

A Saúde/Adoecimento do Trabalhador em Saúde: aspectos teórico-conceituais

Health / illness of health worker: theoretical and conceptual aspects

Francisco Antonio de Castro Lacaz¹

Introdução

Na atualidade, é cada vez mais frequente, a adoção de termos como “gestão do trabalho em saúde”; “processo de trabalho em saúde”, os quais eram anteriormente muito usados na discussão do trabalho industrial, conforme apontam os estudos teórico-conceituais do campo Saúde do Trabalhador.^{11,14,19,20}

Esta discussão passa a ocorrer também no setor saúde e, particularmente na Atenção Básica, no que se refere à Estratégia Saúde da Família (ESF) remete à questão já apontada por Marx²² da separação entre concepção e execução do trabalho sob o capitalismo.

Se nos anos 1950-60, como médico de família, e profissional liberal, poderia ser comparado a um artesão na medida em que manipular em seu consultório os medicamentos que prescrevia em suas receitas, a partir da década de 1970, torna-se um assalariado seja do estado, seja da iniciativa privada e seu trabalho perde a dimensão artesanal. O trabalho médico é cada vez mais mediado pela tecnologia, e a própria clientela exige que sua prática envolva medicamentos, exames, enfim, o uso de tecnologias.⁸

Trata-se do estranhamento (alienação) apontado por Marx (1980) que está relacionado ao aprofundamento da falta de controle do trabalhador sobre seu próprio trabalho, o que se relaciona com a ideia de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT)^{12,16}.

Se, por seu turno, for analisado o processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na ESF, pode-se observar uma **hierarquia** de mando em que ao **gestor** do serviço ou da Unidade Básica de Saúde (UBS) cabe apontar as prioridades na forma de organizar e gerir o processo de trabalho, ou seja teve certo grau de controle sobre o trabalho da equipe, mesmo que mediado pelas orientações das muitas empresas que hoje administram as UBS com equipes da ESF e adotam a forma de gestão do trabalho preconizada pela Organização Social (OS) quanto à produtividade, metas, rotatividade e competitividade¹⁸

Na outra ponta do trabalho em equipe, ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) cabe **executar** as tarefas cotidianas no território junto à população, realidade esta que se caracteriza por uma total perda da capacidade de planejar ou conceber seu próprio trabalho, fazendo com que o controle que o ACS tem sobre o trabalho seja muito pequeno, o que gera sofrimento mental (e também físico) e, por fim, adoecimento^{15,16}.

Assim, se o artesão tinha a capacidade de planejar e executar seu próprio trabalho, com o

¹ Francisco Antonio de Castro Lacaz (f.lacaz@unifesp.br) é Professor Associado IV da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, docente do Departamento de Medicina Preventiva.

aprofundamento do capitalismo e de suas formas históricas de organização do trabalho desde a cooperação simples, passando pela maquinaria, a manufatura e a automação⁶, aprofunda-se a incapacidade dos trabalhadores influírem e controlarem suas atividades na forma de trabalho **autônomo**, o qual se torna cada vez mais **heterônomo**, ou seja, definido de fora, pela gerência, o que se torna mais evidente no toyotismo, base da chamada reestruturação produtiva^{1,2}.

Não se pode transpor automaticamente esta maneira de entender a transformação pela qual passou o trabalho **industrial** no capitalismo para o trabalho no setor de **serviços**. Observa-se que a perda da capacidade de controlar seu próprio trabalho por parte dos trabalhadores da saúde segue o mesmo processo histórico de perda da autonomia dos trabalhadores da indústria¹⁶.

O campo Saúde do Trabalhador (ST) e o estudo do trabalho em saúde

Do ponto de vista do estudo e da compreensão das relações entre Trabalho e Saúde, o campo de práticas e saberes denominado Saúde do Trabalhador¹⁴ traz importante contribuição teórico-metodológica, quando o campo propõe e desenvolve uma forma de compreender tais relações a partir do conceito **processo de trabalho**. Mesmo que tal conceito esteja particularmente voltado para a investigação daquelas relações no trabalho industrial^{20,21} pode ajudar na compreensão do trabalho no setor de serviços, ao exprimir o modo pelo qual o capital organiza o processo de produção para obter cada vez mais lucro mediante o aumento da produtividade e a exploração da mais-valia nos trabalhos diretamente produtivos, conforme postulado por MARX²².

Isto posto, alguns autores indicam que um dos maiores desafios que o campo ST enfrenta

é como utilizar o conceito de processo de trabalho nos estudos e investigações das atividades que envolvem o setor terciário ou de serviços^{13,27}.

Depara-se, pois, com a necessidade de apropriar-se dos processos de trabalho do setor de serviços, até porque é neste espaço que está alocado, hoje, o maior contingente da força de trabalho no Brasil³⁰. Tal apropriação será estratégica para o desenvolvimento de estudos e pesquisas que hoje são necessárias, tanto no que se refere ao trabalho em saúde como em educação⁴ e, aqui, o marco teórico coloca-se como uma questão central¹⁵.

Ainda do ponto de vista conceitual, a base teórica para a investigação sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, nos dias que correm, deve situar-se nos limites da reorganização do trabalho de cunho neoliberal à qual são submetidos hospitais e outros serviços de saúde e que tem como marca um

(...) novo paradigma (...) de reorganização flexível do trabalho. (...) iniciado nos anos 1980 como resultado do projeto político neoliberal e de suas máximas de desregulamentação. liberalização e privatização, [o que] implicou a colonização mercantil de diversas organizações (hospital, universidade etc.) tradicionalmente autônomas em relação à economia política de mercado, à ética do negócio, à pragmática da gestão flexível do trabalho, à retórica da produtividade, competitividade e rentabilidade, ao cálculo de custo-benefício e à axiologia da livre concorrência, da qualidade total, do lucro individual e do negócio privado (BLANCH; STECHER, 2009, p. 1, grifos nossos).

A adoção do conceito de *capitalismo organizacional* ajuda a dar conta de outros aspectos envolvidos na relação Trabalho-Saúde, como os processos de subjetivação e objetivação no trabalho

em serviços de saúde, quando se busca analisar a reorganização de tais espaços sob a influência do novo modelo de gestão da coisa pública⁴.

Para melhor entendimento do que se está falando é necessário apontar o que se entende por objetivação, ou seja, a

(...) *'institucionalização'* do novo modelo empresarial (a materialização operativa pelo New Management de um conjunto de dispositivos, códigos, normas, regras, procedimentos, tecnologias e práticas estruturais da organização) e, por outra, sua **naturalização** (construção pelo discurso gerencial do novo modelo de organização como pertencente à ordem da natureza e, portanto, como realidade necessária, imutável e inquestionável) (BLANCH; STECHER, 2009, p. 9, negritos dos autores). Por outro lado, entende-se por **subjetivação**, (...) *um conjunto de processos de construção de subjetividade, pelos quais a experiência de trabalho em universidades e hospitais reorganizados empresarialmente dá lugar nos trabalhadores, a particulares formas de pensar, sentir e atuar com relação a si mesmo, às demais pessoas e ao mundo. Consiste, (...), naquela dinâmica pela qual cada indivíduo torna-se (é constituído ou se constitui em) um tipo particular de sujeito através (a) de sua sujeição, inserção e submissão a um específico ordenamento sociossimbólico, isto é, a uma particular configuração histórica de relações de saber-poder; mas também (b) de sua atividade (individual e coletiva) de apropriação reflexiva ressignificação, desestabilização e **resistência** em relação às determinações que o constituem como ser social e em cujo horizonte está inscrito (...)* (BLANCH; STECHER, 2009, p. 9, grifo nosso).

Ademais, ao buscar-se transpor a categoria processo de trabalho para o estudo do trabalho no

setor de serviços e, particularmente, em serviços de saúde, alguns alinhamentos conceituais devem ser feitos, adotando-se reformulações teóricas para se pensar como ocorrem as relações entre Trabalho e Saúde nas atividades de saúde¹³.

Em primeiro lugar, existe uma polêmica se o trabalho em saúde e especialmente o trabalho médico é **diretamente** produtivo e produz mais-valia^{3,26}, aspecto este que foge ao escopo do presente texto.

Além disso, a organização do trabalho no setor de serviços apresenta algumas características que a identificam por relação ao trabalho industrial, as quais são: a **simultaneidade**, a **co-produção** e **copresença**²⁵.

Para este autor, a noção de simultaneidade pode ser uma ferramenta central para o entendimento e a abordagem do trabalho em serviços, mediante estudos empíricos, na sua relação com a saúde, dado que ocorre o consumo do cuidado e das ações de saúde ao mesmo tempo em que são produzidos. Colocando diretamente em contato trabalhador e consumidor/clientela, conforme aquilo que é chamado de copresença, é possível exercer pressão no tempo de produção de tais ações e serviços, como se observa na fila dos caixas de bancos ou dos serviços de saúde.

Daí deriva outro conceito importante para pensar aquela relação, o de coprodução²⁹ já que, na produção flexível o que importa não é mais a produção em escala, característica do fordismo/taylorismo, mas sim a produção acoplada às demandas da clientela, situação esta que no caso dos serviços depende basicamente da postura do cliente/consumidor⁹.

Frise-se que a coprodução tem como “sub-produto” o autosserviço em que o consumidor/cliente age sobre (no) processo de trabalho, trazendo como consequência a queda do número de postos de trabalho, sendo que no caso dos

serviços de saúde, o chamado autocuidado ou corresponsabilização pelo cuidado é uma das expressões desta realidade.

É importante também salientar que nos serviços interfere sobremaneira a emoção e sua “administração”, o que traz importantes efeitos para a saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde¹⁶.

O Trabalho em Serviços de Saúde e a Saúde/Doença dos Trabalhadores

Silva (1998) sugere que a perda da saúde dos trabalhadores em hospitais é decorrente da impotência diante de uma estrutura hierárquica centralizadora e da alienação pela impossibilidade de atuar de forma criativa nas relações de trabalho do cotidiano devido aos restritos limites que a organização do trabalho impõe à utilização de seu saber, o que leva ao sofrimento e desgaste. Ademais, a sobrecarga de trabalho, particularmente do pessoal de enfermagem, expressa no alto absentismo, desdobra-se no aumento de horas extras, criando um círculo vicioso de mais desgaste. A isto se soma o papel dos Serviços de Medicina do Trabalho existentes nos serviços de saúde, como os hospitais, que atuam de forma individual, abstraindo a verdadeira causalidade dos problemas de saúde, tendo uma atuação apenas paliativa, não interferindo nas suas reais causas.

Além disso, as precárias informações sobre os agravos à saúde dos trabalhadores em saúde e a não existência de registros apropriados contribui para dificultar o conhecimento da realidade o que leva, na maioria das vezes, à tomada de decisões e ações que impactam pouco tais organizações.

É importante, ainda, contextualizar a discussão, atentando para uma questão intimamente relacionada à temática: em tempos de reestruturação produtiva neoliberal globalizada, o não

cumprimento de regras de proteção social ao trabalho é um elemento cada vez mais ressaltado. Pode-se afirmar que tal realidade é mais presente no setor secundário da economia, mas também é observada no setor de serviços, inclusive de saúde. E, aqui, configura-se uma contradição, particularmente no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a flexibilização e a precariedade de direitos e vínculos não se exprimem através do desemprego estrutural, na medida em que tal sistema é um forte indutor de emprego, apesar de que uma parte importante da força de trabalho que atua no SUS – entre 30 e 50% dos empregados – não é coberta por esses direitos, o que mostra uma realidade perversa criada e sustentada pela administração pública²⁷ e ainda desconhecida da sociedade.

Conforme aponta Merhy (1997: 120-21):

... o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objetivo não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção, em ato, operando como tecnologias de relação, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Assim, os agentes do trabalho em saúde, representados nas várias categorias profissionais compõem a multiprofissionalidade e os aportes teórico-metodológicos interdisciplinares ao serem operados por tais agentes pela mediação dos diversos saberes poderão construir outros saberes que possibilitem o exercício da intersubjetividade na interação entre profissionais e entre estes e a população usuária dos serviços de saúde²⁴. A multiprofissionalidade é aqui tomada como um conjunto de profissionais envolvidos no processo de trabalho em saúde,

isto é, no exercício do trabalho cotidiano, constituindo uma equipe. Para entender sua atividade, ela deve ser apreendida como uma interação entre os vários profissionais com o objeto, os instrumentos e o trabalho em saúde em si, com uma direcionalidade dada pelo processo de trabalho. Diante disso, na abordagem/estudo da equipe multiprofissional é necessário considerar a divisão social e a divisão técnica do trabalho, a valorização dos trabalhos especializados, a autonomia técnica dos profissionais e responsabilização pelas ações clínicas e de saúde coletiva, aos projetos dos profissionais da equipe e a interação/comunicação entre eles e deles com os usuários dos serviços. A isso se agregam as relações de poder entre os diversos profissionais inseridos na produção de cuidados em saúde, as quais permeiam e compõem tais relações.

Diante dessa realidade prevalece o adoecimento relacionado à esfera mental, às doenças cardíocirculatórias, psicossomáticas e gastrocólícas cuja causalidade é mais complexa e de difícil determinação, ao lado de agravos relacionados ao esforço e à postura como lombalgias, tendinites, cervicalgias, varizes, além dos acidentes do trabalho com instrumentos perfurocortantes.

Ademais, para Dejours⁷ o trabalho torna-se estressante quando interfere nas necessidades individuais de satisfação e realização, daí a importância dos elementos psicossociais e a forma como podem influir no bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Em geral, os elementos geradores de estresse patológico no trabalho compõem três categorias: elementos da organização do trabalho; exigências do trabalho/atividade; e condições do ambiente de trabalho.

Considerando-se, então, as dimensões da organização do trabalho em saúde, assumem relevância para a saúde dos trabalhadores em saúde a questão da hierarquia, da autonomia de

decisão, da responsabilidade, da sobrecarga de trabalho e das relações de poder dentro da equipe que podem ou não propiciar a intersubjetividade.

No que se refere às exigências é importante considerar os trabalhos pesados e que duram longas horas (associadas às doenças coronarianas), bem como as mudanças de turno que se associam aos distúrbios do sono, gastrointestinais, emocionais e à maior frequência de acidentes do trabalho¹⁰.

Os mesmos autores indicam que os elementos organizacionais relacionam-se à complexidade e à responsabilidade exigida pelo trabalho, ao significado das tarefas e à postura das chefias, o que inclui a possibilidade de participação dos trabalhadores nas decisões, a falta de apoio e reconhecimento dos superiores, a ausência e promoções, incertezas sobre o futuro de trabalho e das relações intersubjetivas fracas seja com os colegas da equipe de trabalho, seja com os superiores e subordinados.

É importante salientar que as questões aqui colocadas têm como pano de fundo a noção de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) a partir de um viés que coloca como aspecto central para que seja atingida a referida qualidade a noção de controle que os coletivos de trabalhadores devem ter sobre seus processos de trabalho^{12,16}.

Para Ciborra, Lanzara⁵ são várias as definições da QVT. Ora associa-se às características intrínsecas das tecnologias introduzidas e ao seu impacto; ora aos aspectos econômicos, como o salário, incentivos, abonos; ora a fatores de saúde física e mental e segurança e, em geral, ao bem-estar daqueles que trabalham. Em outros casos, segundo os mesmos autores, considera-se que é:

... determinada por fatores psicológicos como grau de criatividade, de autonomia, de flexibilidade de que os trabalhadores podem desfrutar ou, (...) fatores organizativos e 'políticos' como a quantidade de controle pessoal

sobre o posto de trabalho ou a quantidade de poder que os trabalhadores podem exercer sobre o ambiente circundante partir de seu posto de trabalho. (CIBORRA; LANZARA, 1985, p. 25, grifos nossos)

Deve-se considerar, portanto, que a adoção de tais referenciais e abordagens podem fazer avançar a profundidade dos estudos nesta área, aspecto central para o entendimento, inclusive, dos desafios colocados para atingir-se a qualidade da atenção na rede de serviços do SUS.

Referências

1. Antunes R. Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo ;1999.
2. Antunes R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: Druck G, Franco T, organizadores. A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 13-22.
3. Arouca ASS. O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. [tese de doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1975.
4. Blanch JM, Stecher A. La emprezarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades e hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. Avance de resultados de una investigación iberoamericana. Ponencia. VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología del Trabajo; 2009; Montevideo, Uruguay. [Mimeo].
5. Ciborra C, Lanzara GF, organizadores. Progettazione delle tecnologie e qualità del lavoro. Milano: Franco Angeli; 1985.
6. Cohn A, Marsiglia RG. Processo e organização do trabalho. In: Rocha LE, Rigotto RM, Buschinelli JT, organizadores. Isto é trabalho de gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1994. p.56-75.
7. Dejours C. A loucura do trabalho. São Paulo: Oboré; 1987.
8. Gomes RG. Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/desumanização do trabalho em saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010.
9. Gorender RJ. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. Est Avanç. 1997;29(11):311-361.
10. Hurrell, Jr JJ; Murphy, LR. Psychological job stress. In: Rom, W. Environmental and occupational medicine. London: Little, Brown and Company;1992. p. 675-682
11. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad Saúde Públ. 2007;23(4):757-766.
12. Lacaz, FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. Ciênc Saúde Col. 2000;5(1):151-61.
13. Lacaz FAC. As relações entre trabalho e saúde nos serviços de saúde: discutindo o marco teórico, 2011. In: Cêa GSS, Murofuse NT, Deitos RA, organizadores. Trabalho, educação e saúde: formação permanente de profissionais e usuários da saúde pública. Cascavel: Edunioeste, 2012. vol. 2 , p.69-81.
14. Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical [tese de doutorado]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996.
15. Lacaz FAC, Santos APL. Saúde do Trabalhador, hoje: re-visitando seus atores sociais. Rev Méd Minas Gerais. 2010;20(2 Supl):5-12.
16. Lacaz FAC, Sato L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes SF, organizador. Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e críticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 109-139.
17. Lacaz FAC, Vieira NP, Cortizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. Cad de Saúde Públ. 2010;26(2): 253-263.
18. Lacaz FAC, Junqueira V, Pinto NRS, Mennin RHP, Spedo SM, Cortizo CT, Sato WNS et al. Gestão do Trabalho em Saúde em dois Sistemas Municipais do estado de São Paulo: implicações operacionais e psicossociais para uma política de pessoal. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; 2014. 200pp. (Relatório de Pesquisa)
19. Laurell AC. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: Franco S, Nunes ED, Breil J, Laurell AC, organizadores. Debates en medicina social. Quito: Organización Panamericana de la Salud, Asociación Latinoamericana de Medicina Social; 1991. p.249-339.
20. Laurell AC, coordenadora. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1993.
21. Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
22. Marx K. O Capital. Crítica da Economia Política. O processo de produção do Capital. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1980. v.1, cap.5.

23. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
24. Merhy EE, Onocko R, organizadores. Praxis en salud: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec; 1997.
25. Meirelles DS. O conceito de serviço. Rev Econ Pol. 2006;26(1):119-136.
26. Mendes Gonçalves RB. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.
27. Minayo-Gomez C, Tedim-Costa SMF. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimento sobre trabalho e saúde. Ciênc Saúde Col. 2003;8(1):125-136.
28. Nogueira RP, Baraldi S, Rodrigues VA. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. (Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises, 2)
29. Orban E. O serviço é um produto. In: Dieese; Cesit, organizadores. O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico. São Paulo: Dieese/Cesit; 2005. p. 11-20.
30. Pessoa E, Mattos FAM, Britto MA, Figueiredo SS. Emprego público no Brasil: comparação internacional e evolução recente. Brasília (DF): IPEA; 2009. 17p. (Comunicado da Presidência do IPEA, 19)
31. Silva CO. Trabalho e subjetividade no hospital geral. Rev Psicol Ciênc Prof. 1998;18 (2): 26-33.1998.