



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

NICODEMUS DE OLIVEIRA SOBRINHO

A Precarização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um
Distrito Sanitário de Campina de Grande/PB

CAMPINA GRANDE

2017

NICODEMUS DE OLIVEIRA SOBRINHO

A Precarização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um
Distrito Sanitário de Campina de Grande/PB

Trabalho de Dissertação apresentado à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, UEPB, como requisito parcial para obtenção de Título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de pesquisa: Trabalho, Saúde e Subjetividade

Orientador: Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva

CAMPINA GRANDE – PB
2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

O48p Oliveira Sobrinho, Nicodemus de.
A precarização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um Distrito Sanitário de Campina de Grande/PB [manuscrito] : / Nicodemus de Oliveira Sobrinho. - 2017.

106 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva , Coordenação do Curso de Ciências Biológicas - CCBSA."

1. Precarização do trabalho. 2. Condições de trabalho. 3. Profissionais da saúde. 4. Adoecimento.

21. ed. CDD 158.7

NICODEMUS DE OLIVEIRA SOBRINHO

**A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE DE UM DISTRITO SANITÁRIO DE
CAMPINA DE GRANDE/PB**

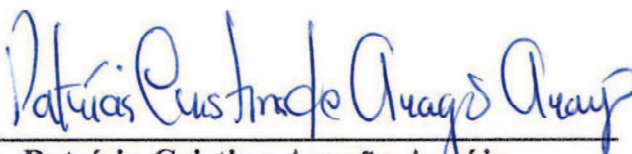
Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Aprovado em 15/08/2017

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Edil Ferreira da Silva
Universidade Estadual da Paraíba
Orientador – Presidente da Banca Examinadora



Profª Dra. Patrícia Cristina Aragão Araújo
Universidade Estadual da Paraíba
Examinadora Externa



Profª Dra. Thais Augusta Cunha de Oliveira Máximo
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Interna

CAMPINA GRANDE – PB
2017

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família em especial aos meus pais Jose Mizael Sobrinho e Terezinha de Oliveira Sobrinho que sempre contribuíram para minha formação pessoal e intelectual. Dedico também a minha esposa e companheira de todas as horas, Poliana Jussara Silva A. Sobrinho, por sempre incentivar os meus estudos e compreender as agruras do processo intelectual.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos irão primeiramente a Deus criador de todas as coisas e que proporcionou a chegada com êxito ao fim desta etapa fundamental na minha vida.

Agradeço também a toda meus familiares e amigos: meus pais, irmãos, amigos e parentes que compreenderam minhas ausências para me dedicar à conclusão desta pesquisa.

Aos meus professores, durante esta etapa da pós-graduação que contribuíram de maneira fulcral para o enriquecimento da minha pesquisa, e com novos conhecimentos que fizeram parte constitutiva da minha formação.

E um Agradecimento especial ao meu Professor Doutor Edil Ferreira que com zelo e peculiaridade, orientou esta pesquisa com maestria, no qual sem sua preciosa contribuição no processo de feitura deste conhecimento científico, não teria sua significância exclusividade.

“Dormia a nossa Pátria Mãe tão distraída. Sem perceber que era subtraída em Temerosas
Transações”

Chico Buarque de Holanda.

RESUMO

A precarização do trabalho avança na contemporaneidade e abarca os mais diversos setores da economia. O setor saúde também tem verificado um crescimento da precarização nos variados elementos do seu processo de trabalho. Neste sentido, este trabalho analisa a relação das condições e a organização do trabalho dos profissionais da saúde das unidades de básicas de saúde de um distrito sanitário de Campina Grande, com a precarização do trabalho em saúde. É uma pesquisa de caráter qualitativo e analítico, realizada em três Unidades Básicas de Saúde da Família. Foram utilizadas na pesquisa as técnicas de observação do trabalho, aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas. Participaram da pesquisa sete profissionais de saúde de nível superior, sendo 2 médicos, 2 enfermeiras, 1 Odontóloga, 1 Farmacêutica, 1 Assistente Social. Os resultados apontam que faltam condições de trabalho adequadas para o desenvolvimento das tarefas exigidas em algumas unidades. Foi detectada a falta de profissionais na equipe mínima, a exemplo de médico, enfermeiro e odontólogo. A realidade de não dispor de condições adequadas de trabalho referentes a equipamentos, instrumentos e até medicamentos causa nos profissionais, uma sensação de impotência diante do quadro sanitário e da grande demanda de usuários que buscam por atendimento de qualidade e por resolutividade dos seus problemas de saúde. No que concerne a contribuição dos profissionais à organização do trabalho foi possível verificar o caráter engenhoso dos profissionais que diante dos desafios, variabilidades cotidianas seja dos usuários, dos equipamentos, das condições de trabalho, dos insumos, etc., engendram formas de enfrentamentos e ativam medidas para que o trabalho prescrito ocorra. Portanto, mostra a positividade do trabalho. Os dados mostram que a questão da resolutividade parece ser uma regra de ofício deste segmento profissional e que para atingi-lo as profissionais se desdobram para atender a demanda que se apresenta cotidianamente, mesmo que signifique subverter o que foi planejado. Por outro lado, as situações de trabalho desencadeiam sentimentos de culpa e/ou de impotência nos profissionais de saúde em face dos obstáculos do serviço, que não estão no nível de alçada decisória do seu cotidiano profissional. Os dados da pesquisa mostram que a precarização do trabalho se efetiva através das formas de contratação dos profissionais para trabalhar nas unidades de saúde. Sob o domínio da ameaça e do medo de perder o emprego, de não receber o salário, de não saber se terá férias, de não poder reivindicar seus direitos os profissionais contratados de forma temporária são impelidos a aceitar de forma passiva a situação em que vive em seu trabalho. Apesar de tudo, podemos perceber que o trabalho desenvolvido pelas equipes multiprofissionais também provocam situações positivas tanto em relação ao reconhecimento por parte do público alvo da política – os usuários, quanto pela satisfação pessoal de estar trabalhando e desenvolvendo suas capacidades intelectivas em prol da melhoria das condições de saúde da população.

Palavras-chave: Trabalho, Saúde, Precarização, Adoecimento, Atenção Básica de Saúde.

ABSTRACT

The precariousness of the work advances in contemporaneity and covers the most diverse sectors of the economy. The health sector has also seen an increase in precariousness in the various elements of its work process. In this sense, this paper analyzes the relation of the conditions and the work organization of the health professionals of the basic health units of a sanitary district of Campina Grande, with the precariousness of health work. It is a qualitative and analytical research carried out in three Basic Units of Family Health. The techniques of job observation, the application of questionnaires and semi-structured interviews were used in the research. Seven high-level health professionals participated in the study, two of whom were physicians, two nurses, one Odontologist, one Pharmacist and one Social Worker. The results indicate that adequate working conditions are lacking for the development of the tasks required in some units. The lack of professionals in the minimum team, such as a doctor, a nurse and a dentist, was detected. The reality of not having adequate working conditions related to equipment, instruments and even medicines causes in the professionals, a feeling of impotence before the sanitary framework and the great demand of users who seek for quality care and for the resolution of their health problems . With regard to the contribution of professionals to the organization of work, it was possible to verify the ingenious nature of the professionals who face the challenges, daily variabilities of users, equipment, working conditions, inputs, etc., engender forms of confrontation and activate Measures to ensure that the prescribed work takes place. Therefore, it shows the positivity of the work. The data show that the question of solvency seems to be a legal rule of this professional segment and that in order to reach it professionals are deployed to meet the demand that presents itself daily, even if it means subverting what was planned. On the other hand, work situations trigger feelings of guilt and / or impotence in health professionals in the face of service obstacles, which are not at the decision-making level of their daily work life. The research data show that the precariousness of the work is effective through the ways of hiring the professionals to work in the health units. Under the threat and fear of losing their jobs, of not receiving the salary, of not knowing if they will have vacations, of not being able to claim their rights, the temporary contracted professionals are impelled to accept passively the situation in which Lives in his work. Nevertheless, we can see that the work carried out by the multiprofessional teams also provokes positive situations both in relation to the recognition by the target public of the policy - the users, as well as the personal satisfaction of being working and developing their intellectual capacities for the improvement of the Conditions of the population.

Keywords: Work, Health, Precariousness, Adoecimento, Primary Health Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
Capítulo 1. A Precarização do Trabalho no Contexto da Contemporaneidade	12
1.2. Aspectos da Precarização no campo da Política de Saúde.....	23
Capítulo 2. A Psicodinâmica do Trabalho e suas contribuições para análise da saúde do trabalhador	32
Capítulo 3. METODOLOGIA	38
3.1 Tipo de Pesquisa.....	39
3.2 Campo de Pesquisa.....	39
3.3 Participantes da Pesquisa.....	40
3.4 Instrumentos de Coleta de Dados.....	41
3.5 Procedimentos de Coleta de Dados.....	42
3.6 Procedimentos de Análise dos Dados.....	42
Capítulo 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	
4.1 Perfil profissional dos integrantes da pesquisa.....	43
4.2 Situação do Trabalho dos Profissionais de Saúde.....	44
4.2.1 Condições de Trabalho.....	46
4.2.2 Organização do Trabalho.....	51
4.2.3 Trabalho e Adoecimento.....	61
4.2.4 Reconhecimento do Trabalho e Satisfação Profissional.....	70
4.2.5 Precarização do Trabalho.....	73
5. Considerações Finais	79
REFERÊNCIAS	85

INTRODUÇÃO

A Precarização do trabalho é um fenômeno que vem se intensificando desde a reestruturação produtiva nas últimas décadas do século XX. Considerada para alguns autores, como sendo um processo mundial de mudanças nas formas de organização/gestão do trabalho, na legislação trabalhista e social, essas metamorfoses do modo de produção capitalista, na fase atual de financeirização e flexibilidade são expressas nas formas de desestruturação do mercado de trabalho, na contra reforma do Estado e sua (Des) proteção social (Antunes, 2013). Segundo Franco, Druck e Selligman-Silva “a precarização passou a ser um atributo central do trabalho contemporâneo e das novas relações de trabalho, apresentando múltiplas faces e dimensões” (2010, p.230).

A reestruturação produtiva e o ideário neoliberal, principalmente a partir do final da década de 1980, entrando pela década de 90, ocorreram de forma diferenciada em nível mundial. As mudanças afetaram o capital e o trabalho, bem como o Estado/Nação. Segundo Souza (2010),

Este período demarca, no Brasil, um momento histórico de recomposição da hegemonia burguesa que, combinada à expansão do ideário neoliberal, instituiu um projeto societário de revigoração do capitalismo, assumindo como um de seus eixos um Estado diminuído em sua base social, mas eficaz para atender às necessidades do capital. Necessidades que são traduzidas na desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas, na privatização das empresas estatais, no sucateamento da saúde e previdência públicas e no desmonte da organização sindical (p. 335).

No Brasil este fenômeno atinge diversas políticas sociais, incluindo a política de Saúde, principalmente a partir das ideias neoliberais nos anos 1990, quando ocorre um forte processo de sucateamento e desfinanciamento das políticas públicas. Nesta década vivia-se um momento paradoxal, na medida em que a população, incluindo a classe trabalhadora, reivindicava os direitos sociais que a Constituição Federal de 1988 apregoava e, por outro lado, a entrada de governos que defendiam a adoção de medidas de contenção das despesas públicas e a flexibilização do trabalho. Nos anos 2000, apesar de avanços, no que tange ao crescimento do setor público de saúde, do aumento do número de profissionais de saúde no setor público e do financiamento do sistema, além de criação de programas de saúde, como o SAMU, e o NASF, o setor saúde do Brasil tem na problemática da precarização do trabalho um desafio a enfrentar e resolver.

A precarização do trabalho tem sido foco de pesquisas desenvolvidas por autores como Antunes (2004), Alves (2000), Seligman-Silva (2011), Druck, (2013), Franco (2011), Grazia (2007), Muniz e Silva (2011) entre outros. Diversas outras publicações buscando pesquisar e analisar a relação entre precarização do trabalho, condições e organização do trabalho dos profissionais da saúde na atenção básica, tem apontado como se encontra esta situação em nosso país.

Diante destes estudos podemos verificar a preocupação dos pesquisadores com a problemática das transformações no mundo do trabalho e suas repercussões sobre a sociedade, em termos de serviços públicos, e para os trabalhadores no que tange a sua saúde e bem estar. Deste modo, nossa pesquisa se justifica por contemplar uma temática com relevância social e por buscar mostrar como se apresenta na cidade de Campina Grande/PB no âmbito dos serviços públicos de saúde, a questão da precarização do trabalho e suas consequências para a saúde dos trabalhadores deste setor. Pretende-se, então, analisar e aprofundar esta temática no âmbito de uma realidade local ainda pouco explorada.

Destarte, enquanto profissional da rede socioassistencial e especialista em saúde pública, que vem trabalhando com esta temática e atuando em um dos distritos sanitários em Campina Grande/PB, percebemos a necessidade de aprofundarmos esta problemática da precarização do trabalho em saúde. Como profissional que atua no âmbito da assistência social na atenção básica e trabalha em parceria constante com os profissionais de saúde desse distrito, observamos os limites que estão postos, tanto no âmbito da política, quanto das condições objetivas e subjetivas de trabalho, em um cenário de momentos históricos de construção e desconstrução da política de saúde no Brasil.

É neste lastro que iremos desenvolver nossos estudos com o ensejo de nos aproximar dos questionamentos que estamos apontando, na certeza dos desafios que irão vir, mas também, na clareza de almejarmos os propósitos dos objetivos que estamos nos propondo.

Diante dessa realidade o objetivo geral da pesquisa é analisar a relação das condições e a organização do trabalho de todos os profissionais da saúde de nível superior das Unidades de Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário de Campina Grande/PB com a precarização do trabalho em saúde. Temos enquanto objetivos específicos: levantar os aspectos inerentes às condições de trabalho no âmbito dos serviços de atenção básica; verificar quais os tipos de vínculos empregatícios predominantes nas contratações dos profissionais da saúde da atenção básica; identificar como se estabelece a organização do trabalho entre os profissionais de

saúde do Distrito Sanitário pesquisado; e mostrar como o processo de trabalho contribui para o desempenho dos profissionais, bem como para sua saúde e bem estar.

A dissertação apresentada está composta de **Capítulo I** intitulado: **A Precarização do Trabalho no Contexto da Contemporaneidade**, que traz aspectos conceituais, da precarização nos marcos da divisão social e técnica do trabalho, bem como alguns estudos acerca da temática. Contempla também um **subtópico** intitulado: **Aspectos da Precarização no campo da Política de Saúde**, onde trazemos considerações da política de saúde no Brasil, após a onda neoliberal que sucedeu a década de 1990 com a contra reforma do Estado e o sucateamento da saúde pública/coletiva, e para isso referenciamos nossa análise na perspectiva de Giovanella (2014), Bravo (1999), Campos (2006) entre outros autores que trazem uma significativa contribuição para este campo de análise.

No **Capítulo II** denominado: **A Psicodinâmica do Trabalho e suas contribuições para análise da saúde do trabalhador**, trazemos análises acerca compreensão da organização do trabalho, adoecimentos, e sofrimentos na ótica psicodinâmica do trabalho.

No **Capítulo III** de nossa dissertação, discorremos sobre os **Procedimentos Metodológicos** utilizados na pesquisa mostrando toda a trajetória de entrada no campo, da coleta até a análise dos dados.

Trazemos o **Capítulo IV** os **Resultados e Discussão** que inicia com o Perfil dos profissionais participantes da pesquisa e expomos os outros dados em cinco categorias de análise: *Organização do Trabalho, Condições de Trabalho, Trabalho e Adoecimento, Reconhecimento e Satisfação no Trabalho e Precarização do Trabalho*.

Para finalizarmos nosso estudo, trazemos as **Considerações Finais** donde apontamos um breve panorama da precarização do trabalho em tempos atuais. A dissertação ainda conta com as **Referências** utilizadas para embasarmos nossas análises, além dos apêndices e anexos.

CAPÍTULO 1 - A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

A Precarização do trabalho é um fenômeno que se intensifica com a reestruturação produtiva, principalmente nas últimas décadas do século XX, que significou um conjunto de medidas econômicas, políticas e sociais e com elas a radicalização das mutações do sistema capitalista, que se globalizou.

Nos marcos das transformações societárias na contemporaneidade incidem mudanças profundas na vida dos trabalhadores, onde percebemos um desmonte e regressão dos direitos sociais e a radicalização da intensidade da exploração da força de trabalho. Nos termos de Netto (2004), a sociabilidade erguida sob o comando do capital, tem como marca o conflito entre capital e trabalho desencadeando uma brutal exploração humana.

A reestruturação produtiva foi à resposta do capital a crise no modo de acumulação da riqueza que se configura de várias formas em todo o mundo. Um aspecto marcante deste cenário foi à lógica da acumulação flexível, que Harvey (1992), caracterizou como sendo um sistema que incidiu novas formas de produção no regime capitalista, divisão de mercados, nova divisão do trabalho, capital volátil, reorganização financeira e tecnológica e fechamento de grandes parques industriais, além do desemprego. Dentro desta nova lógica o Estado/Nação toma novos contornos, ganhando corpo o ideário neoliberal. Neste contexto se iniciou o desmonte dos direitos sociais, privatização de empreendimentos públicos e corte nos gastos públicos, entre outros aspectos (Iamamoto, 2008).

Para Neto (1996) a acumulação “flexível” reestrutura radicalmente o mercado de trabalho, seja alterando a relação entre excluídos / incluídos – emprego precário, e novas discriminações entre os que trabalham (Netto, 1996, s/p). O cenário, portanto, se constituía propício a precarização do trabalho enquanto política deliberada do sistema capitalista.

As expressões da precarização do trabalho e das relações de emprego na contemporaneidade configuram-se como um traço da universalidade do modo de produção capitalista em tempo de crise estrutural da composição técnica e orgânica do capital e de seu padrão de acumulação (Ceolim, 2014, p. 254).

Druck (2011) chama atenção que a precarização do trabalho não é um fenômeno recente, mas em tempos de globalização e de neoliberalismo ela mostra sua face mais perversa. Para ela a Precarização Social do Trabalho é:

...compreendida como um processo em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho no Brasil, agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais

[...] O conteúdo dessa (nova) precarização está dado pela condição de instabilidade, de insegurança, de adaptabilidade e de fragmentação dos coletivos de trabalhadores e da destituição do conteúdo social do trabalho. Essa condição se torna central e hegemônica, contrapondo-se a outras formas de trabalho e de direitos sociais duramente conquistados em nosso país, que ainda permanecem e resistem (Druck, 2011, p 05).

No Brasil, tomando-se como base a década de 90, do século XX, no âmbito do setor público, sob os auspícios do neoliberalismo se verifica uma diminuição da participação do Estado na economia, constatando-se uma onda de privatização, repassando o controle das empresas estatais para o setor privado e reduzindo o financiamento das políticas públicas. Diante desse contexto, é que Druck enfatiza o fenômeno da precarização e seu impacto na realidade brasileira:

Considera-se que a Precarização do trabalho constitui um novo fenômeno no Brasil: suas principais características, e dimensões sugerem um processo de precarização social inédito nas últimas décadas, revelado pelas mudanças nas formas de organização/gestão do trabalho, na legislação trabalhista e social, no papel do estado e suas políticas sociais, no novo comportamento dos sindicatos e nas novas formas de atuação das instituições públicas e de associações civis (Druck, 2013 p. 55. apud Antunes 2013).

Neste aspecto, a precarização do trabalho tem um forte enlace com o Estado, retratada com pífios investimentos em políticas públicas e com adoção de leis facilitadoras da vida do setor privado. Desta forma:

Há um fio condutor, uma articulação e uma indissociabilidade entre as formas precárias de trabalho e emprego – expressas na (des) estruturação do mercado de trabalho e no papel do estado e sua (Des) proteção social -, as práticas de gestão e organização do trabalho e os sindicatos, todos contaminados por uma altíssima vulnerabilidade social e política (Druck, 2013 p. 56. Apud Antunes 2013).

Nos termos de Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), a precarização é um processo multidimensional que altera a vida dentro e fora do trabalho, na gerência de trabalho através de práticas coercitivas e pelo medo, em imposições sutis na autoaceleração e com controle absoluto e maximizado. E assim, tais processos se expressam na insegurança, na incerteza, na competição entre os trabalhadores, no aumento exacerbado do individualismo, donde são afetadas as dimensões da vida social e familiar dos indivíduos, favorecendo os processos de vulnerabilidade social, e por sua vez conduz à desvalorização profissional, com a decomposição de valores simbólicos.

As autoras supracitadas elencam o conceito de precarização onde:

Entende-se a precarização como um processo social que instabiliza e cria uma permanente insegurança e volatilidade no trabalho, fragilizando os vínculos e impondo perdas dos mais variados tipos de direitos, do emprego, da saúde e da vida para todos os que vivem do trabalho (Franco, Druck e Silva, 2010, p. 237).

É bom lembrar, que as origens deste termo podem ser consideradas como sucessivas perdas dos direitos conquistados pelos movimentos sociais, disseminando uma onda ou um novo tempo de incertezas, banalização da vida e da injustiça social, e uma naturalização do trabalho precário. A precarização passa a ser em tempos contemporâneos, expressões das novas relações no trabalho, desencadeando para o trabalhador formas de adoecimentos e sofrimentos que repercute na saúde mental dos indivíduos que vivem do trabalho (Franco, Druck e Seligmann-Silva, 2010).

Neste cenário, as autoras trazem cinco dimensões da precarização do trabalho que contribuem significativamente para a compreensão deste fenômeno na contemporaneidade e suas repercussões na vida dos trabalhadores quais sejam:

- **Primeira Dimensão:** Relacionada aos vínculos de trabalho e às relações contratuais, ou seja, processo pelo qual ocorrem perdas de direitos trabalhistas, a exemplo de direitos como descanso remunerado, férias anuais remuneradas, horas extras, além de outros benefícios como planos de saúde, transporte, alimentação, auxílio educação, e sucessivas perdas salariais. Essa realidade de precarização favorece a desestabilização dos estáveis, à perda das conquistas de proteção social do trabalho, incidindo na insegurança e na instabilidade dos trabalhadores instigando a competição desenfreada entre os trabalhadores devastando a capacidade organizativa e a noção de classe da categoria dos trabalhadores;
- **Segunda Dimensão:** Reporta-se à organização e às condições de trabalho que, estão expressas nas mais variadas atividades, donde caracterizam-se pelas metas inalcançáveis e pelo ritmo cada vez mais intenso de trabalho, e esta intensificação do controle podem acarretar consequências negativas para a sociabilidade e para a saúde mental do trabalhador. Outro fato, relaciona-se a rotatividade no trabalho, realidade presente em tempos atuais, com dessemelhantes contratos, ocasionado um desalento nos projetos de desenvolvimento profissional e pessoal de trabalhadores, nesta mesma linha de pensamento, a organização do trabalho favoreceu uma exposição exacerbada dos mais variados agentes sejam eles físicos, biológicos, químicos, como também ergonômicos e organizacionais, repercutindo em processos de adoecimento para os trabalhadores;

- **Terceira Dimensão:** Está diretamente relacionada à saúde do trabalhador, concretiza-se na precarização da saúde dos trabalhadores com consequências para a saúde mental, versa a fragilização, existencial e identitária dos indivíduos pela organização do trabalho, onde ocorrem incipientes investimentos em prevenções, havendo defasagens de formações e de treinamentos e informação sobre os riscos em relação a acidentes, adoecimentos e falhas na prevenção, e das políticas preventivas. É neste cenário, que diante das metas inalcançáveis e ritmos acelerados, no ensejo de aumentar cada vez mais a produtividade, limitam a segurança e a saúde no trabalho, revelando uma clara negação da proteção à saúde e à vida. Favorecendo a ocorrência de patologias como transtornos mentais, relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria nº 1.339/1999 do Ministério da Saúde, além de outros que estão associados ao quadro de fadiga patológica, além do Esgotamento Profissional (Síndrome de *Burnout*), casos de quadros depressivos e de processos psicossociais que conduzem aos suicídios e a dependência ao álcool e outras drogas, hipertensão arterial, doenças do coração, doenças psicossomáticas entre outras. Esta realidade provoca e agudiza a situação de adoecimento, causadas pelas perversas condições expostas aos trabalhadores neste ambiente de novos ritmos de trabalho;
- **Quarta Dimensão:** Consiste na precarização e fragilização do reconhecimento social, e do processo de construção das identidades individual e coletiva. Cristaliza-se a noção de banalização e descartabilidade das pessoas, naturalizando a competição, o individualismo e a insegurança, banaliza-se também a injustiça social (Dejours, 1999), naturalizando todo tipo de exploração, algo que é construído historicamente e não naturalmente produzido. Agudiza-se e intensifica-se o processo de coisificação do ser humano, restringindo e enfraquecendo o reconhecimento social, a autoestima, e diminuindo as identidades individual e coletiva dos indivíduos sociais;
- **Quinta Dimensão:** Representa o enfraquecimento da representação e organização coletiva (sindical). No bojo deste cenário, tanto a precarização quanto a terceirização, fenômenos que estão indissociáveis, atenuam a identidade individual e coletiva, conduzindo a uma onda de fragilização dos agentes sociais, nunca antes visto na história, pelo exacerbado individualismo e competição entre os trabalhadores, e pressão do exército de reserva (massa de trabalhadores que estão fora do mercado de trabalho – desempregados), forçando o rebaixamento dos salários pela grande demanda em busca de algum vínculo empregatício. Estes sinais de enfraquecimento dos sindicatos fragiliza a organização política enquanto classe trabalhadora, e

acarretam divisões entre as categorias profissionais, dificultando o enfileiramento das condições em que estão apresentadas para o trabalhador, em tempos de capital voraz, financeiro e mundializado, que intensifica suas ações contra a proteção social dos trabalhadores, precarizando a capacidade organizativa e favorecendo a desproteção e a insegurança, intensificando a vulnerabilidade social (Franco, Druck e Silva, 2010).

Estudo realizado por Cavalcante & Predes (2010) em torno da precarização do trabalho dos profissionais de saúde, cita uma definição de Parenza (2008) que contribui para a compreensão deste fenômeno:

A precarização do trabalho está diretamente relacionada ao aumento do assalariamento sem carteira assinada, do trabalho autônomo e do informal, da redução e/ ou ausência de direitos trabalhistas, bem como de suas respectivas implicações na jornada de trabalho e no tempo de permanência no trabalho, nos rendimentos do trabalhador, na possibilidade de acesso aos mecanismos de proteção social e nas condições de trabalho às quais são submetidos cotidianamente os trabalhadores (Parenza, 2008, apud Cavalcante & Predes, 2010, p.3).

Ainda em termos conceituais o trabalho de Cavalcante & Lima (2013) traz contribuições que apontam para as reflexões de Baraldi (2005), donde enfatizam que trabalho precário resulta das relações instáveis do trabalho, das relações flexíveis e informais de trabalho provocando o aumento da rotatividade, salários indiretos e baixos, como também largas jornadas de trabalho.

Os mesmos autores ainda trazem a concepção da Organização Internacional do Trabalho (OIT), sobre trabalho precário que implica na má remuneração, na insegurança do vínculo, e na desproteção trabalhista (Cavalcante & Lima, 2013, p. 237).

Para Druck (2011) a precarização do trabalho em tempos contemporâneos manifesta-se pelo grande número de trabalhadores na informalidade, as formas de contrato de regulamentação, o aumento do processo de terceirizações, a flexibilidade e desregulamentação das leis referentes ao trabalho, o desemprego estrutural, enfim as sucessivas perdas e fragilidades dos trabalhadores que vivem da venda de sua força de trabalho. Todas as medidas e transformações neste período trouxeram marcas nefastas para a vida dos trabalhadores, conforme afirma Gomez e Lacaz:

O movimento mundial de reestruturação produtiva que, sem excluir formas arcaicas, tradicionais e modernas de produção, impactam fortemente a vida e a saúde de grandes contingentes de trabalhadores na informalidade que atuam em condições inseguras, precárias ou simplesmente estão desempregados (Gomez & Lacaz, 2005, p.800).

Druck afirma que esse processo de precarização atinge vários segmentos e classes, mesmo aqueles que tinham adquirido certa estabilidade:

No âmbito mais geral, associa-se à ideia de Castel (1998) de que o processo de precarização atinge na atualidade segmentos de emprego que haviam adquirido estabilidade restabelecendo uma vulnerabilidade de massa que havia sido superada no período hegemônico pelas políticas de bem-estar social e caracterizando uma dinâmica em que a precarização deixa de ser marginal e passa a ser o coração dessa fase do desenvolvimento capitalista nos países centrais e no mundo (Druck, 2013 p. 56. Apud Antunes 2013).

Estas transformações nas formas de organização no mundo do trabalho repercutiram tanto nos setores industriais e de serviços (privados e públicos). A precarização do trabalho chega até as políticas públicas de forma intensa e no setor saúde ela vai se expressar nos contratos temporários por tempo determinado, na inexistência da realização de concursos públicos, na falta de investimento dos poderes públicos nas condições objetivas de trabalho, nos baixos salários, na falta de planos de progressão funcional, na terceirização através de Organizações Sociais, dentre outros vínculos fragilizados.

Assim os recursos humanos no setor saúde são atingidos de forma intensa e sem precedentes, e se constitui um dos dilemas para ampliação da qualidade dos serviços no Sistema Único de Saúde:

Os recursos humanos em saúde constituem, reconhecidamente, um dos principais desafios ao processo de implementação do SUS brasileiro. Tais desafios são ainda maiores quando se analisa a Estratégia de Saúde da Família, seja no que diz respeito à formação e qualificação dos profissionais para atuarem na atenção primária, seja quanto aos vínculos trabalhistas e estratégias de fixação de pessoal, seja ainda pela adesão desses profissionais ao modelo assistencial da saúde da família... A rotatividade de profissionais, com destaque para os médicos, no entanto, constitui um entrave ao desenvolvimento do trabalho e vem sendo atribuída a fatores diversos, tais como: remuneração aquém das expectativas; condições de trabalho; exigência de carga horária integral; baixa oportunidade de progressão profissional; baixo comprometimento dos profissionais; ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família (Giovanella, 2014, p. 540).

Na política de saúde pública as normas se sofisticam dando continuidade ao seu desmonte e precarização. Exemplo disto são as medidas tomadas pelo governo federal em relação à gestão do sistema e das relações de trabalho. Alterações na Emenda Constitucional nº 19 e da Lei 9.962/2000 traz a determinação da forma de contratação de pessoal no âmbito federal que passará a ser através da (Consolidação das leis Trabalhistas – CLT), não havendo mais a necessidade do Regime Jurídico Único, que garantia a estabilidade do trabalhador em seu vínculo (Cavalcante e Lima, 2013).

As contratações passaram a ocorrer pela forma da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sem estabilidade empregatícia, enfraquecendo ainda a organização dos trabalhadores como classe, pois, com a criação das Fundações Estatais de Direito Privado aumentou a vulnerabilidade desses trabalhadores (Correia, 2011, apud, Cavalcante e Lima, 2013, p. 240).

Essas mudanças nas formas dos vínculos de trabalho, que passaram também para a esfera municipal fez com que houvesse terceirizações, a expansão de cooperativas e de contratos por tempo determinado e conseqüentemente a diminuição da responsabilidade por parte da União. Desta forma, alargou os serviços das parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) (Magalhães, 2005).

O estudo de Cavalcante e Lima (2013) aponta dados sobre os números de trabalhadores em situação de precarização na saúde pública brasileira e suas conseqüências para a política de saúde e descontinuidade dos serviços:

Os dados atuais no âmbito do SUS sobre as modalidades de vínculo empregatício revelam que 800 mil trabalhadores são precarizados, ou seja, cerca de 40% da força de trabalho está submetida a modalidades contratuais distintas: cooperativas, sistemas de bolsas de trabalho, contratos temporários, pagamento por reconhecimento de dívida, prestação de serviços por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) etc. (Correia; Prêdes, 2009, apud Cavalcante & Lima, 2013, p.242).

Os números da pesquisa de Gois, Medeiros e Guimarães (2010) mostram o grande número de profissionais da atenção básica que estão em situação de precarização do trabalho chegando quase a 50% dos trabalhadores do setor na região Nordeste:

O ingresso por concurso público alcançou pouco mais de 40% dos trabalhadores da rede básica, sendo maior no modelo de atenção tradicional do que no PSF tanto no Sul quanto no Nordeste. [...] O vínculo de trabalho tipicamente precário (sem garantias trabalhistas) alcançou aproximadamente 38% dos trabalhadores da atenção básica e foi significativamente maior entre os entrevistados no Nordeste (42%) em relação aos estudados no Sul (30%). A precarização do trabalho no Lote Sul foi independente do modelo de atenção, enquanto no Nordeste foi superior para os profissionais das UBS do PSF (48%) em relação ao modelo tradicional (33%) (Gois, Medeiros & Guimarães, 2010, p. 1208-1209).

O estudo de Faria e Dalbello-Araujo (2011) realizado no Espírito Santo buscou mostrar as conseqüências negativas da precarização sobre o processo de produção de cuidado em saúde, a partir da análise de uma Unidade de Saúde cuja maioria da equipe é terceirizada. Uma das conclusões é que este município do Espírito Santo pesquisado adota o expediente de utilizar contratações temporárias para instalar as equipes de ESF. Esta situação dentre outras

questões políticas encontradas na época tem provocado nos profissionais de saúde da cidade estresse, desvalorização e sentimento de desmotivação. O que tem levado a efeitos negativos na saúde destes profissionais (Faria & Dalbello-Araujo, 2011).

Pesquisa realizada por Junqueira et al. (2010) a partir da aplicação de questionários com 52 secretários municipais de saúde da macrorregião sanitária Leste do Sul, de Minas Gerais, aponta que as formas de contratação temporária e de prestação de serviços predominam amplamente sobre todos os outros modos de contratos profissionais nos municípios estudados (p.922).

No que concerne a rotatividade de profissionais no PSF, 53,3% dos secretários de saúde pesquisados afirmaram haver rotatividade em seus municípios (p. 922). Os autores apontam que “as relações de trabalho também são precarizadas porque os profissionais permanecem à mercê da instabilidade político-partidária e das diferenças entre governos que se sucedem no poder, desestabilizando, dessa forma, a natureza inovadora da reforma sanitária brasileira e do PSF” (Junqueira et al., 2010, p.925).

O estudo realizado por Bernardo, Verde, & Pinzón enfatizando as vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público constatou a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde, pela falta de investimentos nas diversas áreas de atenção (Básica, Média e Alta Complexidade), pelo tímido investimento em qualificação profissional e não realização de concursos públicos. Os autores detectaram precarização, também, na política pública de saúde (Bernardo, Verde, & Pinzón, 2013).

Foi realizada por Eberhardt, Carvalho & Murofuse (2015) pesquisa quantitativa que visou identificar, na macrorregião oeste do estado do Paraná, os trabalhadores da saúde submetidos a vínculos de trabalho precários, a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, coletados em março de 2014. Os resultados da pesquisa apontaram que:

Do universo composto por 28.329 vínculos de trabalho, distribuídos em diversos estabelecimentos de saúde das quatro regionais de saúde (8^a, 9^a, 10^a e 20^a), obteve-se um total de 10.330 vínculos classificados como precários, correspondentes a 36,46% das modalidades de vinculação dos trabalhadores da saúde na macrorregião oeste do Paraná. Foram constatadas nove diferentes formas de integração dos trabalhadores da saúde ao mercado de trabalho, nessa região, sendo a grande maioria (75,99%) constituída pela vinculação ‘autônoma’, e parcela significativa (18,83%) representada pelos ‘contrato por prazo determinado’ (Eberhardt, Carvalho e Murofuse, 2015, p. 21).

Segundo os autores da pesquisa “a análise da distribuição dos vínculos precários de acordo com o nível de formação dos trabalhadores constatou que a maioria (85,28%) concentrava-se entre os profissionais de saúde com formação de nível superior (A), estando a maior parte na modalidade ‘autônomo’ (70,19%), seguida pela modalidade ‘contrato por prazo determinado’ (12,52%)” (Eberhardt, Carvalho e Murofuse, 2015, p. 22).

Segundo Girardi, et al. (2010) na primeira década dos 2000, verificou-se tendência à desprecarização do trabalho na ESF. Diminuiu a contratação terceirizada de trabalho e, ao mesmo tempo, observou-se importante avanço em direção à utilização de trabalho protegido e à regularização dos vínculos. Estas mudanças podem ser atribuídas, segundo os autores a dois motivos: 1. a ação mais ou menos independente dos Tribunais de Conta da União e dos estados e dos Ministérios Públicos do Trabalho Federal e estaduais; 2. Adoção das políticas públicas sociais inclusivas dos dois últimos mandatos do governo federal (referem-se ao governo Lula). Entretanto, os autores reconhecem que o problema da precarização do trabalho persiste. Para eles “Os espaços e as formas da precariedade na saúde vão muito além, cobrindo toda a superfície do trabalho e, muito mais fundo, deitam suas raízes desde as formas mais autônomas e independentes do exercício das profissões mais prestigiadas ao trabalho assalariado completamente subordinado” (Girardi, et al., 2010, p. 22).

O estudo de Silva e Muniz (2011) traz considerações significativas sobre a precarização do trabalho em profissionais de saúde quando enfatiza a inexistência dos meios necessários para o atendimento dos usuários; a falta dos recursos de trabalho e um ambiente precarizado onde os índices de absenteísmo do setor a inconsistência na comunicação traz limites para as atividades humanas (Silva & Muniz, 2011).

O trabalho de Lourenço e Bertani (2007), no campo da saúde do trabalhador traz referências da urgência de se aproximar das condições de trabalho não apenas dos trabalhadores do mercado formal, mas, também, das cooperativas e do setor informal.

Pesquisa realizada por Braga, Carvalho e Binder (2007), sobre as condições de trabalho e transtornos mentais em trabalhadores da rede básica de saúde do interior de São Paulo, enfatiza que as influências do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores são desde a antiguidade. Entretanto, esse fenômeno vem crescendo com a precarização do trabalho e tem sido responsável pela piora da saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores.

Desta forma, compreendemos que a precarização do trabalho na saúde vai além das relações de trabalho, envolvendo outros fatores como: as condições de trabalho, aqui entendida como os aspectos do trabalho relacionados ao ambiente físico (temperatura, barulho, pressão, vibração, irradiação, altitude, etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho; a organização do trabalho que de acordo com Dejours (1994) compõe-se de dois elementos: a divisão técnica do trabalho – quem realiza o quê e o como (segundo quais modalidades, quais procedimentos, com quais/ ferramentas, quais máquinas, quais meios, que tipos de competência...) e a divisão social e hierárquica do trabalho – que fixa as normas de comando e de coordenação, os níveis de responsabilidades e de autonomia, e tudo o que se destaca da avaliação do trabalho (Molinier, 2013. p. 85).

Os processos inseridos na precarização do trabalho afetam o funcionamento das instituições privadas e públicas, seu modo de gestão e a vida dos trabalhadores de uma forma geral, mas especificamente a saúde dos trabalhadores. Machado & Koster (2011), traz considerações acerca do trabalhar na saúde e ressalta a preocupação com este cenário a partir da adoção de medidas que apontam para a superação dos problemas que se apresentam na atual conjuntura.

É o que previa o Relatório Nacional do Seminário sobre a Política Nacional de Desprecarização do SUS, realizado em 2003, que trouxe como foco a busca de alternativas para combater a precarização do trabalho neste setor, através da criação de programas que viessem a valorizar estes profissionais e a busca pela regulamentação da situação dos trabalhadores em saúde.

Entretanto, neste setor existe uma complexificação da organização dos serviços, uma vez que se ampliaram as equipes multiprofissionais com diferentes áreas e responsabilidades no desenvolvimento dos serviços.

Contudo, pode-se observar que a fragilização das relações de trabalho no SUS tem produzido efeito deletério, por comprometer a dedicação dos trabalhadores ao gerar ampliação da rotatividade e insatisfação profissional, e o desenvolvimento de ações concretas em relação à desprecarização dependerá principalmente de interesses entre trabalhadores, gestores e sociedade (Machado & Koster, 2011, p. 204).

É com base neste contexto apresentando que pretendemos nesta pesquisa compreender a realidade acerca da precarização do trabalho dos trabalhadores da saúde na Paraíba, especificamente na atenção básica, em um distrito sanitário no município de

Campina Grande- PB, que também é marcado pelas configurações da precarização do trabalho nas políticas sociais e em especial na política de saúde nas quais perfilaremos uma breve incursão a seguir.

1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE: ASPECTOS DO PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO

No início da década de 1980, se configurava na saúde um conjunto de mudanças na esfera legal e política, uma vez que a realidade do regime ditatorial encontrava-se exaurido e sem legitimação para continuar. Assim, estava sendo criada às bases para uma forte, inovadora e ampla reforma na saúde pública brasileira que irá significar um avanço legal e constitucional repercutindo para todos os setores sociais.

Neste lastro, as configurações sociais, políticas e econômicas, estavam se moldando na emergência de uma ampla reforma no setor saúde. Para determinados estudiosos estava se delineando um projeto mais amplo para a sociedade brasileira. Paiva e Teixeira (2014), analisavam este cenário como transformador:

(...) o movimento sanitário havia assumido um caráter inovador e uma prática política alternativa, centrada na luta pela democratização do Estado e na formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde, que visava à reconstrução da sociedade em novas bases (Paiva e Teixeira, 2014, p. 28).

O movimento sanitário se desenvolveu no contexto das lutas pelas transformações econômicas, política e social. Neste período, não sopravam tão somente ventos democráticos no campo da saúde, mas também, contribuíram para o movimento das “diretas já” que reivindicavam eleições diretas para Presidente da República em meados da década de 1980. É neste bojo, que o amplo processo de reivindicações sociais e o fortalecimento do movimento sanitário culminaram com significativos momentos históricos para a sociedade brasileira. A realização da 8^o Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1986, foi um marco no processo de participação da sociedade para mudar os destinos do país.

A 8^a Conferência Nacional de Saúde, contou com a participação de cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, representando, inegavelmente, um marco histórico, pois introduziu no cenário nacional a discussão da saúde como um todo, propondo-se não somente as bases para o Sistema Único de Saúde, mas a Reforma Sanitária em toda a sociedade (Bravo, 1999). De

acordo com Escorel (2014) citando as palavras de Sergio Arouca (1988): “A Reforma Sanitária é um projeto civilizatório contendo em si os valores que queremos para a toda a sociedade brasileira. Compreende um processo de transformação da situação sanitária” (Escorel, 2014, p. 342).

A Constituição Federal de 1988 introduziu avanços significativos no campo da saúde, e em outros campos sociais, buscando corrigir enormes injustiças sociais acumuladas secularmente. O Movimento Sanitário consegue incorporar a legislação alguns princípios para o sistema de saúde de acordo com o novo modelo de atenção, influenciado também pela declaração de Alma-Ata de 1978. Segundo Paim (2014), “o modelo da atenção primária era contraposto ao do modelo hospitalocêntrico, alimentando uma crítica política e ideológica visando à reformulação das políticas públicas e à reformulação do sistema de serviços de saúde” (p. 465).

A criação do Sistema Único de Saúde representou uma transformação radical nos rumos da política de saúde na sociedade brasileira. O texto constitucional, em seu artigo 196, define o caráter deste sistema.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p.124).

Entretanto, nos anos em que se seguiram a Constituição e a consagração do SUS a conjuntura política e econômica muda, com a eleição de novos dirigentes nacionais coadunados com as ideias do modelo neoliberal. Neste cenário o campo da saúde é alvo de desmonte e desregulamentação, pois embora no aspecto jurídico tenhamos significativas melhorias, no lastro real, a tendência é de desmanchar as conquistas constitucionais que embasam a Seguridade Social brasileira:

Praticamente todos os princípios constitucionais estão sendo desconsiderados profundamente: a universalidade dos direitos, a uniformidade e equivalência dos direitos, a diversidade de financiamento no sentido de transferir recursos do capital para o trabalho e a gestão democrática e descentralizada. Todos esses princípios estão sendo gradualmente diluídos em sucessivas contrarreformas ou medidas tidas como de natureza técnica, mas que, na verdade, têm um nítido sentido político de desestruturação da seguridade social. O princípio de seletividade e distributividade é o único que não está sendo derruído, ao contrário, está sendo colocado em prática com bastante rigor. Os caminhos desse desmonte seguem diferentes tendências (Boschetti, 2009, p. 332).

É neste sentido que Bravo (2008), enfatiza que a hegemonia neoliberal é considerada a responsável pelas sucessivas perdas e/ou regressão dos direitos sociais e trabalhistas, assim como a precarização do trabalho e sucateamento da saúde ente outras políticas. Desta forma:

A proposta de saúde construída na década de 80 tem sido desconstruída. A saúde fica vinculada ao mercado, enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise... Algumas questões comprometem a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio constitucional da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (Bravo, 2008, p.101).

No contexto contemporâneo, de certa forma, temos um continuísmo da política de saúde dos governos Collor de Melo e FHC, nos aspectos como a focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos, desfinanciamento (Bravo, 2008). As investidas do modelo neoliberal, não perderam força com a ascensão do Partido dos Trabalhadores nos anos 2000, mas sim ascende o Neodesenvolvimentismo.

Com o governo Lula e Dilma, amplia-se a compreensão de saúde entendida como um direito fundamental e há o compromisso em garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde. Neste momento, há certos avanços mais concretos e perceptíveis como a ampliação e criação de serviços de saúde, a exemplo: do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); da criação das Farmácias Populares; das Unidades de Pronto Atendimento UPA 24h; a efetivação da resolução nº. 333 de 2003, que traz a autonomia financeira aos conselhos de saúde; o programa de distribuição de medicamentos a segmentos de usuários que são portadores de certas doenças, entre outros avanços significativos.

Entretanto, algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos e o obstáculos de implantação do orçamento; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para à assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde:

Ampliar o acesso, entendido como a capacidade dos serviços de acolher as necessidades da saúde e, ao mesmo tempo promover a reorganização das práticas, tornando-as resolutivas e integrais, põe-se desde então como desafio importante para a agenda sanitária brasileira (Campos, 2006. p.119).

Verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral. Neste percurso histórico, a constituição e consolidação da política de saúde no Brasil, permanecem conflituosas e de fortes embates entre o movimento de Reforma Sanitária, e o movimento de cunho neoliberal que se apresenta como modelo médico-assistencial privatista. Esta linha se fortalece embasado pelos rumos políticos partidários que o país passa em tempos contemporâneos. E é neste âmbito que:

Nessa perspectiva, a saúde fica vinculada ao mercado enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando a mesma para assumir os custos da crise... Além do aumento da precarização do trabalho no setor saúde. Na atualidade os trabalhadores são contratados através de cooperativas, fundações estatais de direito privado e associações de moradores para prestarem serviços em unidades ou em programas vinculados ao SUS, (...) a tendência geral tem sido de restrição de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando as políticas sociais... em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise (Silva, 2011, p. 123).

Embora, a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 199 preconize a participação da iniciativa privada no sistema público de saúde, mantendo fortes marcas da política privatista: “As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as Entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos” (Brasil,1988).

Neste norte, a própria legislação abre margem para vieses neoliberais de políticas de caráter cada vez mais restrito com características focalistas, restritivas, não abarcando o aspecto universal contemplado no Sistema Único de Saúde. Outro duro golpe na legislação do SUS foi a aprovação da recente lei 13.097/2015 que autoriza a participação de empresas e capitais estrangeiros na exploração de hospitais gerais e filantrópicos, como também faz-se, mister destacar a criação e ampliação das Organizações Sociais da Saúde (OSS), na gestão da saúde em realidades do sistema público.

Ainda, neste aspecto de terceirizar os serviços de saúde, destacamos a criação da EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares), criada pela lei 12.550 de 15 de Dezembro de 2011, com a finalidade de gerir os Hospitais Universitários Federais em todo o País, dentro do Programa de Reestruturação dos Hospitais Federais. Neste contexto, essas e outras ações fazem com que se agudize a realidade de precarização do trabalho em saúde,

como, por exemplo, a adoção de diversas formas de gestão do trabalho no SUS que permite formas diversas de contratação e de gerenciamento de ações e recursos federais.

É neste cenário, quando a política de saúde está articulada ao mercado, que não se concretiza o modelo proposto pela Reforma Sanitária iniciada na década de 1970, mas se fortalece o modelo assistencial privado, com pujantes marcas do Estado mínimo, na contenção de gastos e a política de ajustes com tendências à privatização, focalização e seletividade estimulando aos que podem pagar à adesão a planos privados (Mota, et al, 2008).

Esta autora elenca alguns apontamentos e/ou propostas que foram encaminhadas no 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde realizado em 2005 na capital federal na qual se destacam:

Defesa da Seguridade Social como Política de proteção social universal; Defesa intransigente dos princípios e diretrizes dos SUS...; Retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social e Cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde, Contrária a terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como da administração gerenciada de ações e serviços, a exemplo da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público; Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários (Mota, 2008, p. 108).

Desta forma a política de saúde prossegue com avanços e recuos, muito embora o que prepondera são situações de sucateamento de vários setores, falta de investimentos, e descumprimentos de princípios constitucionais, como também de acordos, decisões de encontros e conferências que enfatizam a temática da saúde com ampla reivindicação das categorias e população em geral na perspectiva de se respeitar os princípios e diretrizes do SUS. Porém, os governos que assumiram no pós Constituição de 1988, fortaleceram mais as deliberações do mercado, em detrimento a legislação do SUS, preconizado na Lei 8.080/1990 e 8.142/1990.

Apesar dos ataques ao Sistema Único de Saúde não faltou movimentação e participação popular em defesa do mesmo. Não podemos desconsiderar o avanço da organização popular com a criação dos Conselhos de Saúde, em todas as esferas de governo, e a realização das Conferências de Saúde, respaldados na Lei 8.142/1990. O movimento social ocupou estes espaços de controle social, caracterizadas como sendo espaços de discussão e deliberação, tornando-se importantes lócus de gestão dos serviços públicos de saúde, como afirma Costa (2008):

Esta participação foi institucionalizada na lei nº 8.142/1990, através das Conferências, que têm como objetivo avaliar e propor diretrizes para a política de saúde nas três esferas de governo, e por meio dos Conselhos, que são instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre os representantes dos segmentos dos usuários, que congregam setores organizados na sociedade civil e os demais segmentos (gestores, públicos, privados e trabalhadores da saúde), e que objetivam tal controle (Costa, 2008, p.125).

Malgrado, a mesma autora ainda elenca que esses espaços podem seguir dois vieses uma vez que ora podem atender o seu fim para o qual foi criado de participação da sociedade e controle das políticas públicas, mas também, podem se constituir em mecanismo de legitimação de poder hegemônico e dominante, cooptando os movimentos sociais.

Reiteradas vezes e em sucessivas derrotas as décadas que se sucedem para as políticas públicas em especial a da saúde sofreram as restrições e falta de investimentos públicos adequados por todos os governos, favorecendo o sucateamento, e desvirtuamento do caráter democrático da perspectiva de direito da saúde, enquanto política pública universal.

Diante destes novos e velhos dilemas da precarização da política de saúde, entender estes condicionantes sociohistóricos faz-se necessário, para sinalizarmos saídas ou propostas de atuações mais contundentes e reais numa sociedade atual de extrema violação e sucateamento das políticas sociais especialmente a política de saúde.

É bom lembrar que as investidas do modelo neoliberal não perderam força com a chegada de um representante de base popular pertencente a um partido de centro esquerda, e com ele a esperança de algumas mudanças em certos setores, conquanto, o processo de privatização e mercantilização das políticas sociais continuaram. No campo da saúde, mesmo sendo considerados alguns passos na perspectiva universal, os desafios permaneceram e a luta entre os projetos sanitaria e privatista continuam em forte embate.

As agruras que o SUS vem enfrentando para superar os entraves em seu processo de consolidação são enormes. Dessa forma, pode-se dizer que o conjunto das mudanças ainda não avançou no sentido de efetivamente superar o modelo médico-hegemônico, uma vez que para tanto, o sistema de saúde deveria centrar suas ações nas reais necessidades de saúde da população e articular ações inter-setoriais com as demais políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população.

Com os governos Lula e Dilma, amplia-se a compreensão de saúde entendida como um direito fundamental e há o compromisso em garantir o acesso universal, equânime e

integral às ações e serviços de saúde, entretanto, no plano estrutural as ações repercutem de formas tímidas e sem grandes proporções. Ao analisarmos a política de saúde na atual conjuntura percebemos inúmeros limites e desafios desde seu financiamento até sua execução, nesta lógica, ganha um perfil de fragmentação e subordinação aos mecanismos econômicos. Destarte, os dois projetos existentes na saúde, referidos anteriormente, ainda estão em disputa: o projeto da reforma sanitária x o projeto privatista.

Nos dois mandatos do governo Lula (2003-2010) especificamente na área de saúde do trabalhador, avanços podem ser percebidos como a ampliação da rede nacional de atendimento a saúde do trabalhador e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador:

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) consignada na Portaria n. 1.679 de 19 de setembro de 2002, e ampliada com a Portaria GM/MS n. 1.068, de 4 de julho de 2005, ambos emitidos pelo Ministério da Saúde, é composta pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – Cerest, serviços sentinelas de saúde do trabalhador e municípios sentinelas em saúde do trabalhador e está organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde por meio de ações assistenciais, de vigilância e promoção de saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão do SUS (Olivar, 2010, p.123).

Entretanto, com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral.

Outro aspecto de fundamental importância está relacionado à questão dos recursos humanos no Sistema Único de Saúde, nas palavras de Giovanella (2014), elenca os desafios que estão postos em tempos contemporâneos de precarização do trabalho onde inexiste a formação e qualificação dos profissionais para atuarem na atenção primária; a precarização em relação aos vínculos trabalhistas; a grande rotatividade de profissionais sejam eles médicos e outros profissionais de saúde; em relação à remuneração que estão abaixo das expectativas; as desafiadoras e precárias condições de trabalho; a exigência de carga horária integral e sem perspectiva de progressão no trabalho profissional o que favorece o descompromisso dos profissionais; inexistência de formação continuada com a proposta do modelo da Estratégia de Saúde da Família (Giovanella, 2014, p. 540).

E é assim que a polarização entre os dois projetos se mantêm nos governos Lula, e Dilma. De certa forma temos um continuísmo da política de saúde dos governos Collor de Melo e FHC, aspectos como a focalização, a precarização, a terceirização dos recursos humanos. As configurações do modelo de cunho neoliberal que se apresentaram como modelo médico-assistencial privatista, se fortaleceram embasado pelos rumos políticos partidários que o país passava no segundo mandato da presidenta Dilma.

As fragilizações das políticas sociais pós a saída da presidenta Dilma e a ascensão do governo de Michel Temer agudizaram à consolidação dos ajustes fiscais, reformas. Entre elas a da Previdência e Trabalhista, esta última que precarizam ainda mais as relações de trabalho, com a flexibilização a terceirização e até quarteirização. São agravantes ainda mais perversos de legitimação da informalidade e de contratos temporários com vínculos frágeis. Assim, continua a ocorrer à ampliação da privatização da saúde e forte retrocesso nos gastos do orçamento das políticas públicas que estão contrários aos princípios firmados e conquistados a duras penas pelo movimento sanitário. Desta forma, se amplia a perspectiva na qual Silva (2011), enfatiza em relação à precarização do trabalho na saúde:

Nessa perspectiva, a saúde fica vinculada ao mercado enfatizando-se as parcerias com a sociedade civil, responsabilizando-a a mesma para assumir os custos da crise... Além do aumento da precarização do trabalho no setor saúde. Na atualidade os trabalhadores são contratados através de cooperativas, fundações estatais de direito privado e associações de moradores para prestarem serviços em unidades ou em programas vinculados ao SUS,... a tendência geral tem sido de restrição de direitos, sob o argumento da crise fiscal do Estado, transformando aso políticas sociais... em ações pontuais e compensatórias direcionadas para os efeitos mais perversos da crise (Silva, 2011, p. 123).

As transformações contemporâneas e sociais vêm de forma nefasta provocando uma reatualização do modelo médico privatista, desconstruindo os princípios legais da política de saúde conquistados pela carta magna de 1988 e pela lei orgânica da saúde de nº 8.080/1990.

Caminha a passos largos nas casas legislativas a aprovação das reformas Trabalhistas e Previdenciária, que se configuram em duros golpes a classe trabalhadora. As políticas que compõem a Seguridade Social estão sendo atingidas pelo congelamento de recursos por vinte anos, aprovados pelo governo Temer. Vivemos em tempos nebulosos para a democracia brasileira esperamos que ventos mais democráticos possam voltar a pairar nas decisões governamentais e nas ações dos nossos representantes, bem como na mobilização popular em defesa dos direitos sociais e da cidadania.

**CAPÍTULO 2 - A PSICODINÂMICA DO TRABALHO E SUAS
CONTRIBUIÇÕES PARA ANÁLISE DA SAÚDE DO TRABALHADOR**

Compartilhamos nesta parte da dissertação a compreensão da saúde como fazendo parte da dinâmica da vida, com suas variáveis diversas e que diz respeito a todas as pessoas. Neste sentido, para a Psicodinâmica do Trabalho é impossível se obter um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Para Dejours o mais indicado é considerar esse completo bem-estar mais como um ideal, como um objetivo que se busque do que um estado real e estável. Para Dejours (1986), este completo bem estar é algo a ser atingido, pois para este autor a saúde deve ser sempre um fim, um objetivo a ser alcançado. Afirmando que, para termos saúde, deveremos deixar livres os movimentos do corpo, não os permanecendo de forma fixa ou estabelecida de uma vez por todas.

No que diz respeito à relação saúde-trabalho, pode se entender que esta se estabelece por uma via de mão dupla. Conforme coloca Dejours, Dessors e Desriaux (1993), o trabalho pode atuar no sentido de deteriorização da saúde, tornando-se fonte inesgotável de agravos à saúde, por outro lado, pode também constituir-se em um fator de equilíbrio e de desenvolvimento quando permite aos indivíduos conciliar as suas necessidades físicas e subjetivas ao desejo de executar a tarefa.

Os estudos da Psicodinâmica do Trabalho realizados na década de 1970 na França, por Christophe Dejours, avança em relação ao entendimento da saúde mental e sua relação com o trabalho que advinha da Psicopatologia do Trabalho. O trabalho passa a ser visto a partir de uma posição dinâmica e não somente impactológica.

A psicodinâmica do trabalho abre caminho para perspectivas mais amplas... não abordam apenas o sofrimento, mas, ainda o prazer no trabalho, não mais somente o homem, mas o trabalho, não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna (Dejours, 2004, p.53).

Uma das definições desta abordagem, explicita que a Psicodinâmica do Trabalho busca analisar de maneira dinâmica os processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho. É neste entender, que o autor elenca aspectos referentes à Psicodinâmica do Trabalho, como sendo um campo de produção de conhecimento, mas, sobretudo, ela é considerada uma práxis. Neste sentido, a relação entre organização do trabalho e o homem não é um bloco cristalizado e encontra-se em um movimento contínuo. Nas palavras de Dejours “a estabilidade aparente dessa relação está assentada em um equilíbrio livre e aberto à evolução e às transformações, um equilíbrio dinâmico, em contínuo deslocamento” (Dejours, 2004, p. 58). Nesse sentido, a Psicodinâmica vê os trabalhadores como seres ativos, sendo capazes de se proteger de maneira benéfica contra os possíveis males a sua saúde. Para tanto

precisam enfrentar as variabilidades do trabalho e iniciar mudanças no modo de realizar suas tarefas.

[...] a organização do trabalho não é absolutamente absorvida pelos assalariados. [...]; todos os preceitos são reinterpretados e reconstruídos: a organização real do trabalho não é a organização prescrita. Não o é jamais: é impossível prever tudo e ter o domínio sobre tudo [antecipadamente ao trabalho]. Mas a distância entre a organização prescrita e a real não tem sempre a mesma sorte: ora é tolerante, e oferece margens a liberdade criadora; ora é restrita e os assalariados receiam surpreendidos cometendo erros (Dejours, 2004, p.61).

Nesta perspectiva a Psicodinâmica do Trabalho propõe outra definição para trabalho: “trabalho é a atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (Dejours, 2004).

Para o autor, o conceito de organização do trabalho pode ser dividido em dois campos, sendo uma deles caracterizada pela divisão do trabalho e a outro pela divisão dos homens (Dejours, 1992). Em relação à divisão do trabalho estão os aspectos relacionados à organização das tarefas, aos processos prescritos, ao modo de produção, entre outros aspectos. No que se refere à divisão dos homens encontram-se às responsabilidades relacionadas ao trabalho, às relações de poder, as hierarquias, o comando, o grau de autonomia nas atividades, e as possibilidades de cooperação e comunicação, etc. É neste âmbito de análise que a psicodinâmica em relação à organização do trabalho se fará o entendimento dos processos atrelados à saúde/doença no trabalho.

Seguindo o pensamento de Dejours, podemos compreender a organização do trabalho como sendo a divisão do conteúdo das tarefas, as normas, os controles e os ritmos do trabalho; nesta mesma linha de pensamento podemos analisar as condições de trabalho como sendo a qualidade do ambiente físico, dos postos de trabalho, equipamentos e materiais disponíveis para a execução do trabalho. Entretanto, diante desta realidade para o trabalhador o trabalho, oferece também risco para sua saúde e que podem trazer sofrimentos intensos para o trabalhador.

Apesar de estarem submetidos a condições péssimas de trabalho e a organizações não tão bem estabelecidas, os homens conseguem compreender as situações de trabalho e em meio a toda a nocividade a que estão submetidos muitos deles não adoecem, conseguindo se manter na normalidade. A normalidade é entendida por Dejours (2004, p.52) como sendo um:

(...) equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre sofrimento e as defesas contra o sofrimento. Normalidade que se dá também como resultado de estratégias complexas e rigorosas, e não como resultante mecânica de um somatório de ações e de reações, de estímulos e de respostas, mas como estratégias fundamentalmente intencionais (Dejours; Abdoucheli, 1994, p. 127).

Para Farias (2004) a normalidade não evidencia a inexistência da doença ou do sofrimento, mas sim a elaboração por parte dos indivíduos de estratégias defensivas para se defender do que lhes é nocivo. Desta maneira, Mendes (2010) considera as estratégias defensivas como a maior descoberta da Psicodinâmica do Trabalho:

Os trabalhadores constroem e mantêm coletivamente algumas estratégias para se proteger do sofrimento gerado pelos constrangimentos do trabalho, que tem como objetivo principal lhes permitir continuar a trabalhar. As estratégias defensivas são elaboradas para ocultar ou atenuar a percepção de que está envolvido na confrontação com a vulnerabilidade (medo, desgosto, injustiça, vergonha, etc). As regras defensivas individuais e coletivas estabelecidas para continuar a trabalhar representam assim compromissos inventados pelos indivíduos para permanecer na normalidade e afastar o risco de doença mental ou somática (Mendes, 2010, p. 68).

Essas estratégias contribuem para a modificação, transformação e inclusive eufemização da percepção que os trabalhadores possuem da realidade que ocasiona sofrimentos para si. Eles passam assim a minimizar a percepção que eles possuem das diversas fontes de sofrimentos. Sendo assim, embora, geralmente, eles não modifiquem a gênese da pressão patogênica, já que a estratégia é somente a nível mental, os mesmos passam de vítimas passivas a agentes ativos “ (...) de um desafio, de uma atitude provocadora ou de uma minimização diante da dita pressão patogênica” (Dejours; Abdoucheli, 1994, p 128). Neste mesmo percurso Dejours enfatiza:

As estratégias coletivas de defesa contribuem de maneira decisiva para a coesão do trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (Dejours, 1999, p. 103).

Mas com a utilização de sistemas de defesas coletivos os trabalhadores podem correr um grande risco que é a transformação desses sistemas em *ideologias defensivas*. Para Dejours (1992) a ideologia defensiva tem várias características. Em primeiro lugar ela tem como meta mascarar, chegando até a ocultar uma ansiedade grave; em segundo lugar a ideologia possui uma especificidade; em terceiro lugar o que a caracteriza:

(...) é o fato de ela ser dirigida não contra uma angústia proveniente de conflitos intrapsíquicos de natureza mental e sim ser destinada a lutar contra um perigo e um risco reais. Em quarto lugar, a ideologia defensiva, para ser operatória, deve obter a participação de todos os interessados. Aquele que não contribui ou não compartilha do conteúdo da ideologia é, cedo ou tarde, excluído (DEJOURS, 1992, p.36).

A construção de estratégias de defesas, seja elas individuais ou coletivas, serve para conjurar o sofrimento que a organização do trabalho provoca. Além disso, para se atingir os objetivos do trabalho prescrito de maneira eficaz é necessário que o trabalhador mobilize processos psíquicos para fazer certos ajustes, descobertas, invenções, adaptações. Para tanto, é necessário que haja uma certa astúcia por parte do trabalhador, utilizando dos seus *saber-fazer*, das experiências vividas, dos conhecimentos informais, o que o leva a se afastar dos procedimentos e regulamentos, sendo até passível de sanções (Dejours, 2004). Essa parte que fica muitas vezes oculta do trabalho é conhecida como Inteligência em Ação ou como Dejours (1994) chama de Inteligência Prática ou Inteligência Astuciosa.

O sofrimento acima referido faz parte de todo tipo de trabalho e pode tomar dois tipos de conformação: uma via criativa ou patogênica (Dejours, 2009). No criativo, o indivíduo mobiliza-se na transformação do seu sofrimento em algo benéfico para ele mesmo. Para isto, deve encontrar certa liberdade na organização do trabalho que ofereça margem de negociação entre as imposições organizacionais e o desejo do trabalhador. O surgimento do sofrimento patogênico estaria relacionado à ausência de flexibilidade da organização do trabalho, a qual impede que o sujeito encontre vias de descarga pulsional nas suas atividades laborais, utilizando-se de estratégias defensivas para suportar o contexto de trabalho (Macedo e Fleury, 2012).

Para Neves, Seligmann-Silva & Athayde (2004) o que possibilita aos trabalhadores transformarem o sofrimento em criatividade por meio da inteligência astuciosa é a articulação entre as condições psicológicas e sociais, que dizem respeito à sublimação e a ressonância simbólica.

Sendo que a sublimação se refere “aos processos inconscientes de mudanças de objetivo da pulsão para uma atividade considerada socialmente legítima e útil” (Neves; Seligmann-Silva; Athayde, 2004, p. 35). Já a ressonância simbólica se aplica a relação entre o teatro real do trabalho e o teatro interno de fantasmas e da sua história singular do indivíduo. Sendo assim, para que o processo de mobilização subjetiva exista é preciso que antes haja condições sociais para isso, ou seja, que a inteligência astuciosa passe pelo reconhecimento, obtido através do binômio contribuição-retribuição.

O reconhecimento do trabalho realizado é proferido pela hierarquia e pelos pares. Tal reconhecimento é a nível simbólico, ou seja, da legitimidade, do mérito e da qualidade final do trabalho e não material. Dejours (1993, p. 297) fala de um julgamento de utilidade que:

Trata-se do reconhecimento, por parte da direção, não só da qualidade do trabalho executado, não só da engenhosidade que foi preciso ser empregada para realizar as tarefas (mesmo as mais comuns), mas às vezes também por méritos do trabalhador quanto aos riscos que ele correu para atingir os objetivos nas condições difíceis de seu trabalho.

Já o reconhecimento de beleza que é proferido pelos pares, ou seja, o julgamento-retribuição da habilidade, inteligência, talento pessoal, originalidade desenvolvida pelo trabalhador em sua atividade. Só este segundo tem condições suficientes de avaliar a qualidade técnica da invenção. O reconhecimento traz outro benefício que é o que o torna o sujeito único, ou seja, a sua identidade (Dejours; Abdoucheli, 1994).

Dejours (1993) afirma que neste caso são os pares que julgam a elegância, o rigor e a engenhosidade. Sendo somente eles – os pares, os colegas ou os companheiros de trabalho – os que são realmente capazes de avaliar tais particularidades, assim como usufruir dos resultados bem sucedidos.

Esta dinâmica do reconhecimento direcionada ao trabalho realizado pelo outro trabalhador permite transformar o sofrimento em prazer no trabalho. Para Sznelwar (2004, p. 37) o prazer no trabalhar “permite considerar que o trabalho não é uma desgraça socialmente determinada, mas pode, de fato, ser edificador das identidades individuais e coletivas”.

A questão que se coloca depois de abordar todos estas noções da Psicodinâmica do Trabalho é: como os trabalhadores podem transformar o sofrimento em prazer se a cada dia as situações de trabalho se tornam mais precárias em termos de relações de trabalho, condições de trabalho e organização do trabalho?

Para Queiroz & Navarro (2013), analisando e concordando com as reflexões de Silva (2006), vem afirmar que outras causas de sofrimento para os trabalhadores estão diretamente ligados ao ambiente organizacional muitas vezes caracterizado por falta de recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho, e relações de trabalho conflituosas causando aos trabalhadores desvalorização, sensação de incapacidade e impotência e falta de reconhecimento.

É com estas vivências, do sofrer e da busca por vieses de resistência e enfrentamento de inúmeras situações adversas que estão imbricados os estilos de vida e conseqüentemente a saúde mental e física do trabalhador. E nesta conjuntura, se alarga as situações que causam aos trabalhadores, e/ou sujeitos históricos, sofrimentos, adoecimentos, perturbações, neuroses, epidemias, enfermidades diretamente relacionadas às formas e estilos de vida contemporâneos.

Em relação aos problemas de saúde, propriamente para a saúde dos que nela trabalham Machado & Koster (2011), traz considerações acerca do trabalhar na saúde trazendo características que apontam para superação dos problemas que se apresentam no atual contexto. Entretanto, a uma ampliação da complexidade da organização dos serviços, uma vez que se ampliaram as equipes multiprofissionais com diferentes áreas e responsabilidades no desenvolvimento dos serviços. Porém à superação desses desafios passam por muitos vieses e as situações de adoecimento dos trabalhadores da saúde são crescentes.

Diante das situações já apresentadas em relação à saúde psíquica desses sujeitos, compreendendo segundo Alves (2002), que os problemas mentais são resultantes de uma complexa interação entre as experiências vividas ao longo de sua trajetória de vida e nesse contexto de insegurança no trabalho, exageradas cargas e aumento de competências e responsabilidades, falta de condições adequadas de trabalho, e intensa exploração humana. A saúde dos trabalhadores em tempos de reestruturação produtiva e precarização do trabalho tornam-se mais vulneráveis e propensas a adoecimentos e sofrimento psíquico.

Neste âmbito, as discussões em torno das conseqüências para a saúde do trabalhador em tempos de precarização do trabalho, são pujantes. Não obstante, o sofrimento nos termos que evidenciamos anteriormente é inerente à condição humana uma vez que é produzido pelo contexto social, histórico e cultural e sendo assim é perpassado por inúmeras transformações.

Destarte, corroboramos com as discussões de Mendes (2010), quando conceitua saúde e se reporta as reflexões de Dejours (2004b), elencando que a saúde é antes de tudo um ideal e que contentamo-nos com o equilíbrio psíquico denominado de “normalidade”. Saúde envolve outros fatores que perpassam pela dimensão biológica, psíquica e social e que numa análise mais de perto poderíamos entender como sendo a capacidade de mobilização subjetiva para uma relação que pode ser considerada gratificante com o trabalho, e que está umbilicalmente relacionada com o reconhecimento nestas relações (Mendes, 2010). Ainda citando as reflexões de Dejours (2007), ele enfatiza que o trabalhar é um engajamento indispensável da subjetividade e parte fundamental na construção da saúde e da vida.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A metodologia em uma pesquisa torna-se de fundamental importância uma vez que, apresenta o tipo de pesquisa, o cenário da pesquisa realizada, os procedimentos para a coleta de dados, e os instrumentos que foram utilizados para a coleta dos dados na pesquisa e os procedimentos de análise dos dados. Segundo Minayo (2001) a metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, contendo o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade possibilitando também o potencial criativo do pesquisador.

Em relação a sua abordagem a presente pesquisa inscreve-se numa linha de caráter **qualitativo e analítico** considerando conforme Minayo (1994), o sujeito pesquisado inserido em um contexto social, participante de um grupo social que porta valores, crenças e significados. Neste cenário, com ênfase no campo da saúde, a pesquisa qualitativa, trabalha com o mundo das relações entre os sujeitos, e analisa a dinâmica das relações sociais, compreendendo o cotidiano destas estruturas nas instituições (MINAYO, 2009).

3.2 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas três Unidades Básicas de Saúde da Família, de um Distrito Sanitário do Município de Campina Grande/PB. O Distrito Sanitário pesquisado fica localizado a 18 km de Campina Grande e conta com uma população de aproximadamente 13 mil habitantes, segundo dados dos próprios serviços e equipamentos sociais locais. A localidade absorve uma grande área urbana e rural onde ficam as âncoras das unidades de saúde (espaços de atendimento provisórios e improvisados que dão suporte as equipes no atendimento da população que se localiza na zona rural). Em 2016 o Distrito ganhou uma nova sede da Estratégia de Saúde da Família, onde comporta duas equipes de saúde, existe ainda no campo da saúde uma unidade de especialidades odontológicas, e outra sede da Estratégia saúde da família, localizada na região denominada Jaboticabas comportando uma equipe de saúde.

A escolha deste Distrito Sanitário se deu pelas características geográficas de distanciamento da zona urbana do referido município, pela amplitude do território de atendimento das equipes, que cobre muitos sítios com áreas geográficas longínquas, como também pela inexistência de equipamentos de urgência e emergência na localidade.

A escolha do local se deve ainda por considerações pessoais, já que sou um profissional que atua na rede socioassistencial do território da pesquisa e acompanhamento de perto o trabalho dos profissionais da área da saúde.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram os profissionais de saúde de nível superior das diferentes áreas de conhecimento (com o mínimo de um profissional por área de atuação) que atuam nas Unidades Básicas de Saúde da Família, do Distrito Sanitário, compostos por 2 médicas, 2 enfermeiras, 1 Odontóloga, 1 Farmacêutica, 1 Assistente Social. Contemplando todos os profissionais que atuavam no momento da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa utilizou como instrumentos para a coleta de dados a Observação do trabalho, Questionário e Entrevistas semiestruturadas, que nos permitiu abranger o universo da investigação. A Observação do trabalho nos permitiu entender o modo de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde da Família, como se organiza o trabalho dos profissionais em termos das tarefas e da divisão hierárquica como também afastar dúvidas sobre a atividade de trabalho.

Segundo Lakatos e Marconi (1999), “a observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se desejam estudar” (p. 190). A Observação relacionada ao trabalho é utilizada para se obter informações gerais e pormenorizadas sobre a realidade das situações de trabalho. Neste contexto, a observação possibilita ao pesquisador conhecer bem o contexto em que vai operar e conhecer também os aspectos que deverão chamar sua atenção no comportamento das pessoas (Laville e Dionne, 1999).

Assim, a observação do trabalho nos permitiu obter informações sobre as unidades básicas de saúde, sobre quem são os profissionais que trabalham nas mesmas, os tipos de tarefas e atividades desenvolvidas por eles, bem como sua divisão hierárquica, os tipos de insumos utilizados e sobre a infraestrutura.

Com o questionário levantou-se informações de identificação profissional, e de condições de trabalho que subsidiaram a construção do perfil dos entrevistados e a situação do meio ambiente de trabalho. As entrevistas permitiram levantar dados sobre como cada

profissional vive sua situação de trabalho e como esta rebate em sua vida pessoal e profissional.

O Questionário é um instrumento de coleta de dados que possibilita descrever as características da população pesquisada e consiste numa técnica que propicia determinado conhecimento ao pesquisador devendo ter uma linguagem acessível, apresentando clareza e objetividade (Gil, 2008). Com o Questionário a partir de questões fechadas e abertas, levantaram-se informações de identificação socioeconômica, profissional, de condições de trabalho e sobre a organização do trabalho que subsidiaram a construção do perfil dos entrevistados e a situação do ambiente de trabalho.

A Entrevista é uma das etapas mais importantes da pesquisa, que tem no planejamento o ensejo de alcançar os objetivos, desde a organização das questões a escolha dos participantes (Lakatos, 1996). Foi utilizada na pesquisa a entrevista semiestruturada, que é um instrumento de coleta de dados que permite investigar os posicionamentos dos participantes, construindo condições direcionadas para os objetivos, possibilitando ao pesquisador fazer outras perguntas para elucidar questões que não ficaram bem esclarecidas. As Entrevistas individuais permitiram levantar dados sobre como cada profissional vive sua situação de trabalho e como esta rebate em sua vida pessoal e profissional.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada entre os meses de Setembro a Novembro de 2016 e o acesso aos profissionais de saúde foi realizado após a liberação da instituição através da autorização institucional emitida pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (em anexo), da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande/ PB. Assim, foram realizadas visitas às três Unidades de Básicas de Saúde para o início das observações do trabalho. No primeiro momento foi levantando todo o funcionamento das UBS, colhidas informações sobre os profissionais e as condições de trabalho.

No segundo momento foram abordadas pessoas ligadas à gestão do Distrito e/ou alguns profissionais para colher informações mais detalhadas sobre o cotidiano do funcionamento da UBS que não ficaram claras durante a primeira parte das observações. Este momento foi utilizado para esclarecer dúvidas e aprofundar o conhecimento sobre a situação de trabalho da UBS.

Em seguida, explanamos individualmente os objetivos da pesquisa para os profissionais de saúde do Distrito Sanitário, e após acordamos com os profissionais as datas

para participarem da pesquisa, onde foi entregue o Questionário para que eles preenchessem e caso preferissem devolvesse posteriormente ao pesquisador. As Entrevistas foram marcadas à medida da disponibilidade dos participantes e os questionários foram respondidos em todos os casos antes da realização da entrevista. As entrevistas ocorreram nas Unidades Básicas de Saúde e numa âncora localizada no sítio Manga região coberta pela unidade de saúde II.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas com auxílio da Kodac Easy Share C182, no ato da entrevista foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido contendo as normas de sigilo e a confidencialidade pessoal e das informações prestadas, resguardando todas as recomendações éticas, como também o termo de autorização para gravação de voz, e o questionário que permitiu traçar e levantar um perfil dos dados pessoais e sociais dos participantes.

Esta pesquisa resguardará todas as recomendações emanadas na resolução de saúde – MS, e das diretrizes da Resolução 466/12 CNS/MS assegurando desta forma, o sigilo das informações dos sujeitos nesta pesquisa. Para tanto, usamos nomes fictícios para unidades e localidades.

3.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, por considerá-la capaz de possibilitar uma visão interpretativa, compreensiva e explicativa do universo pesquisado (Martinelli, 1999). Desta forma, à análise de conteúdo, permite que se trabalhe com grande diversidade de materiais, como também inúmeros objetos de pesquisa que portam atitudes, valores, representações e significados (Laville e Dionne, 1999), e ainda nos permite reconhecer o essencial em torno das ideias.

Mesmo organizado, o material continua bruto e não permite ainda extrair tendências claras e, ainda menos, chegar a uma conclusão. Será preciso para isso empreender um estudo minucioso de seu conteúdo, das palavras e frases que o compõem, procurar-lhes o sentido, captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno das ideias principais... É este o princípio da análise de conteúdo: consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação (Laville e Dionne, 1999, p 215).

Diante disso, Minayo (2010), enfatiza que a análise de conteúdo é uma ferramenta que nos auxilia a encontrar respostas para as questões formuladas, mas também não confirmar as afirmações que foram construídas antes do trabalho de pesquisa.

CAPÍTULO 4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram profissionais de nível superior que estão atuando em um Distrito Sanitário do município de Campina Grande/PB, conforme quadro abaixo.

Perfil dos Participantes	Sexo	Idade	Profissão	Nível de escolaridade	Vínculo empregatício
Participante I	F	39	Assistente Social	Pós – Graduação	Efetivo
Participante II	F	49	Farmacêutica	Graduação	Contrato por Tempo Determinado
Participante III	F	29	Médica	Graduação	Contrato sem Tempo Determinado
Participante IV	F	45	Odontóloga	Pós-Graduação	Efetivo
Participante V	F	38	Enfermeira	Pós - Graduação	Efetivo
Participante VI	F	25	Médica	Graduação	Contrato por Tempo Determinado
Participante VII	F	59	Enfermeira	Graduação	Contrato por Tempo Determinado

Com relação à idade o perfil das entrevistadas encontra-se entre 25 a 59 anos, e todas as participantes eram do sexo feminino, no que concerne a profissão duas eram médicas, uma Assistente Social, duas profissionais eram enfermeiras, e ainda uma odontóloga e uma farmacêutica. Com relação à formação profissional e acadêmica, três participantes possuem pós-graduação no nível de mestrado e especialização. Em relação ao vínculo empregatício quatro das sete participantes possuem contrato por tempo determinado, ou seja, estavam na condição de insegurança do vínculo de trabalho.

Esta insegurança no vínculo empregatício fragiliza o poder de organização e reivindicação da classe trabalhadora, ocorrendo perdas de direitos trabalhistas, levando o trabalhador diante das perdas salariais a desempenhar e buscar outros vínculos sem garantias

legais. Tal rotina de sobrevivência, para o trabalhador pode desenvolver desgaste físico, fadiga e até situações de estresse, podendo ocasionar sérias doenças relacionadas ao trabalho.

Recente pesquisa do IBGE (2014), citada em um estudo realizado por Druck (2006) aponta dados sobre o vínculo empregatício dos trabalhadores da saúde pública nos municípios brasileiros, donde os números de servidores sem vínculos permanentes ainda encontra-se ascendente, sendo esta realidade, não muito diferentes entre Estados e municípios:

O estudo do IBGE de 2014 analisou o quadro do funcionalismo para a saúde pública nos municípios e nos estados. No caso da administração municipal, o número de pessoas ocupadas na área de saúde era de 1.574.318 entre os 5.513 municípios que forneceram a informação, representando 24% do total de pessoal ocupado na administração municipal brasileira. O pessoal ocupado sem vínculo permanente na saúde representava 28,6% do total de pessoal sem vínculo permanente da administração municipal e tinham 27% celetistas e 23,1% estatutários em relação ao total do serviço público municipal. No quadro de pessoal na saúde nos municípios, a distribuição do pessoal segundo o vínculo empregatício era de 58,5% estatutários, 11,4% celetistas, 5% comissionados e 22% trabalhadores sem vínculo permanente em 2014 (Druck, 2006, p.21).

Outro significativo estudo realizado por Maciel, Santos e Rodrigues (2015), mostrou a realidade das formas de contratação no município de Fortaleza no Ceará, donde elenca que a maioria destes trabalhadores está na condição de terceirizados, tendo com consequência a interferência direta da gestão política da secretaria de saúde na unidade básica, desrespeitando a realização de concursos e seleções públicas.

Nas falas das participantes da pesquisa presenciamos certas angústias, desgastes emocionais e sentimento de desvalorização profissional, além de clara precarização dos vínculos empregatícios. Do total dos entrevistados mais de 50% estão na condição de fragilidade destes vínculos sem garantias trabalhistas, nem tão pouco, segurança na permanência do trabalho, sendo-lhes negados direitos fundamentais, assegurados constitucionalmente como férias, décimo terceiro salário, e ainda, a inexistência na equivalência salarial entre trabalhadores contratados e trabalhadores efetivos, como também na falta de condições satisfatórias de trabalho. Como afirma a fala seguinte:

Eu diria que em relação a direitos, enquanto profissional, por exemplo, questão de salário, questão de vínculo, questão de atraso aí isso aí eu vou dizer que é precário porque a gente ganha menos do piso, não tem direito a décimo terceiro não tem direito a férias, entendeu? Você só ver cobranças, atraso no seu salário eu acho isso além de ser precário é um desrespeito (P6).

Diante desta realidade presenciamos situações diversas e adversas, dificuldades semelhantes que se encontra na realidade que circundam esses sujeitos, dentro da política de saúde, especificamente na atenção básica.

4.2 SITUAÇÃO DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No Brasil, historicamente marcado pelas brutais desigualdades econômicas sociais e políticas, as multifacetadas expressões da questão social – compreendida como sendo o conjunto dos problemas econômicos, políticos, e sociais que o surgimento da classe operária impôs a constituição da sociedade capitalista estão vinculadas ao conflito entre capital e trabalho (Netto, 1996).

A realidade contemporânea do capitalismo caracteriza-se em tempos atuais, pelo retrocesso do emprego, e pelo desemprego estrutural, como também na violação dos direitos em todas as esferas, e na pujante intensidade da exploração da classe trabalhadora (Santos, 2008). Neste sentido, outros dilemas afloram para a classe trabalhadora, através de estratégias capitalistas de formas novas de se produzir cada vez mais lucro, donde a reestruturação produtiva e o neoliberalismo intensificam o desmonte das políticas sociais, a privatização da coisa pública e a precarização das relações de trabalho.

Corroborando com as ideias de Guerra (2010), presenciamos de forma mais aguda desde a década de 1990, as investidas do neoliberalismo, na perspectiva de um Estado mínimo aos interesses da coletividade, no ensejo de desmontar tanto os direitos sociais ou trabalhistas como também despolitizando e desqualificando as políticas sociais. Segundo a mesma autora isso faz com que se extinga a função democrática reguladora da política social, função esta que tem como principal objetivo conter a fúria do capital.

Neste contexto, as políticas sociais, na contemporaneidade, estão fortemente acometidas da presença privatizante do Estado, este capturado pela lógica econômica neoliberal de privatização, focalização, seletividade, fragmentação e descentralização, pulverizado em programas sociais descontínuos, numa clara tentativa de sucateamento e entrega dos serviços compulsórios do Estado à iniciativa privada. Fica nítida a vontade dos governos de maximizar o lucro das grandes corporações financeiras e os interesses econômicos (Iamamoto, 2007). Desta forma:

A direita neoliberal quer criar espaço para um Estado mínimo numa clara tentativa de fazer com que o fundo público atue apenas como pressuposto do capital. O objetivo é a retomada de um Estado caritativo assistencialista e o desmantelamento total da

função do fundo público como antivalor. Assim, as privatizações no campo das demandas do trabalho não são equivalentes à desmontagem do suporte do fundo público a acumulação do capital já que este depende visceralmente daquele para sua reprodução ampliada. Para Oliveira a ofensiva neoliberal abala os fundamentos da democracia moderna convertendo o Estado a uma completa subordinação ao capital, num verdadeiro “banquete” dos ricos e atualizando mais que nunca a crítica marxiana do Estado (Behring e Boschette, 2006, p.147).

É neste contexto de sucateamento e de precarização da política de saúde que se encontram os sujeitos da nossa pesquisa. Os problemas decorrentes da desvalorização profissional, a falta de incentivos a formação continuada, os dilemas que estão postos para as condições de trabalho e as relações no emprego são algumas das características que estão imbricadas no processo de trabalho destes profissionais de saúde.

O Distrito Sanitário alvo de nossa pesquisa no município de Campina Grande/PB conta atualmente com uma população adscrita de aproximadamente 13 mil habitantes entre a zona urbana e rural, população coberta pelas três unidades básicas de saúde e as âncoras que dão suporte as equipes nas regiões rurícolas.

Na sequencia dos resultados, com base nos dados dos questionários, da observação do trabalho realizado diretamente nas unidades e das entrevistas dos participantes, apresentaremos as cinco categorias analíticas elencadas de acordo com os objetivos da pesquisa: ***Condições de trabalho; Organização do Trabalho; Trabalho e Adoecimento; Reconhecimento de Trabalho e Satisfação Profissional e Precarização do Trabalho.***

4.2.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO

Antes de nos determos sobre as condições de trabalho dos profissionais pesquisados, iremos apresentar um quadro breve das características do ambiente de trabalho em que eles realizam suas atividades profissionais. Análise realizada fruto das observações do pesquisador e de algumas falas dos participantes.

O Distrito Sanitário conta atualmente com três unidades básicas de saúde e as unidades de apoio que estão localizadas na zona rural e são denominadas unidades âncoras, pois sua atribuição é dar suporte de atendimento a população rural. Nas âncoras os atendimentos são realizados uma vez por semana, no ensejo de os usuários, que residem em comunidades longínquas, terem acesso ao atendimento da equipe de saúde.

Os profissionais são deslocados das unidades de saúde da zona urbana para estas unidades, o deslocamento acontece através do veículo da Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os profissionais que participaram da pesquisa residem em Campina Grande, e o deslocamento para o distrito sanitário, ocorre através do veículo que recolhe todos os profissionais e os conduzem as unidades básicas.

Entretanto, uma realidade que ainda persiste, nas três equipes de saúde é a falta de profissionais da equipe mínima a exemplo de médico, enfermeiro e odontólogo, uma vez que no momento da pesquisa ainda persistia a falta de médico e de enfermeiro, onde para cada equipe era para constar no mínimo um médico e um enfermeiro. Para as três unidades em funcionamento no Distrito estavam em falta ainda um médico e mais um enfermeiro e em relação ao profissional de odontologia ela cobria as três unidades de saúde, donde seria necessário que fossem incorporados mais profissionais para melhor qualidade do atendimento aos usuários.

Segundo os profissionais as instalações físicas no momento se encontram bem melhores. Apesar de no cenário da pesquisa aparecer duas realidades, uma vez que, por um lado presenciamos um espaço de trabalho inaugurado recentemente, construído para o desenvolvimento das atividades da atenção básica, que dispõem de sala de recepção, consultórios médicos de enfermagem e odontologia e uma sala para farmácia e sala de vacinação, sanitários e copa. Neste espaço atuam duas equipes de saúde. Por outro lado, se encontra uma terceira equipe numa localidade mais distante, em situação física um pouco mais desfavorável em relação à nova unidade referida. Onde seu espaço físico não é um ambiente adequado, pois em visita realizada, enquanto observador percebemos que se trata de uma residência adaptada para ser uma unidade de saúde: os ambientes não são propícios ao desenvolvimento do trabalho, faltando instalações físicas mais adequadas, pois os espaços se apresentam com pouca iluminação e sem ventilação, além da questão dos equipamentos e mobiliários em estado deficitários. Uma das entrevistadas assim se reporta a situação tratada:

...a gente não tem um armário que seria importante que eu tivesse, ...às vezes eu recebo amostra grátis e não tem onde colocar fica aqui em cima da minha mesa, ...a questão da copa e da cozinha aqui são bem precárias, não tem armários na cozinha a feira fica armazenada de forma exposta.. (P3).

Outra realidade que persiste e ainda torna-se um gargalo para os profissionais, é a questão das unidades de apoio e/ou âncoras que apesar das falas dos participantes apresentarem um pouco de receio ao tratar dessa realidade, é referente à precariedade das instalações físicas das âncoras, realidade esta que se encontram nos sítios, localizados na zona

rural, espaços estes que não dispõem de sede própria e muitas vezes funcionam em local improvisado e não adequado ao que o serviço solicita.

Destarte, análises que é produto de nossas observações e de algumas averbações tímidas, com certo receio, de alguns profissionais que relataram um pouco de seu cotidiano de trabalho como também de visitas as âncoras das unidades de saúde. Em uma delas as instalações físicas não dispõem de condições adequadas, pois, no caso da que observamos em visita, percebemos que era uma unidade improvisada e com certa adaptação, uma residência simples semelhante às residências da comunidade circunvizinha, não dispo de mobiliários adequados, nem tão pouco de climatização, nem de condições de acessibilidade tanto para os usuários, quanto para os profissionais que necessitam percorrer um longo percurso em estradas de terra para chegar à localidade.

As falas demonstram que as condições de trabalho das profissionais no Distrito Sanitário pesquisado não são favoráveis a saúde física e psicológica das trabalhadoras, como a referência ao desgaste emocional devido às várias adversidades relacionadas ao cotidiano profissional de incertezas, precariedade dos insumos e dificuldade das resoluções cotidianas.

Diante disso a Participante (3) e (4) enfatizam:

Eu acredito que as condições são bem precárias a gente poderia ter aqui uma estrutura física bem melhor e equipamentos numa quantidade mais adequada a gente aqui tem sonar que é um aparelho de escutar o batimento cardíaco do feto, mas, é muito antigo... (P3).

Ultimamente está muito difícil de trabalhar porque tem faltado medicamentos tem faltado equipamentos (o sonar), para a gente fazer um pré-natal de qualidade ...termômetro a gente não tem termômetro, já solicitamos e não tem, então assim, sempre está faltando alguma coisa, a gente não tem um ambiente propício para fazer um bom serviço (P4).

A realidade, vivenciada pelos profissionais, em ambientes incompatíveis com as condições adequadas de trabalho, faz com que prejudique a qualidade dos atendimentos aos usuários, uma vez que, nas localidades da região rural (onde estão as unidades de apoio) ainda persistem situações de falta de equipamentos e/ou condições físicas satisfatórias para os atendimentos.

As respostas dos participantes da pesquisa apresentam realidades distintas, dentro de um mesmo Distrito Sanitário. Assim, em relação às instalações físicas quatro (4) das entrevistadas que trabalham na nova sede responderam que são espaços de trabalho adequados para a tarefa que realiza e em relação a mobiliário, equipamentos e ferramentas são

adequados para o desenvolvimento do serviço; espaços adequados para pausas e lanches ou repouso; vestiários e sanitários satisfatórios.

Numa outra realidade, em outra unidade de saúde, na qual as instalações físicas são adaptadas, a mesma pergunta apresenta respostas bem distintas, pois, três (3) das pesquisadas apresentam posicionamento não favorável e/ou positivo nas questões das instalações físicas (mobiliários, equipamentos, vestiários e sanitários, espaços para alimentação entre outros, e segundo as respostas não apresentam espaços e/ou condições adequadas e satisfatórias para o desenvolvimento do trabalho) tais respostas ainda elencam mais uma dificuldade que está relacionada à manutenção dos equipamentos e as instalações físicas da unidade.

As unidades I e III que atuam na nova sede apresentam melhores condições de trabalho e equipamentos mais novos ou em bom estado de conservação, dispo de mobiliários, como cadeiras, birôs, armários, sala com melhor iluminação e ventilação e equipamentos mais adequados.

Quanto à unidade de saúde II, apresenta uma realidade bem sucateada, sem mobiliários adequados e/ou falta destes, sala sem iluminação e sem ventilação, e aparelhos de uso dos profissionais sem condições de uso e espaços de atendimento bem pequenos que não estão apropriados para atendimento ao público.

Diante desta realidade ocorre um descaso em relação às prescrições de instalações adequadas para o funcionamento das unidades básicas de saúde, que ainda não se efetivaram segundo as normas contidas na Portaria 2.488, de Outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece uma revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta enfatiza algumas considerações acerca do funcionamento destas unidades e a responsabilidade comum a todos os entes federados e a compromisso dos municípios na atenção básica. Quais sejam:

- Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, de acordo com suas responsabilidades;
- Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários;
- Selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

- Garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas (Portaria 2.488, de Outubro de 2011).

A mesma portaria ainda evidencia uma lista de recomendações e obrigações do município responsável pela Atenção Básica, nas quais devem contar com os equipamentos:

- Consultório médico/enfermagem, consultório odontológico e consultório com sanitário, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração e gerência e sala de atividades coletivas para os profissionais da Atenção Básica;
- Área de recepção, local para arquivos e registros, sala de procedimentos, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS), sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta, sala de curativos, sala de observação, entre outros (Portaria 2.488, de Outubro de 2011).

Neste cenário, o descumprimento das legislações na política de saúde corrobora para ampliação da precarização das condições de trabalho das profissionais de saúde do referido Distrito. Apesar da recente inauguração (2016) da nova sede, para duas unidades de saúde das três que estão atuando na localidade, a realidade de falta de aparelhos, equipamentos, e recursos humanos ainda persistem, como também da unidade II, que não atende na nova sede, como também a realidade das unidades de apoio - âncoras.

A seguir vamos abordar os aspectos concernentes ao ambiente de trabalho no que tange as suas condições de trabalho. Estamos considerando aqui que as condições de trabalho estão relacionadas aos fatores físicos, químico, biológico, ergonômicos, de higiene, de segurança e aspectos sociais e administrativos que se referem ao meio em que um trabalhador atua no desenvolvimento de sua atividade profissional.

Sobre as condições de trabalho os profissionais entrevistados referiram diversos fatores de riscos existentes em seu ambiente de trabalho. No questionário quando perguntamos acerca do ambiente e das condições do trabalho, cinco (5) entrevistados expuseram que estão expostos a barulhos, ruídos constantes ou incômodos; calor intenso; poeiras e gases; vibrações (oscilações ou tremores no corpo ou nos membros); como também à exposição a agentes biológicos (contato ou manuseio de bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal) e ainda exposição a agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, diluentes desinfetantes, etc.).

Quanto aos aspectos ergonômicos do trabalho, os participantes da pesquisa referiram às exigências físicas que são impostas ao corpo dos profissionais. Seis (6) dos sete (7)

entrevistados responderam que o trabalho exige esforços ou gestos repetitivos; posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis e desconfortáveis); como também a permanência de longos períodos sentados; outros disseram permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar etc); e ainda a permanência por muito tempo no mesmo local e na mesma posição, são características que afligem as profissionais de saúde do distrito.

No questionário ainda indagamos a respeito dos riscos que estão expostas as profissionais de saúde no atendimento ao público, ao que elas informaram que existem ainda muitas situações desgastantes, desconfortáveis e até de riscos iminentes. Seis (6) das profissionais entrevistadas afirmaram ter sofrido agressões verbais; três (3) relataram agressão física; um profissional (1) relatou assédio sexual; e quatro (4) afirmaram terem sofrido intimidações e/ou ameaças que causaram insegurança, sustos que desencadearam e/ou provocaram a sensação de medo no ambiente de trabalho.

O Distrito Sanitário localiza-se a uma distância de 18 km do Município de Campina Grande/PB e onde as pessoas costumam procurar a Atenção Básica e/ou posto de saúde da Estratégia de Saúde da Família para todos os tipos de casos de doenças. A localidade não dispõe de um pronto atendimento de urgência e emergência. Desta forma, as profissionais não dispõem de equipamentos, nem do serviço especializado para o atendimento imediato da população nos casos de urgência, sendo necessário, o encaminhamento para os hospitais e a UPA de Campina Grande/PB. Nestes casos o SAMU é acionado pelas equipes.

Esta realidade de não dispor de condições adequadas de trabalho referentes a equipamentos, instrumentos e até medicamentos causa nos profissionais, uma sensação de impotência diante do quadro sanitário e da demanda grandiosa que busca por atendimento de qualidade e por resolutividade dos seus problemas de saúde. É neste sentido que os profissionais afirmam o descompasso entre as condições de trabalho e uma grande quantidade de usuários para serem atendidos, como se confirma nas falas das participantes:

Eu acho hoje que o principal é a demanda muito inchada, embora eu tenha falado de cerca de 4 mil pessoas mas as áreas não estão totalmente organizadas seria uma média de 4 mil pessoas para minha equipe, mas a área hoje ela não está muito bem dividida, então a gente abarca mais que isso, porque tem áreas que não estão bem divididas, estão descobertas, aí acabam que ficam pra gente entendeu os usuários acabam vindo pra gente, porque aqui não é atendimento de pronto atendimento. Então sempre tem demanda espontânea sempre... sempre e como estamos num distrito que é longe de Campina, as pessoas não tem acesso a uma UPA como tem dentro de Campina Grande, então elas veem todas para cá.. tudo vem pra cá...(P2).

O que falta realmente é a população entender e por mais que a gente tente esse trabalho, de tentar sensibilizar as pessoas de o que é atenção básica, muitas pessoas ainda não entenderam, e como eu já disse o grande desafio é a grande demanda e a distância da cidade, que tem a UPA um atendimento de pronto atendimento. As pessoas precisam entender realmente como é que funciona esse trabalho... às vezes ela até entende, mas elas tentam, vão lá com o braço cortado para ver se faz a sutura no posto, tá entendendo, principalmente as pessoas precisam entender isso, e assimilar isso sabe...(P3).

É nesta relação muitas vezes conflituosa que as profissionais se angustiam e diversas vezes sentem-se impotentes, diante de uma grande quantidade de atendimentos e pela busca constante dos usuários, por serviços que não estão no âmbito de atendimento da atenção básica.

No bojo deste cenário, ao serem indagados acerca das Condições de Trabalho no seu cotidiano profissional, expuseram as seguintes afirmações: “As condições de trabalho poderiam ser melhores, as condições de trabalho são “razoáveis” né, o SUS é muito complicado para trabalhar no serviço público, é complicado a demanda é muito grande” (P1). Outra fala afirma: “Eu costumo dizer que a experiência aqui é desafiadora né, porque é muito trabalho, é desgastante, muitas vezes é desgastante... É tentar trabalhar nas adversidades que são muitas” (P2).

Vemos, assim, um processo de precarização do trabalho ocorrendo no setor dos serviços públicos de saúde, gerando insegurança e sentimento de dever não cumprido em face do muito ainda por realizar. Muitos dos profissionais se submetem a esta situação de trabalho por força deste contexto de desemprego de longa duração, precarização das relações de trabalho, ampliação de empregos parciais e temporários instáveis, não associados a direitos, limitação do acesso aos direitos derivados de empregos formais (Behring e Boschette, 2006), diminuição dos concursos públicos contemporâneo de desemprego e outros aspectos do mercado de trabalho, como diminuição dos concursos públicos.

4.2.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Autores como Graça Druck (2013), Giovani Alves (2004) e Ricardo Antunes (2013) entre outros chamam atenção para as repercussões das novas formas de organização do trabalho sobre a vida dos trabalhadores de todos os matizes e que se expressam em todo o mundo. Estes autores afirmam que nos países periféricos as novas formas de organização do

trabalho se agudizam e se expressam com mais intensidade, gerando cada vez mais incertezas e insegurança por parte dos que vivem da venda de sua força de trabalho.

Em relação à categoria analítica denominada Organização do Trabalho que para Dejours (1992), se refere à divisão do trabalho, ao conteúdo da tarefa, ao sistema hierárquico e às modalidades de comando, como também as relações de poder, entre outras atribuições da hierarquia institucional, observamos situações peculiares na unidade de saúde do distrito.

A organização do trabalho envolve, assim, aspectos concernentes a fatores de relações intersubjetivas de trabalho, de cooperação e atividades coletivas. Dos dados levantados com o questionário, seis (6), dos sete (7) entrevistados responderam que dependem do trabalho de outros colegas para o desenvolvimento da tarefa solicitada e, assim, atuar no sentido de atender as demandas dos usuários do serviço, sendo esta situação corriqueira a todos os profissionais pesquisados. Neste aspecto, uma das entrevistadas considera fundamental o trabalho em equipe que é desenvolvido na atenção básica, mesmo apresentando certos desgastes:

Tem sempre que trabalhar em equipe por mais difícil que seja a um desgasta muito grande porque meu trabalho depende da ponta do agente comunitário de saúde passa pelo médico por toda a equipe então se você não tiver preparado para lidar com o trabalho em equipe o seu trabalho não flui então nós dependemos uns dos outros desde o vigilante a recepcionista, serviços gerais todos são importantes na equipe então precisamos estar bem articulados porque quando tem desgaste porque é do ser humano é necessário em reunião esta trabalhando isso para avançar tem que ter esse feedback esse trabalho em equipe senão não flui (P5).

Esta fala mostra a complexidade do trabalhar em saúde, já que envolve profissionais de diversas áreas, com experiências diferentes, concepções díspares, visões de mundo distintas. O trabalhar em saúde envolve diretamente pessoas, seja em relação ao seu público alvo, seja em relação aos protagonistas da atividade. O tempo todo, as profissionais se debatem com relações interpessoais que dependendo do modo como são vividas podem levar uma coesão em termos de equipe e potencializar o trabalho coletivo ou podem ser fontes de conflitos entre membros da equipe ou com os usuários.

Já três (3) das entrevistadas confirmaram que ocorrem situações nas quais os profissionais têm que desempenhar várias tarefas ao mesmo tempo, como também tendo que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda de outros colegas de trabalho. Quatro (4) dos pesquisados elencaram ainda acontecimentos com constantes interrupções nas situações de trabalho e disseram ter que suprimir ou encurtar uma refeição ou nem realizar a pausa por causa do trabalho. Neste sentido, enfatizam também uma sobrecarga de atividades

e/ou variabilidades do trabalho que corroboram para um desgaste físico e situações imprevisíveis que gera insatisfação e descontentamento no trabalho.

Aí vem a questão, por exemplo, quando nós vamos para as âncoras nas zonas rurais, eu que tenho que carregar as caixas aqui nesta unidade eu não tenho auxiliar eu sou sozinha, aqui eu tenho que fazer tudo, controle de estoque, a questão de validade a dispensação de medicamentos, o abastecimento, fazer pedidos, atender ao público entendeu e são duas âncoras para o PSF 3, uma no sitio Massapé e outra no sitio Santana (P6).

Desta forma, o trabalho que é desenvolvido pelos profissionais da atenção básica, necessita de uma contínua qualificação, para melhor atendimento ao público e desenvolver estratégias em equipe para o desempenho do trabalho. Entretanto, esta realidade ainda inexistente, pois os profissionais alertam o déficit de formação permanente em saúde para melhor atendimento ao público:

Às vezes existem certos profissionais na porta de entrada que não são preparados para atender os pacientes atende mal, acha que aqui é o quintal da casa deles, você tem que ter preparo para desempenhar sua função, então muitas vezes eu acho que o funcionário deixa a desejar, não procura dar uma informação correta e explicar exatamente o que está acontecendo. A formação continuada que nem tem. A gente sabe a questão do apadrinhamento, às vezes você ver que aquela pessoa não tem a menor condição de estar num local, eu acho chato, quando estou atendendo um paciente que chaga um colega de trabalho furando fila pedindo isso pedindo aquilo “quereendo” porque acha que tem direito, porque trabalha no local, eu acho isso uma falta de ética muito grande mas muitas vezes nem todos entendem o que é ética (P6).

É diante desta realidade que a participante enfatiza alguns imprevistos e/ou interrupções no trabalho que ocorre no cotidiano de suas atividades. Assim, enquanto observador, percebemos posturas não típicas de profissionais e usuários (barulhos, risos, conversas altas, impróprias para um ambiente de trabalho), esta realidade ocorria nos ambientes de espera dentro das unidades básicas, tal ocorrência e/ou interrupções ocorreram também no momento das entrevistas, reiterando a fala da participante donde afirma ser esta realidade corriqueira.

Numa outra fala, nos deparamos com um depoimento de situações imprevistas no atendimento ao público, e no desenvolvimento do trabalho que para a realização do trabalho as profissionais encaram momentos difíceis desde a locomoção até a dificuldade de cumprir horários para o melhor atendimento aos usuários.

Trabalhar no serviço público é imprevisível sempre, desde o carro que nos dependemos para vir para o distrito que não tem manutenção, que tem falta de gasolina e muitas vezes falta manutenção, imprevisível de ficar no meio da estrada que já aconteceu... mas a alimentação e o transporte é por conta da prefeitura então são muitos imprevistos. No horário de chegada que tem muitos atrasos, apenas uma Kombi para levar as duas equipes aí uma equipe é dia de ir para o sítio, aí, vai ao sítio deixar a equipe, para poder chegar são muitos imprevistos, a gente já conta com os imprevistos nunca deixa de ter (P5).

Desta maneira, quanto à realização das atividades e ao conteúdo do trabalho, cinco (5) das entrevistadas, indicaram que suas opiniões são consideradas para o funcionamento do serviço, mas para três (3), dos profissionais entrevistados sua opinião ainda não surte efeito nas decisões tomadas na unidade. No contexto da organização e funcionamento do serviço quando averiguamos quanto à regularidade das reuniões para a discussão do trabalho na equipe, percebemos que seis (6) das entrevistadas afirmam que ocorrem regularmente essas discussões, mas essa regularidade se expressa em discussões informais. Apenas quatro (4) das profissionais reiteram a possibilidade de se expressar a vontade nesses momentos, apesar de haver a frequência de ajuda dos colegas para o desenvolvimento do serviço segundo cinco (5) das participantes.

As respostas mostram que as profissionais de saúde possuem um conhecimento científico e prático sobre sua atividade, sendo que suas opiniões geralmente são observadas nas decisões do trabalho em saúde. O enfrentamento cotidiano das variabilidades do trabalho tanto tem um componente individual como também coletivo, já que elas dizem que ocorrem discussões sobre a atividade, principalmente no âmbito informal. Isto mostra o caráter dinâmico do trabalho destas equipes e da necessidade de tomar decisões no processo de desenvolvimento da atividade, em que discussões são realizadas no decorrer mesmo do trabalho ou em momento de parada para um lanche, refeição ou durante deslocamento para as unidades. Estes aspectos mostram o caráter engenhoso das profissionais que diante dos desafios, variabilidades cotidianas seja dos usuários, dos equipamentos, das condições de trabalho, dos insumos, etc., buscam engendrar formas de enfrentamentos e ativar medidas para que o trabalho prescrito ocorra. Esta é a positividade do trabalho.

Em relação ao contato destas profissionais com o público as entrevistadas elencaram certas ocorrências que mostram a diversidade de usuários que atendem cotidianamente. São variabilidades humanas interpessoais que as profissionais entrevistadas precisam lidar e decidir como gerir.

Outras situações é assim eles já chegam tão agressivos a forma que eles tem de se defender chega até dizendo algumas coisas com a gente chega tratando mal, aí a gente tenta amenizar a forma de falar para ir quebrando aquele clima entendeu (P6).

Deste modo, Diante de uma conjuntura de limitações dos insumos as profissionais entrevistadas se deparam com situações que dependem de suas habilidades profissionais e certas estratégias para a continuidade do serviço, mesmo em situações adversas.

Não sei se eu posso falar isso, mas num trabalho desse você se ver muitas vezes corrompida por causa de uma dipirona pessoas querendo burlar muitas vezes, está a enfermeira ali do lado, mas não querem enfrentar uma fila para pegar sua receita e ficam inventando uma desculpa de todo jeito, porque o paciente mente muito é incrível, o que eles fazem para conseguir uma medicação por mais barata que seja, as vezes não está com problema nenhum, muitas vezes eles querem ter em casa como estoque, nós só podemos fornecer medicamentos mensalmente porque nós recebemos mensalmente. Ai então eu vejo muita prescrição se for trinta comprimidos é trinta comprimidos se o médico passar noventa comprimidos e a pessoa tomar um comprimido ao dia, eu só dispendo os trinta, porque ela vai estar tomando a medicação de mais dois pacientes e isso é muito jogo de cintura... você esta entendendo? Tem uma serie de questões nesse sentido que nós temos que estar muito alerta entendeu ter que ter muita atenção (P6).

Esta fala mostra o uso da inteligência da prática das profissionais que diante das demandas dos usuários vão fazendo as regulações da atividade, gerindo as situações para que não faltem os insumos frente aos pedidos de outros usuários que deverão chegar ao serviço de saúde. Elas fazem então uma leitura do que é prescrito pelo médico e agem de forma engenhosa explicando para os usuários o porquê de determinada medida efetivamente tomada.

Diante disso, o contato com os usuários são sempre e/ou frequentemente bons para seis (6) das profissionais das unidades. Entretanto, para essas mesmas participantes, esses momentos às vezes ou raramente são desgastantes e ou desagradáveis. Neste contato com o público, foi questionado acerca da frequência das exigências do público e as tensões nesta relação. Para cinco (5) das pesquisadas sempre ou frequentemente ocorrem estas tensões entre o profissional e o usuário. E para quatro (4) das entrevistadas afirmam ocorrer envolvimento afetivo com o público.

Sem pretensão de aprofundar a temática, pois este não é o foco da nossa análise, poderíamos tentar compreender tal relação a partir da questão de gênero e da divisão sexual do trabalho, que não pode ser dissociada da reestruturação produtiva, que afeta todos os trabalhadores. Muitas mudanças culturais nas últimas décadas e o impacto do feminismo e as

intensas críticas aos padrões da dominação masculina e da subordinação feminina (Weeks, 2000), fizeram com que houvesse avanços na compreensão da temática. Contudo, permanece a construção social, histórica e cultural de “habilidades femininas”, para o desempenho de certas tarefas, por ser historicamente e não naturalmente construída, apresentarem características peculiares de serem mais atenciosas, cuidadoras, e respeitosas favorecendo a relação subjetiva entre profissional e usuário. Sendo necessário compreender as relações de trabalho não apenas na esfera econômica, mas, sobretudo em aspectos sociológicos e a produção de subjetividades (Brito, 2000).

Este quadro complexo e variado de contato com os usuários fez com que quatro (4) das participantes elencassem que sempre ou frequentemente modificam ou adaptam o modo de trabalhar para atender as necessidades do público. E para os três (3), restantes afirmam que nunca ou às vezes é que realizam adaptações. É diante disso que ocorre no processo de trabalho às variabilidades que existe na relação entre usuários e profissionais, sendo necessário, portanto, atitudes diferenciadas no ensejo de desenvolver capacidades que possam vir a favorecer essa relação com os usuários, que trazem em suas vidas, demandas sobrecarregadas de vivências e experiências singulares no processo de saúde–doença. Desta maneira torna-se um desafio para estas profissionais que precisam lidar com estas realidades díspares e na constante busca de resoluções para as complexidades específicas e cotidianas da rotina de trabalho.

Trabalhar na atenção básica e executar as prerrogativas da política de saúde, não constitui tarefa fácil. Vejamos o que diz uma das profissionais entrevistadas:

... quando eu cheguei aqui eu tinha, essa visão da ação preventiva, eu tinha uma visão de executar bem mais, e quando eu cheguei aqui eu fui sufocada pela demanda muito alta ... eu acho que ainda falta bastante coisa que eu idealizei para trabalhar na atenção básica. Então, por exemplo, a gente tem muitos usuários que são tabagistas e eu já tentei por diversas vezes formar criar um grupo de tabagismo de enfrentamento ao tabagismo e agente não consegue, não é executar, é encaixar no horário. Quando a gente divide que temos que atender minimamente a hiperdia os doentes crônicos os diabéticos e outros ...quando a gente tenta dividir isso e temos duas unidades âncoras temos uma unidade âncora que atende no sitio também é quase como se fossem duas âncoras quando a gente divide tudo isso na semana além das visitas domiciliares, temos muitos pacientes acamados quando a gente divide tudo isso, aí dizemos vou fazer um grupo de gestantes... Aonde? Para mim, o grande calo da nossa unidade é realmente essa grande demanda (P3).

A entrevistada fala da atividade e das dificuldades em realizar suas tarefas durante o dia de trabalho. Tudo o que é pensado e prescrito muitas vezes não é possível ser realizado em

face das demandas que surgem no cotidiano. O que foi pensado e projetado para ser rotina de trabalho é modificado em face de variabilidades que aparecem diariamente e que precisam ser enfrentadas. A questão da resolutividade parece ser uma regra de ofício deste segmento profissional e que para atingi-lo as profissionais se desdobram para atender a demanda que se apresenta cotidianamente, mesmo que signifique subverter o que foi planejado.

O que está prescrito, na Norma Operacional Básica de 1996, é que a atenção básica vai assumir um caráter do primeiro nível de atenção, e assim podendo ser caracterizado por um conjunto de ações de caráter individual e coletivo e estão voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (Giovanella e Mendonça, 2014). Destarte, em relação às atribuições das equipes da Estratégia de Saúde da Família, que são preconizadas nas diretrizes do programa publicadas pelo Ministério de Saúde estão enfatizadas as seguintes considerações:

Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; - Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; - Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença; - Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde - Resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados; - Desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos - Promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (Brasil, 1997, p. 14).

Diante do exposto é que a organização em unidades de saúde da família não deve se limitar a assistência médica individual, devendo agir segundo os problemas identificados que estão referenciados na sua área de implantação, atuando na promoção de saúde dos membros de uma família de forma contínua e integral (Giovanella e Mendonça, 2014). A Política Nacional de Atenção Básica donde se encontra a Estratégia de Saúde da Família (ESF), preconiza que cada equipe deve atender no mínimo 3.000 habitantes e no máximo 4.000 habitantes, com a jornada de trabalho dos profissionais de 40 horas semanais em cada unidade de saúde.

Para atender este conjunto de normas e prescrições preconizadas nos manuais e legislação da área da saúde os profissionais precisam se mobilizar subjetivamente e cooperar com outros pares para poder dar conta do trabalho, mesmo que as condições não estejam como foi pensado exteriormente. O depoimento de outra profissional de saúde elenca situação de trabalho coletivo, de divisão de tarefas relacionadas à grande demanda de usuários, como

também, ocorre que os profissionais assumem a tarefa de outros profissionais, que ainda não foram contratados para integrar a composição das equipes mínimas, vejamos:

Há muitos desafios assim, porque desde quando eu cheguei aqui existe uma divisão das equipes porque é muita gente utilizando a unidade de saúde ... então é uma demanda muito grande pelo menos a unidade (...) só que atendo também na Unidade (...) porque está dentro da mesma unidade, porque estou aqui dentro eu atendo, as duas equipes. E ainda tem gente que vem aqui da equipe três. É um acúmulo de serviços... a gente tem que tirar um dia para fazer os procedimentos coletivos, fazer as palestras porque eu tenho que fazer isso, é uma coisa inerente a proposta a estratégia do programa (P1).

Recomenda-se nas normas da área de saúde que cada equipe de saúde da família seja composta por no mínimo um médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescentados outros profissionais de acordo com a realidade de cada área de abrangência. Como mostram os dados da pesquisa existe uma defasagem no número de profissionais, que já é um resultado da política dos governos municipais em ter uma equipe ínfima e não mínima.

O estudo de Lopes e Marcon (2012), realizado com profissionais da atenção básica no município de Maringá no Estado do Paraná, mostra a defasagem de profissionais na estratégia de saúde, pois, em todas as equipes havia falta de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Desta maneira, em inúmeras realidades existe uma rotatividade de profissionais pela forma que são contratados, pela questão dos baixos salários e pela questão político-partidária onde os contratados ficam a mercê dos mandos e oscilações do poder executivo local e dos grupos que dele fazem parte.

Outro estudo realizado por Junior e Santos et al (2013), acerca das condições de trabalho dos profissionais de saúde do município de Petrolina (PE), demonstra como sendo um dos gargalos para a questão dos atendimentos e da qualidade dos serviços ofertados pela atenção básica, a defasagem da quantidade de profissionais que atuam nos serviços, principalmente, entre os profissionais especializados na área farmacêutica, dificultando a continuidade dos serviços.

Em seu cotidiano os profissionais de saúde enfrentam situações de trabalho que precisam resolver para que a tarefa seja cumprida. As profissionais entrevistadas citaram a questão das imensas filas de espera por exames e consultas, que muitas delas chegam a durar meses e até anos, isso quando são conseguidas, tornando-se uma violação dos direitos dos usuários de uma saúde gratuita e de qualidade como preconiza a legislação do SUS. Elas

também abordam a falta de materiais necessários para a realização do atendimento aos usuários.

O problema da marcação de consultas e exames é bem complicado a gente referencia o paciente e quando chega para marcar na central de marcação de exames e consulta fica com esse problema de marcar. Questão de falta de material é complicado porque a gente não pode trabalhar sem os materiais ... sem ter remédio faz três meses que chegou remédio na unidade então isso é muito ruim os pacientes ... a gente não consegue dar uma boa assistência por falta de tempo aos usuários e uma demanda muito grande e por falta dessas coisas que eu já citei medicação, equipamentos, exames, consultas então a gente é desafiado todo instante a ver como é que vai fazer para prestar uma assistência boa (P4).

O cumprimento das tarefas neste cenário de ausência de insumos, equipamentos e procedimentos torna-se um desafio para os profissionais, na medida em que precisará ativar formas engenhosas de realizar a atividade. Ao mesmo tempo em que é desafiador para o profissional ter que se desdobrar, inventar, para realizar as tarefas sem as condições adequadas, torna-se cansativo e sobrecarregado o trabalho. Esta situação é um gargalo da atenção básica já que compromete a questão da resolutividade das ações encetadas pelas profissionais. Deixar de cumprir tal regra do trabalho produz de algum modo sofrimento nestas trabalhadoras, já que o sentimento de trabalho não realizado é vivido sempre.

Outro elemento importante na realização da atividade, dentre tantos outros na atenção básica, é de trabalhar em equipe, uma vez que passa também pela questão da formação profissional permanente dos trabalhadores e como as equipes fazem seus planejamentos e decisões em conjunto. Entretanto, esta realidade torna-se mais complexa quando num sistema de saúde, ainda predomina o saber médico hegemônico que ainda é centrado na figura do profissional médico, em detrimento do que preconiza as determinações da Estratégia de Saúde quando sublinha.

A concepção de atenção primária da Estratégia de Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição da clientela, cadastramento, da população residente na área ...a atuação intersetorial é condição para que a atenção primária não se restrinja ao primeiro nível de atenção e contemple não apenas aspectos biológicos, mas também psicológicos e principalmente sociais, incidindo sobre problemas coletivos, promovendo a saúde e atuando nos diversos níveis de determinação do processo saúde-enfermidade (Giovanella e Mendonça, 2014, p.521).

No processo de promoção de saúde as equipes de saúde realizam busca ativa, educação em saúde e prevenção dos problemas de saúde, sendo necessária, a execução de

ações intersetoriais numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS, sendo de fundamental importância, a atuação do trabalho multidisciplinar.

Apesar da implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, ser considerado um significativo avanço para a saúde coletiva na atenção primária e a transformação para Estratégia de Saúde da Família, em 2010, as profissionais percebem que o que se faz na atualidade foge, escapa do que foi indicado nas normas da área. A organização do trabalho que se efetiva no setor de saúde tem mudado o foco do que foi pensado para a ESF.

...precisamos realmente voltar às raízes do que é a estratégia de saúde da família, nós temos muitas vezes nos comportado como ambulatórios, não realizando aquilo que é o carro chefe do programa que é a educação em saúde e prevenção pela própria demanda, e pelo próprio desgaste do serviço público com inúmeras necessidades então nós temos muito a avançar isso eu não vou colocar a culpa só nós profissionais ou só na gestão, mas, é uma demanda que é compartilhada. Temos até avançado em alguns momentos, mas temos retrocedido quando deixamos de fazer os grupos de realizar a prevenção que é o preconizado. Às vezes nos comportamos como grandes ambulatórios, são idas e vindas, então o programa esta no momento difícil (P5).

Os dados da pesquisa mostram que na gestão em saúde de um Distrito Sanitário de Campina Grande se efetiva uma organização de trabalho cuja divisão de tarefas é bastante diversificada, envolvendo profissionais de diversas áreas, com um conjunto de variabilidades intensas e cotidianas, exigindo dos trabalhadores ações diretas e engenhosidade em seu enfrentamento. As profissionais enfrentam em seu trabalho dificuldades na consecução de suas tarefas devido à falta de equipamentos, insumos e procedimentos adequados para uma boa assistência. O trabalhar em saúde envolve relações interpessoais seja com usuários e com os pares. Verificamos uma organização do trabalho que apresenta desafios e repercussões que possibilitam o desenvolvimento do trabalho, da mobilização subjetiva das profissionais, mas em algumas situações podem ter consequências para a saúde das cuidadoras.

Para Queiroz & Navarro (2013), analisando e concordando com as reflexões de Silva (2006), vem afirmar que muitas causas de sofrimento para os trabalhadores estão diretamente ligados ao ambiente organizacional muitas vezes caracterizado por falta de recursos humanos e materiais, sobrecarga de trabalho, e relações de trabalho conflituosas, causando aos trabalhadores desvalorização, sensação de incapacidade e impotência e falta de reconhecimento.

As situações supracitadas que podem ser desenvolvidas pelos trabalhadores, pelas consequências do cotidiano profissional serão apresentadas na categoria analítica seguinte denominada: Trabalho e Adoecimento.

4.2.3 TRABALHO E ADOECIMENTO

O trabalho não é neutro quando se refere à saúde dos trabalhadores. Segundo Dejours (2004) o trabalho pode ser fonte de criatividade, engenhosidade e permite a mobilização subjetiva, porém dependendo de como é organizado pode vir a provocar adoecimento. Como já vimos às condições de trabalho estão diretamente relacionadas aos aspectos do ambiente externo do trabalho, através dos fatores de risco físicos, químicos, biológicos e outros, que podem ter incidência sobre o corpo do trabalhador. Por outro lado, os elementos constitutivos da organização do trabalho podem afetar a saúde mental dos trabalhadores.

Rodrigues e Álvaro (2006) et al, trazem considerações dos estudos de Dejours (1998), quando elenca que as relações de trabalho e as exigências dentro das organizações causa riscos e sofrimentos aos trabalhadores, interferindo significativamente na sua subjetividade. Este processo foi agudizado pela intensidade das forças produtivas aliados às novas condições de trabalho e esses fatores são compreendidos e expressos pelo ambiente físico, biológico, químico, e/ou condições de higiene e que associados a fatores históricos e de trabalho podem surgir sofrimentos para a vida dos trabalhadores.

É nesse sentido que Dejours (2009) analisa o sofrimento e as estratégias de defesa dos trabalhadores e traz considerações significativas para a compreensão da nossa pesquisa:

Portanto, é de se esperar que o sofrimento no trabalho gere uma série de manifestações psicopatológicas... Se o sofrimento não se faz acompanhar de descompensação psicopatológica (ou seja, de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão de uma doença mental), é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo... Necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, as estratégias defensivas também podem funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético, e não mais apenas o psíquico, entendendo-se por tal não o sofrimento que resulta de um mal padecido pelo sujeito, e sim o que ele pode experimentar ao cometer por causa do seu trabalho, atos que condena moralmente (Dejours, 2009, p. 36).

Assim, em um cenário de incertezas, desemprego estrutural, e instabilidade, próprios dos tempos de reestruturação produtiva na contemporaneidade, os sofrimentos que são acometidos pelos profissionais, dependem também de suas vivências e da construção social e psíquica de cada indivíduo (Rodrigues, Álvaro e Rondina, 2006).

Neste sentido, as entrevistadas, com exceção de apenas uma participante, sinalizaram relação do trabalho que desempenham na unidade com o processo de adoecer. Uma das entrevistadas elencou o estresse, a fadiga e o cansaço como provocadores de problemas psicológicos.

Eu acho que é mais psicológico são problemas psicológicos que aparecem ou que podemos desenvolver pelo estresse pela fadiga e pelo cansaço extremo as vezes é extenuante...e eu até conversei com a equipe outro dia que eu noto que ultimamente eu tenho um problema de enxaqueca eu tenho cefaleia tensional então todos os dias é dor de cabeça eu estou tomando remédio para dor de cabeça como se fosse antibiótico na hora certa de tão cansativo que é tão estressante (P2).

Os dados já evidenciados mostram uma organização do trabalho que leva a realização da atividade em um contexto de forte demanda de usuários diariamente nas unidades, diminuição no número de profissionais para atender a população, grande número de variabilidades a serem enfrentadas cotidianamente, falta de exames, por exemplo. A expressão da entrevistada: “todos os dias é dor de cabeça”, significa uma atividade incessante: convocação constante, resolver várias coisas quase que ao mesmo tempo, falta de descanso durante a jornada de trabalho, etc.

Para Machado & Koster (2011), o trabalhar na saúde é constituído por situações que apontam para superação dos problemas que se apresentam na atual conjuntura, havendo uma ampliação da complexidade da organização dos serviços, uma vez que se ampliaram as equipes multiprofissionais com diferentes áreas e responsabilidades no desenvolvimento dos serviços. A política de saúde coletiva no Brasil é vivida em uma realidade de municípios que enfrentam dificuldades diversas, sendo a questão do vínculo e da remuneração elementos que afetam a vida dos profissionais. A insegurança em relação a diversos direitos trabalhistas afetam o cotidiano de trabalho e o viver destes profissionais, como podem verificar na fala de uma das entrevistas.

Quando aqui está muito estressante e falta tudo... agora sem pagamento em dia a gente está tendo um adoecimento a gente não esta tendo uma saúde mental boa, porque ninguém consegue trabalhar devendo e sem ter previsão de quando vai receber eu estaria de férias oficialmente este mês, mas não recebi minhas férias e não tem previsão financeira de quando vai sair (P4).

A participante demonstra em seu depoimento indignação em relação ao descumprimento dos direitos mais elementares. Na realidade pesquisada até mesmo os profissionais que estão sob algumas garantias trabalhistas, ou seja, os efetivos também estão sujeitos a atrasos de salários, e de férias e de 13º salários. O diferencial que observamos em

relação aos trabalhadores efetivos e os trabalhadores temporários foi em relação às possibilidades de reivindicação e o direito a paralisarem suas atividades. Noutras palavras presenciamos que os profissionais efetivos quando deixam de receber seus proventos ou ocorrem atrasos contínuos, eles paralisam suas atividades até que se restabeleça a situação.

Na outra margem os profissionais contratados, na mesma situação de atrasos em sua remuneração, e até recebendo salários inferiores não podem aderir a qualquer movimento de paralização, nem mesmo reclamar: “O salario tá meio defasado né [*Voz baixinha*], muito muito muito....mas eu não posso reclamar porque a gente que é contratado não pode reclamar se reclamar eles dizem (.....), né, entendeu....., mas o salário é muito defasado” (P7).

Outra diferença é em relação à descontinuidade dos serviços prestados, nos momentos de paralização dos trabalhadores efetivos, não pode faltar ao serviço, como enfatiza a entrevista em sua fala: “Existe uma descontinuidade, por exemplo, hoje aqui não veio médico, não veio enfermeiro, não veio a dentista, mas estou aqui no meu posto, apesar de que hoje eu tive um atendimento aqui nesta unidade” (P6).

Nos meses que realizamos a pesquisa no referido distrito, tivemos dificuldades na realização das entrevistas, devido justamente a paralizações e indicativos de greve, por atrasos no pagamento de salários dos profissionais (efetivos e prestadores), no entanto, para estes últimos às atividades permaneciam mesmo com a falta dos outros profissionais da equipe. Realidade esta que demonstra a questão da precarização dos vínculos que implica fragilização da organização de categorias, e nas pressões e ameaças de perdas dos vínculos dos trabalhadores que não são efetivos.

Diante desta realidade e retomando o primeiro depoimento citado, em relação à saúde psíquica desses sujeitos, compreendendo segundo Alves (2002), que os problemas mentais são resultantes de uma complexa interação entre as experiências vividas ao longo de sua trajetória de vida e nesse contexto de insegurança no trabalho, exageradas cargas e aumento de competências e responsabilidades, falta de condições adequadas de trabalho, e intensa exploração humana. Assim, a saúde dos trabalhadores, em tempos de reestruturação produtiva torna-se mais vulneráveis e propensas a adoecimentos e sofrimentos psíquicos.

De acordo Sousa e Araújo (2015) a sobrecarga de trabalho e a dupla jornada podem ser fontes de estresse, donde estas aumentam a carga psíquica, interferindo na vida familiar, uma vez que, ao tentar conciliar várias atividades empregatícias, abdicam de outras atividades

que lhe proporcionam prazer, bem estar e qualidade de vida. Assim, tal estilo de vida pode trazer sérios prejuízos psicológicos para esses profissionais.

Ainda que o estresse ocupacional esteja presente na maioria das atuações, estudos apontam que categorias relacionadas ao cuidado do outro -, por exemplo, profissionais de saúde -, mostram-se mais vulneráveis aos efeitos negativos do estresse. Nos casos mais graves, literatura especializada reconhece o quadro denominado *burnout*, em que manifestam-se sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos, como resposta à tensão emocional crônica suscitado pelo contexto do trabalho (Sousa e Araújo, 2015, p. 902).

A resolutividade entendida aqui como a capacidade do sistema em resolver os problemas e situações relacionadas à saúde/doença dos usuários e/ou atendê-los da maneira mais apropriada em todos os níveis de atenção, é vista nesta pesquisa como uma regra do trabalho destes profissionais. Neste sentido, tudo que entrava o atingimento desta regra de trabalho surge como se fosse um fracasso do trabalhar, apesar de todos os esforços objetivos e subjetivos encetados pelos profissionais. A quebra desta regra na maioria das vezes é devido aos entraves colocados pela burocratização de alguns serviços ou falta de preparação da rede de atenção.

Diante disso, muitos profissionais desencadeiam sentimentos de culpa e/ou de impotência diante de obstáculos do serviço, que não estão no nível de alçada decisória do seu cotidiano profissional. Noutras palavras, muitos problemas que se mostram para os profissionais da porta de entrada da atenção básica, na verdade sua resolução está no âmbito de competência da gestão da política e/ou do programa, não dependendo da atuação imediata do profissional. Esta afirmação está demonstrada na fala seguinte: “Muito estresse, o serviço social trabalha com as questões sociais então há um nível de estresse muito grande, nós nos deparamos com situações que muitas vezes a equipe não está preparada para dar resolutividade” (P5). E ainda elencada na fala:

Na verdade a gente sente um pouco de angústia porque você quer fazer quer dá seu melhor e às vezes você encontra barreiras... isso desgasta porque você tem que tá trabalhando com sua mente, você tem que está pensando soluções, muitas vezes você tem que está tomando resoluções de última hora, imprevistos que acontece (P6).

Esta falta de estruturação do serviço em termos dos procedimentos para realização de um bom trabalho profissional é causador de sofrimento entre os profissionais de saúde. Determinadas situações de trabalho, como condições de trabalho inadequadas, desencadeiam sentimentos diversos nos profissionais de saúde.

Não é um pouco frustrante. Hoje mesmo eu recebi uma gestante que já estar com 37 semanas de gestação eu pedi os exames no final da gestação já faz mais de 15 dias ou

quase um mês e ela voltou para mim sem esses exames, porque não conseguiu marcar não conseguiu realiza-los então assim é um pouco frustrante porque essa paciente apresente alguma complicação no parto provavelmente vão atribuir a culpa ao pré-natal, mas, não é que o pré-natal tenha sido mal feito é porque às condições não foram favoráveis (P3).

É necessário dizer que o setor de saúde pública mesmo estando dentro do setor de serviços, portanto, lida diretamente com a clientela, no nosso caso com usuários, entretanto, seu objetivo não é a geração de lucro. Neste sentido Costa (2008) apresenta algumas considerações acerca do trabalho na saúde, uma vez que este apresenta singularidades dentro do setor de serviços. A realidade do trabalho na saúde pública/coletiva está relacionada à força de trabalho que é despendida “para o uso” dos usuários dos serviços, mas esse uso também está relacionado à mercantilização. Este setor é consumidor de uma quantidade grande de medicamentos, equipamentos e insumos e o assalariamento dos profissionais. Assim, o trabalho aqui despendido não tem a finalidade de gerar valor – lucro, mais valores de uso, tendo como objetivo situações que envolvem o processo saúde – doença.

O trabalho em saúde é, pois, potencializador do bem viver da população em geral, bem como pode gerar situações significativas para a vida do profissional que coloca sua força de trabalho a serviço dos cuidados dos usuários. Isso é bem demonstrado pela fala de uma das participantes a de número 7 da pesquisa, ao enfatizar o quanto o trabalho significou para o processo de recuperação de sua saúde e quanto ele desempenha um processo de realização humana. Quando a indagamos se a sua atividade desencadeava algum processo de adoecimento ela assim se pronunciou:

Pelo contrário eu estive dois anos desempregada estou com 59 anos de idade ...então eu nunca depois dos meus 23 anos eu nunca fiquei sem trabalhar ...mas passei 12 meses sem emprego estava quase louca aí fui para (.....) fiquei lá por 8 anos quando entrou outro Prefeito aí a gente saiu tirou todo mundo, aí passei dois anos desempregada quase que eu enlouqueço eu tive depressão e síndrome do pânico o acumulo de contas e de preocupação, ...eu estava quase doida mesmo fui parar num hospital três vezes....o meu corpo era como se tivesse sumindo fui para psicólogo fui para psiquiatra e ainda estou desmamando o remédio para depressão mas o que me ajudou foi isso aqui porque eu gosto de trabalhar... o meu trabalho foi uma ajuda na minha saúde (P7).

Como podemos verificar o desemprego é causador de adoecimento. Esta profissional demonstra bem claramente o potencial que o trabalho tem para a vida de um trabalhador, para sua sanidade física e mental. Aqui a trabalhadora deixa transparecer que a falta de trabalho evidencia a impossibilidade de que o reconhecimento de seu trabalho seja proferido pelos pares, pela hierarquia ou pelos usuários, neste caso a gratidão. Voltaremos a esta questão mais a frente.

Nos marcos das transformações societárias na contemporaneidade que incide mudanças profundas na vida dos trabalhadores, nos termos de Netto (2004), a sociabilidade erguida sob o comando do capital, tem como marca o conflito entre capital versus trabalho desencadeando uma brutal exploração humana. Na análise de Graça Jacques referindo-se as concepções de Marx e Hegel sobre trabalho enfatiza que:

São também expressões da importância conferida ao trabalho neste período histórico as concepções de Hegel e Marx (1985), o homem, mediante o trabalho transforma o mundo ao mesmo tempo em que se transforma a si mesmo, humanizando-se. Na concepção de Marx (1983), o trabalho se apresenta como condição básica para a emancipação humana e como atividade fundamental e responsável pelo processo de humanização (Jacques, 2007, p. 113).

É neste contexto que em meio a um exercito de população sobrando no capitalismo contemporâneo, onde existe uma massa enorme de desempregados ou na informalidade, ou ainda com vínculos precários que o trabalho ainda representa uma realização humana intrínseca. Como afirma Granemonn (2009), o trabalho é criação como também fonte de potencialidades de natureza social, uma vez que ao criar trabalho, é recriado e modificado pela atividade que lhe deu vida.

Segundo Behring e Boschette (2006), quando Marx se refere a trabalho este identifica que é resultante do dispêndio de energia física e mental que se volta à produção de bens ou de serviços e assim contribuindo para a reprodução da vida humana individual e social na sociedade. Neste mesmo entender Iamamoto (2008), elenca que o trabalho enquanto fenômeno social se expressa por meio da forma de valor ou de valor de troca e assim neste processo de troca ele se confirma como trabalho social.

As metamorfoses do mundo do trabalho no entrecruzamento das condições econômicas, sociais, políticas e culturais interferem diretamente na subjetividade dos trabalhadores, trazendo consequências para toda a sociedade, pois o trabalho para o trabalhador representa criação e objetivação enquanto ser humano.

O trabalho é atividade vital específica do homem, ele mediatiza a satisfação de suas necessidades pela transformação prévia da realidade material, modificando sua forma natural produzindo valores de uso. Trabalho é atividade racional para o fim, à produção de valores de uso ...para a satisfação das necessidades humanas. O trabalho concreto, formador de valores de uso é condição da vida humana independente de todas as formas de sociedade (Iamamoto, 2008, p. 349).

Estas transformações contemporâneas que se globalizaram com a mundialização do capital e com ela a radicalização e agudas mutações do sistema trouxeram marcas nefastas para a vida dos trabalhadores, conforme afirma Gomez e Lacaz:

O movimento mundial de reestruturação produtiva que, sem excluir formas arcaicas, tradicionais e modernas de produção, impactam fortemente a vida e a saúde de grandes contingentes de trabalhadores na informalidade que atuam em condições inseguras, precárias ou simplesmente estão desempregados (Gomez & Lacaz, 2005, p.800).

Nas falas dos entrevistados obtivemos a expressão de alguns riscos que são mais notórios para estes profissionais a exemplo de estresse, dores físicas, receios com casos de violência e etc. Assim, quando indagamos sobre riscos para sua saúde enfatizou: “com certeza, estresse... o dentista sempre tem problemas de esforço repetitivo dores físicas, essas coisas... dor na coluna, tendinite essas coisas” (P1).

Outro aspecto é em relação a situações que envolvem denúncias acerca da vida dos usuários (situações de violações de direitos, negligencia, violência etc.), onde nesta situação os profissionais não querem se envolver e destinam tal atribuição para outro profissional que acreditam ser o mais capacitado para determinada demanda. Ao que este profissional indica em seu depoimento:

Principalmente quando se trata de violência muita gente não quer se envolver tem receio... os profissionais na área médica muitas vezes não querem fazer denúncia acha que isso não é para eles fazerem, então a gente tem uma demanda de estresse muito grande (P5).

Além de uma demanda reprimida e grandiosa a carga de trabalho dos profissionais podem gerar riscos físicos e/ou desenvolverem situações de adoecimentos:

Mesmo que você atenda o que você aguentar seu limite físico, ainda tem a demanda, o encaminhamento, tem a limitação dos instrumentos e tem a limitação minha física, que tem que fazer a esterilização o ciclo da esterilização dura quase uma hora e ainda tem que você lavar e secar alguns instrumentos, para poder colocar no autoclave, mesmo quando encerra com o paciente continua o trabalho. Então isso tudo complica (P1).

Diante desta realidade, se alargam as situações que causam aos trabalhadores, sofrimentos, adoecimentos, perturbações, neuroses, epidemias, enfermidades diretamente relacionadas ao processo de trabalho, a fragilização dos vínculos empregatícios, as jornadas duplas e até triplas em condições desfavoráveis para o trabalhador, na perspectiva de manutenção de sua subsistência e atender aos novos estilos de vida criados pelas necessidades oriundas do sistema social.

No próximo tópico partiremos para analisar outra categoria descrita nesse estudo que está relacionada ao Reconhecimento do trabalho e Satisfação Profissional.

4.2.4 RECONHECIMENTO DO TRABALHO

Qualquer trabalhador ao realizar sua atividade espera ao final de sua jornada de trabalho ou ao final da realização de seu projeto receber uma retribuição acerca do que conseguiu executar. Na maioria das vezes se pensa somente na retribuição financeira, mas esta faz parte de uma situação contratual e já é na maioria das vezes assegurada. Entretanto, os trabalhadores esperam ter sua contribuição dada ao trabalho valorizada, também, por uma retribuição simbólica dirigida ao seu fazer. Esta retribuição foi chamada por Dejours (1999) de reconhecimento do trabalho.

O reconhecimento é essencial nos processos de construção da identidade, da saúde e do prazer no ambiente de trabalho, deste modo à inexistência do reconhecimento além de adoecimentos causam a realidade de sofrimento aos trabalhadores (Bendassolli , 2012).

Os dados da pesquisa mostram que as entrevistadas explicitaram que seu trabalho é mais reconhecido pelos usuários, quando explicitam satisfação pelo atendimento bem feito ou quando os usuários dizem que sua melhora advém da sua atuação enquanto profissional.

O momento que mais proporciona satisfação é quando o paciente agradece isso aí não tem preço. Quando eu percebo que chega um paciente que chega doente por alguma aflição ou problema e eu consigo solucionar isso aí pra mim muito gratificante e estou aqui pra isso minha função é essa (P3).

Outra participante 4 faz questão de dizer que o reconhecimento em relação ao trabalho realizado sucede dos usuários do serviço e não por parte da gestão da atenção básica.

Pelos usuários.... quando eu não venho eles sentem minha ausência e tenho algum reconhecimento mas por parte da secretaria de saúde eu não vejo nenhum reconhecimento não a nível que a gente está trabalhando bem nenhum incentivo nenhum elogio não... Quando eu vejo que o usuário saiu satisfeito que eu fui útil naquilo que ele precisava então para mim é gratificante é por isso que ainda não estou tão desestimulada... (P4).

A entrevistada P1 sente-se reconhecida por realizar uma atividade que sempre desejou e que conseguiu se estabelecer profissionalmente, entretanto, reclama de suas condições de trabalho que ainda não corresponde às expectativas do seu fazer profissional.

Eu me sinto porque desde pequena é uma profissão que eu queria... Acho que deveria ser melhor remunerada. Ter melhores condições de trabalho, tá entendendo, a sala está boa está climatizada, mas foi uma luta para chegar a ter isso hoje né. Não foi assim a gente chegou aqui e estava tudo pronto ...sinto satisfação quando eu atendo faço

atendimento, mas assim, eu acho que a gente faz muita coisa que não é reconhecida (P1).

A trabalhadora enfatiza a luta pela melhoria das condições de trabalho: “foi uma luta chegar a isso”, o que demonstra a existência de cooperação para enfrentar os problemas do cotidiano de trabalho. A entrevistada também enfatiza o seu fazer como elemento para se sentir reconhecida. Este reconhecimento “sinto satisfação quando eu atendo, faço atendimento”, é uma necessidade de revelar sua identidade de uma boa profissional, já que desde antes desejava esta profissão.

Outra trabalhadora relaciona o reconhecimento do trabalho somente à remuneração. Neste sentido, diz sentir realizada por ajudar aos usuários e quando vê resolutividade em sua atividade.

Realizada sim, reconhecida não, realizada porque assim me sinto útil por aplicar todos os conhecimentos que adquirir para ajudar meu próximo e faço isso com muito prazer ... A questão do reconhecimento é porque em termos salariais deixa muito a desejar aqui estou sobrecarregada fazendo o trabalho de três né à questão de salários atrasados né. A satisfação principalmente quando o paciente chega que tem a medicação dele ... se a medicação surtiu efeito eu acho que isso é o mais gratificante para mim (P6).

A reclamação da profissional em relação aos atrasos de pagamento e em relação à sobrecarga de trabalho de certo modo é uma constatação da falta de reconhecimento do seu fazer pela hierarquia. Ela diz que se desdobra, “fazendo o trabalho de três”, para dar consecução a sua atividade, mas não recebe nem mesmo o que lhe é de direito. Novamente vemos aparecer o reconhecimento si por aplicar seu conhecimento no tratamento dos usuários: “isso é muito gratificante para mim”. Novamente o desejo de afirmar sua identidade a partir do seu fazer.

O reconhecimento pelo trabalho que é desenvolvido torna-se um elemento positivo na vida e no trabalho daquele trabalhador e quando esses incentivos inexistem, o desestímulo e o sentimento de desvalorização profissional se agudiza.

Desta forma, Silva et al (2015) analisando outros teóricos acerca do reconhecimento sinaliza em seu estudo que:

Dejours pontua, ainda, que a dinâmica do reconhecimento no trabalho sugere que a “cooperação é indissociável da economia da identidade e da saúde mental no trabalho. O trabalho possibilita a construção da identidade no campo social e dá ao trabalhador a esperança de reivindicar o direito de contribuir nas responsabilidades no interior da comunidade, ou seja, contribuir nas responsabilidades da organização do trabalho. Assim, sem a dinâmica do reconhecimento não se pode haver a transformação do sofrimento em prazer, e não se encontra um sentido para o trabalho. Dessa forma, o

não reconhecimento do trabalhador acarretaria em acúmulos, levando o indivíduo a uma dinâmica patogênica de descompensação psíquica ou somática (Silva et al, .2015, p 419).

Reafirmado com o pensamento de Mendes (2007), citado em Silva, et al (2015), donde esclarece que o reconhecimento é um dos modos de fortalecimento da estruturação psíquica e da saúde do trabalhador, sendo que, e desta maneira coloca que o trabalho pode ser fonte de saúde, para o trabalhador desde que haja reconhecimento daquele que dispense energia física e mental esforçando-se no desenvolvimento do trabalho.

Sobre a noção de satisfação que um dos profissionais cita: “O momento que mais proporciona satisfação é quando o paciente agradece isso aí não tem preço” (P3), fizemos um levantamento para entendê-la e encontramos que a Lei de Bases da Saúde n° 48/90 enfatiza a importância da satisfação dos profissionais na organização de saúde corroborando para o bom desempenho do processo de trabalho e satisfação dos usuários.

Já o trabalho de Marqueze e Moreno (2005) trazem uma análise do trabalho de Locke (1969, 1976) donde relata que a satisfação no trabalho é um fenômeno individual. Eles classificam os fatores causais em dois grupos quais sejam os eventos e condições do trabalho, sendo considerado o trabalho propriamente dito, pagamento, promoção, reconhecimento, condições de trabalho, ambiente de trabalho; e o que ele denomina de agentes do trabalho que são os colegas e subordinados, supervisores, empresa/organização. Enfatizam que a satisfação no trabalho gera consequências tanto para o trabalhador, quanto para a organização, interferindo situações comportamentais de saúde física e mental do trabalhador (Marqueze e Moreno, 2005).

Os autores Silva et al (2015) analisam a satisfação profissional com base nos estudos de Spector (1997) e Alcobia, (2002) elencando dimensões da satisfação profissional, quais sejam: as relações interpessoais no trabalho, as condições de trabalho, a natureza do trabalho e da organização, a remuneração, o crescimento pessoal, o reconhecimento, à satisfação profissional (a satisfação com o trabalho, com o salário, com as promoções, com o reconhecimento, com os benefícios, a satisfação com a chefia, com os colegas de trabalho, a satisfação com as condições do trabalho e a satisfação com a organização). A satisfação com o reconhecimento contempla elogios ou críticas ao trabalho realizado. A satisfação com os benefícios abarca aspectos tais como pensões, seguros de doença e férias e, ainda, qualidades ao nível do relacionamento interpessoal. A satisfação com as condições do trabalho respeita, por exemplo, ao horário, aos períodos de descanso, ao local de trabalho e aos aspectos

ergonômicos. Na satisfação com a organização e direção destacam-se as políticas de benefícios e salários (Silva et al, 2015).

Decidimos utilizar a noção de reconhecimento no trabalho a partir da Psicodinâmica do Trabalho por entender que este é aqui entendido como uma produção a partir do fazer do trabalho e que envolve os pares, a hierarquia na retribuição a contribuição do trabalhador para a organização do trabalho. Por também compreender o reconhecimento como fazendo parte do processo de cooperação entre pares.

Como vimos nesta categoria, a falta de reconhecimento do trabalho (mas não tão somente nela) faz parte de um contexto em que se encontra o trabalho no Brasil que trilha uma caminhada de precarização do trabalho e da saúde do trabalhador. A seguir apresentamos a Precarização do Trabalho e suas interfaces na contemporaneidade.

4.2.5 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

A Precarização do Trabalho não é um fenômeno recente e tem sido estudado por inúmeros autores que trazem contribuições que buscam demonstrar como vem sendo implementada em diversos setores da economia e suas repercussões para o capital e o trabalho, como mostramos no tópico específico sobre o tema.

Achamos importante frisar que segundo Druck (2013) existem cinco tipos de precarização na contemporaneidade que estão expressos de forma sintética a seguir:

- Formas de mercantilização da força de trabalho caracterizados por uma vulnerabilidade estrutural reconfigurando formas precárias de inserção em relações de assalariamento, neste sentido a informalidade juntamente através da subcontratação havendo a perda dos vínculos estáveis e ausência dos direitos sociais e trabalhistas;
- Em relação à organização e condições de trabalho com características na intensidade nos ritmos de trabalho com metas inatingíveis, extensão da jornada de trabalho, a figura do trabalhador polivalente com alta rotatividade, e exposição a vários agentes sejam químicos, físicos, biológicos e organizacionais;
- Em relação às condições de segurança no trabalho expressa na fragilização dos treinamentos, e informações de riscos como também em medidas preventivas, juntamente com certos malabarismos de aumento de produtividade donde fragiliza a saúde do trabalhador;

- Em relação ao reconhecimento que perpassa a questão da construção da identidade, a autora faz referência a Dejours (2005) enfatizando que a descartabilidade dos indivíduos e a desvalorização pela precarização dos vínculos, intensificando o processo de coisificação das relações humanas e leva ao que Dejours chama de banalização da injustiça social, minando a dignidade e a autoestima tanto individual quanto coletiva;
- Em relação às condições de representação sindical que fragiliza a condição política da classe trabalhadora, acirrando a competição entre os trabalhadores na empresa, favorecendo a discriminação entre estáveis e terceirizados (Druck, 2013).

Este fenômeno se apresenta de forma nítida e sistemática no setor Saúde no Brasil. Prova disto, é que na XIII Conferência Nacional de Saúde (2009) foram elencadas algumas propostas para desprecarizar o trabalho no setor saúde:

- A reestruturação das Estratégias de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde que proporcione melhores condições de trabalho das equipes;
- Criar e implantar a política de desprecarização garantindo os direitos trabalhistas e os meios de efetivação de todos os trabalhadores de saúde nos vários níveis de atenção, teto salarial, isonomia salarial para profissionais do mesmo nível de formação e de carga horária, adicionais de insalubridade, risco de vida e periculosidade [...] 13º salário para todos;
- Garantir a desprecarização do trabalho na saúde com a implantação imediata do plano de cargo carreira e remuneração (PCCR-SUS), realização de concurso público para o preenchimento de cargos nas diversas áreas de saúde;
- Regulamentação da jornada de trabalho de 30 horas semanais para todos os trabalhadores de saúde e a implantação da política de saúde do trabalhador;

Deste modo, se buscava condições de trabalho adequadas (salário digno, recursos humanos suficientes, equipamentos de proteção individual, materiais e espaço físico) a todos os trabalhadores do SUS na perspectiva de garantir um trabalho com qualidade e sem sobrecarga física e mental para o atendimento humanizado e de qualidade para o usuário e estabelecer a gestão democrática nas relações de trabalho (Cavalcante e Lima 2013, p 244).

Apesar dos esforços dos profissionais de saúde e de gestores preocupados com a questão em seus fóruns de controle social, ampliou-se ao longo dos anos a diversidade de modalidades de terceirização e precarização das formas de contratação na esfera pública. Entre elas constam as parcerias, o avanço das cooperativas que dizem sem fins lucrativos, organizações não governamentais (ONGs), as OSs e também as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips). Na esfera federal temos a recentemente criada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, que apesar de realizar concursos públicos para seu quadro de pessoal, a contratação é através da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

De acordo com Cavalcante e Lima (2013), a precarização do trabalho na saúde avança ultrapassando a flexibilização das relações de trabalho e estão relacionadas às precárias condições físicas e materiais das unidades de saúde e a ausência de garantias para segurança do trabalho e para a saúde do trabalhador.

Os dados da nossa pesquisa mostram que a precarização se efetiva através das formas de contratação dos profissionais para trabalhar nas unidades de saúde. O vínculo de trabalho para mais da metade das entrevistadas se apresenta como precário, já que é desprovido das garantias trabalhistas constitucionalmente estabelecidos.

Eu diria que relação a direitos, enquanto profissional, por exemplo, questão de salário, questão de vínculo, questão de atraso aí isso aí eu vou dizer que é precário porque a gente ganha menos do piso, não tem direito a décimo terceiro não tem direito a férias, entendeu? Você só ver cobranças, atraso no seu salário eu acho isso além de ser precário é um desrespeito (P6).

A precarização do trabalho a partir do vínculo ocorre, também, por tipos de contratação de pessoal por programas do Ministério da Saúde, que não confere estabilidade, não permite ao profissional criar experiência com o quadro epidemiológico da região em que trabalha, nem fortalecer laços com a comunidade.

É um pouco precário o meu vínculo eu participo do Protab (Programa de Valorização da Atenção Básica), nesse programa a gente passa um ano na atenção básica na unidade de saúde então assim, meu salário é uma verba federal tive data para entrar e terei data para sair, não é uma residência é como se fosse um estágio, mas ainda não é, tem data para entrar e sair, é um ano, é um programa de valorização da atenção básica (P3).

E assim, parcelas significativas dos serviços públicos são realizadas, não mais por servidores públicos concursados, mas, por profissionais com vínculos de forma precária, com

contratos por tempo determinado, e até sem tempo determinado, por projetos, sem os mesmos direitos que o servidor público (Druck, 2013).

A situação do setor é tão evidente em termos de precarização que os próprios gestores municipais de saúde definem as formas de contratação existentes como não garantidoras dos direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, sejam eles por meio de vínculo direto ou indireto. Segundo o pensamento do CONASS e do CONASEMS torna-se necessário a realização de processo seletivo, havendo um processo transparente e democrático entre trabalhadores, uma vez que a ausência de concursos públicos também pode caracterizar a precarização do trabalho em saúde (BRASIL, 2006).

O caráter de precário coloca o profissional sob uma situação de incerteza quanto ao seu futuro, já que o contrato temporário não garante os direitos trabalhistas. O profissional de saúde nesta situação fica a mercê da política ou do político de plantão. Esta situação faz com que o profissional tenha que aceitar sem contestação sobrecarga de trabalho, salários desiguais com colegas, etc.; além do que fica sempre em um clima de incerteza quanto a seu emprego.

Sim um pouco né.... o salário, é o vínculo que é frágil, porque eu não tenho garantia nenhuma eu sou contratada, sabe a qualquer momento ele pode não gostar de mim e me tirar isso me esquento um pouco a cabeça... e outra coisa que deixa a gente triste é o valor, também isso também não vai....[receio de falar]. Olhe uma enfermeira de nível superior como eu sou contratada recebe um salário [a que é efetiva] duas vezes mais e faz a mesma coisa e faz às vezes até menos, aí eu acho isso injusto, mas também não digo nada (P7).

Nas formas de contratação, na prestação de serviços ou no trabalho informal o trabalhador não tem direito aos benefícios e garantias concedidas ao trabalhador formal, tais como o seguro desemprego, licenças remuneradas, planos assistenciais, entre outros. Suportam por conta própria os custos, desgastes, conflitos entre outros elementos envolvidos no processo de produção de seu trabalho, realizado mediante baixos rendimentos, salários incompatíveis, condições adversas, interferências climáticas, fiscalizações entre outros. Gerando inúmeros conflitos e elementos estressores que impactam diretamente na saúde do trabalhador (Santo e Freitas, 2009).

As conclusões do Relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) demonstra o crescimento da terceirização por meio das OSs, e esta modalidade de contratação no setor de saúde pública é uma medida cada vez mais intensa nas ações dos governos. Noutras palavras, a gestão pública repassa sua responsabilidade de gerenciar hospitais, unidades básicas de

saúde, equipes da saúde da família e outros serviços, transferindo esta incumbência para entidades privadas (Tribunal de Contas da União, 2012, p. 65, apud Druck, 2016, p.23)

No lastro desta realidade os municípios responsáveis pela gestão de serviços básicos que agora utilizam estas modalidades de contratação através das OSs e das OSCIPs ou por meio de contratação direta e indireta, para assim conter os gastos governamentais, agudiza os problemas em relação à precarização, pela via dos vínculos de trabalho temporário e outros (Magalhães, 2015)

A precarização do trabalho se coloca em nossa realidade de forma multifacetada seja atingindo os direitos e garantias do trabalho, seja impactando na qualidade do exercício da atividade (Galeazze e Holzmann, 2011). A precarização do trabalho apresenta-se, pois, como um processo paradoxal em nossa sociedade, convocando as representações dos trabalhadores para a luta e os capitalistas buscam aprofundá-la com o apoio do Estado. Como afirmam Antunes e Praun (2015):

(...) a precarização desperta tanto resistências por parte dos trabalhadores como, tendencialmente, apresenta-se como processo contínuo, cujos mecanismos de imposição entrelaçam-se com as necessidades permanentes de valorização de capital e autorreprodução do sistema. Nesse sentido, a precarização é, por um lado, um fenômeno intrínseco à sociabilidade construída sob o signo do capital; por outro, uma forma particular assumida pelo processo de exploração do trabalho sob o capitalismo em sua etapa de crise estrutural, podendo, portanto, ser mais ou menos intensa, uma vez que não é uma forma estática (Antunes e Praun, 2015, p.413).

Diante do exposto, a precarização do trabalho traz consequências sem precedentes para a continuidade dos serviços essenciais, como também para a própria qualidade de vida dos trabalhadores.

Apesar deste contexto em que se apresenta o trabalho em saúde na cidade de Campina Grande, uma das entrevistadas considera o termo precário exagerado para a realidade em que vive em relação a sua atividade, mesmo estando numa situação de vínculo empregatício temporário:

Eu acho precário forte eu acho que tem muitas dificuldades, do ponto de vista de relações da equipe eu acho bem positivas a gente consegue... é o que fortalece... as condições físicas já foram bem piores, não são das melhores ainda, mas já melhorou bastante para o que a gente era, então para o que agente tinha e hoje eu sinto que está bem na média é um trabalho mediano e acho que não chega a ser precário não (P2).

Outra entrevistada, que se encontra na situação de efetiva também não considera ainda o trabalho precário, mas concorda que as condições de trabalho estão paulatinamente sendo destruídas.

Eu não digo precário, mas está entrando na precariedade porque está deixando muito a desejar porque o serviço, a secretaria de saúde de qualquer município ela tem que ver que para o profissional trabalhar bem ela precisa não do conhecimento ou um carimbo ela precisa de outros recursos às condições físicas da gente que não são boas são muitas coisas eu acho que assim está entrando na precariedade (P4).

Os dados da nossa pesquisa demonstraram, que na esfera do trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica do universo investigado, existem precárias condições de trabalho, flexibilizações nas formas de contratação, falta de realização de concursos públicos, violação de direitos trabalhistas e sociais fundamentais como férias, 13º salários, salários incompatíveis, falta de reconhecimento no trabalho, limitações na organização do trabalho por causas de quadros profissionais deficitários, demanda intensa, e deficiências na disponibilidade de insumos, manutenção de equipamentos e falta destes.

O cenário apresentado vem provocando na realidade pesquisada, a vulnerabilidade a certas doenças relacionadas ao trabalho em saúde, sendo mais intenso, o desgaste emocional e físico, perturbações psicológicas, dores musculares e de cabeça, angústias e estresse. Isso ocorre por vários motivos, mas gostaríamos de frisar aqueles relacionados à precarização do trabalho a partir dos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde. Para os efetivos um conjunto de direitos e deveres é garantido e exigido. Já para os profissionais contratados de forma temporária o que se exige é o cumprimento rigoroso de todas as tarefas destinadas para atenção básica. Sob o domínio da ameaça e do medo de perder o emprego, de não receber o salário, de não saber se terá férias, de não poder reivindicar seus direitos os profissionais contratados de forma temporária são impelidos a aceitar de forma passiva a situação em que vive em seu trabalho.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investigamos e analisamos nesse estudo a relação das condições e a organização do trabalho dos profissionais da saúde das Unidades de Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário de Campina Grande/PB com a precarização do trabalho em saúde.

Diante deste cenário, foi possível apreender dos dados pesquisados, que em relação às condições e organização de trabalho, os profissionais de saúde do referido distrito, enfrentam situações de precarização do trabalho, da política e dos serviços, que se expressam através: da falta de investimentos na área e de insumos para a melhoria das ações em saúde; pela inexistência de recursos humanos com vínculos estáveis uma vez que os dados coletados apresentam que mais de 50% dos trabalhadores de saúde do distrito sanitário possuem vínculos fragilizados (contatos por tempo determinado), sem garantias trabalhistas, nem tão pouco os direitos mais básicos garantidos a todos os trabalhadores a exemplo de 13º salário, férias, licenças, gratificações entre outros.

Neste mesmo âmbito, os dados encontrados na pesquisa nos mostra que a precarização no que consiste aos vínculos empregatícios faz com que haja diferenciações entre profissionais da mesma categoria, por exemplo os salários distintos entre profissionais da mesma área, onde o profissional contratado tem seu salario bem inferior em relação ao profissional concursado, além de não ter acesso aos direitos trabalhistas supracitados. Nas falas das entrevistadas/os mostramos, o quanto isso gera uma desmotivação e certa sensação de desvalorização por parte dos profissionais contratados temporariamente.

Ainda em relação de trabalho, são nítidos os desdobramentos dessas diferenciações, pois, além dos salários incompatíveis, ainda persiste os atrasos, a inexistência dos direitos e por fim e talvez um dos mais prejudiciais para a continuidade dos serviços que é a questão da rotatividade dos profissionais em especial de médicos e enfermeiros contratados de forma temporária, profissionais que fazem parte da equipe mínima da estratégia de saúde da família.

No bojo deste cenário, outras dificuldades encontradas na pesquisa mostram como à atenção básica em saúde ainda apresenta situações de precariedade não apenas aos vínculos de trabalho, mas também na falta de insumos para o atendimento ao público, além dos ínfimos e/ou inexistentes investimentos em qualificação para os profissionais de saúde. Os dados mostram que as unidades possuem estrutura física inadequada em muitas realidades, como nos mostra um estudo realizado no município de Petrolina, PE, por Junior e Santos et al (2013). Eles elencam que a estrutura das unidades, compreende não só o espaço físico em que ela se encontra, mas também equipamentos, recursos humanos qualificados, materiais de

expediente e medicamentos disponíveis, ou seja, os principais problemas que dificultam a execução e continuidade dos serviços nas unidades básicas de saúde.

Neste sentido, essa realidade de precarização das condições físicas das unidades de saúde, também é uma realidade que se apresenta no campo da pesquisa. Mesmo com a realidade de duas unidades básicas estarem em um prédio recentemente construído, o contexto é de falta de insumos, medicamentos, utensílios, qualificações para os profissionais. Os autores supracitados ainda trazem:

No entanto, a escassez de profissionais, aliada a falta de equipamentos, materiais e medicamentos, acaba inviabilizando as práticas de trabalho, tornando o sistema de saúde vigente no País defasado, sobrecarregando os macrocomponentes dos níveis de média e alta complexidade em saúde (Junior e Santos et al, 2013, p. 436).

Em relação à organização do trabalho, os achados da pesquisa mostram o quanto essas situações, para os profissionais, são desafiadoras. Essa realidade não fez com que esses trabalhadores perdessem sua capacidade criativa e de engenhosidade na efetivação das ações e serviços de saúde disponibilizados nas unidades, mesmo com todas as adversidades da política de saúde, eles permanecem atuando nas ações de saúde.

Nesta tessitura, podemos perceber que quanto as relações de trabalho predominantes nas contratações dos profissionais da saúde da atenção básica, foi possível inferir a fragilização dos vínculos dos profissionais médicos, onde não há nenhum profissional com vínculo estável. No que concerne aos profissionais de enfermagem apenas uma profissional possui vínculo estável outra possui um vínculo precário por tempo determinado e outra equipe está descoberta de profissional desta área. Como duas equipes funcionam na mesma estrutura física, acaba ocorrendo uma sobrecarga para a profissional que atua na equipe.

Diante deste contexto, as situações de trabalho trazem repercussões para o desempenho dos profissionais, bem como para sua saúde e bem estar. Conforme os dados da pesquisa alguns profissionais demonstraram situações de adoecimento que estão umbilicalmente relacionadas à condição e a organização do trabalho, onde os profissionais elencam situações de tensões, medos, sentimentos de culpa, estresse pela fadiga e pelo cansaço extremo. Os profissionais referiram desgaste físico e emocional, angústia, frustrações, ansiedade causada pela incerteza do vínculo empregatício e das condições e organização do trabalho. Até mesmo para os profissionais estáveis ocorre a incerteza da inexistência do recebimento dos seus salários, das férias e da existência de sobrecarga. Todas

essas situações são evidenciadas pelos profissionais como sendo causa para o não desempenho de suas atividades de forma proativa e efetiva. É neste viés que Antunes enfatiza:

As mudanças em curso nas últimas décadas vêm produzindo indicadores de acidentes e doenças profissionais cada vez mais altos, mesmo que, por conveniência política e econômica, impere a não notificação, que se expressa de forma ainda mais aguda no caso das doenças profissionais...a incorporação, ao cotidiano do mundo do trabalho, de novas enfermidades, típicas das recentes formas de organização do trabalho e da produção ... e a condições de baixa (ou nenhuma) proteção do trabalho (Antunes, 2015, p.411).

Na mesma linha de pensamento, Mendes e Wunsch (2011), em seu estudo acerca da saúde do trabalhador evidencia que situações de desemprego crescente, fatores psicossociais podem fornecer bases para estratégias ao trabalhador, assim enfatiza:

Se o local de trabalho é o espaço no qual os processos organizativos estão disponibilizados para alcançar determinados fins, é importante perceber que os elementos que os integram não são homogêneos, pois os trabalhadores criam vínculos e regras próprias, e nem sempre obedecem ao dito, ao mensurável, ao controlável. A observação destas práticas de trabalho, bem como das relações deles decorrentes, tornam-se pertinentes em estudos que buscam compreender a relação do adoecimento com o trabalho (Mendes e Wunsch, 2011, p. 468).

Malgrado, essas situações elencadas pelos profissionais e pela inexistência do reconhecimento por parte dos poderes públicos, para com os trabalhadores da saúde, podemos perceber que o trabalho desenvolvido pelas equipes multiprofissionais também provocam situações positivas tanto em relação ao reconhecimento por parte do público alvo da política – os usuários, quanto pela satisfação pessoal de estar trabalhando e desenvolvendo suas capacidades intelectivas em prol da melhoria das condições de saúde da população.

Neste sentido, os obstáculos, retrocessos e desafios cotidianos que estão postos para esses profissionais, não amortizam a vontade e o anseio desses trabalhadores em procurar desempenhar suas tarefas com inteligência, criatividade e responsabilidade na perspectiva de exercer suas atribuições de forma proativa e em busca da resolução dos problemas de saúde da população usuária.

As situações de trabalho (ambiente de trabalho, insumos, equipamentos, condições de trabalho, organização do trabalho, relações de trabalho, etc.), portanto, produzem formas heterogêneas do viver o trabalho e a vida de uma forma geral. Não podemos somente dizer que o que acontece no trabalho, em termos das condições e organização do trabalho, bem como suas relações de trabalho, é negativo ou positivo como se a vida comportasse apenas um

lado. Como mostramos, o que acontece com os profissionais de saúde, desta unidade de saúde pesquisada, abarca uma complexidade de situações de trabalho que envolve: constrangimentos, variabilidades e formas de agir diversas dos trabalhadores para dar conta da parte técnica e humana do trabalho. O contexto político e econômico local, nacional e internacional repercute de forma direta sobre a ação dos profissionais. O que acontece na contemporaneidade que se expressam nas mais diversas metamorfoses do trabalho ecoa nos ínfimos das atividades dos profissionais de saúde.

Diante dessas reflexões e análises, podemos trazer enquanto resultados das análises desta pesquisa que são inegáveis as flexibilizações das formas de contratação na saúde pública/coletiva, no nosso caso na atenção básica, que intensificam a precarização do trabalho dos profissionais de saúde. A fragilização destes contratos com ou sem tempo determinado, sem garantias legais, viola os direitos dos trabalhadores e contribuem negativamente para situações de sucateamento dos serviços públicos de saúde trazendo consequências nefastas coletivas para toda a sociedade brasileira e para a saúde dos trabalhadores.

Nesta perspectiva a contribuição desse estudo vem alertar para o difícil cenário de trabalho em tempos neoliberais, de precarização, não apenas precarização do trabalho, mas, de todas as políticas sociais, com forte tendência privatizante das ações e serviços de responsabilidade do Estado. Este cenário corrói as forças que ainda pulsam nos ambientes de trabalho, produzindo situações de concorrência, individualismo e quebra de solidariedade entre os/as trabalhadores/as. Entretanto, apostamos na capacidade de transformação e desdobramentos históricos que os sujeitos sociais podem, enquanto pertencentes à classe trabalhadora sejam eles empregados ou desempregados, mobilizar frente às sucessivas perdas dos seus direitos mais elementares.

Concordamos com Antunes (2008), quando afirma acerca das possíveis saídas em relação à situação de precarização do trabalho em tempos contemporâneos:

Minha hipótese é a de que apesar da heterogeneização, complexificação e fragmentação da classe trabalhadora, as possibilidades de uma efetiva emancipação humana ainda pode encontrar concretude e viabilidade social a partir das revoltas e rebeliões que se originam centralmente no mundo do trabalho: um processo de emancipação simultaneamente do trabalho, no trabalho e pelo trabalho... Todo o amplo leque de assalariados que compreendem o setor de serviços, mais os trabalhadores “terceirizados”, os trabalhadores do mercado informal, os trabalhadores domésticos, os desempregados, os sub-empregados, etc, pode somar-se aos trabalhadores diretamente produtivos e por isso atuando como classe, constituir no segmento social dotado de maior potencialidade anticapitalista (Antunes, 2008, p.216).

É pelo trabalho que o homem potencializa suas capacidades intelectuais, mobilizando-as para enfrentar as adversidades do cotidiano laboral, mudando situações e relações e transformando-se. As mutações ocorrem, embora não as percebamos, no cotidiano e permitem continuar o trabalho, já que este é sempre enigmático exigindo sempre dos profissionais de saúde o engendramento de formas de agir para dar conta do novo que se abre no cotidiano do trabalhar em saúde.

Nesta tessitura e nos quadros históricos no qual estamos vivenciando é necessário em termos de pesquisa aprofundarmos esta discussão para apontarmos possíveis saídas, no ensejo de empoderamento dos trabalhadores em saúde para reivindicarem melhorias, resistirem aos processos nos quais estão inseridos e trabalharem para a concretização acerca dos direitos do trabalho pela efetivação de seus vínculos, na qualificação profissional e no reconhecimento do trabalho que não depende tão somente dos trabalhadores, mas, de um conjunto de fatores multidimensionais.

Destarte, sem de forma alguma ter a pretensão de esgotar as considerações e análises deste trabalho acerca do estudo apresentado pretendemos prosseguir com os estudos na área no ensejo de compreender e aprofundar as categorias estudadas e suas conseqüências para as condições de vida dos trabalhadores. Uma vez que vivemos em tempos temerosos de retrocessos dos direitos sociais e trabalhistas, onde a classe que vive do trabalho encontra-se desprotegida e combatida com todo aparato legal dos governos que representam as elites dominantes deste Brasil.

Entretanto, esperamos no devagar dos tempos cotidianos, um novo viés que possa sinalizar outros tempos que revigorem o fôlego e a esperança dos trabalhadores, que em não tendo mais em quem esperar, apostam em si próprios, na sua força de trabalho e na sua resistência enquanto ser humano e social.

REFERÊNCIAS

- Antunes, Ricardo. (1995). *Adeus ao Trabalho?* São Paulo. Cortez.
- _____. (2007). A desconstrução do trabalho e a perda dos direitos sociais. *Evocati Revista* n. 19, Jul 2007. Disponível em: http://www.evocati.com.br/evocati/artigos.wsp?tmp_codartigo=134. Acessado em: 15/02/2017.
- _____. (2013). A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências: informalidade, infoproletariado, (i)materialidade e valor. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2013 a. v. II.
- Alves, G. (2000). *O novo (e precário) mundo do trabalho: Reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. São Paulo. Boitempo editorial.
- _____. (1999). *Trabalho e mundialização do capital — a nova degradação do trabalho na era da globalização*. Londrina: Práxis, 1999.
- Antunes, R., & Alves, G. (2004. Maio/Ago). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 25, n. 87, p. 335-351. Disponível em <http://www.cedes.unicamp.br>. Acessado em: Outubro de **2012.
- Antunes R., & Praun L. A Sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Revista Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015.
- Antunes R., Druck G. (2013). A Terceirização como regra? Brasília. *Revista TST*, vol. 79, no 4, out/dez 2013. Editora Lex. ISSN 0103-7978.
- ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (2009). *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. CFESS/ABEPSS, Brasília, 2009.
- Bernardo, M.H., Verde, F.F. & Garrido---Pinzón, J. (2013). Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, nº 16, 2013(no prelo).
- Braga, J.C.S.; & Paula, S.G. (1986). *Saúde e Previdência*. Estudos de Política Social. São Paulo. HUCITEC.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília. Senado Federal.

- _____. Lei n.º 8.080/90. (1990) Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>. Acesso em 20 de out. 2012.
- _____. Ministério da Saúde (1997). Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde.
- _____. Ministério da Saúde (2011). Portaria n. 2.488 – Política de Atenção Básica. Brasília.
- Behring, E. R.; & Boschetti, I. (1996). *Política Social: Fundamentos e História*. São Paulo. Cortez.
- Behring, E. R. (2006). *Brasil em contra-reforma: desconstrução do Estado e perda de direitos*. São Paulo. Cortez.
- Bravo, M. I. S. (1996). *Serviço Social e Reforma Sanitária*. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo. Cortez.
- _____. (1999). A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa. *Cadernos do Serviço Social*, do Hospital Universitário Pedro Ernesto, v.(4), s/p.
- _____. (2000). *As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde*. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Vol 3. Brasília.
- _____. (2004). A Política de Saúde no Governo Lula. Algumas reflexões. *Revista INSCRITA*, nº 9. Brasília.
- Campos, G. W. de S., Minayo, M. C. S., Andrade, L. O. M., Alkerman, M., Junior, M. D., Carvalho, Y. M. (2006). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo. Hucitec;
- Cavalcante M.V.D.S., Lima T.C.S.D. (2013). A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência: Revista Argumentum, Vitória (ES).
- Cavalcante, G. M. M., Prêdes, R. L. (2010). A precarização do trabalho e das políticas sociais na sociedade capitalista: fundamentos da precarização do trabalho do assistente social. Revista Libertas, Juiz de Fora, v. 10, n.1, p. 1-24, jan./jun. 2010. Disponível em:
<<http://www.editoraufjf.com.br/revista/index.php/libertas/article/viewFile/1860/1309>>. Acesso em: 20 de Out. de 2016.
-

- Ceolin G. F. (2014). Crise do capital, precarização do trabalho e impactos no Serviço Social: Revista Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 239-264, abr./jun. 2014.
- Davi, J., Martiniano, C., Patriota, L. M. (Org). (2011). *Seguridade Social e Saúde: Tendências e desafios*. Campina Grande. EDUEPB.
- Dejours, C. (1993) Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.
- _____. (1994) Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho, São Paulo: Atlas, 1994.
- Dejours, C; Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em Psicopatologia do trabalho. Tradução: Débora Glina. In: Dejours, C.; Abdoucheli, E.; Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, p. 119 – 145.
- _____. (2004) *Addendum*. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In: Lacman, S.; Sznelwar, L. (Org.). *Christophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Brasília: Paralelo 15.
- _____. (1999). *A banalização da injustiça social*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.
- DEJOURS, C., DESSORS, D., DESRIAUX, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo: v. 33, n. 3, pp. 98-104, julho/setembro.
- DEJOURS, C. Prefácio. IN. MENDES, Ana Magnólia. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- Druck G. A (2016). Terceirização na Saúde Pública: Formas Diversas de Precarização do Trabalho. Revista: Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.
- _____. (1999). *Terceirização: desfordizando a fábrica – um estudo do complexo petroquímico da Bahia*. São Paulo: Boitempo; Edufba, 1999.
- _____. (2011). Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios? *Revista Caderno CRH – (UFBA) Salvador*, v. 24, n. spe 01, p. 37-57. Edufba.
-

- _____. (2010). A precarização social do trabalho no Brasil: uma proposta de construção de indicadores. Salvador: *Revista Caderno CRH* (UFBA). Edufba.
- _____. (2011) O avanço da terceirização do trabalho: principais tendências nos últimos 20 anos no Brasil e na Bahia. *Revista Bahia Análise e Dados*, Salvador, n. especial, 2011b.
- _____. (2016) A Terceirização na Saúde Pública: Formas Diversas de Precarização do Trabalho. *Revista Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.
- DRUCK, G, FRANCO, T. (2007) *A perda da razão social do trabalho*: terceirização e precarização do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2007. [[Links](#)]
- _____, FRANCO, Tânia. (2007). Terceirização e precarização: o binômio antissocial em indústrias. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Org.). *A perda da razão social do trabalho*: precarização e terceirização. São Paulo: Boitempo, 2007.
- Escorel, S. & Teixeira, L. A. (2014). Historia das políticas sociais de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C. de., Carvalho, A. I de. (2014). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp. 279-320). Rio de Janeiro. Fiocruz.
- Eberhardt, L. D.; Carvalho, M. ; Murofuse, N. T. (2015). Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, Vol. 39, nº104.
- Franco, T.; Druck, G.; Seligmann-Silva, E. (2010) As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.35, n. 122, p. 229-248, 2010. [[Links](#)].
- Faria, H. X; Araújo, M.D. (2011). Precarização do trabalho e Processo Produtivo do cuidado. *Meditações*. Londrina Rio de Janeiro.
- Farias, T. T. (2004). *Sofrimento Psíquico no Trabalho Bancário*. Trabalho Acadêmico Orientado apresentando a Universidade Estadual da Paraíba, no Departamento de Psicologia. 35 pgs.
- Gois, P. S., Medeiros, S. M., Guimarães, J. (2010). Neoliberalismo e Programa Saúde da Família: a propósito do trabalho precarizado. *Revista enfermagem UF-PE on line*, Recife, v. 4 [ed. especial], n.3, maio./jun. 2010, p.1204-1210. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/1098/pdf_96>. Acesso em: 23 out. 2016.

- Guerra, Y. Direitos Sociais e Sociedade de Classes: o Discurso do Direito a ter direitos. In: Forte, V., & Guerra, Y. (Orgs). (2010). *Ética e Direitos: ensaios críticos*. São Paulo, Lumen Juris.
- Girardi, S.; Carvalho, C. L.; Dernas, L. W.; Farah, J.; Freire, J. A. (2010). *O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas*. Saúde para o Debate, Rio de Janeiro, 2010.
- Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C. de., Carvalho, A. I de. (2014). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Fiocruz.
- Galeazzi, I., Holzman, L. (2011). Precarização do trabalho. In. Cattani, A. D. & Holzman, L. (Orgs.) *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Zouk.
- GIL, Antônio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. São Paulo: Atlas, 2008.
- Harvey, D. (1992) *Condição pós-moderna*. São Paulo: Ed. Loyola. [[Links](#)].
- Iamamoto, M. V. (2008). *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo. Cortez.
- Junior R. G. O., Santos E. O., Ferraz C.A.A., Lavor E. M., & Nunes L.M. N. (2013) *Condições de trabalho das equipes de Saúde da Família do município de Petrolina – PE: Percepção dos profissionais de saúde*. Revista O Mundo da Saúde, São Paulo.
- Lakatos, E. M., Marconi M. D. A. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas.
- Lopes M.C. L., & Marcon S. S. (2012). *Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde*. Revista Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá, v. 34, n. 1.
- Laville, C.; Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre, Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Lourenço, E. Â. de S.; Bertani, I. F. (2007). *Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho*. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo. 2007.
-

- Marqueze E.C., & Moreno C.R.C. Satisfação no trabalho – uma breve Revisão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 30 (112): 69-79, 2005.
- Mendes J. M. R., Wunsch D. S. (2011). *Serviço Social e a Saúde do Trabalhador: Uma dispersa demanda*. São Paulo. Editora Cortez.
- Machado, M. H., Koster, I. (2011). Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. *In: Assunção, A. A., Brito, J. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec, 2007.
- _____, M. C. de S. (org). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- _____, M. C. de S. (2014). Violência: Impactos no setor saúde e respostas do sistema. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C. de., Carvalho, A. I de. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro. Fiocruz. (pp. 1011-1036).
- Molinier, P. (2013). *O trabalho e a psique: uma introdução a Psicodinâmica do Trabalho*. Tradução: Franck Soudant. Brasília: Paralelo 15.
- Mota, A. E. , (1995). *A Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.
- Mota, A.E., Bravo, M. I., Uchoa, R., Ribeiro, V. M., Marsiglia, R., Gomes, L.,Teixeira, M. (Orgs.). (2006). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde.
- Mattos, R.A. (2004). Os sentidos da integralidade. Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *Ciência & Saúde Coletiva*. V.9, n. 4. Rio de Janeiro.
- Mota, A.E. (2008). Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e tendências recentes. In: Mota, A.E., Bravo, M. I., Uchoa, R., Ribeiro, V. M., Marsiglia, R., Gomes, L.,Teixeira, M. (Orgs.). (2008). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde.
-

- Mota A. E., Bravo M. I. S., Uchôa R., Nogueira V.M.R., Marsiglia R., Gomes L., & Teixeira M. (2008). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo. Editora Cortez.
- Martinelli, M. L. (Org.). (1999) *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo. Veras Editora.
- Noronha, J. C. de., Lima, L. D. de., Machado, C. V. (2014). O sistema único de saúde – SUS. In: Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C. de., Carvalho, A. I. de. (2014). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (pp. 365-392). Rio de Janeiro. Fiocruz.
- Netto, J. P. (1992). *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. São Paulo. Cortez.
- _____. (2006). Transformações societárias e Serviço Social. São Paulo. Revista *Serviço Social & Sociedade*, ano XVII, n. 50, Cortez.
- Olivar M. S. P. (2010). *O Campo político da saúde do trabalhador e o serviço social*. São Paulo. Editora Cortez.
- Paim, J. S. (1999). A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, M. Z. , & Almeida Filho. *Epidemiologia & Saúde*, Rio de Janeiro. 1999, p. 473-487.
- Praun, L. D. (2014). Não sois máquina! Reestruturação produtiva e adoecimento na General Motors do Brasil. Tese (Doutorado em Sociologia) — Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/Departamento de Sociologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Queiroz Y. L., Navarro V. L. O Impacto do Trabalho na Saúde de Profissionais do Serviço Público de Saúde Mental. (2013). Revista: Estudos do Trabalho. Ano VI – Número 13. Revista da RET Rede de Estudos do Trabalho. www.estudosdotrabalho.org
- Seligmann---Silva, E. (2011) *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez.
- Santo, E. E., Freitas, F. Q. B. (2009). A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho. Curitiba. Revista Intersaberes, , vol. 4, n. 8, p. 150-169, jul/dez 2009.
- Verde F. F., Bernardo M.H., & Bull S. (2013). Trabalho e precarização na saúde pública. Revista ECOS I Volume 3 Número 1. ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade. Campinas, São Paulo
-

- Santos, S. M. de M.(2008). Direitos, desigualdades e diversidade. In: Boschetti, I. et all. (Orgs). *Política Social no Capitalismo Tardio*: Tendências contemporâneas. São Paulo. Cortez.
- Souza, M. A. S. L. DE S. (2010). As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 9, nº2. 2010.
- Silva, A. X. (2011). Reforma Sanitária, hegemonia e a efetividade do controle social. In: Davi, J., Martiniano, C., Patriota, L. M. (Org). *Seguridade Social e Saúde*: Tendências e desafios. Campina Grande. EDUEPB.
- Santos, J. S. (2012). *Questão Social*: particularidades no Brasil. São Paulo. Cortez.
- Santo, E. E.; Freitas, F. Q. B.; David H.M.S.L., Mauro M.Y.C., Silva V.G., Pinheiro M.A.S.& Silva F.H. (2009). Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: Uma Questão para a Saúde do Trabalhador. Curitiba. Revista Intersaberes, vol. 4, n. 8, p. 150-169, jul/dez 2009.
-

APENDICES

QUESTIONÁRIO

I – IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL

1.1 – Sexo

1.2 - Idade

1.3 - Nível de escolaridade

- Ensino Superior completo _____
- Pós-graduação completo _____
- Pós-graduação incompleto _____

1.4 - Ano de admissão no Serviço Público

1.5 - Meu vínculo é ...

- Efetivo (ou Estatutário)
- Contrato sem tempo determinado
- Contrato com tempo determinado/trabalho temporário
- Contrato direto com a empresa
- Contrato através de cooperativa
- Contrato através de empresa
- Aprendizagem; formação; estágio ou bolsa
- Prestador de serviços eventuais

II – CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

AMBIENTE E CONDIÇÕES FÍSICAS

AMBIENTE FÍSICO

2.1 - No meu trabalho **estou exposto a...**

- ruído constante ou incômodo
- vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)
- radiações (material radioativo, RX)
- calor intenso

Frio intenso

Poeiras e gases

agentes biológicos (contato ou manuseio: bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal animal). Especificação _____

agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc...) Especificação _____

EXIGÊNCIAS FÍSICAS2.2 - O meu trabalho **exige do meu corpo...**

gestos repetitivos

posturas penosas (posições do corpo dolorosas, difíceis, desconfortáveis)

permanecer muito tempo de pé na mesma posição

permanecer muito tempo de pé com deslocamento (arrastar, puxar, empurrar, andar etc)

permanecer muito tempo sentado

permanecer muito tempo no mesmo local

INSTALAÇÕES2.3 - No meu trabalho **tenho...**

Sim

Não

_ vestiários e banheiros suficientes e/ou adequados

_ espaços adequados para pausas, lanches ou repousos

_ espaço de trabalho adequado para a tarefa que se realiza

_ mobiliário adequado (mesas, cadeiras, etc)

_ equipamentos e ferramentas adequados

FATORES ORGANIZACIONAIS E RELACIONAIS**RITMO DE TRABALHO**2.4 - No meu trabalho **estou exposto a situações de...**

ter que depender do trabalho de colegas

ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos clientes ou usuários

prazos rígidos a cumprir (controle da qualidade, tempos curtos impostos, horários fixos, horários rígidos)

ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo

frequentes interrupções

ter que me apressar

ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda

não poder desviar o olhar do trabalho

ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho

ter que ultrapassar o horário normal de trabalho

RELAÇÕES NO TRABALHO

2.5 - No meu trabalho é...

- a minha opinião é considerada, para o funcionamento do serviço
- possível expressar-me à vontade
- possível que a equipe discuta sobre o trabalho regularmente
- possível que a equipe discuta sobre o trabalho informalmente
- Frequente a necessidade de ajuda entre os colegas

2.6 - No meu trabalho **estou exposto ao risco de...**

- agressão verbal
- agressão física
- assédio sexual
- intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)
- discriminação sexual
- discriminação ligada à idade
- discriminação relacionada à nacionalidade ou raça
- discriminação relacionada a uma deficiência física ou mental

2.7 - Na maior parte das vezes esses contatos com o público **são...**

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
_ Bons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Gratificantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Desgastantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ Desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.8- Neste contato é necessário...

	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
_ lidar com as exigências do público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ lidar com situações de tensão nas relações com o público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ suportar agressão verbal do público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ envolver-me emocionalmente com o público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_ modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender as necessidades do público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Roteiro de Entrevista

Questões

1. Qual a atividade que você desenvolve na Unidade Básica?
2. Como você faz para atender o que o serviço solicita?
3. Você atende a quais usuários?
4. Lida com quantos usuários e quantos profissionais?
5. Você desempenha alguma atividade na Unidade que não seja atribuição sua?
6. Quais as suas considerações acerca das condições de trabalho em seu cotidiano?
7. Poderia descrever um pouco desse dia a dia do seu trabalho?
8. Você se sente realizada profissionalmente?
9. Você se sente reconhecida pelo seu trabalho?
10. Você costuma fazer pausas no seu trabalho?
11. No cotidiano de seu trabalho costuma ocorrer imprevistos, e como você trabalha diante disso?
12. Quais os problemas mais evidentes enfrentados no seu cotidiano profissional?
13. Em relação às condições de trabalho, acredita que haja muitos problemas? Quais seriam esses?
14. Você se organiza com os outros profissionais da equipe técnica para o desenvolvimento do trabalho como é essa organização e relacionamento?
15. Diante do seu cotidiano profissional as condições atuais de trabalho corroboram para a continuidade ou descontinuidade do trabalho? Fale um pouco sobre isso.
16. Como você vê o trabalho que é desenvolvido na atenção básica das unidades deste distrito sanitário, há muitos desafios?
17. Qual a relação que você faz entre seu trabalho e a sua saúde, você acredita que ele possa trazer algum risco ou causa algum tipo de adoecimento?
18. Que estratégias você utiliza para enfrenta-los?
19. Você avalia o seu trabalho como precário? () Sim () Não (Se responder sim, fazer a questão 20; se responder não, fazer a pergunta 21:

20. Quais seriam as situações de trabalho que você percebe em seu cotidiano profissional que demonstram que o seu trabalho é precário?
21. Como avalia suas condições de trabalho e sua organização do trabalho para desenvolver seu trabalho com qualidade e resolutividade?
22. No caso do profissional não ser efetivo, perguntar: Como você analisa sua situação de vínculo sempre temporário na instituição? Você acha seu trabalho precário por causa disso?
23. Qual momento de seu trabalho que mais lhe proporciona satisfação profissional?

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**A Precarização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um distrito sanitário de Campina Grande/PB**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **A Precarização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um distrito sanitário de Campina Grande/PB** terá como objetivo geral Analisar a relação das condições e a organização do trabalho dos profissionais da saúde das Unidades Básicas de Saúde de um Distrito Sanitário de Campina Grande com a precarização do trabalho em saúde.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder o questionário e entrevista semiestruturada da pesquisa de caráter analítico e qualitativo e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou

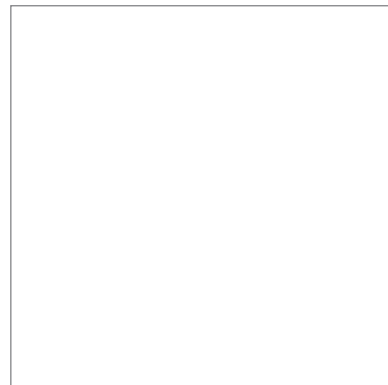
financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) (988058292) com Nicodemus de Oliveira Sobrinho.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja
possível a coleta da assinatura do participante da
pesquisa).



**TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL EM CUMPRIR
OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 466/12 DO CNS/MS**

Pesquisa: A Precarização do Trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um distrito sanitário de Campina Grande/PB

Eu, Nicodemus de Oliveira Sobrinho, do Curso Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, da Universidade Estadual da Paraíba, portador(a) do RG: 2395569 e CPF:007/998/894-66 comprometo-me em cumprir integralmente as diretrizes da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Campina Grande, 25 de Agosto de 2016

Pesquisador responsável _____

Orientador(a) _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada A Precarização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um distrito sanitário de Campina Grande/PB poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Nicodemus de Oliveira Sobrinho e Edil Ferreira da Silva a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos entre outros eventos dessa natureza;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização, em observância ao Art. 5º, XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Nicodemus de Oliveira Sobrinho, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar

a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande 25 de Agosto de 2016

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

PAPEL TIMBRADO DO LOCAL ONDE ACONTECERÁ A COLETA DE DADOS

NOME DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ COLETADO OS DADOS

CNPJ

ENDEREÇO COMPLETO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “A precarização do trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um distrito sanitário de Campina Grande/PB” desenvolvida pelo aluno Nicodemus de Oliveira Sobrinho do Curso de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação do professor Edil Ferreira da Silva.

Campina Grande, 19 de Agosto de 2016

Assinatura e carimbo do responsável institucional

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: A Precarização do Trabalho dos profissionais da Atenção Básica de Saúde de um distrito sanitário de Campina Grande/PB

Eu, **Edil Ferreira da Silva**, professor (Orientador), do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde, da Instituição Universidade Estadual da Paraíba portador(a) do RG: 524.353 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em acompanhar seu desenvolvimento no sentido de que se possam cumprir integralmente as diretrizes da Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 25 de Agosto de 2016

Orientador

Pesquisador Responsável - Orientando