 a 14 horas diárias. Constatou ainda que tais profissionais viviam então um processo de assalariamento e perda da autonomia no trabalho, sendo que mais da metade desses médicos percebia o futuro da profissão com pessimismo e incerteza.

Enfim, voltando ao estudo promovido pelo CFM, diante da escassez de pesquisa de grande porte sobre a relação entre saúde e trabalho na categoria médica, considerou-se extremamente relevante tal iniciativa, apesar das limitações metodológicas desse tipo de estudo, como o envio dos questionários via Correios, por exemplo. De qualquer forma, ficou evidente a necessidade de se aprofundar o questionamento, bem como encontrar alternativas para o desenvolvimento das condições e da organização do trabalho de profissionais cuja missão é promover a pesquisa foi conduzida.

Além desse, outros estudos científicos sobre o trabalho médico também evidenciaram a inadequação das condições materiais e organizacionais do trabalho nos serviços de saúde, tidas como fatores de risco para a insatisfação no trabalho. A insatisfação, geralmente associada aos aspectos psicossociais, pode interferir na qualidade do trabalho realizado, assim como produzir efeitos negativos sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, os quais demandam mais atenção por parte dos pesquisadores (ARNETZ, 2001; MURRAY et al., 2001; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; MELO et al., 2007; OLIVEIRA, 2008).

Entretanto, o enfrentamento dessas dificuldades, vale lembrar, não está a cargo apenas dos médicos, os gestores de serviços de saúde também possuem papel fundamental, na promoção de boas práticas de trabalho visando melhorar a saúde física e mental não só de médicos, mas de todos os profissionais de saúde (HEILIGERS et al. 2008; MILLER, 2009).

Sabe-se que a oferta de um espaço para que os profissionais de saúde em geral, não só para os médicos, falem de suas angústias e dramas profissionais pode minimizar seu sofrimento psíquico, entretanto, é preciso produzir as mudanças necessárias no contexto de trabalho, nas condições sociais e políticas da questão da saúde, de emprego e renda, para que efetivamente haja modificações no perfil de morbidade e nas condições de exercício profissional desses trabalhadores (PEREIRA, 2007).

CAPÍTULO 4

4. PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa foi desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna/SP, com profissionais médicos do Sistema Único de Saúde, que atuavam nas Unidades Básicas de Saúde. Objetivou-se investigar as relações entre trabalho e saúde no que diz respeito aos profissionais da medicina, por meio da realização de um estudo qualitativo, na perspectiva da Clínica da Atividade. Como apresentado anteriormente, essa vertente da psicologia do trabalho procura assessorar os coletivos de trabalho em sua tentativa de manter e ampliar sua capacidade de ação sobre as situações de trabalho, por meio da identificação das relações que se estabelecem entre subjetividade e atividade de trabalho (CLOT, 1995, 1999, 2006, 2007, 2010a, 2010b, 2011).

Jaguariúna é um município do interior paulista que, de acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2011)⁹, conta, atualmente, com cerca de 46.000 habitantes. De acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de dados - SEADE¹⁰ (2011), de 1980 a 2000, a taxa de urbanização saltou de 61% para 87,21%. Para o IBGE, em 2010, esse índice já estava na casa dos 97,1%, ou seja, um forte crescimento de aproximadamente 40% em 30 anos. No mesmo período, de acordo com a Fundação SEADE, modificou-se também a distribuição de empregos ocupados, com o forte crescimento importante do setor de serviços e de indústria. De acordo com Martine e Diniz (1994), esse fato ocorreu, provavelmente, em decorrência da desconcentração industrial das grandes cidades, evidenciada a partir da década de 1980.

Esse processo transformou Jaguariúna numa cidade de intensa atividade econômica, cujo Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, em 2008, girava em torno de 48.351,78¹¹ (em reais correntes), praticamente o dobro em relação ao índice estadual, o que o deixa entre os dez maiores do Estado de São Paulo. Entre os setores econômicos predominantes na indústria de Jaguariúna estão os seguintes: materiais plásticos, bebidas, base tecnológica, químicas e

⁹ Informações obtidas através do site: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado em 15/01/2011

¹⁰ Informações obtidas através do site: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela>. Acessado em 15/01/2011

¹¹ <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>

cerâmicas. Para Martine e Diniz (1994), o aumento da atividade industrial é visto como uma espécie de motor que gera produção, renda e certa quantidade de empregos, bem como intensificação da atividade produtiva. Em geral, registra-se o crescimento de outras atividades econômicas, ligadas ao setor de serviços e comércio, que posteriormente, acabam gerando uma massa quantitativamente superior de empregos.

Nesse contexto inserem-se as atividades do SUS da Secretaria Municipal de Saúde e, por consequência, o trabalho médico, objeto de investigação dessa pesquisa feita por meio de um estudo de caso envolvendo esses profissionais. De acordo com Yin (2005), a pertinência do desenvolvimento de um estudo de caso está na possibilidade de investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, visando preservar as características dos acontecimentos da vida real, tidos como fenômenos sociais complexos. Entende-se, portanto, que uma situação de trabalho não pode ser entendida fora do seu contexto e através do estudo de caso, único ou múltiplo, é possível compreender as questões envolvidas na relação entre trabalho e processo saúde/doença dos médicos e suas diversas implicações.

O método de instrução ao sócia, uma das técnicas de autoconfrontação utilizadas pela Clínica da Atividade, também fez parte desse estudo, uma vez que procura contribuir para o desenvolvimento da ação dos trabalhadores e das situações de trabalho e contempla a condição histórica dos trabalhadores e a mediação da linguagem e dos outros para a renovação e reconstrução do 'gênero profissional' (FERNÁNDEZ; CLOT, 2007).

No diálogo com o pesquisador, ao falar de sentimentos gerados na realização das tarefas, das dificuldades enfrentadas e de estratégias implementadas para solução de imprevistos, é que o trabalhador pode desenvolver uma análise das condições e da organização do seu trabalho, de modo que se possam conceber intervenções com vistas à sua melhoria (SANTOS, 1997).

O estudo contou com duas etapas de entrevistas. Na primeira foram feitas entrevistas individuais e abertas com quinze médicos e dois gestores da Secretaria Municipal de Saúde. Na segunda foram feitas cinco entrevistas com médicos, baseadas no método de Instrução ao Sócia

A Prefeitura Municipal de Jaguariúna (PMJ) possuía, no período da realização das entrevistas, trinta e três médicos efetivamente contratados no regime da Consolidação das Leis

Trabalhistas (CLT), divididos em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS's), Departamento de Vigilância Epidemiológica e Departamento de Saúde Mental, dentro das seguintes especialidades: clínica geral, geriatria, pediatria, ginecologia e psiquiatria. O universo desse estudo era composto por médicos das UBS's, cujas especialidades eram: clínica geral, geriatria, pediatria e ginecologia. Os médicos cumpriam uma jornada de vinte (20) horas semanais, controladas pelo cartão de ponto. Alguns deles distribuíam a sua carga horária por mais de uma UBS, dentro de uma escala definida pela Diretora Administrativa da Secretaria de Saúde.

A autorização para o início do trabalho foi concedida pela Diretora Administrativa, com o consentimento do então Secretário Municipal. Todas as etapas do projeto foram realizadas nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Jaguariúna e das Unidades Básicas de Saúde. Os objetivos e a metodologia da pesquisa foram apresentados inicialmente aos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, a apresentação foi feita aos médicos que se interessaram e se disponibilizaram a participar, tanto na primeira, quanto na segunda etapa. A finalidade da pesquisa foi esclarecida a todos os participantes que, em seguida, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido¹².

Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (Processo CEP-FFCLRP nº 387/2008)¹³.

¹² Modelo anexo.

¹³ Ofício de aprovação em anexo.

4.1 Procedimentos

A primeira etapa ocorreu no período de setembro de 2007 a março de 2008, quando foram entrevistados quinze médicos. A representatividade da amostra foi estabelecida pelo critério de saturação, conforme apresentado por Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 18), ou seja, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, considerando-se ainda os “limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados”. A partir desse momento, apesar das eventuais imprecisões, não é considerado relevante persistir na coleta de dados.

Os critérios para a inclusão dos entrevistados foram definidos visando garantir que a amostra contemplasse tanto profissionais médicos atuantes em cada uma das cinco UBS's, quanto as diferentes especialidades médicas oferecidas. Deveriam também refletir as dimensões do contexto de trabalho que se relacionavam com o objetivo geral do estudo. Dessa forma, foram observados os seguintes critérios: ser médico (a); ser do quadro efetivo e estável da Prefeitura Municipal de Jaguariúna; ter mais de um ano de atuação nesse emprego, garantindo conhecimento mínimo da operacionalização do sistema de saúde; estar no desempenho de atividades profissionais no período da coleta e aceitar que a entrevista fosse gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra.

Foram entrevistados cinco (5) médicos e dez (10) médicas, num total de quinze (15) profissionais, sendo que oito (8) são clínicos gerais, três (3) ginecologistas, três (3) pediatras e um (1) geriatra. As entrevistas foram conduzidas com privacidade no local de trabalho e tiveram duração média de 40 min. Além desses profissionais, foram entrevistados dois gestores da Secretaria de Saúde, com o objetivo de caracterizar mais detalhadamente a organização dos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde, bem como a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro que apresentava a seguinte questão inicial: “Fale-me sobre como percebe a profissão médica nos dias de hoje”? Foram incluídas ainda questões sobre os impactos do trabalho sobre a sua saúde física e mental; o médico enquanto trabalhador assalariado; relação do trabalhador com sua atividade no SUS de Jaguariúna, com os colegas de trabalho, com a hierarquia, com pacientes e com as entidades médicas; condições de trabalho e condições de vida e tempo livre; e as perspectivas futuras da profissão. Outros temas foram incluídos a partir da própria condução das entrevistas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

A segunda etapa ocorreu no período de agosto de 2009 a novembro do mesmo ano, quando foram realizadas as entrevistas, baseadas no método de Instrução ao Sósia, feitas com cinco (5) médicos, um (1) de cada Unidade Básica de Saúde de Jaguariúna e que participaram da primeira etapa.

A partir do material transcrito das entrevistas individuais abertas, analisado preliminarmente, foi possível aprofundar a compreensão de temas levantados na primeira etapa. Diferentemente da entrevista individual aberta, a entrevista baseada no método de instrução ao sósia, foi desenvolvida em mais de um encontro, que serão detalhados a seguir.

Inicialmente, estava prevista a formação de um grupo com os médicos que participaram da primeira etapa, quando seria usada a técnica de instrução ao sósia. No entanto, diante da dificuldade em encontrar horários para reunir os médicos fora do ambiente de trabalho e da ausência de apoio institucional, para realizar encontros durante a jornada de trabalho, optou-se pela realização das entrevistas apenas baseada nos princípios do método citado acima, com pelo menos um médico de cada UBS.

Dessa forma, as entrevistas, baseadas no método de instrução ao sósia, já adaptadas às objeções supracitadas, iniciaram-se com o pesquisador apresentando a transcrição do material coletado inicialmente com as entrevistas individuais, confirmando opiniões, esclarecendo dúvidas ou aprofundando determinado tema. Em seguida, foi apresentada uma pré-análise, ou seja, as interpretações iniciais feitas do material coletado foram expostas. Nesse momento, foi possível identificar um aspecto presente na situação de trabalho, comum a todos os entrevistados. Esse ponto em comum consiste nas dificuldades relacionadas à organização das consultas, mais

precisamente, a dificuldade em se adaptar à regra, elaborada pelos gestores, dos quinze (15) minutos para cada consulta.

Em seguida, fez-se então a cada médico individualmente, a pergunta regra da técnica do sócia: suponha que eu seja o seu sócia e que amanhã irei substituí-lo, quais seriam as instruções, relativas à consulta médica, que deveria seguir para que ninguém percebesse a substituição? Ao longo do relato, foram solicitados mais detalhes acerca dos quatro (4) elementos da experiência profissional, a saber, acerca da tarefa propriamente dita; das relações entre os pares; das relações hierárquicas e da organização formal e informal do ambiente de trabalho.

De acordo com Clot (2006), as perguntas do pesquisador devem incidir sobre o material e a respectiva análise proveniente dos dados coletados inicialmente sobre o trabalho em questão, no sentido de aprofundar sua compreensão, esclarecer imprecisões, contradições, ausências, etc. e aproximar-se de como os trabalhadores vivem e tentam recriar sua situação de trabalho. Além disso, a experiência de autoconfrontação pode ser considerada como um meio de aprendizagem e transformação de situações de trabalho. De forma que, no segundo encontro individual, o material transcrito do primeiro encontro foi apresentado ao médico, que, individualmente, comentou de forma oral. Em um desses encontros, foi possível contar com a presença voluntária de outro médico (a) da respectiva unidade.

Entende-se que a autoconfrontação é possível mesmo quando realizada sobre a transcrição de um depoimento, pois, de acordo com Lima (2001, p. 140), “trata-se de uma verbalização produzida pelo trabalhador quando se confronta com os dados coletados sobre seu comportamento e quando responde a perguntas que incidem diretamente sobre estes dados”.

Na apresentação dos dados, optou-se por se referir aos médicos entrevistados por letras do alfabeto, visando garantir o sigilo dos depoimentos. Como foram quinze profissionais, as letras vão de ‘A’ até ‘O’. Esse sigilo se deve ao fato de que Jaguariúna é uma cidade pequena e não há muitos médicos nas UBS’s. Sendo assim, a partir de qualquer dado sobre esses profissionais eles seriam facilmente identificados.

No que se refere à análise dos dados, entende-se que é um processo contínuo em busca da identificação de dimensões, categorias, tendências, padrões, relações, desvendando-lhes o

significado. É um processo complexo, não linear, que implica um trabalho de redução, organização e interpretações dos dados que acompanha todo o processo de investigação. Assim que os dados são coletados, identificam-se os temas, iniciam-se as interpretações, gerando novas questões ou aperfeiçoando as anteriores, o que, por sua vez, nos remete à busca por novos dados, complementares ou mais específicos, num processo de ajustes que vai até a análise final (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNNJDER, 1998).

CAPÍTULO 5

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados obtidos na pesquisa, pode-se fazer uma reconstituição do processo de trabalho dos profissionais médicos, destacando-se aspectos da organização, do processo, das relações e das condições de trabalho, bem como as interferências desses aspectos na condição de vida e saúde desses profissionais e suas respectivas estratégias de enfrentamento.

De acordo com as observações realizadas durante o trabalho de campo, pode-se constatar que, em geral, alguns ambientes de trabalho, dos médicos do SUS de Jaguariúna/SP, apresentam-se de forma inadequada. No entanto, os dados obtidos nas entrevistas apontam que os constrangimentos vivenciados por esses profissionais estão ligados, sobretudo, a forma como o trabalho é organizado pelos gestores, o que acarreta perda de autonomia, pressão e sobrecarga, interferindo nas condições de vida e saúde desses profissionais. Pode-se observar, por meio dos relatos, aquilo que Clot (2006, 2010b) denomina de enfraquecimento do ‘gênero profissional’ e empobrecimento da identidade profissional, condições estabelecidas não só pela gestão de Jaguariúna/SP, mas também, pela mudança dos princípios e valores que determinam, historicamente, a prática médica. Tais fatores dificultam a construção de estratégias de enfrentamento dessa realidade no sentido tanto de preservar a saúde, como de melhorar as condições de vida e satisfação com o trabalho.

Na época da pesquisa, a média do tempo de formado desses profissionais era de vinte e um (21) anos e a média do tempo de atuação na rede pública de Jaguariúna era de quatorze (14) anos. Vale lembrar que alguns já atuavam na rede pública de outras cidades antes de ingressar no quadro de funcionários da cidade.

De acordo com Machado (1996), médicos que têm entre dez (10) e vinte e cinco (25) anos de profissão estão na fase de consolidação de sua vida profissional, possuem jornadas de trabalho mais extensas, acumulando várias atividades. Essa informação, que será analisada mais

profundamente adiante, coincide com a realidade dos médicos entrevistados, pois todos possuem múltiplos vínculos empregatícios.

Para facilitar a compreensão dos dados obtidos, optou-se, como se verá a seguir, pela organização de tópicos separadamente.

5.1 Organização do trabalho médico

Em 2008, a rede pública municipal de saúde contava com dois Ambulatórios, Odontológico e de Saúde Mental; Departamento de Vigilância em Saúde, para serviços epidemiológicos e sanitários; Centro de Reabilitação Fisioterápica, em convênio com a Faculdade de Jaguariúna; Central de Ambulâncias; Central de Medicamentos; e as cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS's). Em termos administrativos e técnicos, no organograma da Secretaria da Saúde, as UBS's estavam vinculadas à Diretoria de Saúde, cuja tarefa principal restringia-se a resolver questões administrativas e burocráticas, pois não havia um modelo assistencial previamente definido. Essa condição evidenciou a ausência de prescrição do trabalho médico, condição que foi apontada em alguns depoimentos:

O feedback é importante e até hoje não foi feita nenhuma reunião com os médicos. Quando cheguei, eu fui jogado lá no posto de saúde, não recebi nenhum treinamento. (Médico B)

Quando entrei, eu era recém-formado, fui lá [UBS] e tive que atender 32 pacientes por dia, com o que tinha lá. Ninguém me falou como deveria ser, nem pra preencher os formulários. (Médico I)

Uma importante função de qualquer gestor, em qualquer área de trabalho, é justamente a de fazer uma boa prescrição dos serviços e práticas a serem desenvolvidos. O não cumprimento

dessa função pode desencadear uma série de problemas, como insatisfação profissional e, como veremos mais adiante, enfraquecimento do 'gênero profissional' e até um empobrecimento da identidade profissional (CLOT, 2010b).

No entanto, apesar de queixa evidenciada em alguns depoimentos, sobretudo nos médicos novatos no serviço, os mecanismos gerenciais das UBS não conseguem atuar sobre a dimensão técnica do trabalho médico, deixando aos próprios profissionais a auto-regulação de sua prática. Normalmente, as ações gerenciais restringem-se a questões administrativas de cumprimento de horário, tempo de consulta, metas de produção, etc. Tal condição ocorre, frequentemente, por resistência do próprio médico em aceitar mudanças tanto na sua prática, como no modelo assistencial adotado pelo respectivo município (MENDES-GONÇALVES, 1994; CAPOZZOLO, 1997, 2003).

Em cada UBS havia uma coordenação, exercida sempre pela enfermeira do local, que se responsabilizava pela organização do trabalho na unidade, a organização da marcação das consultas, a distribuição dos profissionais pelas salas e a rotina em geral. Tratava-se de um cargo exercido informalmente, pois esse cargo não existia de fato e nem havia remuneração extra: entendia-se que era parte do trabalho atribuído às enfermeiras. No entanto, isso, eventualmente, gerava problemas na administração dos serviços oferecidos dentro de cada unidade. Muitas vezes, as enfermeiras tinham suas decisões questionadas pelos demais funcionários, principalmente pelos médicos, que não reconheciam sua autoridade e os problemas acabavam sendo resolvidos em instâncias superiores.

Esse problema com a hierarquia é bastante frequente na gestão do trabalho médico. Tal categoria profissional, na maioria das vezes, delega apenas aos seus pares a possibilidade de avaliação e controle sobre seu trabalho, mesmo assim, costumam resistir ao controle gerencial, sobretudo, se a gerência for exercida por profissionais não médicos (CAPOZZOLO, 1997).

Quanto à organização do trabalho médico, observou-se que, de acordo com o depoimento dos gestores, está pautada pela ideologia gerencialista, evidenciando-se, dessa forma, as influências das recentes transformações ocorridas no mundo do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) de Jaguariúna/SP. Além dessa questão, destaca-se, por um lado, a ausência de uma discussão que envolva o modelo assistencial de saúde a ser adotado nas práticas oferecidas nas

Unidades Básicas de Saúde (UBS's), e, por outro lado, a ausência de uma orientação técnica para o exercício do trabalho médico nesses locais, comentada acima.

A proposta da ideologia gerencialista caracteriza-se pela busca em descrever, explicar, interpretar e analisar o mundo e a realidade que nos cerca a partir de conceitos e categorias oriundas da gestão privada. As regras, decisões e formalidades construídas dessa maneira são 'naturalizadas' e ocultam a realidade do poder subjacente. Nas últimas décadas, essa nova configuração ideológica presente nas relações de trabalho tem influenciado a sociedade em geral e vem ganhando espaço no setor público brasileiro, por ser considerado arcaico e burocrático (CHANLAT, 2002; GAULEJAC, 2007).

A identificação de alguns aspectos da ideologia gerencialista na gestão da saúde em Jaguariúna foi possível dado o registro, por exemplo, da presença do vocabulário gerencialista ao longo dos depoimentos dos gestores:

Um colaborador¹⁴ não tem que estar atrelado ao que está determinado que ele faça e sim deve fazer além do que está determinado que ele faça. Isso é o ideal. (Gestor B)

Hoje, vendo o que a gente tem de mudança, é ter uma flexibilidade maior. É eles trabalharem o que eles podem e assumir o que eles podem cumprir. Precisa partir da vontade deles. (Gestor A)

É possível, atualmente, identificar a forte presença do vocabulário gerencialista no cotidiano tanto no dia-a-dia das pessoas como em diversos ambientes de trabalho, em que palavras como empreendedorismo, gestão, vontade, *manager*, flexibilidade, entre outras, costumam ser utilizadas de forma natural (CHANLAT, 2002; GAULEJAC, 2007; WOOD JR; PAULA, 2010).

Da mesma forma, Chanlat (2002) observa que noções e princípios administrativos da gestão privada, como competência, qualidade total, cliente, excelência, produto, gerenciamento, etc., ganham, cada vez com mais frequência, espaço em diferentes tipos de instituições, inclusive,

¹⁴ Todos os grifos encontrados nos trechos dos depoimentos apresentados são nossos.

as do setor público, razão pela qual, outras formas de administração, que se opõem a esse ideário, são vistas como obsoletas e desatualizadas. Em vários momentos dos depoimentos dos gestores essa questão aparece de forma clara:

Nas empresas novas, eles estimulam as pessoas, é diferente. Eles procuram ter uma dinâmica melhor. Se você produz bem, seu produto fica bom; se vende bem, tudo é bom! No serviço público, não! A gente ainda tem muito ranço, assim, as pessoas não sabem se desprenderem de questões pessoais, políticas, entendeu! (Gestor A)

O dia que isso aqui for gerenciado como uma empresa, para fazer bem feito, entendeu [...] O dia que a gente aprender a fazer isso, todo mundo, você tem que participar! Você tem que fazer mudar! Tem que ser profissional! Acima de qualquer coisa, acima de vontade política, amiga, etc.! (Gestor A)

A presença do ideário gerencialista prossegue em outros momentos dos depoimentos dos gestores, quando enfatizam a importância do novo perfil profissional no mundo do trabalho e a, conseqüente, mobilização da subjetividade sobre objetivos, resultados, critérios de sucesso, que tendem a eliminar o que não é útil ou rentável:

O meu conceito é que ele deveria ter uma responsabilidade, um comprometimento maior, mas ele [o médico]¹⁵ não tem. (Gestor A)

Ele [o médico] deveria ser tratado [de maneira diferenciada] se tivesse um comprometimento diferente. (Gestor B)

Esse novo perfil profissional caracteriza-se, entre outras coisas, pela demonstração de comprometimento, disponibilidade e responsabilidade do trabalhador nos ambientes de trabalho, além de outras características mais conhecidas como flexibilidade, criatividade, adaptação às mudanças, inovação e trabalho em equipe (MERLO; LAPIS, 2007; WOOD JR; PAULA, 2010).

Atualmente, os gestores têm se concentrado basicamente na construção desse perfil no interior dos ambientes de trabalho, o que finda por prescrever a subjetividade dos trabalhadores, visando garantir comprometimento e disponibilidade dos trabalhadores para as instituições. Trata-se, de acordo com Gaulejac (2007), da prescrição de condutas tidas como corretas nos

¹⁵ Todos os colchetes encontrados nos trechos dos depoimentos apresentados são nossos.

locais de trabalho, que devem ser desenvolvidas pelos próprios trabalhadores, independentemente da relação com o trabalho. Esse tipo de visão acaba culpando o trabalhador e inocentando a gestão, as condições e a organização do trabalho. Um exemplo disso pode ser notado no seguinte trecho do depoimento de um dos gestores:

As pessoas têm que entender que as coisas [problemas de relacionamento interpessoal] passam. Por isso é que tem serviço que não desentruava [...] as pessoas têm que perder isso, funcionar melhor, vamos ter uma meta! Vamos tentar cumprir! Mas isso é mais no serviço público mesmo. A gente não aprendeu a ter esse tipo de gerência aqui [referindo-se ao setor privado], infelizmente! É uma questão de aprendizado das pessoas, isso tudo também. (Gestor A)

Para Enriquez (1995), a prescrição da subjetividade faz parte de um movimento que representa o apogeu da racionalidade instrumental, consolidada pelo modelo taylorista/fordista de produção, porém de forma mais sutil e mais insidiosa. Como citado acima, essa condição tem promovido uma psicologização dos problemas, em que os indivíduos alienados não questionam mais o papel da organização do trabalho nos respectivos desempenhos. Dessa maneira, já não se questionam mais os modos de organização e de gestão, somente as características pessoais dos trabalhadores são levadas em consideração.

Em outro trecho do depoimento de um dos gestores, a questão da racionalidade instrumental aparece na intenção de padronizar os atendimentos oferecidos nas UBS's. Trata-se da construção de protocolos clínicos de conduta para cada tipo de tratamento oferecido pelo profissional médico.

Tanto o Conselho Federal de Medicina, quanto a Associação Médica Brasileira, criaram um projeto de diretrizes que são protocolos clínicos para se tentar uniformizar a conduta do médico [...] é esse caminho que tem que ser seguido porque o indivíduo tem que ser tratado aqui em Jaguariúna de um jeito e em Taubaté do mesmo jeito. (Gestor B)

Alguns autores identificaram que as principais influências para o setor da saúde, decorrentes das transformações no mundo do trabalho e da ascensão da ideologia gerencialista, sobretudo a partir dos anos 1980, concentram-se na questão do planejamento estratégico e do

gerenciamento flexível e participativo. Somados a esses elementos estão também os processos de controle de qualidade em saúde, que definem a melhor conduta através da padronização dos atendimentos por meio de protocolos, como sugerido pelo gestor entrevistado, e a manutenção do foco no cidadão/usuário, reconhecendo suas necessidades e expectativas, visando facilitar o acesso aos serviços públicos (DELUIZ, 2001; PEDUZZI, 2002; GUIMARÃES, 2009; CAMPOS, 2010).

Outras dificuldades apontadas pelos gestores, na organização do trabalho dos médicos, referem-se à dificuldade de controlar o processo de trabalho, de estabelecer o trabalho em equipe, normas de conduta, entre outros:

Essa relação nunca é excelente [com os médicos]. Você pode ter relação boa de amizade, mas na hora em que você pega para gerir, acaba tendo que ser chato. Você tem que impor horários, tem que impor limites, impor protocolos... (Gestor B)

É muito complicado deles [os médicos] aceitarem normas, aceitarem as definições, de cumprirem regras, horários, etc. (Gestor A)

A presença dos princípios tayloristas/fordistas nas práticas de gestão de serviços de saúde no Brasil, reforçada pela forte especialização e fragmentação disciplinar no campo da saúde, apresenta, de acordo com Campos (2010), ao menos três características principais, todas evidentemente interligadas e dependentes uma das outras: tendência a subordinar o trabalho a modos de funcionamento padronizados a priori; criação de instrumentos disciplinares para exercer o controle sobre o trabalho e os trabalhadores em particular e, por fim, adoção de uma visão reducionista e mecânica acerca da natureza humana.

No entanto, as tentativas de gerenciamento do trabalho em saúde, inclusive as consideradas atuais, configuram-se como uma missão difícil de ser executada na prática, pela própria natureza do objeto desse trabalho, o ser humano. De modo que um determinado grau de autonomia para o profissional é imprescindível. Como afirma Merhy (2002), o processo de trabalho em saúde é resistente às tentativas de enquadramento e controle por parte das lógicas gerenciais, pois é um “trabalho vivo realizado em ato”, em que os profissionais possuem um

espaço próprio de gestão de seu trabalho, por conta da relação privada que estabelecem com os usuários dos serviços.

Concebendo-se, na visão marxista, que os seres humanos são ativos, reflexivos e modificam o seu funcionamento concreto de acordo com determinado contexto histórico, cultural, econômico e social, produzindo espaços singulares de existência, assim como Campos (2010), questiona-se como é possível pensar numa proposta gerencial que contemple todos esses aspectos? Ou, ainda, que permita que o trabalhador desenvolva sua capacidade de reflexão e intervenção sobre as situações de trabalho?

Definitivamente, a proposta contida no ideário gerencialista também não avança muito nesse aspecto, uma vez que procura restringir o processo de trabalho em saúde, por meio da padronização dos procedimentos. De qualquer forma, as interferências dessas novas tendências de gestão, provocadas no trabalho em saúde, ainda precisam de uma melhor compreensão (CAMPOS, 2010).

Pelo que foi detectado nos depoimentos dos gestores, conclui-se que a gestão da saúde em Jaguariúna/SP está fundamentada nos princípios e pressupostos da ‘administração pública gerencial’. Tais princípios e pressupostos estão, de acordo com Wood Jr e Paula (2010), ligados à ideologia gerencialista por enaltecer as noções de empreendedorismo, o culto à performance e à excelência, a motivação, a inovação e a responsabilidade social, em busca do controle, da eficiência e da competitividade.

De acordo com Paula (2005, 2010), além desse modelo que se articula com as estratégias neoliberais de estabilização econômica e estratégias administrativas orientadas para o mercado, há o modelo da ‘administração pública societal’. Tal modelo está ligado a movimentos de reforma política e ideológica que tiveram o seu apogeu na década de 1960, como o Movimento Sanitário, no caso da saúde especificamente. Esses movimentos buscavam, entre outras coisas, substituir a ‘gestão tecnoburocrática’, proporcionando maior participação dos cidadãos e dos trabalhadores no processo decisório. Pelo que foi possível observar, esse não é o caso do modelo de organização do trabalho em saúde constatado em Jaguariúna.

A terceirização de parte dos serviços prestados pela Prefeitura Municipal, por meio de um convênio com a Associação Santa Maria de Saúde (ASAMAS), uma Organização Social (OS), para administração do Hospital Municipal “Walter Ferrari”, vale lembrar, é mais uma evidência do ideário gerencialista na gestão da saúde em Jaguariúna/SP. Entre os serviços terceirizados estão à organização do serviço de pronta urgência, exames laboratoriais, cirurgias e consultas médicas em diversas especialidades. Os funcionários da ASAMAS não possuem qualquer vínculo empregatício com a Prefeitura. Em alguns casos, no entanto, havia a possibilidade, caso houvesse necessidade, de um funcionário da Prefeitura prestar serviços na ASAMAS.

Entende-se que essa modalidade de gestão configura-se como uma forma de sucateamento do setor público e de precarização das relações de trabalho, apesar de alardeadas como propostas administrativas que visam preservar a qualidade, manter a eficiência, elevar o desempenho e os resultados (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004; SANTOS, 2008; PAULA, 2010).

No entanto, concorda-se com Ribeiro (2009), que afirma que apesar do predomínio do modelo de ‘administração pública gerencial’ na maior parte dos municípios brasileiros, não é possível falar em ‘modelo puro’ de gestão, e sim, em modelos híbridos e mistos, pela própria dinâmica da organização do trabalho no setor público.

Além das questões relativas ao modelo de gestão, outro aspecto importante que caracteriza a organização do trabalho médico em Jaguariúna observado tanto nos depoimentos dos gestores, quanto dos médicos, foi a ausência de um modelo assistencial definido para as práticas de atenção básica. Nesses casos, os serviços prestados nas UBS’s podem ser enquadrados, de acordo com, Barbosa et al. (2008), no chamado Modelo de Atenção Primária Convencional de Saúde, caracterizado por uma atenção médica seletiva orientada pela demanda espontânea da população, que geralmente busca atendimento quando já tem algum problema de saúde:

*Aqui, a gente trabalha muito na cura, a gente não faz uma prevenção antes.
(Gestor A)*

Se você vai ao pronto-socorro de Jaguariúna conseguir uma assistência, você é atendido em duas, três, quatro horas e sai de lá com os exames que precisam ser feitos já feitos e com o resultado e com a receita na mão [...] Mas se você vai ao posto de saúde [UBS], tem que agendar a consulta para 15 ou 20 dias, depois

tem os exames que vão demorar mais uns 15 ou 20 dias, para daí conseguir a receita [...] Então, assim é difícil manter um modelo de prevenção como previsto pelo SUS. (Médico G)

Entendo que as UBS's teriam que trabalhar na prevenção e na promoção da saúde. Mas isso eu nunca fiz. Só atendo a demanda, atendo a pessoa que já vem com um problema. (Médico B)

Esse modelo de Atenção Primária finda por ratificar um processo de produção de saúde baseado no paradigma médico tradicional, caracterizado pelo reducionismo, ao privilegiar os aspectos biológicos na determinação da relação saúde/doença, e pela promoção de uma assistência médica curativa e centrada na figura do profissional médico (LIMA-GONÇALVES, 2002; RONZANI; STRALEN, 2003).

No entanto, o fato de prevalecer o paradigma do modelo assistencial centrado na assistência médica individual e, portanto, na figura do médico, parece não ser uma prerrogativa só do município de Jaguariúna/SP, uma vez que alguns estudos indicam que em muitas localidades persiste tal configuração da rede pública de saúde, mesmo com a reorientação do modelo assistencial fundamentada inicialmente no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em seguida, nas Estratégias da Saúde da Família (ESF) (BERTOLOZZI; GRECO, 1996; COSTA et al., 2009).

Apesar dessas iniciativas de reorientação do modelo assistencial, há ainda inúmeras dificuldades e resistências a serem enfrentadas, como a ampliação do conceito de saúde, visando remodelar as práticas de saúde focadas na doença; o predomínio do interesse público em detrimento dos interesses financeiros e comerciais; superação de uma atenção médica fortemente especializada e fragmentada, etc. (CAMPOS, 1997; CARVALHO; RIBEIRO, 1998; CAMPOS, 2010).

Parte dessas resistências deve-se ao fato de que, ao longo do Século XX, o saber e a prática médica criaram uma forte estrutura de conhecimentos, amplo e exclusivo mercado de trabalho e forte credibilidade social. Para tanto, apoiaram-se na consolidação do processo capitalista de produção e no paradigma médico biologicista, de concepção mecanicista cartesiana. Nesse período, as políticas públicas de saúde que se opunham ao modelo assistencial curativo,

derivado dessas condições, ficaram em segundo plano (MACHADO, 1997; SCHRAIBER, 2000; LIMA-GONÇALVES, 2002).

No final dos anos 1990, para que as Estratégias da Saúde da Família viessem a ser, de fato, uma estratégia de reorganização da atenção à saúde no SUS, o Ministério da Saúde promoveu a implantação de polos de capacitação, formação e educação permanente para os profissionais envolvidos nessa proposta (SOUSA; HAMANN, 2009).

No entanto, em Jaguariúna, essa ação resultou apenas em algumas oficinas para definição de aspectos pontuais das práticas oferecidas nas UBS's, mas não para reorientação do modelo assistencial. Na maioria dos depoimentos dos médicos foi possível observar algumas dificuldades em compreender tanto o SUS propriamente dito, quanto a proposta de reorientação da atenção básica:

Quando eu fiz faculdade a medicina social, o SUS, essa coisa toda [políticas de saúde], era uma coisa tão etérea, tão assim fora das coisas. Eu falava: gente que coisa mais chata. Hoje entendo um pouco mais. (Médica A)

Quando você propõe uma tratativa de humanização [referindo-se as oficinas de humanização], você parte do pressuposto de que anterior a isso não havia [...] Então, eu vejo com certa dificuldade esse tema [...]. Eu acho que a situação é o não entendimento correto disso, da humanização. (Médico G)

Um trecho do depoimento de um dos gestores foi esclarecedor, apesar de, aparentemente, parecer contraditório, uma vez que credita aos médicos mais antigos o conhecimento acerca dos princípios do SUS, enquanto os mais novos não teriam tal conhecimento. Contraditório, por que, em tese, os mais novos deveriam, por meio da formação mais recente e, conseqüentemente, mais atualizada, conhecer melhor as propostas dessa política pública de saúde.

Eu acho que 30% dos médicos sabem, os outros 70%, não [...] Os médicos antigos sabem, os novos não. Então eles se formam e começam a trabalhar sem ter essa visão do serviço público, um estudo prévio, uma experiência prévia no SUS. (Gestor A)

O que parece estar expresso nessa fala é justamente a mudança de modelo profissional da medicina. Como afirma Schraiber (2000), passagem de um modelo liberal, mais antigo, para um modelo tecnológico, mais recente. Os médicos mais experientes tendem a possuir uma noção maior de como lidar com o material humano, não necessariamente dos princípios do SUS. Dessa forma, conseguem estabelecer uma relação médico-paciente mais profunda, mais ‘humana’, o que vai de encontro a algumas estratégias recentes do Ministério da Saúde, que visam consolidar os princípios do SUS. Já a maioria dos médicos mais novos tende a exercer uma medicina mais preocupada em promover arranjos econômicos do que sociais-afetivos, materializada na demanda crescente do número de atendimentos em um tempo cada vez menor, na institucionalização dos planos de saúde, do hospital como local prioritário de trabalho, etc. Essa diferença entre os modelos será detalhada posteriormente.

A partir do que foi apresentado acima, entende-se que a reorientação do modelo assistencial básico, nos moldes propostos pelas Estratégias da Saúde da Família, e a construção de políticas públicas que transformem a gestão dos serviços de saúde, em prol de ambientes de trabalho mais saudáveis e estimulantes, configuram-se como um importante e difícil desafio, tendo em vista as dificuldades de superação de um modelo de prática de saúde, baseado na visão biologicista e mecanicista do processo saúde/doença e a hegemonia de formatos organizacionais baseados na ideologia gerencialista (GAULEJAC, 2007; SANTOS, 2008; COHN, 2009; CAMPOS, 2010).

5.2 Relações de trabalho

No que se refere às relações de trabalho, todos os médicos que trabalhavam no SUS de Jaguariúna/SP estavam submetidos a contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e cumpriam uma jornada de vinte (20) horas semanais, controladas pelo cartão de ponto.

Instrumento de controle, aliás, que foi motivo de algumas controvérsias, uma vez que a maioria dos médicos entrevistados se posicionou contra essa medida, no entanto, alguns se colocaram a favor:

De formal [no ambiente de trabalho]? Tem que passar o cartão, que é uma coisa irritante! Esse cartão medonho! Mas já ficou tão automático que a gente não esquece mais. Apesar de eu achar que é uma bobeira, desnecessário, uma formalidade que não precisava existir. (Médica M)

Aqui tem um problema, que a maioria dos colegas reclama, de você ter que cumprir hora, bater cartão. Mas para mim isso é perfeito. (Médica H)

Segundo os depoimentos, seu uso provocou desde abandono de emprego, até uma baixa procura por concursos públicos para médicos. Fica claro que a insatisfação gerada pela obrigação de ‘bater o cartão’, está relacionada com os múltiplos vínculos profissionais estabelecidos pelos profissionais médicos. Todos os entrevistados possuem vários vínculos, sendo que a maioria possui três (3) empregos, enquanto outros possuem dois (2), além do consultório particular.

De acordo com Machado (1997), esta condição profissional foi estabelecida progressivamente, ao longo da década de 1990, no contexto das mudanças na organização dos serviços de saúde, promovidas pelo advento do SUS. Nesse período, aproximadamente 75% dos médicos possuíam até três atividades profissionais e 24,4% tinham mais de três. Em estudo mais recente, realizado por Carneiro e Gouveia (2004), verificou-se que as tendências permaneceram praticamente inalteradas, exceto pelo fato de que o setor público assumiu o primeiro lugar como empregador.

De fato, nas entrevistas, notou-se que, o serviço público se tornou uma opção mais concreta de trabalho, ou seja, é possível para o profissional estabelecer diversos vínculos profissionais, mas pelo menos um deve ser ligado ao setor público, que lhe dá segurança, estabilidade e um salário fixo:

Eu não sei se é o que eu acho ou o que eu quero, mas eu acho que a tendência é que cada vez mais o SUS se incorpore na vida dos médicos como um emprego, como uma opção profissional. O cara vai ser profissional do SUS: ‘uma das minhas profissões é ser médico de unidade’. (Médico O)

Se eu pudesse ficar só com o meu consultório, por exemplo, eu ganharia muito pouco. Eu tenho meu plantão em Campinas e a atividade aqui em Jaguariúna que complementa bem a renda. Mas depender de consultório não dá. É garantido, mas não é tão rentável. (Médico F)

Porém, em um dos depoimentos, o fato de precisar trabalhar no serviço público aparece como uma condição de rebaixamento, evidenciando o descaso e a ausência de comprometimento com a função aí desempenhada, o que inevitavelmente afeta a qualidade do serviço prestado:

Com as mudanças que ocorreram na prática médica, os médicos foram se vendendo (estou falando se vendendo, por que eu acho que é isso mesmo) cada vez mais barato, a ponto de precisar trabalhar no serviço público. (Médico I)

Todavia, a rotina dos profissionais médicos que se submetem aos múltiplos vínculos profissionais é cansativa e desgastante. Até porque, além do exercício da própria atividade, é preciso suportar os constantes deslocamentos entre as cidades. Dos quinze médicos entrevistados, onze fixaram residência em Campinas e apenas quatro em Jaguariúna. Além do vínculo com o SUS de Jaguariúna, relataram atividades profissionais concomitantes em Campinas, São Paulo, Pedreira, Hortolândia e Amparo, que inevitavelmente afetam as suas condições de vida. De acordo com a maioria dos relatos, trata-se do retrato de uma profissão que modificou sua forma de inserção no mercado de trabalho nas últimas décadas:

Estou sem férias há dois anos [por conta dos vários empregos] e como sou obstetra, à noite, muitas vezes toca o telefone. Final de semana vive tocando. Às vezes tem que sair, às vezes não. Eu dou plantão aqui no hospital [de Jaguariúna] 24 horas fixo por semana e mais plantão à distância à noite, de quinta, sexta, sábado e domingo, e sábado e domingo de dia. Tudo bem que eu estou na minha casa, mas não posso, por exemplo, lógico, que eu não posso beber nada de álcool. Eu tenho que ficar mais ou menos disponível, porque se me chamam duas da manhã, as duas e cinco eu tenho que estar aqui. (Médico I)

Cada vez eu tenho que trabalhar mais. Antigamente, dizem, que com só um emprego se vivia muito bem e hoje em dia dois empregos, três empregos, às vezes, quatro empregos, não são suficientes. Enfim, muito trabalho e pronto. (Médico D)

A partir dos anos 1980, as mudanças no mercado de trabalho de todos os setores, provocadas pela reestruturação produtiva, afetaram bastante os profissionais de saúde, inclusive os médicos. Pode-se afirmar, no caso desse profissional, que tais mudanças consolidaram um processo anterior de mudança na forma de inserção no mercado de trabalho. O médico migrou de uma condição de profissional predominantemente liberal, deixando de lado o caráter artesanal da profissão, para a construção de uma medicina mais empresarial, baseada na aplicação de técnicas, na construção de modalidades alternativas de consumo de saúde, na diversificação e hierarquização entre categorias profissionais da saúde, bem como de especialidades médicas, na padronização de procedimentos referentes aos cuidados técnicos com os pacientes em geral, (SCHRAIBER, 2000).

Essa importante modificação no modelo de profissional, de acordo com alguns estudos, afetou as condições e organização do trabalho médico, reduzindo sua autonomia, promovendo um assalariamento crescente, intensificando a especialização e a rotinização de seu trabalho, de forma que interferiu em seu estilo de vida, na sua saúde e, até, em seu comportamento ético (MACHADO, 1997; SCHRAIBER, 1998; NOGUEIRA-MARTINS, 2003; CARNEIRO; GOUVÊIA, 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; SANTOS et al., 2006; BARBOSA et al., 2007).

Donnangelo (1975) já havia observado esta tendência na década de 1970, quando registrou que o crescente assalariamento, sobretudo vinculado ao setor público, se por um lado garantiu a criação de uma clientela, por outro, impôs limitações à liberdade de circulação no mercado de trabalho e gerou o controle do preço do trabalho médico, afetando, de forma importante, a atividade de consultório.

Alguns estudos, como os de Silva e Costa (2002) e Santos et al. (2006), que analisaram essa questão algumas décadas depois, demonstraram que, possivelmente, a flexibilidade e a auto-regulação, próprias desses profissionais, construíram diversas formas de assalariamento, surgidas para se adaptar à natureza da profissão, em alguns casos, mantendo a autonomia do exercício laboral, mediante uma relação salarial com inúmeras configurações, ou seja, relações de mercado autônomas 'atípicas'. Tais condições foram observadas nos depoimentos, como o exemplo abaixo:

A gente tem que sustentar uma família. Trabalho 20 horas aqui e 48 horas no posto de saúde em Pedreira. Eu folgo no domingo só, quando vou para São Paulo [a família mora em São Paulo]. Então são 20 horas aqui, 12 horas num lugar em São Paulo, um bico só de segunda feira, e 48 horas no posto de saúde. (Médico B)

Um estudo feito por Maciel et al. (2010) acerca dos múltiplos vínculos de emprego de médicos cearenses evidenciou aspectos preocupantes que afetam os próprios médicos e o sistema de saúde pública, explicando, em parte, as dificuldades do SUS de desenvolver um modelo de trabalho comprometido com a saúde da comunidade local. Constatou-se que o multiemprego do médico e a consequente carga elevada de horas de trabalho semanais são fatores de precarização do sistema de saúde, pois não se consegue envolver o médico com a comunidade atendida e com as questões relacionadas ao trabalho na instituição. Esse profissional acaba por se comportar como um visitante, um prestador de serviços itinerante. Ao final do trabalho, conclui-se que a busca pela remuneração idealizada é o principal estímulo para o multiemprego e para a construção de vínculos profissionais ‘flexíveis’. Entretanto, esse estudo faz a ressalva de que muitas vezes as queixas dos médicos referentes aos valores dos salários não condizem com a realidade, por ser, a mesma, uma das profissões mais rentáveis nos países ocidentais, com poder e prestígio social.

Esses vínculos profissionais flexíveis estruturam-se numa moral individual baseada na realização pessoal, no empenho do indivíduo e não no interesse coletivo ou em valores sociais. Contudo, esse modo de vincular os funcionários, de acordo com Kovacs (2006), nem sempre está associado à precarização das relações de trabalho, pois há um tipo de flexibilidade, considerada ‘qualificante’, destinada aos trabalhadores com elevado nível educacional, que possibilita aprendizagem contínua e desenvolvimento profissional. Nesse caso, o trabalho flexível é nada mais que uma opção ou uma oportunidade para uma situação melhor.

Aparentemente, os profissionais médicos poderiam ser enquadrados nessa modalidade de trabalho flexível, pois eles mesmos procuram por essa condição. No entanto, acredita-se que tais profissionais ainda não perceberam que, na verdade, não se trata de uma opção profissional ‘qualificante’, mas uma condição para perder pouco. Além do que, como será analisado mais adiante, tal condição favorece a degradação do ‘gênero profissional’, uma vez que não há tempo

suficiente para o médico estabelecer hábitos prolongados, condição fundamental para garantir sentido e qualidade ao trabalho. Essa possibilidade foi detectada em uma das entrevistas, na qual um grave problema ético, ocorrido em outro emprego desse profissional, foi relatado:

Eu trabalho também num Hospital em outra cidade [o nome foi omitido para preservar o sigilo]. Então, às vezes eu vejo colegas (do pronto atendimento dessa cidade) que mentem o diagnóstico para poder internar o paciente, para ficar livre do paciente que está ali no pronto-socorro. Às vezes, trata-se de paciente terminal, que não é o caso de internar, e nem a gente tem (o hospital) a complexidade para internar. Por exemplo, [o paciente] com infarto agudo do miocárdio, às vezes, ele [o colega] esconde aquele detalhe do eletrocardiograma e daí você interna o paciente e quando vai ver... já era! Por que isso? Para o outro profissional [o que mentiu o diagnóstico] não ficar com aquela incumbência de ter que transferir ou então o paciente vir a falecer nas mãos dele. Acaba vindo a falecer dentro do hospital, nas mãos do outro profissional que não tem nada a ver com a história (Médico B).

5.3 As unidades básicas de saúde

Em Jaguariúna, na época da coleta de dados desta pesquisa, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) eram as seguintes: Central, Miguel Martini, Doze de Outubro, Roseira e Fontanella. Todas funcionavam de segunda à sexta-feira, das sete às dezesseis horas. A equipe de trabalho era formada por uma enfermeira, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares de limpeza, escriturários e ainda, pelo menos um médico pediatra, dois clínicos gerais e uma ginecologista. As UBS's Central e Fontanella, contavam ainda com um médico geriatra e um hebiatra, respectivamente.

Cada UBS dispunha de recepção, consultórios, sala de curativos, dispensário de medicamentos, sala de ginecologia, copa e cozinha. Não havia área de descanso para os funcionários. Apenas uma, a UBS Doze de Outubro, foi especificamente construída para abrigar o serviço de saúde. As demais estavam instalados em casas ou galpões adaptados. Nos galpões,

caso da UBS “Central” e da UBS “Fontanella”, os consultórios foram distribuídos e separados por divisórias de madeira e não possuíam janelas, razão pela qual eram mal ventilados e sujeitos a constantes reclamações por parte tanto dos pacientes, quanto dos funcionários.

Nos depoimentos obtidos, a maioria dos médicos demonstrou estar satisfeita em termos de recursos e procedimentos, para o exercício de sua atividade profissional, no que diz respeito a equipamentos, instrumentos, acesso a exames e medicamentos, ferramentas, etc. Para eles, exclusivamente nesse aspecto, a Secretaria Municipal de Saúde proporcionava o suficiente para um trabalho de qualidade:

Jaguariúna te dá uma estrutura muito boa para trabalhar. Isso te dá um conforto para trabalhar, nesse aspecto em particular. Você prescreve um medicamento um pouco mais caro, tem na lista de 400 medicamentos ou outros mais. Isso é importante porque você trabalha tranquilo. (Médico B)

Em termos de qualidade de material, equipamento ninguém bate aqui. O que tem no nosso consultório de acupuntura, pouquíssimos consultórios privados de acupuntura tem. Nós temos quatro aparelhos de eletroestimulação. (Médico O)

No entanto, quando se referiam à estrutura física e às condições ambientais de trabalho, ou seja, condições de trabalho nos consultórios e salas de atendimento nas UBS’s, as dificuldades para o trabalho surgiram em todas as UBS’s do município, inclusive, de maneira surpreendente, naquela que foi feita especificamente para ser um serviço de saúde, a UBS “Doze de Outubro”:

A pessoa que vai construir um posto de saúde tem que perguntar para um médico ou então consultar na internet os padrões recomendados. Não precisa ter banheiro num consultório de clínica médica, então ocupa um espaço ali e fica apertado. As janelas são lá em cima, fica sem ventilação...[se referindo a UBS “Doze de Outubro”] (Médico B)

Aqui [na UBS Doze de Outubro] as portas abrem pra fora, consultório pequeno, sem ar condicionado, um calor tremendo! (Médico C)

Eu trabalho numa sala de curativo [UBS Miguel Martini], e não se usa ventilador numa sala de curativo, porque ele levanta poeira e assim contamina o curativo. Por outro lado, eu não consigo trabalhar sem o ventilador, porque eu começo a pingar de suor. Não tem uma tela na janela para o inseto não entrar. O ideal seria um ar condicionado, mas se você pede um ar condicionado, te chamam de louca! (Médica E)

Apesar das dificuldades relativas à estrutura física, acredita-se que tais condições não são suficientes para caracterizar as condições de trabalho nas UBS's de Jaguariúna/SP como precarizadas, ou seja, condições em que a qualidade do exercício profissional está comprometida. Clot (2006) afirma que a qualidade de um trabalho não depende necessariamente de um ambiente em boas condições. Um trabalho que faça sentido é tão ou mais importante para a qualidade, do que as condições físicas onde ele é realizado. Alguns estudos indicam, ainda, que os principais problemas enfrentados pelos médicos decorrem, sobretudo, da organização do trabalho e não tanto das condições de trabalho (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; BRAGA et al., 2010).

5.4 A atividade de trabalho e a saúde dos médicos das UBS's

A análise do processo de trabalho do médico do SUS de Jaguariúna/SP teve como categoria fundamental a sua 'atividade', entendida de acordo com a proposta de Clot (2006, 2010b). Tal proposta consiste em reconstruir o conceito de 'atividade', desdobrando-o em 'atividade realizada' e 'real da atividade', incorporando, dessa forma, as vivências internas do sujeito. A 'atividade realizada' é de fato aquilo que foi feito e pode ser observado ou relatado pelo sujeito. Porém, isso não representa toda a 'atividade' do trabalhador, trata-se de apenas uma parte, que deverá ser acrescida ao 'real da atividade', que representa aquilo que não se pode fazer, em determinado momento, por conta das condições, da organização, das relações de trabalho ou até mesmo por questões pessoais ou de saúde. Esta parte da 'atividade' não realizada não desaparece, continua afetando e dando sentido à atividade que foi realizada.

O sentido que cada trabalhador confere a sua atividade vai depender da relação estabelecida pelo sujeito com os outros ou com a atividade dos outros, o que esgota a possibilidade de encarar a atividade de trabalho de um sujeito como uma entidade apenas, decorrente de uma tarefa abstrata, ou seja, do trabalho prescrito. Por outro lado, o sentido da

atividade assim compreendido como uma ‘discordância criativa’ ou ‘destrutiva’ entre atividade e ação, entre ocupações e pré-ocupações, transforma-se na “mola interna da atividade de trabalho” (CLOT, 2007, p. 272).

Na análise de toda atividade de trabalho é preciso considerar o lugar que os outros ocupam no momento em que essa análise está sendo realizada, pois toda atividade é endereçada (dirigida), possuindo um ou vários interlocutores simultaneamente e também é destinatária da atividade dos outros. Mesmo quando o trabalhador está sozinho (e essa condição se aplica perfeitamente aos médicos das UBS’s de Jaguariúna/SP), pode-se considerar a presença de um coletivo invisível invadindo e compondo o ‘Real’ de sua atividade. Em outras palavras, é a atividade que estabelece a relação entre “o individual e o social, o sujeito e a organização do trabalho, os sujeitos entre si e esses sujeitos com os objetos que os mobilizam. Ela é arena e sede em que eles passam de um para o outro, a menor unidade do intercâmbio social” (CLOT, 2010b, p. 11).

Portanto, para conhecer o processo de trabalho dos médicos das UBS’s, bem como os efeitos percebidos na saúde desses profissionais, a partir da análise de sua atividade de trabalho, é preciso ter, como pano de fundo, a sua organização, as condições e as relações de trabalho apresentadas anteriormente, aspectos que obviamente atravessam as suas atividades e lhes conferem sentido. Porém, há um complicador extra: como visto, todos os profissionais médicos entrevistados possuem duas ou três atividades profissionais, que por sua vez, também atravessam a sua atividade em Jaguariúna/SP. Nos depoimentos, de forma constante, os médicos se reportavam ao seu outro vínculo para tentar explicar ou esclarecer alguma coisa que acontecia em Jaguariúna/SP, como registrado em alguns exemplos abaixo:

Aqui em Jaguariúna é um lugar peculiar porque a gente tem várias medicações. Mas, alguns exames demoram muito [...] Eu acho que tem precariedades. Na UTI em Amparo, por exemplo, é um hospital pequeno numa cidade pequena, a gente não tem tudo e os médicos também são mais limitados. (Médica F)

No quesito de condições de trabalho, de medicação aqui a gente não tem tanta dificuldade, de fazer exame. É uma cidade que proporciona isso, embora pudesse ser melhor. Mas eu vejo o meu trabalho em Campinas, tem muito mais dificuldade em relação a medicamento, a exames. Aqui eu tenho mais acesso. (Médico F)

Na época da pesquisa, o trabalho desses profissionais restringia-se, basicamente, às consultas médicas individuais. Praticamente não existiam programas de prevenção ou promoção de saúde. Todos os médicos entrevistados relataram que, os poucos programas desta natureza funcionavam, quase que exclusivamente, mais pela iniciativa pessoal do médico do que por uma demanda explícita da Secretaria Municipal de Saúde:

Aqui [Jaguariúna], eu trabalho só com consulta. (Médico D)

A gente trabalha muito na cura, com consulta. A gente não faz uma prevenção antes, acompanhando o paciente. É uma prerrogativa do SUS, mas que não acontece aqui [Jaguariúna] (Médico B).

Como visto anteriormente nesse capítulo, no trecho que se refere à organização do trabalho, o modelo assistencial adotado em Jaguariúna/SP baseia-se numa proposta de atenção básica centrada na figura do médico, que privilegia o processo de produção de saúde focado na cura, baseado no paradigma médico tradicional e caracterizado pelo reducionismo, ao privilegiar os aspectos biológicos na determinação da relação saúde/doença. Portanto, opõe-se a reorientação do modelo assistencial proposta pelas Estratégias da Saúde da Família (ESF) (LIMA-GONÇALVES, 2002; RONZANI; STRALEN, 2003; CAMPOS, 2010).

A organização das atividades médicas, ou seja, das consultas, estava ligada formalmente à Diretoria de Saúde. No entanto, como esclarecido anteriormente, no ano de 2008, essa organização estava sob responsabilidade da Diretoria Administrativa, ou, então, do Secretário de Saúde da época, caso algo mais importante precisasse ser resolvido.

A jornada semanal dos médicos era de vinte (20) horas, distribuídas de acordo com os interesses da gestão e das necessidades dos profissionais. Dessa forma, a maioria dos médicos dividia sua carga horária em quatro (4) horas diárias. Nesse período, deveriam atender dezesseis (16) pacientes, agendados de quinze (15) em quinze (15) minutos. Apesar da hora previamente definida, os pacientes seguiam a recomendação das auxiliares administrativas para dirigir-se ao posto na hora cheia. Por exemplo, se a consulta estava marcada para as 15h30min, o paciente

deveria chegar as três (3) horas. Nesse caso, se houvesse alguma falta, desistência ou atraso de pacientes, era possível adiantar a consulta.

Tratava-se, portanto, de uma ‘prescrição’ administrativa e não técnica, de modo que é possível afirmar que não havia qualquer prescrição acerca de como os profissionais médicos deveriam proceder durante as consultas. No entanto, de acordo com os relatos, tal condição não era um aspecto que incomodava boa parte dos profissionais, somente os trabalhadores com menos tempo de atividade em Jaguariúna/SP é que se queixaram dessa ausência:

Até agora não foi feita se quer uma reunião comigo, nada! Fui lá e pronto! [um ano e meio de trabalho na UBS] (Médico B)

O ‘feedback’ é importante e até hoje não foi feita nenhuma reunião com os médicos. [um ano de trabalho na UBS] (Médico E).

Eu fui jogado lá no posto de saúde, não recebi nenhum treinamento. Nem pra preencher os formulários. Eu era recém-formado, primeiro emprego. Fui lá e tive que atender 32 pacientes por dia, com o que tinha lá. Isso desgasta. [um ano de trabalho na UBS] (Médico I)

Uma boa prescrição é considerada um recurso para a ação, sobretudo para os novatos, pois é por meio dela, ao menos de acordo com a opinião dessa parcela dos entrevistados, que ele conseguirá fazer o que tem que ser feito. Contudo, a execução do trabalho pode não funcionar muito bem se a prescrição oficial está ausente, ou então, ineficiente perante o real. Funciona de maneira mais precária ainda se o novato não consegue acessar os recursos genéricos do coletivo de trabalho, o que o leva a transigir individualmente, deixando-o a mercê de problemas com a hierarquia, colegas, clientela, usuários, etc. (CLOT, 2010b).

Porém, tratar de prescrição na profissão médica não é tarefa fácil, pois resvala na questão da autonomia profissional. De acordo Schraiber (1995), a autonomia profissional se configurou, historicamente, como um elemento fundamental para os médicos no exercício da medicina moderna, garantindo liberdade para se colocar no processo de trabalho. Provavelmente, concordando com Capozzolo (2003), a ausência de prescrição oficial nas UBS’s está relacionada com essa questão, pois, normalmente, o processo de trabalho do médico é pouco discutido pelos gestores, muito menos pelos outros profissionais de equipe de saúde.

Dessa maneira, é possível afirmar que os médicos novatos queixavam-se mais de falta de reconhecimento e da ausência de apoio social dos colegas, ou seja, como afirma Clot (2006), da dificuldade de acesso ao gênero profissional, aspectos que serão discutidos abaixo, do que de uma prescrição oficial acerca de seu processo de trabalho.

Para esclarecer melhor essa relação entre prescrição e autonomia, em outro artigo, Schraiber (1995) afirma que a consulta representa a autonomia do ato técnico e também seu isolamento como produção social, mas que vem sendo afetada pelos novos formatos organizacionais da prestação de serviços de saúde. Trata-se então de uma reorientação dos espaços da prática profissional do médico e não da diminuição da autonomia. A autonomia assumiu outras características, transformou-se para sobreviver diante das modificações do contexto da profissão.

Conforme apresentado no capítulo três, para que a consulta médica se concretize, é preciso existir um conjunto de meios definidos historicamente, que o profissional interpõe diretamente entre ele e seu objeto de trabalho, meios mais objetivos, como as suas ferramentas (bisturi, pinças, agulhas, medicamentos, etc.), assim como outros mais subjetivos (capacidade diagnóstica, raciocínio clínico, etc.). Trata-se de um trabalho dinâmico, ao mesmo tempo ‘manual’ e ‘reflexivo’, estabelecido através de uma obrigatória interação entre duas pessoas, que contempla ao mesmo tempo um processo decisório, acerca do diagnóstico clínico, e a intervenção, que coloca em prática a decisão tomada, repercutindo nas dimensões físicas e simbólicas do paciente. Durante o século XX, foi possível identificar ao menos dois modelos diferentes de exercício da medicina em relação aos procedimentos apresentados: num primeiro momento, surge o modelo liberal e, depois, o modelo empresarial e tecnológico (SCHRAIBER, 1993, 1998, 2000; IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000).

O modelo liberal configurou-se, a partir do início do século XIX, e tem como base da sua prática a consulta médica proporcionada a cada indivíduo. Assim, tal modelo depende de cada médico individualmente e seus recursos técnicos. Trata-se de um trabalho tido como artesanal, uma vez que integra, de forma autônoma, tanto a reflexão quanto a ação, estabelecido numa relação pessoal e direta do médico com seu paciente (SCHRAIBER, 2000).

O modelo empresarial, por sua vez, consolidou-se a partir da metade do século XX, diante dos complexos e acelerados processos de transformações sociais, econômicas e culturais, que implicaram na reorganização da prática médica e da própria medicina. Além disso, associou-se ao avanço científico e tecnológico, proporcionado pelo paradigma de concepção mecanicista cartesiana, que permitiu a objetivação da realidade física. Dessa forma, a conexão entre condutas clínicas e morais, base do modelo liberal, foi, aos poucos, sendo substituída, por relações mais complexas de mercado de trabalho e de exercício da atividade profissional (IBÁÑEZ; MARSIGLIA, 2000; MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2004).

Cada modelo possui seus próprios pressupostos morais, políticos, econômicos, sociais e epistemológicos sobre o exercício da medicina, que poderão se revelar dependendo das condutas adotadas pelos profissionais médicos no transcorrer de uma consulta. No caso dos depoimentos ouvidos durante esta pesquisa, foi possível observar o predomínio do modelo empresarial e tecnológico de se pensar a prática médica entre os médicos das UBS's. O fato se dá apesar das frequentes iniciativas do Ministério da Saúde com o intuito de incentivar e promover o reordenamento da atenção básica, por meio das Estratégias da Saúde da Família (ESF), visando contribuir para consolidação dos princípios e valores contidos nas normativas do SUS, que se opõem ao modelo citado. Tal condição coincide com o que foi apontado em alguns artigos, como os publicados por Capozzolo (1997, 2003), Ronzani e Stralen (2003), Santos (2008), Cohn (2009) e Costa et al. (2009), que alertam que, mesmo depois da implantação dessas estratégias, nota-se que suas estruturas continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que atravessa o processo de trabalho cotidiano.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 como uma forma de por em prática os preceitos da Reforma Sanitária; contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e superar a crise da saúde pública brasileira decorrente do modelo centrado no hospital e no trabalho do médico, identificado com visão empresarial e tecnológica da prática médica. Um de seus objetivos principais é o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, visando manter a saúde de uma dada comunidade. Ao transformar-se num projeto estruturante do Sistema de Saúde, o ESF marcou a inseparabilidade do trabalho clínico e a promoção da saúde, rompendo

com a dicotomia entre ações de saúde pública e de atendimento individual, bem como práticas educativas e assistenciais (VIANA; DAL POZ, 1998).

Sobre o modelo empresarial, de acordo com Schraiber (1997), há três características consideradas fundamentais para compreendê-lo. A primeira refere-se à constatação da existência de uma tensão entre o lado técnico e social. Nessa tensão, o lado técnico pressiona o social, o que, em tese, contraria o imaginário social sobre a prática médica, revestida de segurança e estabilidade, pois está associada às técnicas científicas. Já a segunda característica marcante desse processo está ligada à presença cada vez maior dos aparatos tecnológicos na ação médica, o que, indubitavelmente, interfere no julgamento clínico baseado na experiência e percepção do profissional tradicional e influencia as tomadas de decisão, bem como, os determinantes econômicos da política institucional, cujos valores são distintos na empresa pública ou privada. Por fim, o terceiro aspecto aponta para a institucionalização dos serviços médicos, visando atender demandas sociais, viabilizar o mercado de ‘produtos’ em saúde e garantir a produção do cuidado em atos individualizados, exclusivos e privados. – a tradicional consulta médica. Confirmando a afirmação acima, sobre o predomínio desse modelo entre os médicos entrevistados, essas características estavam presentes na maioria dos relatos dos entrevistados:

Ela está muito comercial [a prática médica]. Hoje, temos que atender a demanda aqui no SUS, fazer o serviço e não a medicina. Esse é o problema. (Médico B)

A realidade aqui do SUS, eu vejo com dificuldades, pois a gente não pode ficar preso nesse ou naquele serviço público. Para entrar na UNIMED [Campinas], você precisa pagar quarenta e cinco (45) mil reais de cota, então... se você sabe que vai gastar 45 mil reais para se cooperativar, não dá para dar plantãozinho de porta não, você vai ter que fazer cirurgia e isso e aquilo, por que tem que faturar. (Médico F)

Apenas um dos médicos entrevistados mostrou-se alinhado aos pressupostos e princípios valorizados pelas Estratégias da Saúde da Família. Em seu depoimento, defendeu uma prática médica totalmente contrária ao modelo tecnológico e empresarial, criticando o médico especialista, o uso indiscriminado de exames e a pouca preocupação com a relação médico-paciente:

Do ponto de vista real, é muito mais complexo você peitar um paciente que está querendo se matar, que está deprimido e ter que administrar isso do que falar para ele deitar e falar que a ressonância não deu nada. A ressonância que viu, não foi eu. (Médico O)

Fazer um exame ultrassofisticado para chegar à conclusão de que o paciente não tem nada?! Do ponto de vista da medicina tem algo errado! Porque quando você chega à conclusão de que o paciente não tem nada, errou alguém no caminho. Eu já falei isso em reunião aqui [Jaguariúna]. Você vai confirmar a desconfiança, não jogar para o exame o resultado. (Médico O)

Aqui no SUS de Jaguariúna, ainda se trabalha a ideia de que o profissional especializado em procedimentos é um profissional melhor, é um cara mais refinado, um cara que tem maior qualificação sendo que esse conceito é inverso. O cara que é especializado em equipamento é menos capacitado e menos qualificado porque ele sabe muito bem operar aquele aparelho ou ler o resultado daquele aparelho, mas ele não tem toda a gama restante que é análise clínica, a conversa com o paciente, se responsabilizar em interferir na vida dele. (Médico O).

De fato, concordando com Schraiber (1997, 1998, 2008), o modelo empresarial e tecnológico de prática médica provoca uma significativa alteração na relação médico-paciente e no sentido interativo de seus participantes, o que, por sua vez, afeta os laços de confiança estabelecidos no contexto da consulta médica. A maioria dos profissionais entrevistados identificou tal condição, embora, em alguns momentos, não soube precisar o motivo pelo qual isso aconteceu:

Posso estar enganado, mas parece que nas camadas sociais mais baixas que a gente observa esse vínculo [relação médico-paciente] deteriorando mais ainda. Não estou generalizando, mas sinto que existe uma frequência maior. (Médico G)

Mudou muito [a relação médico-paciente], antigamente era muito mais fácil. O médico tinha muito mais liberdade. Hoje não, você tem que se defender, você tem que fazer uma medicina defensiva. (Médico F)

Acho que piorou a relação médico-paciente, porque primeiro, a gente trabalha mais, cansa mais e piora o relacionamento [...] Como a demanda tende só a aumentar, a tendência é só deteriorar, talvez até chegar naquele ponto de entrar na sala e ter uma testemunha do lado e um gravador. (Médico I)

Apenas um dos profissionais relatou que percebeu mudanças no que se refere à relação médico paciente, no entanto, deposita grande parte da responsabilidade pela mudança no próprio paciente.

Essa mudança é visível [do modelo médico] no transcorrer desses 30 anos [...] Estou falando do ponto de vista da tecnologia, mas teve alguma influência no relacionamento médico-paciente, ficou um pouco mais distante. Mas acho que, hoje, o paciente, até de forma indevida, começa a ter uma participação muito forte em cima do que ele quer pra ele. É um perigo! (Médico G)

No lugar da uma relação médico-paciente, sobre a qual, segundo Schraiber (1997, p. 135), “assentava-se uma determinada forma de agir, com qualidades de humanismo, pessoalização e responsabilidade que eram conformes com o momento contextual dado”, assiste-se, hoje, à configuração de uma relação entre consumidores e produtores de serviços indiferenciados, muito embora não tenha sido eliminada a presença do subjetivo e do social no julgamento e nas tomadas de decisão, razão pela qual é fonte de instabilidade para o profissional médico, contribuindo para que sua atividade profissional se torne extremamente desgastante para sua saúde (NOGUEIRA-MARTINS, 2003; CARNEIRO; GOUVÊIA, 2004; NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006; SANTOS et al., 2006; BARBOSA et al., 2007).

Santos et al.(2006) mostram como a precarização das condições de trabalho e a presença de novos formatos organizacionais, baseados na ideologia gerencialista, estão transformando o exercício da profissão, destacando-se a perda relativa de autonomia, seja pela menor independência na ação sobre o paciente, ocasionada pelas imposições institucionais em atender com maior velocidade e/ou pelas condições materiais insuficientes para a prática médica, ou então pela menor gestão sobre os processos de trabalho.

Dessa forma, se a autonomia administrativa e gerencial sobre o trabalho médico foi afetada, resta manter a autonomia técnica. Esta parece ser a razão pela qual há dificuldades em prescrever as condutas de uma consulta médica. Condição, esta que foi relatada por um dos gestores:

Existe essa resistência do médico [em aceitar sugestões sobre as condutas na consulta clínica]. Dizem: “eu sei, eu aprendi assim, eu faço assim porque dá certo e pronto” (Gestor A).

Para Schraiber (2008), na passagem da medicina liberal para a medicina tecnológica está a condição para a compreensão dos saberes e práticas do médico na atualidade, que se expressam, sobretudo, como citado anteriormente, na crise de confiança evidenciada na relação médico-paciente.

Esse processo de mudança de modelo na prática médica traz conflitos à percepção do que é ser médico, uma vez que a identidade de médico passa a ser construída a partir de inúmeras possibilidades de atuação decorrentes da multiplicidade das situações de trabalho às quais se vincula, exigindo a articulação de diferentes modos operatórios. Dessa forma, de acordo com Schraiber (2008, p. 208), é preciso estimular o debate e a reflexão, com vistas a “reconquistar a possibilidade de se produzir o cuidado efetivo, julgar o caso com adequado discernimento, decidir com alguma certeza e precisão e atuar com a cumplicidade parceira do paciente”.

Diante desse cenário, parece que a prática médica encontra-se num momento de fragilização do ofício, não no sentido sociológico¹⁶ do termo, mas, com base na proposta de Clot (2010b), ou seja, na perspectiva de um conceito psicológico de ofício. Tal proposta entende que o ofício possui uma função psíquica interna, na medida em que se coloca como um interlocutor coletivo interno, ou seja, um recurso técnico e psicológico para cada trabalhador. Porém, ao mesmo tempo em que é fundamental para ação dos profissionais, o ofício só se renova e mantém sua função, quando é superado. Quando essa dinâmica é interrompida é que o trabalho se torna um risco para a saúde criando-se as condições para o surgimento dos problemas de saúde. Essa condição parece ser um dos motivos que explicam os intercâmbios entre a relação saúde/doença e atividade de trabalho dos médicos das UBS's, cujos problemas de saúde relatados serão expostos mais adiante.

¹⁶ Sinônimo de comunidade ou coletivo de pertencimento referente a um grupo de trabalhadores de determinado ramo, com vistas a estabelecer trocas de conhecimento acumulado entre gerações, baseadas na solidariedade e companheirismo (CLOT, 2010b).

Para explicar como se processa essa dinâmica interna do ofício e como ela chega a se estabelecer como um recurso para a ação dos trabalhadores, Clot (2010b) subdivide o ofício em quatro ciclos simultâneos, ou seja, ele é, ao mesmo tempo, impessoal, interpessoal, transpessoal e pessoal.

A dimensão ‘impessoal’ está presente na prescrição das tarefas, trata-se do primeiro e único recurso que um trabalhador possui quando começa a trabalhar em um novo local. Tal recurso se mostra insuficiente com o passar do tempo, na medida em que o trabalhador se torna mais familiarizado com as particularidades de um da do ambiente de trabalho. Porém, é essa dimensão é fundamental como ponto de partida de uma ação.

Como evidenciado anteriormente, no início dessa parte da apresentação e análise dos dados, tanto pelos relatos dos médicos entrevistados, quanto dos gestores, a prescrição técnica não acontece, restringindo-se apenas a questão administrativa, condição, esta, sentida como negativa, sobretudo, para os novatos. Mesmo quando acontece, foi possível evidenciar também a resistência dos médicos em aceitar esse procedimento, uma vez que a prescrição técnica é vista como uma ameaça à sua autonomia profissional. Portanto, tem-se aqui um primeiro sinal de que dinâmica da função psicológica do ofício pode estar enfraquecida, proporcionado desgastes e riscos à saúde dos médicos das UBS’s.

Conforme o contato do trabalhador novato, com o objeto de trabalho, avança as dificuldades eventualmente encontradas no momento da prescrição, ou até mesmo na sua ausência, como é caso do trabalho médico nas UBS’s, podem ser superadas caso esse trabalhador consiga acessar a dimensão ‘interpessoal’, ou seja, momento em que ofício se mostra entre os profissionais e em cada um deles à medida que dialogam sobre o real do trabalho. Nessa etapa, os recursos para a ação serão obtidos através da comparação das atividades que os colegas ao lado estão realizando, verificando como eles estão resolvendo os problemas que aparecem no trabalho, ou seja, supera as dificuldades ao utilizar os recursos ‘interpessoais’ do ofício. De forma surpreendente, uma vez que a profissão médica sempre foi vista como tendo um forte apoio social entre os pares, os relatos, da maioria dos entrevistados, tanto os mais novos, quanto os mais experientes, mostraram-se ressentidos por não conseguir recorrer a essa dimensão

‘interpessoal’. No entanto, reconheceram a importância desse recurso para melhorar o desempenho da própria ação:

Ter uma melhor integração com os colegas [sobre o que está faltando para melhor o trabalho]. Os médicos precisam ser mais ligados, mais próximos, acho que é muito individualista. (Médica J)

Aqui [Jaguariúna] cada um faz a sua parte. Cada um no seu quadrado, mas eu acho que esses quadrados deviam ser integrados, porque um profissional precisa do outro. (Médico I)

Um negócio que eu percebi também é que a medicina é uma profissão solitária. Você tem que, às vezes, tomar a decisão sozinho. Como aqui [Jaguariúna], que você está em contato com muita gente, mas está solitário [...] É uma profissão muito isolada. (Médico M)

Essa troca coletiva para realizar a tarefa e repensá-la, quando bem sucedida, produz a dimensão ‘transpessoal’ do ofício, que representa a história e a memória profissional, que não pertence a ninguém e deve, portanto, estar à disposição de todos, ou seja, trata-se do gênero profissional. Além de ampliar o conceito de atividade de trabalho, contemplando a ‘real da atividade’ e a ‘atividade realizada’, como citado acima, Clot (2006) amplia também o conceito de ‘trabalho prescrito’, desenvolvendo duas noções fundamentais: a noção de gênero e estilo profissional.

Como visto no capítulo dois, o gênero profissional deve ser considerado como um ‘prescrito coletivo’, um conjunto de regras não escritas, obrigações que um coletivo de trabalhadores partilha num determinado momento, assumindo um caráter histórico e transitório. Trata-se de um recurso coletivo que intercede na atividade pessoal e opera de maneira tácita, possibilitando o acesso dos trabalhadores aos recursos da história acumulada a serviço da ação presente de uns e dos outros, fundamental para o desenvolvimento da capacidade de ação sobre as situações de trabalho (CLOT, 2006; FERNÁNDEZ; CLOT, 2007; CLOT, 2010b).

Na dimensão ‘transpessoal’, esta postura genérica inscreve determinado ofício em uma história técnica, cognitiva, e até mesmo, corporal, sendo vivenciado por meio de um sentimento específico: o de viver a mesma história profissional. Tal condição contribuir para que os

constrangimentos e imprevistos surgidos nos ambientes de trabalho sejam categorizados e administrados para a obtenção de bons resultados e para preservação da saúde.

No entanto, para garantir a dinâmica do ofício e a renovação do ‘gênero profissional’, é preciso desenvolver o ‘estilo profissional’, que representa uma forma de transgressão, aos recursos genéricos da atividade, diante de uma condição imprevista nas situações de trabalho. Não uma transgressão individual, sem apoio e respaldo dos colegas, que pode acarretar problemas com a hierarquia, pacientes e, até mesmo, os próprios colegas. Tal condição pode ser apontada como um sinal de falência do gênero profissional, pois, nesse caso os trabalhadores não conseguem se quer acessar os recursos genéricos do coletivo de trabalho.

A transgressão profissional numa dada atividade de trabalho, apoiada no coletivo de trabalho visando manter o funcionamento de um sistema, assumindo uma postura não prevista ou promovendo o uso de uma ferramenta ou procedimento destinado a outro fim, caso obtenha resultados positivos, é possível, então, que venham a se incorporar recursos genéricos dessa atividade, restaurando a dimensão ‘transpessoal’ do ofício. Sem contato com esse recurso genérico ou essa dimensão do ofício, a atividade individual fica desnordeada. Quanto maior o acesso a essa história coletiva do ofício, maiores serão os recursos técnicos e as linguagens dos gêneros à disposição do trabalhador, deixando-os melhor estruturados para enfrentar o real (CLOT, 2006; 2010b).

No entanto, não é possível perceber nos depoimentos citados uma linguagem comum ou uma estratégia coletiva em relação às condutas numa determinada consulta, pelo contrário, nota-se uma ausência de disponibilidade técnica e psicológica do coletivo. Cada profissional utiliza uma tática diferente para enfrentar o real; não há coletivo de trabalho, mas sim uma reunião de indivíduos expostos ao isolamento, impossibilitando o desenvolvimento do poder de agir sobre as situações de trabalho. A separação dos trabalhadores de seus respectivos instrumentos genéricos é uma das explicações para a degradação da atividade médica nas UBS’s, colocando em risco a sua própria saúde.

Na descrição dos procedimentos adotados para realização das consultas nas UBS’s, sobretudo a partir do método de Instruções ao Sósia, observou-se, a partir do relato dos médicos, que não havia uniformidade, ou seja, cada médico tinha sua forma particular de trabalhar. Até

aqui, poder-se-ia concluir que não há nada de errado, pois, de fato, como se verá adiante, na discussão da última dimensão do ofício, cada trabalhador possui um estilo profissional e pessoal. Mas, olhando mais de perto, é possível identificar de que não há recursos ou estratégias comuns para enfrentar as circunstâncias presentes nas situações de trabalho:

E acho que é mais ou menos assim [os procedimentos de uma consulta]. Por dia você vai atender 16 pacientes! OK, você tem um esquema já definido de trabalho, mas ninguém deixa de imprimir a sua marca pessoal, isso acho que já é de personalidade. (Médica M)

Na consulta eu tento falar um pouco de prevenção... perco tempo. Falo sobre dietas saudáveis, tabagismo. Mas, assim, isso é uma particularidade minha. Eu perco um pouquinho de tempo com o paciente, mas eu procuro orientar. (Médico B)

Eu sempre tive a mesma postura. Para mim o paciente é tudo igual. Eu trabalho igual, no consultório ou no postinho [UBS].[...] [A única diferença é que] no consultório você pode trabalhar o seu tempo melhor e no serviço público tem as regras de ter que atender tantos pacientes. (Médica N)

E é engraçado porque eu tento chegar bem próximo mesmo deles [pacientes]. Explicar de uma maneira simples, usando palavras que os leigos usam. Mas eu sinto que eu faço parte da minoria, principalmente aqui [Jaguariúna], e não da maioria. (Médica L)

Essa é uma questão muito pessoal, tem gente que usa ‘corticoide’ como ‘melhoral’, por qualquer coisa. Eu não discuto isso, é uma questão pessoal e não acho que estou nem certo nem errado. Acho que na minha vida profissional faz sentido o que eu faço hoje e não o que eu fazia antes [referindo-se a especialização em homeopatia]. (Médico O)

Para desenvolver o estilo profissional é preciso, antes, pertencer a um coletivo de trabalho, ou seja, é preciso fazer parte de um da história de um ofício, não se trata de um registro da personalidade do trabalhador, como sugere um dos profissionais entrevistados. Coletivo de trabalho, neste caso, é um recurso do trabalho coletivo nos ambientes de trabalho, como afirma Clot (2010b, p. 34), “ele conserva o que faz jurisprudência para o trabalho coletivo, fixando os precedentes que servem de referência para os casos semelhantes que venham a se manifestar na atividade coletiva em curso”. Um trabalho coletivo nem sempre implica num coletivo de trabalho. Condição que parece explicar a atividade de trabalho dos médicos das UBS’s.

A função dos coletivos de trabalho se renova, de acordo com Clot e Faita (2000, p.15), a partir da “transformação dos gêneros na história real das atividades no momento de agir em função das circunstâncias”. Nesse aspecto, o estilo profissional exerce um papel fundamental no desenvolvimento do gênero e de renovação do ofício.

É importante lembrar que todos os médicos entrevistados possuem outros vínculos empregatícios, dessa forma, podem fazer parte de outro ‘gênero profissional’. Este pode ser forte o suficiente para permitir estabelecer uma distância protetora para a saúde ou criativa em relação a qualquer um dos vínculos profissionais que está submetido, incluindo, evidentemente, o da UBS de Jaguariúna/SP (CLOT, 2007).

Por fim, o que era ‘impessoal’ torna-se ‘pessoal’, ou seja, à medida que o trabalhador domina a tarefa prescrita, dimensão ‘impessoal’ do ofício, consegue estabelecer relações de intercâmbio com os colegas, dimensão ‘interpessoal’, que lhe permite acessar o ‘gênero profissional’, dimensão transpessoal, chega-se a dimensão ‘pessoal’. Desse processo, até certo ponto, permeado por conflitos, de acordo com Clot (2010b, p. 297), o trabalhador transforma-se em um profissional experiente, “capaz de assumir certas liberdades, ao mesmo tempo, com a tarefa e com o gênero profissional, porque ele domina os dois. Paradoxalmente, a atividade profissional é, enfim, *pessoal*, o que ela não era no começo”, ou seja, essa atividade pessoal acabou por apropriar-se do ofício ‘impessoal’ e ‘transpessoal’, graças aos recursos ‘interpessoais’ do coletivo.

Como nos aponta Clot (2010, p. 290), “tudo está ligado, ou, pelo menos, deveria estar para que se mantenha a vitalidade profissional nos ambientes de trabalho”, ou seja, uma é o meio de desenvolvimento da outra. Para conservar essa vitalidade é essencial promover a ‘controvérsia’ ou então uma ‘disputa’ profissional entre os trabalhadores, podendo incluir até os organizadores do trabalho, e diminuir as discussões de cunho pessoal. A atividade mediatizante dos trabalhadores sobre todas as dimensões do ofício os transformam em sujeitos da ação, no decorrer da qual progride o poder de agir. Além disso, é a única garantia da dinâmica entre as dimensões do ofício, ou seja, de sua vitalidade.

A função psicológica interna do ofício pode se manter ativa ou degradada por diversas razões. Cada uma das dimensões citadas pode apresentar problemas particulares que afetam as

demais, por estarem todas ligadas. Como afirma Clot (210b, p. 292), “um ofício, privado dos recursos vitais do trabalho coletivo interpessoal, sem interlocutor transpessoal, pode degenerar em um face a face devastador entre um exercício pessoal solitário e várias injunções impessoais factícias”. Por essas razões, em função do que foi mostrado sobre a atividade de trabalho dos médicos das UBS’s de Jaguariúna/SP, até o momento, é possível afirmar que há evidências que apontam para um enfraquecimento da função psicológica do ofício desses profissionais.

No entanto, essa condição, no caso do trabalho médico nas UBS’s, parece não estar ligada somente aos problemas gerenciais e administrativos, que sem dúvida possuem contribuição decisiva, mas também à crise de identidade da prática médica, decorrente do processo de mudança do modelo liberal para o modelo tecnológico como visto anteriormente, ou seja, aliada à perda de autonomia administrativa e gerencial, evidenciou-se uma crise técnica. De acordo com Clot (2010b), isso pode provocar, entre outras coisas, uma despersonalização da atividade, o que leva o trabalhador a não se reconhecer mais na sua própria atividade, podendo, inclusive, acarretar em problemas para sua saúde. Na maioria dos relatos foi possível identificar a ligação feita entre os problemas encontrados atualmente para o exercício da prática médica e a referida mudança de modelo, à medida que encontraram dificuldades em reconhecer o ‘ofício’ na própria atividade que estão desenvolvendo nas UBS’s, bem como em outros trabalhos:

A medicina era uma coisa muito romantizada, aqueles cirurgiões do século XIX. Para mim aquele ideal era maravilhoso. Eu acho que eu entrei na Medicina ainda com esse ideal e, de certa forma, adequando as coisas e tudo mais, eu ainda tenho esse ideal [...] de servir o próximo. (Médico A)

A medicina não é mais como era. Você tem que atender a demanda e às vezes você atende um por minuto. Está com dor de cabeça? Cefaleia? Vai lá e toma dipirona! Isso não é medicina porque você não estuda o paciente. É tocar serviço. Isso é antiético. Você atende a demanda, ou melhor, finji que atende! (Médico B)

Acho que a nossa prática já não é mais, digamos da forma como era aquele médico na década de 1960, 1970, que tinha aquela atuação como a gente pensa, ou seja, se dedicando ao próximo. (Médico C)

Em um dos depoimentos, as dificuldades que o médico encontra para reconhecer-se em sua própria atividade são colocadas de forma clara. No mesmo trecho também é possível perceber a crise de identidade da prática médica vivenciada por esse profissional.

Quando eu era um fazedor de receita na pediatria, eu ficava muito “puto” e me desanimei muito com a medicina, com uns cinco ou seis anos de formado. Eu me achava ridículo. O paciente entra, eu já sabia o que eu ia dar pra ele, eu não precisava entrevistar, não precisava da anamnese. Falavam-me pra fazer uma anamnese longa, pra no fim chegar e dar o mesmo remédio, porque você tinha que simplesmente saber onde estava o problema para tratar, de uma maneira que eu achava estranha (Médico O).

Essa dificuldade em reconhecer o ‘ofício’ em sua própria atividade é uma indicação de que este parece ter perdido a sua função psicológica interna de interlocutor da atividade de trabalho. Além disso, segundo Clot (2010b), tal condição pode se manifestar por meio da necessidade urgente de reconhecimento desses profissionais, porém, deslocado para a hierarquia, para fora do ambiente de trabalho, ou então, no caso dos médicos, para os usuários dos serviços. Esses interlocutores, além de não possuírem condições de atender a esses anseios, correm o risco de desencadear mal-entendidos a respeito do trabalho. Essa relação deslocada de reconhecimento também foi relatada por parte dos profissionais entrevistados:

A gente estuda pra caramba, faz um monte de especialização, vai a congressos, tem que se atualizar, comprar livro e viver abdicando da sua vida pessoal em prol da sua vida profissional, pra não ser reconhecido [referindo-se aos usuários]?! (Médico L)

Tem que ter um jogo de cintura, de profissional pra profissional [falando sobre a gestão]. Por isso que eu acho que tinha que ter uma gestão profissional [técnica] porque só entende isso [problemas do trabalho] quem atende [relatando sobre a ausência de reconhecimento, por parte da gestão, acerca das sugestões e demandas apresentadas pelos médicos]. (Médico O)

Ainda em relação à descrição de um dia de trabalho dos médicos das UBS’s, onde já foi possível evidenciar tanto a perda de autonomia administrativa e gerencial sobre o desenvolvimento da própria atividade, como a ausência da função psicológica do ofício, outras dificuldades foram relatadas quando os entrevistados se referiam as regras formais da prescrição administrativa, sobretudo em relação à questão dos quinze (15) minutos destinados a cada consulta. Essa regra formal foi a mais comentada e mais questionada também.

Bastante cobrada pelos gestores, essa determinação era considerada quase como um sinônimo de qualidade por eles. Se por um lado, evidenciava a presença dos princípios e valores do ideário gerencialista, no sentido de cumprir uma meta, de racionalizar a produção, etc., por outro, intensificava o trabalho e aumentava a pressão e a sobrecarga de atividades para os médicos das UBS's. A diferença entre a maneira com que cada especialidade lida com o tema ficou mais evidente nesse momento, pois foram os clínicos gerais os que mais se queixaram desta regra, como pode ser observado nos relatos a seguir:

Eu gosto de trabalhar com tranquilidade, o meu tempo, o tempo que eu preciso para o meu paciente, não o tempo que o serviço quer me dar. Atender um paciente [na clínica médica] a cada 15 minutos para mim é uma tortura (Médico F).

Um dos problemas daqui [UBS] é a questão do tempo [a regra dos 15 minutos]. Principalmente se você faz clínica médica, pois aborda-se muitas coisas para chegar ao diagnóstico e acaba sendo muito estressante ter que fazer rápido. É preciso correr e você não consegue ser tão atencioso quanto gostaria. Se fosse uma consulta de dez minutos a mais, tipo meia hora, ao invés de 15 minutos, o stress seria muito menor. (Médica C)

Nota-se que estamos diante de um procedimento administrativo que tem incomodado os profissionais médicos e que não contribui para o desenvolvimento da capacidade de ação nas situações de trabalho, pois não há discussão à respeito da construção dessas regras. Tal condição mostra que, de fato, a 'atividade realizada', de acordo com o proposto por Clot (2006), não é independente do 'real da atividade', ou seja, acredita-se que não é possível falar em autonomia técnica preservada e em perda de autonomia administrativa, como sugere Schraiber (1995), o que ocorre é a perda de autonomia dos profissionais em relação ao seu próprio trabalho. No depoimento a seguir essa questão está bem exemplificada:

O que mais me aflige, realmente, é que, do ponto de vista organizacional, você compromete o que gostaria de dar melhor ao seu paciente. (Médico G)

Como visto, com os novos formatos organizacionais derivados da ideologia gerencialista, aliado a estratégias administrativas, os gerentes, inclusive os da área da saúde, têm se concentrado, sobretudo, na prescrição da subjetividade e não nas condições reais de trabalho, fazendo com que sujeitos se transformem em 'objetos' de trabalho, visando garantir

comprometimento e disponibilidade dos trabalhadores para a empresa (CHANLAT, 2002; CLOT, 2006; GAULEJAC, 2007).

Já se observou que a dimensão ‘impessoal’ do ofício, pela ausência da prescrição técnica, parece representar um obstáculo para o desenvolvimento das atividades do trabalho médico nas UBS’s, sobretudo para os mais novos. Da mesma forma, constatou-se que há dificuldades em estabelecer a dimensão ‘interpessoal’ e, conseqüentemente, a dimensão ‘transpessoal’, evidenciando o enfraquecimento do gênero profissional. Essa condição não permite o distanciamento suficiente entre os trabalhadores e sua atividade profissional, dificultando o acesso aos recursos genéricos que por ventura ainda possuem, culminando com a degradação do ofício.

Porém, nos serviços de saúde, há um complicador importante em relação a esse cenário profissional, pois o ‘objeto’ do trabalho é a vida do outro e os recursos e estratégias utilizados para atingir os resultados esperados, como a regra dos quinze (15) minutos, são controversos e discutíveis, o que, inevitavelmente, traz complicações à vida dos trabalhadores, uma vez que o trabalho é se torna psicologicamente mais intenso e mais carregado (CLOT, 2010b).

Novamente, os indícios de enfraquecimento do gênero profissional e da ausência do coletivo aparecem na maioria dos relatos dos profissionais entrevistados, quando indagados sobre o que poderia ser feito para melhorar ou substituir essa regra – tal enfraquecimento é percebido pela presença de sentimentos de resignação e de que não há o que ser feito. Nesse caso, o trabalho pode passar a se constituir como uma mera execução de procedimentos. Dessa forma, mesmo garantindo a execução da atividade em questão, o trabalho não exerce mais sua função psicológica.

Dependendo da possibilidade, você acaba gerando um pouco de atraso na sala de espera, para que você possa atender. É meio complicado [se enquadrar na regra dos quinze minutos], mas nunca é do jeito que a gente quer mesmo. (Médica C)

Não tem jeito. É passado pra gente que deve funcionar no sistema de convênio, tudo normatizado e que é isso mesmo. O entendimento é esse. (Médica L)

Hoje em dia a gente tenta desenvolver as coisas, mas [...] na verdade, acaba tendo que se adaptar. (Médica B)

Isso aí é a parte que eu não me importo [regra dos 15 minutos]. Acho que faz parte da realidade, você acostuma com isso realmente. (Médica c)

Quando o trabalho não envolve sua função psicológica, quando ele se confunde com execução de procedimentos, constatam-se vivências de impotência, ressentimento e melancolia, ou ao contrário, euforia profissional. Exige-se do trabalhador uma disponibilidade psicológica, no sentido de um atendimento humanizado, caso dos serviços de saúde, mas ao mesmo tempo, tal disponibilidade é sufocada pela gestão na imposição dos 'jeitos de ser'. Paradoxalmente, pela prescrição ou reordenamento da subjetividade, a gestão não fornece a sustentação necessária para o desenvolvimento dos coletivos de trabalho, o que finda por contrariar, suspender ou impedir o desenvolvimento da própria atividade executada nos respectivos locais de trabalho (CLOT, 2001, 2006).

Nas palavras de Clot (2001, 2006), trata-se da amputação do poder de agir dos trabalhadores sobre as situações de trabalho. É possível afirmar que o sentido dado ao trabalho, particularmente por cada trabalhador, é fundamental para a manutenção dos recursos para a ação sobre situações de trabalho. Se não é possível realizar o que dá sentido ao trabalho, tem-se uma atividade impedida.

A clínica da atividade se encontra aqui com o problema do sofrimento. O sofrimento é uma atividade contrariada, um desenvolvimento impedido. Não se trata de um sofrimento caracterizado física ou mentalmente, mas pelo enfraquecimento ou, até mesmo, suspensão total da capacidade de agir. Determinadas regras administrativas, como a regra dos quinze minutos, não valorizam os profissionais, reduzindo-os à atividade realizada (CLOT, 2001, 2007).

Se for possível afirmar, a maneira de Clot (2001, 2006, 2010b), que em matéria de atividade, o realizado não possui o monopólio do real, os desgastes, os problemas de saúde, o estresse pode ser explicado tanto pelo que os profissionais fazem, quanto por aquilo que não pode ser feito, ou seja, as atividades suspensas ou impedidas não podem ser excluídas da análise das relações entre saúde e trabalho de um determinado grupo de trabalhadores. Os sentimentos de resignação, melancolia e impotência evidenciados nos relatos acima, parecem indicar, não um

desinteresse, mas uma tensão contínua, resultado do esforço que foi feito para se adaptar a regra dos quinze minutos, ou seja, para contrariar a própria atividade.

Tal regra da organização das consultas aparece como um padrão objetivo de excelência que é conflitante, ao mesmo tempo em que foi elaborada, pelo menos em tese, para melhorar a qualidade do serviço, impede a satisfação do trabalhador de fazer algo bem feito por conta das pressões da gestão do trabalho (SENNETT, 2009).

Diante de tantas exigências, prerrogativas e condutas da cartilha gerencialista, a possibilidade coletiva de elaborar os objetivos e os recursos da ação profissional tornou-se uma condição fundamental do trabalho contemporâneo, no que se refere a possibilidade de suportar a realidade das situações de trabalho e de preservar a própria saúde. Tais preceitos gerencialistas só são contornáveis a um custo social e subjetivo incalculável. Assim, configura-se a noção proposta pela Clínica da Atividade de explicar o sofrimento no trabalho como decorrente de uma ‘atividade impedida’ ou ‘contrariada’, que impossibilita o desenvolvimento da capacidade de ação sobre o ofício (CLOT, 2001, 2007, 2010b).

Portanto, para Clot (2010a, p. 230), é possível compreender os problemas de saúde de duas maneiras: a primeira se refere às “paixões destruídas no trabalho, à intolerância e à impossibilidade de continuar a suportar o insuportável, de suportar não se reconhecer naquilo que faz.” A segunda forma é a destruição do coletivo, em que não há recursos para trabalhar com os colegas. Dessa maneira, às vezes trabalhamos sem nos sentirmos ativos ou capazes de desenvolver atividade própria. Trata-se da conjunção entre atividade contrariada e falência do coletivo. Como foi possível observar nos relatos acima, parece que as duas condições estão presentes no trabalho médico das UBS’s de Jaguariúna/SP.

Na segunda etapa desta pesquisa, quando as entrevistas basearam-se no método de Instruções ao Sósia (CLOT, 2010b), buscou-se justamente permitir a construção de um espaço para análise e transformação das atividades de trabalho, por meio de exercícios e técnicas que colocaram os trabalhadores para falar e refletir sobre a sua ação, tornando-os protagonistas das situações laborais. Tal condição permite a recuperação das qualidades do ‘gênero profissional’, revitalizando o ofício enfraquecido. Os relatos obtidos nessa etapa evidenciaram essas questões:

É uma coisa interessante de você ver [a descrição da própria atividade para o suposto sócia substituto]. Eu gostaria de ver. Assistir você sendo representado, como você é fielmente, não seria bom? Do que a gente teria medo? De ver defeito, não é? (Médica M)

Foi bom fazer isso, eu tentei imaginar assim, será que eu estou falhando em alguma coisa? É uma coisa meio [...] acho que lá dentro da sua cabeça tem uma coisinha assim pensando, não tem? Tem! (Médica L)

Imaginar alguém te representando? Foi como você se ver de fora de você mesma. Se eu pudesse sair mais e me ver de fora. Seria ótimo para a gente melhorar. Será que eu estou fazendo alguma coisa que eu estou dando mancada? É interessante por que pode ter coisa que eu vou gostar e pode ter coisa que eu não vou gostar. (Médica M)

Assim, a análise do trabalho nos permitiria explicitar “a interioridade recíproca dos estilos e dos gêneros”, levando-nos a compreender que “os estilos são a reformulação dos gêneros em situação” que, por sua vez, são “o contrário de estado fixo”, sendo, portanto, sempre inacabados (CLOT, 2006, p. 50).

Na investigação das relações entre saúde e processos de trabalho em situações reais, propõe-se evidenciar os sentidos latentes e a pluralidade de sentidos: ver o mundo dos trabalhadores por seus próprios olhos, tendo em vista sua transformação, o que, assumindo uma perspectiva histórico-cultural, implica em perceber a história das atividades dos trabalhadores. Busca-se contribuir para a mobilização subjetiva da personalidade e da inteligência em situação de trabalho (CLOT, 2006, 2007, 2010b).

Estar em atividade é sentir-se bem. E sentir-se bem é ser o sujeito ou os sujeitos de uma atividade mediatizante no decorrer da qual progride o poder de agir. Sem experimentar, pelo menos algumas vezes, a possibilidade de instituir, por sua iniciativa, ligações entre as coisas, a atividade do sujeito no trabalho se torna insuportável a seus próprio olhos. Prevalece a sensação de que a vida profissional não vale a pena. Ele não se reencontra nela. Ele não se reconhece nela. Sua saúde vai, por sua vez, ressentir-se com tal situação. (CLOT, 2010b, p. 299)

Nesse caso, a saúde é definida pela possibilidade de enfrentar riscos e vencê-los. Ser normal, não é ser adaptado, mas exceder a normalidade, sendo criativo. Para Clot (2010b, p.113), a saúde, é a transformação da doença “em novo meio de existir, a metamorfose de uma

experiência vivida em um meio de viver outras experiências e, finalmente, a transfiguração de um paradoxo experimentado em uma história possível, de uma vivência em um meio de agir.”

Tal visão de saúde baseia-se nos estudos de Canguilhem (1978) que afirma que ter saúde significa poder adoecer e sair do estado patológico, com a possibilidade de criar e instaurar normas vitais; de produzir, criar, transformar e interagir com o meio e com os outros. Por outro lado, o patológico é a perda dessa capacidade normativa, a impossibilidade de mudança nas situações em que há algum sofrimento. Da mesma forma, Sawaia (2003) afirma que o papel de regulação que a saúde exerce no desenvolvimento da capacidade de ação das pessoas deve ser valorizado.

Se o trabalho é algo fundamental para a constituição da identidade humana, então, para Clot (2006), essa definição de saúde está intimamente relacionada com a atividade de trabalho, pois não se trata de uma questão naturalmente determinada, mas de uma capacidade de agir sobre si e sobre o mundo.

Dessa forma, entende-se que os problemas de saúde relatados pelos profissionais entrevistados são decorrentes de uma atividade contrariada, ou até mesmo suspensa, que enfraquece o gênero profissional e desvitaliza o ofício. Outros estudos realizados tendo como foco a saúde do médico no Brasil, como o de Nascimento Sobrinho et al. (2006), Barbosa et al. (2007), Braga et al. (2010), entre outros, apontam que os problemas de saúde são decorrentes sobretudo das condições e da organização do trabalho, no entanto, não fazem relação à crise de identidade da prática médica, decorrente dos problemas do ofício.

Apesar das precárias condições de trabalho observadas atualmente e de sua importância para a vida da sociedade, a teorização sobre as consequências para as condições de vida e saúde desse profissional é relativamente pequena. A maioria das pesquisas adota métodos epidemiológicos, privilegiando o enfoque da etiologia das doenças e o tratamento dos agravos, além do foco no mercado de trabalho, no perfil dos profissionais e nas condições de trabalho, como a jornada de trabalho prolongada, ritmo intenso, predomínio das atividades de plantão ou, então elementos isolados de sua saúde mental (NOGUEIRA-MARTINS, 1991, 1998, 2003; MORALES; PÉREZ; MENARES, 2003; ALVES et al., 2004; COHEN e RHYDDERCH, 2006; MILLER, 2009).

Mesmo nos países desenvolvidos são poucos os estudos que buscam associar as condições e a organização de trabalho com a saúde dos médicos. Dentre os existentes se destacam estudos sobre a prevalência de transtornos mentais, uso de drogas e suicídio. Diante desse condição, recomendam-se estudos em que o processo de trabalho ganha um papel central na compreensão da relação trabalho e saúde, de forma que se possa avaliar de que modo os médicos percebem seu trabalho e seus efeitos sobre a própria saúde, e quais as circunstâncias fazem do trabalho do médico uma atividade desenvolvida dessa maneira. Deve-se avaliar, também, em diferentes contextos, como se estabelecem a interface entre as dimensões individual e a coletiva, visando atender às exigências do trabalho (MELO; ASSUNÇÃO; FERREIRA, 2007; OLIVEIRA, 2008; GARIGLIO; RADICCHI, 2008).

Quanto aos principais problemas de saúde encontrados, a maioria dos entrevistados relataram a hipertensão e os transtornos psíquicos menores, que apareceram em alguns casos de forma associada:

Sempre tem [Impacto na saúde]. Outro dia a pressão subiu. Descompensou. (Médico B)

Uns quatro anos atrás [teve problemas de saúde]. Agora só a pressão que começou a subir novamente. Eu acho que, depois que eu comecei a fazer esse posto [UBS], começou a mexer na minha pressão de novo. Eu acompanho com endócrino e ele está achando que é, por uma questão de stress. (Médica C)

Eu estou fazendo [tratamento médico], estou controlando a minha pressão. (Médico K)

Clínica médica é meio estressante mesmo, pode parecer mais simples, mas é muito desgastante. Eu tinha uns problemas de saúde antes. Tinha uma pré-diabetes e a hipertensão era vinculada a isso. (Médica J).

Lógico que faz mal trabalhar num serviço que te exige atenção total e mental. No meu caso, sou hipertenso. Por exemplo, eu tomo três diferentes tipos de anti-hipertensivo e tomo ansiolítico também. (Médico I)

Outros estudos indicam que a negação e o conhecimento precário acerca da importância de fatores psicológicos e sociais no processo saúde/doença contribuem para que a saúde mental dos médicos seja considerada pouco relevante e os problemas dela decorrentes sejam adiados até

situações extremas (NOGUEIRA-MARTINS, 2003; ALVES; RIBEIRO, 2007; COHEN; RHYDDERCH, 2006; MILLER, 2009).

Constata-se então que, para realizar cotidianamente o trabalho em condições adversas, caso da atividade contrariada ou suspensa, os trabalhadores precisam desenvolver uma ampla gama de mecanismos de regulação, que geralmente asseguram os resultados, mas, eventualmente, podem fracassar. Justamente, quando isso acontece, ou seja, quando se modificam “as possibilidades de reação e de controle do sujeito sobre si mesmo e sobre suas situações de existência, quando não é mais possível libertar-se de insatisfações, de sofrimentos, de contradições internas tornadas insuportáveis para ele, são gerados então fenômenos psicopatológicos” (CLOT, 2006, P. 61).

Os transtornos mentais comuns são indicadores de que o trabalho não exerce mais a sua função psicológica. Alguns estudos indicaram a alta incidência de transtornos mentais menores em trabalhadores da saúde, incluindo os médicos (CABANA et al., 2007; TIRONE et al., 2009; FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010a, 2010b).

Cabana et al. (2007) relatam uma alta frequência de distúrbios mentais comuns entre os médicos de um hospital público de Recife (PE), relacionados aos seguintes fatores: vínculo empregatício com o Estado, múltiplos empregos, proporcionando uma carga de trabalho semanal maior que 70 horas, sensação de sobrecarga de trabalho e remuneração, por parte do hospital, de até cinco salários mínimos (considerado um salário baixo para esses profissionais).

Braga et al. (2010) também constataram a alta prevalência de transtornos mentais comuns (TCM) em trabalhadores da rede básica de saúde que estavam expostos a situações de elevadas demandas e desgastes psicológicos. Dos trabalhadores que aderiram o estudo, cerca de 42% apresentaram TCM. Em relação, particularmente, aos médicos participantes, 33,3% apresentaram TCM. Esse estudo evidenciou também que trabalhadores expostos a situações de trabalho de alta demanda psicológica, mas que possuíam suporte social elevado, apresentavam uma taxa menor de incidência de TCM, do que em outras situações.

Entre os médicos entrevistados a presença dos Transtornos Mentais Comuns (TCM) também pode ser evidenciada:

A gente tem um desgaste emocional, que eu acho alto, porque você se envolve emocionalmente com o paciente o dia inteiro e esse é um aspecto que eu acho difícil administrar (Médico O).

O stress é um problema. Falar que você não chega estressada, cansada, desanimada, é mentira. Ao ponto de eu falar: preciso de férias, senão eu vou chutar a parede. (Médico E)

Stress [quando perguntado se teve problemas de saúde]. Eu já tive um episódio de depressão há sete anos, por aí. Mas era uma depressão com um componente de ansiedade tão grande que se eu parasse era pior, então eu vinha trabalhar. Eu precisava trabalhar (Médica A).

Uma das médicas entrevistadas ao relatar o seu problema de saúde, acaba por evidenciar, sem notar, o comportamento do colega de profissão que a atendeu, marcado pela fragilização da relação médico-paciente, um das principais características da medicina empresarial e tecnológica:

Ele me deu (quando foi ao médico por não estar se sentindo bem), mas eu não estou tomando ainda a sertralina, antidepressivo. Ele acha que é mais pela ansiedade. Na verdade, ele não perguntou muita coisa. Olhou na minha cara e achou que eu estava ansiosa. E a gente fica mesmo, acaba ficando. É cansativo. (Médica C)

Os relatos coincidem com o apontado por Massud, Barbosa e Gouveia (2007), que indicam que quase a metade dos profissionais que exercem a Medicina no Brasil manifesta distúrbios psiquiátricos, que são associados, por exemplo, com a ansiedade e a depressão. São sensações de mal-estar, desconforto psíquico e emocional, desafetos e situações desagradáveis e, por vezes, conflituosas. Um sofrimento mais mental que físico (NOGUEIRA-MARTINS, 2003; SOBRINHO et al., 2006; MELO, ASSUNÇÃO e FERREIRA, 2007).

Nas entrevistas, também foi comum os médicos se recordarem de episódios envolvendo problemas de saúde ocorridos com os colegas. Às vezes, para dizer que não aconteceram com eles, mas que conhecem muitos casos, ou, então, para dizer que os problemas de saúde não acontecem só com eles:

Eu vi [afirmando não enfrentar problemas, mas reconhecer nos colegas] desde reação aguda ao stress, em que o indivíduo tem que tomar os antidepressivos, até conflito com paciente, com equipe. Já vi muitos colegas com problema de alcoolismo e até extremos de suicídio, em número bem pequeno. Mas, basicamente, depressão e alcoolismo. (Médico D)

Poucos médicos que trabalham comigo não tomam remédio para alguma coisa do tipo diabetes, hipertensão e ansiedade. Não estou me lembrando de ninguém agora. Talvez algum jovenzinho que acabou de chegar. Mas, se já trabalham há quinze anos, dez, quinze anos, ninguém escapa. Quem vive nessa rotina toma remédio para ansiedade, depressão e pressão alta. Quase todo mundo. (Médico I)

Conforme Benevides-Pereira (2002), o estresse que leva à ansiedade é especialmente importante na categoria médica. De acordo com esse estudo, é possível encontrar, entre os agentes estressores, demandas acima das condições efetivas para um bom atendimento, longas jornadas de trabalho, burocracia na prática diária, convivência com sofrimento e morte, necessidade de atualização contínua, presença de dilemas éticos, responsabilidade civil e penal da prática médica, etc. Como foi possível observar, ao longo da exposição dos relatos, alguns desses elementos estão presentes no trabalho médico desenvolvido nas UBS's de Jaguariúna/SP.

No entanto, é preciso dizer que o desenvolvimento de problemas de saúde não é a única realização possível do real da atividade. A atividade contrariada pode ter outro destino, como apontam algumas pesquisas recentes, o da restauração dos recursos da ação dos trabalhadores sobre a própria atividade, em que o próprio trabalho voltar a ser um momento de ampliar seu raio de ação, a fonte de uma regeneração da atividade conjunta (CLOT, 2001, 2007, 2010b).

Como afirma Clot (2001, p.53), em reação a essa condição de controle, “existe uma perturbação com relação ao sentido, aos valores do trabalho e à definição de sua qualidade no momento em que se força a entrada destes valores no modelo excessivamente estreito da eficácia em curto prazo”.

No entanto, é notória, em boa parte dos médicos entrevistados a tendência para a ‘autoculpabilização’, ou seja, os problemas que impedem o desenvolvimento satisfatório da atividade são considerados como sendo culpa do próprio trabalhador, do próprio médico, que não

tem competência, habilidades e, até mesmo, vontade de melhorar o seu desempenho, não estabelecendo qualquer relação com as condições e organização do trabalho. Algo surpreendente, quando se considera o fato de que é uma classe profissional conhecida como extremamente corporativista:

A gente deveria ter mais tempo para atender cada paciente. Mas eu sou mais lenta mesmo. A gente tem que atender quatro pacientes por hora e para mim, quinze minutos é muito pouco (Médica L).

Acho que [...] culpa nossa, dos médicos mesmo [de ter que submeter às regras administrativas], que começaram, talvez por ganância, a se vender, vamos falar nesses termos, a se vender muito barato. (Médico I)

Como visto anteriormente, tal posição coincide com o pensamento dos gestores e é também bastante reforçada pelos manuais de gestão de ‘pessoas’ e autoajuda. Quando indagados sobre as estratégias para lidar com as dificuldades do ambiente de trabalho e os problemas de saúde decorrentes, mais uma vez evidenciam-se o enfraquecimento ‘gênero profissional’ e o enfraquecimento do ofício, pois as estratégias são individualizadas, não há recurso coletivo:

Cada cruz no meu estetoscópio é uma cruz que pesa [falando sobre a morte de pacientes][...] talvez eu precisasse de um psicólogo ((sorrindo)) mas a minha esposa é muito companheira, a gente vai conversando. (Médico B)

Acho que é levar na boa mesmo. Procurar não se carregar demais e resolver o que você pode. Isso você aprende com o tempo mesmo. Ter um paciente que teve uma doença muito ruim, dá uma angustia na gente. Pra mim demora dias pra digerir (Médico N).

Eu tenho que chorar um pouco e passa, vou fazer alguma coisa que eu gosto como ver vitrine, por exemplo, passear num lugar em que você possa não ser médico. (Médico M)

Não só são individualizadas, como alguns dos entrevistados recorrem à ajuda espiritual, e julgam que, de forma surpreendente, esse é dos motivos que levam os colegas a adoecerem. Para esse profissional entrevistado, a questão religiosa, ou melhor, a ausência de desenvolvimento espiritual teria implicações fundamentais na saúde dos colegas:

Depende muito de, vamos dizer, pessoalmente como é que eu estou começando o meu dia, sabe? Se eu me proponho a estar melhor e se eu falo: Deus, eu estou indo trabalhar, eu não estou com paciência hoje, mas eu espero que o Senhor me dê essa paciência. Ou que o Senhor me dê capacidade de perceber o problema dos outros. Isso é uma coisa pessoal mesmo. É uma estratégia, acaba sendo uma estratégia que funciona. (Médica A)

Ficam doentes [referindo-se aos colegas], porque não conhecem a Deus, não é? Claro que é! Você conhece alguma pessoa, que tenha problema sério de saúde, ou que tenha problema de saúde e que está espiritualmente bem? (Médica H)

Mas aí ela não está bem [Caso o colega reclame das condições de trabalho]! Eu creio assim: se estiver dentro dos planos de Deus para minha vida, não tem erro! Tem pessoas que assim: “Ah, mas está tudo ótimo na minha vida, mas meu trabalho não é o que gosto, não tá legal.” – Porque não é o trabalho que Deus escolheu para ele. É falta de ouvir Deus! (Médica H)

Eu rezo todo dia antes do trabalho. Eu acordo, eu já falo: olha Deus, faz hoje o meu dia ser bom. Se eu fizer alguma coisa errada você me mostra na hora! Por favor, você mostra ou você dá uma chance de eu concertar. (Médica M)

Para Volcan et al. (2003), apesar de não ser possível determinar, com exatidão, os mecanismos de interação da Espiritualidade na saúde, e especialmente na saúde mental, vários estudos sugerem que o exercício de atividades espirituais podem influenciar psicologicamente, por meio de emoções positivas como a esperança, o perdão, etc. Além disso, estas emoções podem ser importantes para a saúde mental, em termos de possíveis mecanismos psiconeuroimunológicos e psicofisiológicos. Esses autores ainda recomendam, considerando que a espiritualidade é um recurso psicossocial de promoção de saúde mental, o incentivo à prática de atividades espirituais e religiosas visto que podem ser benéficas e não tem custos aos sistemas de saúde.

No que se refere à saúde, há ainda a dificuldade em reconhecer os próprios sinais de adoecimento que, na visão dos médicos, a falta de tempo dificulta o reconhecimento das evidências de que algo não está bem com a própria saúde:

Você acaba não tendo tempo para você, porque você se envolve com horário integral, você deixa para trás mesmo e aí, nesse sentido, eu acho que a gente se cuida muito pouco. (Médica A)

Eu percebo assim: bom, agora eu não posso desacelerar, agora eu não posso segurar minha agenda, agora eu não posso diminuir o atendimento, eu tenho

uma demanda programada para isso daí [...] Dá pra perceber quando o trabalho afeta? Dá, mas você meio que descarta isso logo. Por que não tem jeito, é esse o esquema. Então tudo bem. (Médica L)

De fato, médico não quer saber de médico, preferem não reconhecer ou ignorar a qualidade dos sintomas que apresentam. Talvez, como aponta outro estudo publicado pelo Departamento de Saúde da Inglaterra (2008), essa diferença seja melhor compreendida em razão da dificuldade que muitos médicos possuem em admitir que seu trabalho é estressante, que possuem problemas, que fazem uso de uma bebida ou droga ou que precisam de ajuda. Entende-se que algumas razões para essa condição, dentre os quais podem ser citados os elevados padrões pessoais de quem escolhe a medicina, os temores sobre o trabalho e a incerteza sobre com quem se pode contar:

Médico normalmente não vai atrás de médico. Então assim, para você ver: eu não estou bem, eu estou com uma dor lombar e eu sei que minha pressão não está boa ou qualquer coisa, você vai toma um remédio e você não vai buscar ajuda. Isso é muito ruim e isso é de todos os médicos. (Médica A)

Eu, particularmente, sou uma pessoa que não pensa muito na própria saúde. Pouco faço exame. É só quando já estou muito ruim mesmo. Acho que nem é arrogância, mas é achar que está tudo bem, que você conhece, e de repente quando vai ver não é bem assim. A gente tem que aprender a ser paciente também. (Médica M)

Graças a Deus, eu tenho uma saúde boa. Estou atualmente, aí com uma gripe de um mês, que agora contaminou e virou uma sinusite. Ontem eu estava péssimo, o antibiótico começou a fazer efeito, mas nada especial. Eu tenho uma boa saúde e me sinto bem trabalhando. (Médico F)

Entretanto, o enfrentamento dessas dificuldades, vale lembrar, não está a cargo apenas dos médicos, os gestores de serviços de saúde também possuem papel fundamental, na promoção de boas práticas de trabalho visando melhorar a saúde física e mental não só de médicos, mas de todos os profissionais de saúde (HEILIGERS et al. 2008; MILLER, 2009).

Sabe-se que a oferta de um espaço para que os profissionais de saúde em geral, não só para os médicos, falem de suas angústias e dramas profissionais pode minimizar seu sofrimento psíquico, entretanto, é preciso produzir as mudanças necessárias no contexto de trabalho, nas

condições sociais e políticas da questão da saúde, de emprego e renda, para que efetivamente haja modificações no perfil de morbidade e nas condições de exercício profissional desses trabalhadores (PEREIRA, 2007).

Não é o caso de apenas registrar e reconhecer o sofrimento em situação de trabalho, pois, como afirma Clot (2010b, p. 284), “longe de ser a ocasião de transformações efetivas da organização, pode tornar-se também um novo campo de gestão dos recursos humanos que encontram seu lugar no organograma ou no mercado”. Nesse caso, corre-se o risco de identificação com a ideologia gerencialista, cujo objetivo maior seria garantir uma disposição motivacional com vistas proporcionar a execução, sem resistências, dos deveres a as tarefas previstas.

Frente ao real, o desenvolvimento do poder de agir exige um ofício vivo que supere a atividade quando, afinal, esta deve ser capaz de mantê-lo à sua disposição. Esta é verdadeira questão da clinica da atividade.

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resultado da reestruturação produtiva no setor de saúde, o grande desenvolvimento tecnológico, voltado para a medicina e para a indústria farmacêutica, acrescido do crescimento das empresas compradoras de serviços médicos, compõe um novo cenário que altera o processo, a organização e as relações trabalhistas dos profissionais da medicina. Tais mudanças que resultaram, dentre outras coisas, em maior intensificação e precarização do trabalho médico, repercutiram negativamente nas condições de trabalho e, conseqüentemente na saúde daqueles profissionais.

Os dados obtidos na pesquisa revelaram que os médicos entrevistados estão submetidos a um processo de trabalho, baseado no modelo de medicina tecnológica, que lhes tira a autonomia para gerir o próprio trabalho, os sobrecarregam e os expõem a situações de muita pressão. Além disso, observou-se também um estranhamento dos médicos com relação ao seu trabalho, à medida que não se reconhecem na atividade a que se dedicam cotidianamente, alegaram não terem apoio dos colegas para execução das tarefas e nem reconhecimento por parte das chefias e dos pacientes. Condições que favorecem a vivência de uma atividade de trabalho contrariada, ou seja, momento no qual o trabalhador está impedido de acessar os recursos genéricos do ofício, bem como os seus próprios.

Essa condição profissional se aprofunda na medida em que, além dos problemas de gestão do trabalho, os médicos vivenciam as dificuldades decorrentes do enfraquecimento de seu ofício, esgotamento da modalidade estritamente liberal de exercício da profissão, decorrente da crise da medicina provocada pela mudança de modelo orientador de suas práticas, como a passagem de um modelo liberal de exercício profissional, para o modelo tecnológico e empresarial. Tal situação, gera também, implicações importantes numa questão central da profissão que é a relação médico-paciente, promovendo um distanciamento entre as partes e desumanizando a prática profissional.

Diante desse cenário profissional devem ser estimuladas ações gerenciais, nos serviços de saúde, que não se restrinjam a questões administrativas, mas que amplie sua atuação em direção à prescrição técnica da prática médica, propondo ações de saúde vinculadas aos princípios básicos do SUS. Tais práticas gerenciais devem organizar e avaliar os atos médicos, com base em diretrizes que garantam a universalização e a equidade da atenção à saúde. Além disso, devem respeitar a autonomia técnica da profissão, mas combater a autonomia plena, hierárquica, política e institucional, que parece apenas reproduzir os interesses corporativos da profissão.

De acordo com a maioria dos depoimentos, foi possível constatar que as condições e a organização do trabalho, de maneira geral, interferem nas condições de saúde e de vida daqueles médicos. A hipertensão e transtornos mentais comuns, sob a forma de stress, ansiedade e depressão foram os principais problemas de saúde que os entrevistados relataram sofrer. As estratégias utilizadas pelos médicos, para enfrentar essa realidade de trabalho, revelaram, mais uma vez, a ausência do coletivo de trabalho, uma vez que cada um utilizava um recurso particular e bastante pessoal.

De modo que é possível concluir que se trata de uma categoria profissional onde seus membros não se reconhecem mais na sua prática, cuja identidade profissional está enfraquecida, uma vez que seus ideais tradicionais estão abalados pelo modelo de exercício profissional adotado. Registra-se, apesar de reafirmada pelos pares e entidades representativas oficiais, que a autonomia foi abalada. O mercado de trabalho caracteriza-se atualmente pelo assalariamento e a multiplicação dos vínculos empregatícios, muitas vezes estabelecidos de forma precária, inclusive os que se dedicam ao serviço público.

Espera-se que esse trabalho contribua para o desenvolvimento de políticas públicas que orientem a gestão dos serviços de saúde, em prol de ambientes de trabalho mais saudáveis e estimulantes. A Clínica da Atividade pode contribuir, nesse sentido, orientando a construção de espaços coletivos para a reflexão e avaliação dos sentidos das ações produzidas e dos temas pertinentes a prática médica, como as relações estabelecidas com o paciente e entre os profissionais.

Recomenda-se a continuidade de estudos que busquem compreender as situações de trabalho e levem em consideração a variabilidade humana presente nas situações laborais, com o

intuito de conhecer os modos operatórios dos trabalhadores e as estratégias de regulação das suas condições diante das exigências da organização de trabalho. O grande desafio é, a partir desta compreensão, criar estratégias de prevenção e de desenvolvimento da capacidade de ação dos trabalhadores sobre as situações de trabalho.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹⁷

ABRAHÃO, J.I., PINHO, D.L.M. As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos na Ergonomia. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.7, n. esp., p.45-52, 2002.

ABRAHÃO, J.I., PINHO, D.L.M. Teoria e prática ergonômica: seus limites e possibilidades. In M. G. T. Paz & A. Tamayo (Orgs.) **Escola, saúde e trabalho**: estudos psicológicos. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999. p. 229-240.

ALVES, H.N.P. et al. Perfil clínico e demográfico de médicos com dependência química. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.2, n.4, p. 310-316, out./dez., 2004.

ALVES, H.N.P.; ARAÚJO, M.A. Transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina e médicos. In: Kátia Burle Guimarães. (Org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p.189-199.

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho e o desenho multifacetado das ações coletivas. **Cadernos ANDES**, Brasília, n.21, p.8-16, 2005.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.25, n.87, p.335-351, maio/ago. 2004.

ARNETZ, B.B. Psychosocial challenges facing physicians of today. **Social Science & Medicine**, Sweden, v.52, n.2, p.203-213, Jan. 2001.

ASSUNÇÃO, A.A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v.8, n.4, 2003.

¹⁷ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

ASSUNÇÃO, A.A. et al. Recursos humanos e trabalho em saúde : os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, supl.2, 2007.

ASSUNÇÃO, A.A.; LIMA, F.P.A. A contribuição da ergonomia para a identificação, redução e eliminação da nocividade do trabalho. In: MENDES, R. (org.). **Patologia do trabalho**. Ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2003. p.1767-1789.

BARBOSA, A. C. Q.; PERPETUO, I. H. O.; RODRIGUES, J. M.; SILVA, N. C.; RODRIGUES, R. B. Desafios e perspectivas na gestão de recursos humanos da atenção primária à saúde - um estudo censitário em Minas Gerais. In: **XIII Seminário sobre a Economia Mineira**, 2008, Diamantina. XIII Seminário sobre a Economia Mineira. Belo Horizonte: Cedeplar - UFMG, 2008.

BARBOSA, G.A. et al. (Coord.). **A saúde dos médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.

BASTOS, A.V.B. Comprometimento no trabalho: os caminhos da pesquisa e os seus desafios metodológicos. In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J.E. ; CODO, W. (Ed.). **Trabalho, organizações e cultura**. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1996. p.105-127.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. (Org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. 3.ed. São Paulo : Casa do Psicólogo, 2002.

BERLINGUER, G. **A doença**. Trad. Virginia Gawryswsky. São Paulo: Hucitec, 1988. 150p.

BERLINGUER, G. A relação entre saúde e trabalho do ponto de vista bioético. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.2, n.2, 1993.

BERTOLOZZI, M.R.; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil : reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BLANCH RIBAS, J.M. et al. **Teoría de las relaciones laborales**. Barcelona, Fundamentos, 2003.

BOCK, A.M.B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano : a adolescência em questão. **Cadernos Cedex**, Campinas, v.24, n. 62, p.26-43, abr. 2004.

BRAGA, J.C.S. ; PAULA, S.G. **Saúde e previdência** : estudos de política social. São Paulo: CEBES - Hucitec, 1987.

BRAGA, L.C.; CARVALHO; L.R.; BINDER, M.C.P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1585-1596, 2010.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.213-223, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

BRASIL. **Lei orgânica de saúde nº 8.080 de 19/09/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Mesa de negociação permanente do SUS**: democratização das relações de trabalho no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série D. Reuniões e conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de humanização**: relatório final da oficina humaniza - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desprecarização do trabalho no SUS: perguntas e respostas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 c.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** 3.ed. Trad. Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRITO, J. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.4, pp.879-889, Rio de Janeiro, 2005.

CABANA M.C.F.L.; LUDERMIR A.B.; SILVA E.R.; FERREIRA M.L.; PINTO M.E.R. Transtornos mentais comuns em médicos e seu cotidiano de trabalho. **J Bras Psiquiatr.** v.1, n.56, pp.33-40. 2007.

CAMPOS, C.M.S.; SOARES, C.B. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma – repensando a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

Campos GWS. **Saúde paidéia.** São Paulo: Hucitec; 2003.

CAMPOS, G.W.S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010.

CANESQUI, A.M. Ciências sociais, a saúde e a saúde coletiva. In: _____. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1995.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.

CAPOZZOLO, A.A. **Os desafios para o gerenciamento do trabalho médico:** um estudo em unidades básicas do município de Diadema – SP. 1997. 192f. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

CAPOZZOLO, A.A. **No olho do furação:** trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 273f. (Tese de Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CARNEIRO, M.B.; GOUVEIA, V.V. **O médico e o seu trabalho.** Brasília: CFM, 2004.

CARVALHO, A.I.; RIBEIRO, J.M. Modelos de Atenção à Saúde. In: CARVALHO, A.I.; GOULART, F.A. **Gestão em Saúde** (Unidade II: Planejamento da atenção à saúde). Rio de Janeiro/Brasília: FIOCRUZ/UnB; 1998.

CASSORLA, R. M. S. Depressão e suicídio no estudante de medicina e no médico. In: GUIMARÃES, K.B.S. (Org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.171-188.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: **Anais do VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa: Portugal, 2002. Disponível em: <<http://unpan1.um.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043316.pdf>> Acesso em: 06 ago. 2010

CHIAVEGATO FILHO, L.G.; PEREIRA JUNIOR, A. LER/DORT multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p.149-162, 2004.

CHIAVEGATO FILHO, L.G. Acidentes e doenças do trabalho no município de Jaguariúna em 2004. In: CONGRESSO MUNDIAL DE SAÚDE PÚBLICA, 11º; CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 8º. 2006, Rio de Janeiro. Saúde Coletiva em um mundo globalizado: rompendo barreiras sociais, econômicas e políticas. **Anais do...** Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 1 CD-ROM.

CLOT, Y., **Le travail sans l'homme?** Paris, Éditions La Découverte, 1995.

CLOT, Y., De Vygotski à Léontiev via Bakhtine. In: Clot, Y. (dir.), **Avec Vygotski**, Paris, La Dispute / SNEDIT, p. 165-185, 1999.

CLOT, Y e FAITA, D. Genres e stules em analyse du travail: conceptes et méthodes. **Travailler**, 4, 7-42, 2000.

CLOT, Y. Clínica do trabalho, clínica do real. Tradução para fins didáticos: Kátia Santorum e Suyanna Linhales Barker. Revisão: Cláudia Osório. **Le Journal des Psychologues**, Paris, n. 185, mars 2001.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CLOT, Y. Trabalho e sentido do trabalho. In: Falzon, P. (Org.) Ergonomia. São Paulo, Ed. Blucher, 2007. p.265-280

CLOT, Y. A psicologia do trabalho na França e a perspectiva da clínica da atividade. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, pp. 207-234, abr. 2010a .

CLOT, Y. **Trabalho e o poder de agir**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010b. 368p.

CLOT, Y. Clínica do trabalho e clínica da atividade. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A. (orgs.) **Clínicas do trabalho**: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo, Atlas, 2011. p.71-83

COHEN, D.; RHYDDERCH, M. Measuring a doctor's performance: personality, health and well-being. **Occupational Medicine**, London, 2006.

COHN, A.; ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A.C. (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995. p.225-44.

COHN, A. **Previdência social e processo político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980.

COHN, A. Saúde e desenvolvimento social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.2009.

COSTA, G.D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.62, n.1, fev. 2009.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública**: referências para a atuação do (a) psicólogo (a) / Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, CFP, 2008.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Mercado de Trabalho Médico no Estado de São Paulo. São Paulo: CREMESP; 2002.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.17, n.68, p.7-13, 1989.

DANIELLOU, F. (org.). **A Ergonomia em busca de seus princípios**: debates epistemológicos. São Paulo: Ed. Blucher, 2004.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.14, n.54, p.7-11, 1986.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. ; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudos de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Oboré, 1988.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.F. (coord.) **O indivíduo na organização**. São Paulo: Atlas, 1992.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v.1, n.2, p.5-15, maio 2001.

DIAS, M.D.A. **A saúde dos trabalhadores jovens como indicador psicossocial da dialética inclusão e exclusão**. Estudo de caso com jovens operárias em indústrias de confecção. 2007. 181f. (Tese de Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade**: o médico e o seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DOPPLER, F. Trabalho e saúde. In: FALZON, Pierre (Org.). **Ergonomia**. São Paulo: Blucher, 2007. v.1.

ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.3, sept. 2004.

ENGLAND. Department of Health. **Mental Health and Ill Health in Doctors**. London, 2008.

ENRIQUEZ, E. Prefácio. In: DAVEL, E.P.B.; VASCONCELLOS, J. G.M (Orgs.). **“Recursos” Humanos e Subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1995.p.7-22

FERNÁNDEZ, G. e CLOT, Y. Entrevistas de auto-confrontación: um método em clínica de La actividad. **Laboreal**, Porto, v.3, n.1. p.15-19, 2007.

FOGACA, M.C.; CARVALHO, W.B.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Demandas do trabalho e controle: implicações em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 4, Aug. 2010a.

FOGACA, M.C.; CARVALHO, W.B.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010b.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 17-27, 2008.

FONTANELLA, B.J.B.; CAMPOS, C.J.; TURATO, E.R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p.812-20, 2006

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 35 (122): 229-248, 2010

FRASQUILHO, M.A. Medicina, médicos e pessoas: compreender o stress para prevenir o burnout. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, n.18, p.433-444, 2005.

GARIGLIO, M.T.; RADICCHI, A.L.A. O modo de inserção do médico no processo produtivo em saúde: o caso das unidades básicas de Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.153-163, fev. 2008.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. São Paulo: Ed. Ideias e Letras, 2007.

GAULEJAC, V. A NGP: a Nova Gestão Paradoxal. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, L.A.P. (Orgs) **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011. pp.84-98

GOULART, F. A. A.; CARVALHO, G. C. M. **Os médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

GUÉRIN F et. al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

GUIMARÃES, M.C. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. **Rev. bras. Saúde Ocup**; 34(120), jul.-dez. 2009.

HACKMAN, J. R., OLDHAM, G. R. Development of the Job Diagnostic Survey. **Journal of Applied Psychology**. vol. 60, no. 2, p.159-170, 1975.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 1996. 349p.

HIRATA, H. Alternativas sueca, italiana e japonesa ao paradigma fordista: elementos para uma discussão sobre o caso brasileiro. In: SOARES, R. (org.). **Gestão da qualidade: tecnologia e participação**. Brasília: Codeplan, 1992.

IBÁÑEZ, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A.M. (Org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 49-74.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

KOVÁCS, I. Emprego flexível em Portugal alguns resultados de um projecto de investigação. In: PICCININI, V.C. et al. (Orgs.) **O mosaico do trabalho na sociedade contemporânea**: persistências e inovações. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

LACAZ, F.A.C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, abr.2007.

LACAZ, F.A.C. Reforma sanitária e saúde do trabalhador. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.1, p.41-59, 1994.

LAURELL, A.C. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: LAURELL, A.C. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde** : trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, M. E. A. **Escritos de Louis Le Guillant**: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte, 1978.

LEPLAT, J.; CUNY, X. **Introdução à psicologia do trabalho**. Tradução de Helena Domingos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkion, 1977.

LIMA, F. P. A. A transcendência do valor: flexibilidade, focalização, terceirização e a relação capital-trabalho. **Anais do ENEGEP 2000**. São Paulo, 2000, CD-ROM.

LIMA, F.P.A. A formação em ergonomia: reflexões sobre algumas experiências de ensino da metodologia de análise ergonômica do trabalho. In: KIEFER, C.; FAGÁ, I.; SAMPAIO, M. R. **Trabalho, educação e saúde**: um mosaico em múltiplos tons. Vitória: Fundacentro, 2001.

LIMA, M.E.A. Esboço de uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: , JACQUES, M.G. ; CODO, W. (Ed.). **Saúde mental e trabalho: Leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.50-81.

LIMA, M.E.A. (Org.). **Escritos de Louis Le Guillant: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes. 2006.

LIMA, M.E.A. Réplica 2 - Réplica ao artigo "tentativas de suicídio entre bancários no contexto de reestruturação produtiva". **Rev. adm. contemp.**, Curitiba, v. 14, n. 5, oct. 2010 .

LIMA-GONÇALVES, E. **Médicos e ensino da medicina no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2002.

MACIEL, R.H. et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, Oct. 2010.

MACIEL FILHO, R.; PIERANTONI, C.R. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil: revendo conceitos e mudanças. In: BRASIL. Ministério da Saúde. In: BARROS, A.F.R. (Org.) et.al. **Observa-tório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.139-162.

MACHADO, M.H. **Perfil dos médicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; CFM-MS; PNUD, 1997.

MARTELLI, C.G. **Auto-ajuda e gestão de negócios** – uma parceria de sucesso. São Paulo: Azougue, 2006. 288p.

MARTINE, G. e DINIZ, C.C. Concentração econômica e demográfica no Brasil: recente inversão do padrão histórico. **Revista de Economia Política**, São Paulo, v.11, n.3 (43), jul./set., 1994, p. 121-134.

MARTINS, M. I. C. e DAL POZ, M. R. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.8, n.2, p.125-146, 1998.

MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 6 volumes.1980.

MARX, R. Autonomia, trabalho em grupo e estratégia empresarial: o que há de novo neste fim de século. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.11, n.4, p.67-75, 1998.

MASSON, L.P.; BRITO, J.C.; SOUSA, R.N.P. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 4, Dec. 2008.

MASSUD, M.; BARBOSA, G. A; GOUVEIA, V. V. Bem estar e saúde mental. In: BARBOSA, G. A. et al. (Org.). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007. cap. 2. p. 29-48.

MELEIRO, A.M.A.S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. **Revista da Associação Medica Brasileira**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 1998.

MELEIRO, A.M.A.S. **O médico como paciente**. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.

MELO, E.M.C.; ASSUNÇÃO, A.A.; FERREIRA, R.A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, 12, p.3000-3010, dez. 2007.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.25, p.341-349, 1991.

MENDES, R.; WAISSANN, W. Aspectos Históricos da Patologia do Trabalho. In **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MERLO, A.R.C.; LAPIS, N.L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, Apr. 2007.

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

MILLER, L. Doctors, their mental health and capacity for work. **Occupational Medicine**, London, v.59, n.1, p.53-55, 2009.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C. ; THEDIM-COSTA, S.M.F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.125-136, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, 1999.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p.21-32, 1997.

MONTMOLLIN, M. **A ergonomia**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

MORALES, G.; PÉREZ, J.C.; MENARES, M.A. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. **Revista de Psicología de la Universidad de Chile**, Santiago, v.12, n.1, p.9-25, 2003.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

MORIN, E. **Os sentidos do trabalho**. RAE, São Paulo, v. 41, nº 3, 8-19, julho/setembro, 2001.

MURRAY, A. et al. Doctor discontent: a comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997. **J. Gen. Intern. Med.**, Alberta, v.16, n.7, p.452-459, Jul. 2001.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.131-140, 2006.

NAVARRO, V. L.; PADILHA, V. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, Ed. Especial, v. 19, p. 14-20, 2007.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v.20, n.9, p.353-364, 1991.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Residência Médica: estresse e crescimento. **Psychiatry Online**, São Paulo, n.1, p.1, 1998.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.59-71, 2003.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Estresse e residência médica. In: GUIMARÃES, K.B.S. (Org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.113-119.

NUNES, E.D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.13-38, 2005.

OLIVEIRA, G.F. **Trabalho e bem-estar subjetivo**: compreendendo a situação laboral dos médicos. 2008. 288f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Doutorado Integrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.139-62. v.2.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PALMA, A.; MATTOS, U.A.O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.567-590, set-dez. 2001.

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **RAE. Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.

PAULA, A. P. P. Por uma nova gestão pública: reinserindo o debate a partir das práticas possíveis. In: CUNHA, A. S.; MEDEIROS, B. A.; AQUINO, L. C. (Orgs.) **Estado, instituições e democracia**: república. Brasília: IPEA, 2010. p. 505-530.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1):75-91, 2002

PENNELLA, I. **LER**: uma jornada de sofrimento no trabalho bancário. 2001. 198f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8132/tde-05102001-114209/publico/ISABELAPENNELLA_PRN.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2009.

PEREIRA, M.A.D. Ansiedade nos médicos. In: GUIMARÃES, K.B.S. (Org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.157-170.

PERES, E.M. O programa saúde da família no enfrentamento das desigualdades sociais. **Aquichan**; 7(1): 64-76, 2007

PICCININI, V.C. et al. Apresentação. In: PICCININI, V.C. et al. (Orgs.) **O mosaico do trabalho na sociedade contemporânea**: persistências e inovações. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

PIERANTONI, C. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, B.; VIANA, A.L. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, 2002. p.609-630.

PIERANTONI, C. ; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: FALCÃO, A. et al. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p.51-70. v.2.

PIRES, M.R.G.M.; DEMO, P. Políticas de saúde e crise do estado de bem-estar : repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, ago. 2006.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina/UFGM, 2001. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf >. Acessado em: 12 out. 2009.

POSSAS, C. A. **Saúde e trabalho**: a crise da previdência social. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1989. v.1.

PUSTIGLIONE, M. L.E.R. - Lesões por esforços repetitivos: um modelo não reducionista de interpretação. **Mundo Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.280-284, 1997.

QUINTANA, P.; ROSCHKE, M.A. ; RIBEIRO, E.C. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: HADDAD, Q.J. et al. **Educación permanente de personal de salud**. Washington, DC: OPAS, 1994.

REY, F.L.G. **Pesquisa qualitativa em psicologia**. São Paulo: Pioneira, 2002.

REZENDE, M. S. **Atividade de Trabalho em Call Center**: a mobilização das teleatendentes para compatibilizar saúde, produtividade e qualidade. 2007. 108f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

RIBEIRO, H.P. **O juiz sem a toga**: um estudo da percepção dos juízes sobre trabalho, saúde e democracia no judiciário. Florianópolis: Lagoa-Sinjusc, 2005. v.1.

RIBEIRO, C. V. S. A Saúde do servidor público em tempos de gerencialismo. In ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 15., 2009, Maceió. **Anais...**, Maceió: UFAL, 2009.

RODRIGUEZ NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: desafios para a prática e a educação médicas. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.14, p.66-74, ago. 1996.

RONZANI, T.M. Novas **políticas e velhas práticas**: um estudo sobre identidade de médicos de PSF. 2002. 171 p. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

RONZANI, T.M.; STRALEN, C.J. Dificuldades de implantação do Programa de Saúde da Família como estratégia de reforma do sistema de saúde brasileiro. **Revista APS**, v.6, n.2, p.99-107, jul./dez. 2003

ROSEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.115-123, 2001.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

SANTOS, J.B.F. et al. O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado. In: Santos, J.B.F. (Org.) **Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação CETREDE/UFC/UECE**: reflexões de pesquisas. Fortaleza: Editora da Universidade Estadual do Ceará, 2006. pp.4-35.

SANTOS, M. Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos. **Laboreal**, Porto, v.2, n.1. p.34-41, 2006.

SANTOS, M.Z.C. **A contribuições de um projecto para uma psicologia do trabalho em Portugal**: um caso de introdução de novas tecnologias num armazém de papel. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Empresas) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 1997.

SANTOS, N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, 2008.

SATO, L.; LACAZ, F.A.C.; BERNARDO, M.H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 11, n. 3, Dec. 2006.

SAWAIA, B.B. O sentido ético-político da saúde na era do triunfo da tecnobiologia e do relativismo. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. (Org.). **O clássico e o novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho**. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L.B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, v. 19, p.106-121, 1996.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 123-140, 1997.

SCHRAIBER, L.B. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 2, Fev. 1998

SCHRAIBER, L.B. A profissão de ser médico. In: CANESQUI, A.M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo - SP: HUCITEC, 2000, p. 75-98.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e suas interações**: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. 245p.

SELIGMANN-SILVA, E. A inter-relação trabalho-saúde mental: um estudo de caso. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.32, n.4, p.70-90, set./out. 1992.

SELIGMANN-SILVA, E. A Psicopatologia e saúde mental no trabalho. In: MENDES, R. (org.) **Patologia do trabalho**: atualizada e ampliada. São Paulo: Atheneu, 2003. p.1141-1282

SELIGMANN-SILVA. E.; BERNARDO, M.H.; MAENO, M.; KATO, K. Saúde do Trabalhador no início do século XXI. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 35 (122): 185-186, 2010a.

SELIGMANN-SILVA. E.; BERNARDO, M.H.; MAENO, M.; KATO, K. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 35 (122): 187-191, 2010b

SENNETT, R. **A cultura do novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SENNETT, R.P. **Artífice**. Rio de Janeiro: Record, 2009.

SILVA, C.O. **Vida de hospital** : a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. 128f. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, C.O. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.517-524, mar./abr., 2005.

SILVA, P.L.B.; COSTA, N.R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In NEGRI, B; FARIA, R; VIANA, A.L.D. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002. p. 275-285.

SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): 1325-1335, 2009

SPINK, P.K. Organização como fenômeno psicossocial: notas para uma redefinição da psicologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.174-192, jan./jun. 1996.

SPINK, P.K. Entrevista: Peter Kevin Spink. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.3-4, p.77-97, 2001.

TIRONI, M.O.S. et al . Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 6, 2009.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teóricoepistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis : Vozes. 2003.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

VASCONCELLOS, L.C.F.; PIGNATI, W.A. Medicina do Trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol.11, n.4, p. 1105-1115, 2006.

VASCONCELLOS, L.C.F. **Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado**. 2007. 421f Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

VIANA, A. L. A.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIEIRA, M. Autoconfrontação enunciativo-discursiva e análise do trabalho psiquiátrico. **Rev.Intercâmbio**. São Paulo: Educ, vol. 13, nº1, 2004.

VIEIRA, C.E.C., BARROS, V.A.; LIMA, F.P.A. Uma abordagem da psicologia do trabalho, na presença do trabalho. **Psicol. Rev.** Belo Horizonte: vol.13, no.1, jun. 2007.

VILELA, R.A.G; SILVA, R.C; JACKSON FILHO, J.M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, 35 (122): 289-302, 2010.

VOLCAN, S.M.A; SOUZA, P.L.R.; MARI, J.J., LESSA, B. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psíquicos menores: estudo transversal. **Rev. Saude Publica** 37(4):440-445, 2003.

WALTNER-TOEWS, D. The end o medicine: the beginning of health. **Futures**, Guildford, v.32, n.7, p.655-67, 2000.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**: ergonomia, método e técnica. São Paulo: FTD, 1987.

WISNER, A. **Inteligência no trabalho**: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994.

WOOD JR., T.; PAULA, A.P.P. O Culto da performance e o indivíduo S.A. In: EHRENBERG, A. **O Culto da Performance**. Aparecida: Idéias & Letras, 2010. p.197-208.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“O trabalho e a saúde dos médicos do Sistema Único de Saúde do município de Jaguariúna (SP)”

Senhor (a) Médico (a) do Serviços de Saúde da Prefeitura de Jaguariúna

Por que a pesquisa e quem participa?

Vários estudos têm apontado o aumento da incidência de problemas de saúde relacionados ao trabalho, nas últimas décadas, em diferentes categorias profissionais, inclusive os profissionais de saúde. No caso da categoria médica, apesar de existir uma significativa produção científica que relaciona os processos de trabalho e saúde, encontramos poucos estudos que abordam especificamente as dimensões individuais/afetivas dessa relação.

Portanto, a pesquisa busca analisar a atividade laboral (o processo de trabalho) dos trabalhadores médicos, empregados na rede pública de saúde (Sistema Único de Saúde) do município de Jaguariúna (SP), para saber em que medida as condições, sob as quais se realiza o trabalho destes profissionais, determinam os processos de adoecimento marcados pelas dimensões individuais/afetivas.

Estamos convidando V. S^a para participar como sujeito da pesquisa. Sua participação consistirá em conceder entrevistas e participar de discussões que se fizerem necessárias acerca de sua atividade de trabalho com o pesquisador.

Os trabalhos serão agendados com antecedência e serão gravados sempre que possível. As anotações daquilo que for observado e das entrevistas não gravadas serão feitas e posteriormente confrontada com os sujeitos pesquisados.

V, S^a foi selecionado tendo como critérios: ter mais de um ano no serviço e ser do quadro permanente da Prefeitura de Jaguariúna ou da Organização Social (Asamas).

O que será realizado?

Serão realizadas pesquisas documentais, entrevistas e discussões abordando o processo de trabalho médico nos serviços de saúde do município de Jaguariúna e seus impactos sobre a saúde.

O material coletado nas entrevistas e discussões serão gravados e transcritos para análise e tratamento. Posteriormente, os resultados serão apresentados a comunidade científica, na forma de documento escrito (tese de doutorado e artigos para publicação), com anuência dos participantes da pesquisa.

Quem é o responsável pela pesquisa?

A pesquisa será conduzida pelo psicólogo Luiz Gonzaga Chiavegato Filho, doutorando vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo), sob a orientação da Prof^a Dr^a Vera Navarro, do Departamento de Psicologia e Educação da mesma Universidade.

Para esclarecimentos adicionais, entrar em contato com o autor da pesquisa Luiz Gonzaga Chiavegato Filho, pelos telefones: (19)9711-5540 ou (19)2121-6471, ou e-mail lgonzaga@pg.ffclrp.usp.br. Pode ainda contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto. Av. Bandeirantes 3900 - Bloco 1 - Sala SEAC - 14040-901 Ribeirão Preto - SP - Brasil - Fone: (16)3602-3653 Fax: (16)3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

Quais os benefícios da pesquisa?

A sua participação é importante porque estará contribuindo para melhorar o conhecimento científico sobre atividade do trabalho médico e a relação entre seu processo de trabalho e os modos de adoecimento marcado pelas dimensões individuais/afetivas, fornecendo possivelmente, elementos que possam subsidiar a avaliação do trabalho e que podem vir a ser ferramentas para proposições de melhoria do trabalho.

Os participantes podem se retirar da pesquisa quando queiram?

A participação dos médicos na pesquisa é totalmente voluntária, não cabendo nenhuma forma de remuneração. Os profissionais escolhidos podem se recusar a manter a colaboração para a pesquisa, podendo dela se retirar em qualquer etapa do processo.

A pesquisa é ética e cientificamente consistente?

Esta pesquisa segue a metodologia científica, com a utilização de técnicas validadas. O projeto de pesquisa apresenta os principais autores no assunto e as obras mais pertinentes à problemática levantada. A não participação de algum dos sujeitos escolhidos não implicará em nenhuma consequência funcional dentro da instituição. Tampouco os resultados servirão para orientar qualquer sistema de avaliação de desempenho institucional.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP (Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo).

Os dados coletados serão registrados de forma a não permitir a identificação posterior do participante por pessoa alheias à pesquisa. Apesar da garantia do anonimato, a pesquisa terá seus resultados apresentados e divulgados a público, inclusive através de artigos científicos. Esse documento, por mim lido e firmado, serve para todos os efeitos legais, como meu consentimento livre e esclarecido para participar da referida pesquisa.

Nome do Médico (a):

Assinatura:

Jaguariúna, _____ de _____ de 2008.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Of. CEP/FFCLRP-USP, 073/2008- 5/9/2008

Senhor(a) Pesquisador(a):

Comunicamos a V. Sa. que o trabalho intitulado "TRABALHO E SAÚDE: DIMENSÕES INDIVIDUAIS/AFETIVAS NA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE E OS PROCESSOS DE TRABALHO DE MÉDICOS DO SUS", foi re-analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 74ª Reunião Ordinária realizada em 3/9/2008, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo CEP-FFCLRP nº 387/2008 – 2008.1.940.59.2.

Atenciosamente,


Prof. Dra. ADELAIDE DE ALMEIDA
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FFCLRP-USP

Ilustríssimo(a) Senhor(a)
Luiz Gonzaga Chiavegato Filho
Aluno do programa de Pós-Graduação em Psicologia
Desta FFCLRP-USP

c.c: Profa. Dra. Vera Lucia Navarro
Docente do Departamento de Psicologia e Educação
desta FFCLRP-USP

Recebi o(s) original(is)

06/02/08
