

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE**  
**PÓLO UNIVERSITÁRIO DE RIO DAS OSTRAS**  
**DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**  
**ORIENTADORA: Paula Martins Sirelli**

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E ADOECIMENTO  
DOS TRABALHADORES DO CENTRO  
MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO LAÉRCIO  
LÚCIO DE CARVALHO**

**Dryelle Laino Cruz de Almeida**  
**10964020**

**Rio das Ostras**  
**2013.1**

DRYELLE LAINO CRUZ DE ALMEIDA

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DO  
CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO LAÉRCIO LÚCIO DE CARVALHO.**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO E  
APROVADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO  
DO TÍTULO DE BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL PELA  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE.

ORIENTADORA: PROF.<sup>a</sup>. MS. PAULA MARTINS SIRELLI.

RIO DAS OSTRAS

2013

DRYELLE LAINO CRUZ DE ALMEIDA

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES DO CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO LAÉRCIO LÚCIO DE CARVALHO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense – Polo Universitário de Rio das Ostras.

Monografia aprovada em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Paula Martins Sirelli  
Orientadora  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Ranieri Carli  
Examinador  
Universidade Federal Fluminense

---

Prof. Dr. Wanderson Fábio de Melo  
Examinador  
Universidade Federal Fluminense

RIO DAS OSTRAS  
2013

À minha família, que me apoio ao longo desta jornada e a quem amo incondicionalmente, e a meu marido, meu maior incentivador que sempre acreditou no meu potencial.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por estar sempre me protegendo e guiando meus passos, pois sem ele nada disso seria possível.

Agradeço imensamente a minha família, minha base e espelho para a vida. A vocês eu dedico meu amor e respeito incondicionais.

À minha avó Teresa, minha segunda mãe, que já me considerava, com muito orgulho, assistente social desde meu ingresso na Universidade.

À minha mãe, minha melhor amiga, fonte de inspiração que me ensinou a sempre batalhar para conquistar as coisas e a nunca desistir.

Ao meu marido, minha metade, meu maior incentivador, sempre acreditando no meu potencial, mesmo quando as dificuldades surgiam.

À Universidade Federal Fluminense, que me possibilitou ser uma pessoa melhor, mais crítica acerca da realidade que nos cerca, me cercando de importantes valores os quais carregarei comigo para o resto da minha vida.

À minha supervisora de estágio Sandra Caldeira, minha mentora durante os períodos de estágio, por nossa parceria e respeito, dentro e fora da Universidade. Sua contribuição foi fundamental para minha formação profissional.

À Paula Sirelli, minha orientadora, por me ajudar a construir este Trabalho de Conclusão de Curso. Obrigada por me guiar e nunca me deixar abater durante as dificuldades. Obrigada pelos ensinamentos, suas orientações e pelo incentivo durante esta jornada rumo ao conhecimento.

À todos os amigos queridos que conquistei nesses 4 anos e meio de Graduação, que nossa amizade extrapole os muros da Universidade.

## RESUMO

O presente estudo aborda a precarização do trabalho no Centro de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho no âmbito da reestruturação produtiva e das reformas neoliberais no contexto de mundialização do capital. Tem como objetivos identificar e compreender as relações de trabalho e emprego no setor da saúde; analisar a relação de precarização do trabalho no âmbito do Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho e a precarização do trabalho como um todo no contexto da reestruturação produtiva; analisando os impactos desta precarização no processo de adoecimento destes trabalhadores. A metodologia utilizada foi baseada na abordagem qualitativa dos dados e no método crítico-dialético. Utilizamos para investigação empírica os seguintes instrumentos metodológicos: pesquisa documental, observação participante e entrevistas com os profissionais da área de saúde mental do Centro de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho. A realização deste estudo demonstrou um processo de precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde, e como essa precarização impacta diretamente na saúde destes trabalhadores, trazendo prejuízos físicos e mentais para a saúde destes trabalhadores.

Palavras-chave: reestruturação produtiva, precarização do trabalho, trabalho em saúde, saúde do trabalhador.

## **ABSTRACT**

The study examines the precariousness of work at the Laércio Lúcio de Carvalho Rehabilitation Center in the context of productive restructuring and reforms in the context of neoliberal globalization of capital. Aims to identify and understand the relationship of employment in the health sector; to analyze the relationship of precarious employment within the Láercio Lúcio de Carvalho Rehabilitation Center and precariousness of work as a whole in the context of restructuring; analyzing the impacts of this precariousness in the disease process of these workers. The methodology used was based on qualitative approach and in critical-dialectical method. We use empirical research the following methodological tools: documentary research, participant observation and interviews with professionals in mental health. This research has demonstrated a process a precarious work in the Health System, and how precarious this directly impacts on their health, impairing physical and mental health of these workers.

Key-words: productive reorganization, precarious employment, work in health, worker health.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CMRLLC** – Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho

**CONASS** – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

**DATASUS** – Departamento de Informática do SUS

**DORT** – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IPUB** – Instituto de Psiquiatria da UFRJ

**LER** – Lesão por Esforço Repetitivo

**ONGs** – Organizações Não-governamentais

**OSCIPs** – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

**NOB** – Norma Operacional Básica

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários da Saúde

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**RAS** – Redes de Atenção à Saúde SUS – Sistema Único de Saúde

**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde

**TCC** – Trabalho de Conclusão de Curso

**UFF** – Universidade Federal Fluminense

**UFRJ** – Universidade Federal do Rio de Janeiro



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>CAPÍTULO 1 – O SUS E A INSERÇÃO DO CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO LAÉRCIO LÚCIO DE CARVALHO NA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE</b> .....	15
1.1 O SUS na Constituição Federal de 1988 .....	15
1.2 A Organização do SUS.....	17
1.2.1 Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica .....	19
1.2.2 Atenção em Média e Alta Complexidade .....	20
1.3 Os Impactos da Reestruturação Produtiva e da Ofensiva Neoliberal no Setor da Saúde .....	23
<b>CAPÍTULO 2 – TRABALHO EM SAÚDE: DESAFIOS NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO</b> .....	32
2.1 Trabalho na Sociedade Capitalista .....	32
2.2 Trabalho em Saúde e suas Particularidades no Capitalismo .....	35
2.3 A Produção de Média Complexidade no SUS e os Rebatimentos no Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho .....	43
<b>CAPÍTULO 3 – TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA COMO DETERMINANTE DO PROCESSO DE ADOECIMENTO: O PREÇO PAGO PELA SOBREVIVÊNCIA</b> .....	50
3.1 Trabalho e Adoecimento: Análise a partir das Entrevistas com os funcionários do Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho .....	50
<b>CONCLUSÃO</b> .....	69
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	74
<b>APÊNDICE 1</b> .....	81
<b>APÊNDICE 2</b> .....	84
<b>APÊNDICE 3</b> .....	99

## INTRODUÇÃO

Os três semestres de estágio obrigatório realizado no Centro de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho (CMRLLC), no ambulatório de Saúde Mental da Infância e Adolescência, foram um período rico para se pensar sobre as condições de trabalho/saúde e doença dos profissionais ali inseridos. Pude observar a intensa demanda pelo serviço em conjunto com o ritmo acelerado de trabalho para que se cumprissem as metas de produtividade, onde observei o desgaste físico e mental dos profissionais ali inseridos, sendo constantes os registros de tais fatos no meu diário de campo.

Na experiência de estágio, tal realidade me instigou a analisar a saúde destes trabalhadores, refletindo acerca da intensa demanda imposta e do acelerado ritmo de trabalho ao aumento do estresse desses profissionais, me levando a questionar outros fatores e sintomas que contribuem para o processo de adoecimento em decorrência do trabalho.

Devido ao exposto, alguns questionamentos perpassaram minha inserção nesse espaço, constituindo-se em objeto do meu estudo: Em que medida a sobrecarga de trabalho tem contribuído para o aumento do estresse desses profissionais? Qual o impacto do trabalho na área da saúde mental e seus rebatimentos no sofrimento psíquico destes trabalhadores? Sob quais condições de trabalho estes trabalhadores estão submetidos?

Para tentar responder a estes e outros questionamentos, optei por estudar este espaço de intervenção e seus trabalhadores, objetivando, com este TCC, compreender a forma de organizar o trabalho em saúde, com influência de elementos do modelo de acumulação flexível, e os impactos no processo de adoecimento dos trabalhadores de saúde mental do Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho do município de Rio das Ostras.

O CMRLLC é um centro de reabilitação situado na região central de Rio das Ostras. É uma unidade especializada de abrangência regional, qualificada para atender pessoas com deficiências físicas. É vinculado à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Rio das Ostras.

O CMRLCC atende os usuários da Saúde Mental, da Reabilitação física e Usuários de Álcool e outras drogas. O serviço é organizado na forma de ambulatorios, que são compostos por equipes multidisciplinares que constam em seu quadro técnico funcionários de acordo com o seu público-alvo.

A saúde mental do CMRLCC conta com uma equipe multidisciplinar a fim de propiciar uma visão da totalidade do processo saúde-doença de seus usuários. Neste ambulatório, constam nas equipes diferentes especialidades, tais como: assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra, neuropediatra, fonoaudiólogo.

A forma flexibilizada de acumulação capitalista traz consigo a precarização das condições de trabalho, das relações trabalhistas, baseados nos novos modelos de empresa enxuta – o que, ao meu entendimento, vinha ocorrendo também no Centro de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho.

O trabalhador torna-se polivalente, e a intensa demanda de trabalho soma-se as precárias condições nas quais o trabalho se realiza, implicando em consequências graves para a saúde da classe trabalhadora.

A lei nº 8.080/90, em seu 3º artigo, traz o trabalho como um dos determinantes e condicionantes da saúde:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (BRASIL, 1990).

De acordo com o conceito mais amplo de saúde, saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim o bem estar físico, emocional, influenciada por determinantes sociais, econômicos e culturais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho, por exemplo. (BARATA, 2009, p. 11).

O trabalho como dimensão fundante da vida, vai influenciar no alcance deste bem estar, e incidir diretamente no processo de adoecimento. A pesquisa aqui apresentada pretende desvendar a relação entre trabalho desenvolvido no Centro de Reabilitação e o adoecimento dos seus trabalhadores, contribuindo para o debate e a promoção de alternativas que contribuam para diminuição desses agravos para a saúde dos trabalhadores. Nesta perspectiva, a mesma tem grande relevância para a

academia, a Instituição e para os trabalhadores, visto que a mesma também pretende contribuir para a melhoria do atendimento aos usuários deste serviço, na medida em que tais agravos sejam atenuados. Os trabalhadores desta Instituição estarão em melhores condições de bem-estar físico e psíquico para prestar um serviço de melhor qualidade à população.

A metodologia indica o caminho do pensamento durante o processo investigativo da realidade a ser pesquisada, apresentando e justificando os métodos, técnicas e instrumentos operativos a serem utilizados, em uma articulação entre teoria, métodos, achados experimentais e observacionais em resposta às indagações científicas. (MINAYO, 2010).

Para além de uma descrição formal, a metodologia “indica as conexões e a leitura operacional que o pesquisador fez do quadro teórico e de seus objetivos de estudo”, (DESLANDES, 2007, p.46), articulado à corrente de pensamento do pesquisador, visto que “a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento)” (NETTO, 2009, p. 674).

A corrente de pensamento utilizada para construção desta pesquisa é o marxismo. O marxismo enquanto abordagem considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais, e enquanto método, utiliza-se da abordagem do materialismo dialético marxista na busca de captar o complexo movimento da realidade, suas contradições e tensões, no movimento de transformação da realidade posta. (MINAYO, 2007).

A metodologia a ser utilizada na pesquisa é baseada na abordagem qualitativa dos dados pesquisados. Conforme Minayo (2007), a abordagem qualitativa trabalha com níveis de realidade que dificilmente podem ser mensuráveis, já que sua abordagem opera no universo dos significados, das crenças, valores, percepções, motivações. A abordagem qualitativa e quantitativa quando trabalhadas em conjunto, proporciona uma maior complementação de dados, pois “quando bem trabalhada teórica e praticamente, produz riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa”. (MINAYO, 2007, p.22).

Para a investigação empírica, foram utilizados os seguintes instrumentos metodológicos: pesquisa documental, observação participante e entrevistas aos

profissionais (apêndice 1) que atuam no ambulatório de saúde mental do CMRLLC, a serem detalhados abaixo.

A pesquisa documental foi realizada a partir de bibliografias sobre a temática, leis pertinentes, e registros feitos durante o período de estágio.

A observação participante iniciou-se no período de estágio, sendo aprofundada durante a elaboração deste trabalho de conclusão de curso, com visitas à instituição e inserção no cotidiano de trabalho destes profissionais para registros e coleta de dados. Conforme Minayo (2007), este instrumento é parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, pois constitui-se como:

(...) um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente. (MINAYO, 2007, p. 70).

A entrevista, que tem como objetivo “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo”, (MINAYO, 2007, p. 64), foi organizada de forma semi-estruturada, combinando perguntas abertas e fechadas para possibilitar ao entrevistado discorrer sobre o tema em questão. A finalidade desta entrevista (apêndice 1) é desvendar algumas relações entre a forma como o trabalho é organizado no Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho e sua relação com o processo de adoecimento destes trabalhadores, com questões pertinentes ao bem-estar físico e psicológicos.

As entrevistas foram realizadas em dois dias diferentes, sendo gravadas com o consentimento dos participantes para transcrição fiel dos relatos apresentados, a fim de elucidar a realidade do trabalho cotidiano destes profissionais. Foram entrevistadas seis profissionais, de diferentes especialidades – assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional.

Como as entrevistas foram realizadas nos horários de atendimento, estas se deram nos locais de intervenção dos profissionais, em diferentes salas do CMRLLC. Em alguns momentos as entrevistas tiveram que ser interrompidas, visto que os profissionais estavam em seu horário de trabalho. Um fator importante durante a

realização das entrevistas foi à percepção que nem todos os profissionais do CMRLLC se disponibilizaram a responder as entrevistas, fato este contatado principalmente entre os funcionários contratados – creio que por receio de expor sua opinião em decorrência do frágil vínculo de trabalho.

Após a aplicação dos instrumentos metodológicos (descritos acima), os dados obtidos foram compilados e os resultados obtidos através do método qualitativo foram analisados através do método de *análise de conteúdo*.

A *análise de conteúdo* é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN apud GOMES, 2007. p. 83).

Esta análise de conteúdo permite descobrir o que está para além da aparência, a essência do conteúdo analisado através da análise dos conteúdos das falas, que foram agrupadas por temáticas similares para posterior análise (apêndice 2). O procedimento metodológico escolhido para realizar a análise de conteúdo das falas foi o de *interpretação*, que consiste numa perspectiva mais ampla de discussão dos resultados obtidos utilizando-se de uma fundamentação teórica acerca do que está sendo investigado (GOMES, 2007), embasado nos autores e reflexões realizadas na construção dos capítulos teóricos.

A fundamentação teórica deste estudo foi embasada por autores que discutem diversas categorias, como: processo de trabalho e reprodução social, acumulação flexível, processo saúde-doença, trabalho em saúde, sofrimento relacionado ao trabalho, dentre outras categorias que contribuam para a reflexão crítica acerca do tema investigado. Destarte, podemos destacar alguns autores com produções acerca da temática, tais como: Antunes (1995, 2005), Bravo (2009), lamamoto (2010), Dejours (1992).

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) está estruturado em três capítulos.

O primeiro capítulo, a título de introdução ao tema, tem como título “O SUS e a inserção do CMRLLC na atenção de média complexidade”, aborda o surgimento do SUS na Constituição; a forma de organização do SUS; a produção de média complexidade e seus rebatimentos no CMRLLC. Esta introdução faz-se necessária

para compreensão dos serviços de saúde na contemporaneidade, sua forma de organização e os rebatimentos no trabalho em saúde.

O segundo capítulo intitula-se “Trabalho em saúde: desafios no capitalismo contemporâneo”. Suscita o debate sobre a forma como o trabalho em saúde se organiza na atualidade, face às mudanças no mundo do trabalho e os impactos das políticas neoliberais nas políticas públicas - e no trabalho em saúde especificamente.

O capítulo três, com o título “Trabalho e processo de adoecimento: o preço pago pela sobrevivência” busca problematizar o trabalho como um dos determinantes do processo de adoecimento, à medida que o trabalho na sociedade capitalista torna-se fonte de sofrimento para quem o realiza. Neste capítulo também serão apresentados os trechos das entrevistas realizadas conjuntamente com a fundamentação teórica sobre os resultados apresentados.

Desta forma, objetivamos, a partir do método de análise explicitado, problematizar a relação entre trabalho e adoecimento com ênfase na área da saúde, contribuindo para o incremento de estudos nessa área. Espera-se com esse TCC suscitar o interesse de graduandos, professores e profissionais vinculados à UFF e ao CMRLLC, aprofundando desta forma, uma maior compreensão e reflexão sobre a temática apresentada.

# **CAPÍTULO I – O SUS E A INSERÇÃO DO CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO LAÉRCIO LÚCIO DE CARVALHO NA ATENÇÃO DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

## **1.1 – O SUS na Constituição Federal de 1988**

O SUS vem sendo implantando como um processo em permanente construção. Ainda que sua instituição formal tenha se dado na Constituição Federal de 1988, sua origem se inicia a partir da crise do modelo médico assistencial privatista<sup>1</sup>, hegemônico na segunda metade do século XX.

Com as mudanças políticas e econômicas nas décadas de 1970 e 1980, esse modelo sanitário se esgota, e conjuntamente com a redemocratização do país, as políticas públicas ganham novos rumos, surgindo na arena sanitária movimentos sociais que propunham um modelo alternativo de atenção à saúde.

Na década de 1970 surgem os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, e começam a serem desenvolvidas as primeiras experiências de municipalização da saúde, com novas propostas e debates para a saúde.

Nesses espaços de construção da medicina comunitária é que se gestou e difundiu-se o movimento sanitário. Coordenado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, o movimento sanitário constituiu-se na base político-ideológica da reforma sanitária brasileira. Surgiram, na segunda metade dos anos de 1970, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). (CONASS, 2006, p. 23).

A saúde, na década de 1980, contou com a participação de novos sujeitos sociais, passando a assumir uma dimensão política na discussão das condições de vida da população brasileira, promovendo debates para discutir contrapropostas para melhorias deste setor.

---

<sup>1</sup> O modelo médico assistencial privatista teve como características: a extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana; o privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; o deslocamento da prestação de serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos, entre outras. (SILVA apud CONASS, 2006, p. 22).



As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2009, p. 96).

Um fato marcante para a discussão da saúde no Brasil, considerado como o evento político-sanitário mais importante e fundamental dessa temática, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, introduzindo a participação da sociedade no cenário da discussão da saúde. Como desdobramentos desta Conferência, foram elaborados trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que serviram de base à elaboração da seção saúde na Constituição Federal de 1988.

A Constituição brasileira de 1988 representou um importante marco legal no campo dos direitos sociais no Brasil. Fruto de mobilizações e da participação de movimentos populares pós o regime ditatorial, marcou a redemocratização no país, e trouxe grandes avanços no âmbito dos direitos civis, políticos e sociais, ficando conhecida como “Constituição Cidadã” (CARVALHO apud COUTO, 2006, p. 156).

A instituição do sistema de seguridade social, formado pelo tripé das políticas de saúde, previdência e assistência social, representou um progresso aos padrões clássicos de proteção no país, escritas no texto constituinte como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988), conforme Artigo 194 da Constituição.

Os maiores avanços na Constituição de 1988 estão contidos no campo dos direitos sociais, que representam, “no plano jurídico, a promessa de afirmação e extensão dos direitos sociais em nosso país frente à grave crise e às demandas de enfrentamento dos enormes índices de desigualdade social” (BRAVO, 2009, p. 96), reconhecendo as desigualdades no país e buscando corrigi-las através da responsabilização do Estado na cobertura das necessidades sociais da população.

Em relação à Saúde, o texto constitucional atende em algumas partes às reivindicações do movimento de reforma sanitária, colocando o Estado como provedor da Saúde, conforme o Artigo 196 da Constituição de 1988 que diz “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988).

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Teixeira é um dos principais aspectos da Constituição, pois há integração entre “todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade” (TEIXEIRA apud BRAVO, 2009, p. 97), conforme explícito na Lei Federal nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS.

## **1.2 – A Organização do SUS**

Embora sejam evidentes os avanços alcançados pelos SUS desde sua gestação, é cada vez mais perceptível à dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e da prestação dos serviços de saúde, insuficientes para dar conta dos desafios sanitários postos na atualidade face ao cenário brasileiro.

O cenário brasileiro caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio-econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo/efetividade demonstra a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no Brasil. (BRASIL, 2010).

Em face desse cenário e dos desafios postos ao SUS (frente às mudanças políticas, econômicas e societárias), faz-se necessário organizar o sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 7), promovendo a integração de ações e serviços de saúde para melhor aproveitamento do desempenho do sistema de saúde.

Essa reestruturação do sistema de saúde através das RAS tem como objetivo:

(...) promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (BRASIL, 2010, p. 7).

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração das ações no SUS adquiriu novas nuances a partir do Pacto pela Saúde, que:

Contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. (BRASIL, 2010).

O Pacto pela Saúde, para ser efetivado, é necessário que se efetive três outras dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS, e o Pacto de Gestão.

O Pacto pela Vida consiste em uma política pública de segurança articulada permanentemente com o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Assembleia Legislativa, os municípios e a União, que tem como “compromisso as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira” (BRASIL, 2010), em um novo tipo de combate à criminalidade.

O Pacto em Defesa do SUS trata-se de um “compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS” (BRASIL, 2010), articulando ações para qualificar o SUS e o assegurar como política pública.

O Pacto de Gestão contribui para o fortalecimento da gestão, firmando um “compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde” (BRASIL, 2010).

A prestação da assistência no SUS é baseada nos princípios fundamentais da regionalização e da hierarquização. Para além destes princípios, foi estabelecido que as ações e procedimentos fossem dispostos em dois blocos: um relacionado à atenção básica, e o outro, contemplativo das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. A partir desta divisão, os sistemas de informação,

pagamento, controle, avaliação e regulação foram definidos, para que haja maior clareza nos repasses. (CONASS, 2007).

Na Lei Federal nº 8.080/1990, em seu Artigo 7º, apresenta como um dos princípios do sistema, entre outros, “a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...)” (Brasil, 1990). Esta integralidade na assistência deve ser para todos os cidadãos, não limitando o atendimento a um pacote básico de serviços de saúde.

### 1.2.1 – Atenção Primária à Saúde ou Atenção Básica

A portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), define em seu anexo a atenção básica em saúde da seguinte forma:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. (BRASIL, 2006).

Entendendo que a capacidade de resposta dos sistemas de saúde às necessidades da população baseado no modelo médico-hospitalocêntrico tem demonstrado sinais de esgotamento, o foco das ações em saúde passa a ser direcionado para as condições crônicas, o que implica dar centralidade às ações promocionais e preventivas em saúde.

Desta forma, a atenção básica é entendida como primeiro nível da atenção à saúde no SUS, como a “porta de entrada”, a qual se orienta por todos os princípios do SUS, empregando tecnologia de baixa densidade. Subentende-se tecnologia de baixa densidade o rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte de problemas comuns de saúde da comunidade.

O termo Atenção Primária à Saúde se modificou, visto que tal termo era entendido como “assistência pobre para pobres”, entendido como um programa de

medicina simplificada para os pobres. O Ministério da Saúde já adotou a nomenclatura internacionalmente reconhecida para definir este nível de atenção, sendo nomeada de Atenção Básica.

A Atenção Primária à Saúde (APS) considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, bem como a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, conforme explicito na Política Nacional de Atenção Básica.

Os principais fundamentos da Atenção Primária à Saúde, segundo a Política Nacional de Atenção Básica, são: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, como a promoção à saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população a fim de garantir a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado; realizar avaliação e acompanhamento sistemáticos dos resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação social e o controle social.

A Política Nacional de Atenção Básica tem como estratégia nacional prioritária para sua operacionalização a Saúde da Família<sup>2</sup>, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

Embora a atenção básica em saúde seja entendida como base orientadora do SUS e que esta deve ter uma visão integral da assistência em saúde, os procedimentos realizados na atenção básica não esgotam as necessidades em saúde dos pacientes usuários do SUS.

### 1.2.2 – Atenção em média e alta complexidade

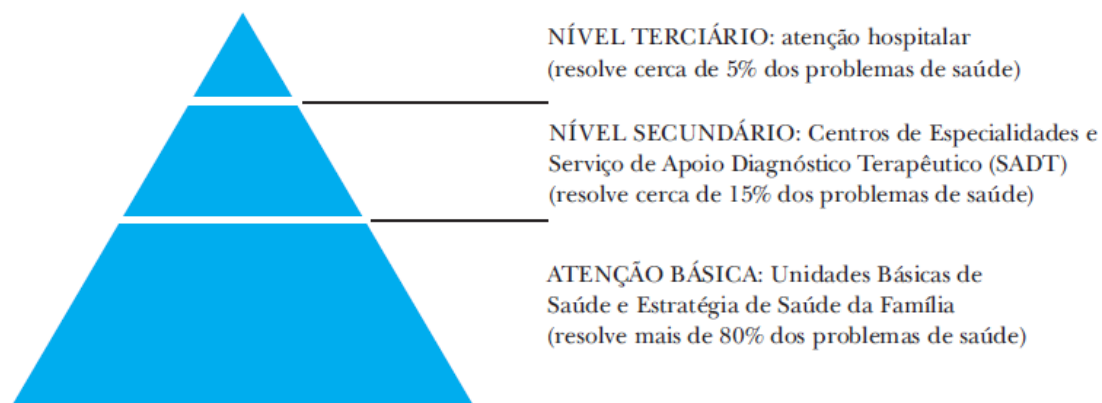
O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado através da lógica de constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitando:

---

<sup>2</sup> De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), o programa Saúde da Família tem como objetivo levar a saúde para mais perto das famílias, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros. O atendimento é prestado por equipes multidisciplinares, na unidade de saúde ou no domicílio, promovendo ações de prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e manutenção da saúde.

(...) um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso ao conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade". (CHIORO e SOLLA, 2012, p. 1).

Figura 1 – Modelo da pirâmide: hierarquização e regionalização do SUS



Fonte: CHIORO & SOLLA, 2012, p. 2.

O acesso da população às redes de atenção á saúde (RAS) deve se dar através da atenção básica, porta de entrada do SUS, que deve estar qualificada para o atendimento da população. Desta forma, os problemas de saúde que não forem atendidos nesse nível (atenção básica) devem ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde define média complexidade conforme se segue:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL, 2013b).

Em acréscimo a esta definição, há uma relação dos grupos que compõem os procedimentos de média complexidade:

Procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros profissionais de nível superior e nível médio; Cirurgias ambulatoriais especializadas; Procedimentos traúmato-ortopédico; Ações especializadas em odontologia; Patologia clínica; Anatomopatologia e citopatologia; Radiodiagnóstico; Exames ultra-sonográficos; Diagnose; Fisioterapia;

Terapias especializadas; Próteses e órteses; Anestesia. (CONASS, 2007, p. 18).

A alta complexidade é definida da seguinte forma:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). (Ministério da Saúde apud CONASS, 2007, p. 19).

O Ministério da Saúde utiliza com frequência o conceito “redes de alta complexidade” em suas normas para tratar da alta complexidade.

No ano de 2006, as transferências de recursos federais do SUS para média e alta complexidade no Brasil representaram, aproximadamente, cerca R\$ 12,87 bilhões, o dobro das transferências para a atenção básica, que no mesmo ano teve cerca de R\$ 6,79 bilhões, conforme dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde, disponíveis na internet<sup>3</sup>.

Os serviços de ambulatoriais especializados possuem diversas nomenclaturas: Ambulatório de Especialidade Médicas, Núcleo de Especialidades de Saúde, Centro de Referência Especializado, entre outras denominações.

Observa-se uma precária integração entre os serviços de saúde dentre os níveis de atenção, levando a uma fragmentação da prestação de serviços de saúde, ressaltando a necessidade de uma reforma no setor da saúde visando uma maior integração entre os níveis de atenção.

Programas específicos ou especiais, como o de Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, por exemplo, acabam por delimitar o campo da atenção especializada, pois são representados por políticas que utilizam alto grau de incorporação tecnológica, “ainda mais quando se constituem em redes assistenciais com características peculiares do ponto de vista da lógica de organização e prestação de serviços de saúde”. (CHIORO e SOLLA, 2012, p. 9).

A média complexidade tem sido considerada um dos pontos de estrangulamento do SUS, pois não são todos os municípios do país que possuem essa tecnologia, principalmente os de pequeno porte.

No Brasil, a oferta de serviços de média complexidade constitui-se em um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema, e tem sido organizada

---

<sup>3</sup> (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=03>)

e financiada, historicamente, com base na lógica de oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. Desta forma, a demanda termina sendo condicionada pelo padrão de oferta existente. Há ainda uma baixa capacidade de regulação sobre a oferta e enorme dificuldade na aquisição de serviços em função da defasagem dos valores pagos pelo SUS.

Assim, os serviços de média complexidade, em geral, caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços nas redes ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência. (CHIORO e SOLLA, 2012, p.13).

Os procedimentos de média e alta complexidade, historicamente, foram “contratados, conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores” (CONASS, 2007, p.20), e o acesso a estes serviços sempre se deu através da procura espontânea dos pacientes. Tal situação dificulta a alocação de serviços e equipamentos de saúde, criando desigualdades regionais no SUS.

Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados (quando verdadeiramente necessários), representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS. (CONASS, 2007, p. 20).

A rede básica, que deveria ser a porta de entrada do SUS, é quem deveria dar o direcionamento para os usuários para a atenção secundária e/ou terciária. Porém, estes usuários vão espontaneamente a estes serviços, o que pode acarretar na utilização inadequada do mesmo, pois não foi seguida a “cadeia” de atendimento, e talvez os problemas apresentados por estes usuários pudessem ser tratados na atenção básica.

Esta procura espontânea da população aos serviços de média/alta complexidade pode ser justificada pela precarização da atenção básica, caracterizada por poucos profissionais, falta de qualificação dos mesmos, fila para marcação de consultas, poucas unidades de saúde, entre outros fatores.

### **1.3 – Os Impactos da Reestruturação Produtiva e da Ofensiva Neoliberal no Setor da Saúde**



Na década de 1970 eclode a crise do padrão taylorista/fordista de acumulação, resultado de uma das crises de acumulação do capital. A economia demonstra sinais evidentes de estagnação, colocando um fim à longa onda expansiva do capital, que se esgota e dá início à chamada longa onda de estagnação – a partir do final dos anos 1960 até os dias atuais (BRAZ E NETTO, 2008, p. 215).

A acumulação rígida, própria do taylorismo-fordismo, se esgota, dando início ao padrão de acumulação flexível.

A acumulação flexível [...] se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY apud BRAZ e NETTO, 2008, p. 215).

Substituiu-se a rigidez da produção em série fordista, passando a ter uma flexibilização do processo de trabalho, “uma especialização flexível” (ANTUNES, 2003, p. 24). A flexibilidade desse modo de produção é possibilitada através da reestruturação produtiva.

(...) o capital lança-se a um movimento de desconcentração industrial: promove a desterritorialização da produção – unidades produtivas (completas ou desmembradas) são deslocadas para novos espaços territoriais (especialmente áreas subdesenvolvidas e periféricas), onde a exploração da força de trabalho pode ser mais intensa (seja pelo seu baixo preço, seja pela ausência de legislação protetora do trabalho e de tradições de luta sindical). Tal desterritorialização acentua ainda mais o caráter desigual e combinado da dinâmica capitalista. (BRAZ e NETTO, 2008, p. 216).

O capitalismo não tem pátria, é transnacional. Como o seu principal objetivo é a obtenção de lucro, lucro este obtido através da exploração incessante da força de trabalho, sai mais barato produzir, de forma precária, os diversos componentes de um mesmo produto em locais nos quais se possam explorar ao máximo essa força de trabalho por um preço ínfimo ao capital.

Essa forma flexibilizada de acumulação capitalista traz consigo a precarização das condições de trabalho, das relações trabalhistas, baseados nos novos modelos de empresa enxuta.

O trabalhador torna-se polivalente<sup>4</sup>, e a intensa demanda de trabalho soma-se as precárias condições nas quais o trabalho se realiza, implicando em consequências graves inclusive para a saúde da classe trabalhadora.

A reestruturação produtiva está baseada em novos modelos de gestão e produção, com um aumento de produtividade e qualidade por intermédio da “intensiva incorporação à produção de tecnologias resultantes de avanços técnico-científicos, determinando um desenvolvimento das forças produtivas que reduz enormemente a demanda de trabalho vivo” (BRAZ e NETTO, 2008, p.216).

De acordo com Antunes (2005) o capital necessita cada vez menos de trabalho estável e cada vez mais de trabalho parcial – part time -, precarizado, da “classe-que-vive-do-trabalho”. O trabalhador polivalente tem seu ritmo de trabalho intensificado, assumindo outras funções para além daquela que foi contratado, entretanto permanece ganhando a mesma coisa. A produção continua em ritmo acelerado, porém com menos trabalhadores.

Como forma de “driblar” a falta de oferta de empregos com vínculo formal, outras formas de trabalho para além do trabalho assalariado estão em crescente expansão no mundo do trabalho. São elas: trabalho informal, trabalho autônomo, a terceirização<sup>5</sup>, e chegando até a quarteirização<sup>6</sup>. Como esses trabalhadores não trabalham com carteira assinada, não possuem nenhum tipo de direito trabalhista, pois “o que se infere da realidade é que não existe direito do trabalho, de nenhuma natureza, mas apenas direitos do emprego. Fácil concluir: cancelando-se o emprego, cancelam-se os direitos.” (TAVARES e SOARES, 2007, p. 29).

A precarização do trabalho sempre foi algo constituinte do sistema capitalista, mas o que percebemos agora é um aumento significativo dessa precarização na passagem do sistema fordista ao toyotista, incutindo profundas modificações nos processos de trabalho, na década de 80

Nos últimos anos, conforme Antunes (2005) há mudanças, transformações significativas no mundo do trabalho hoje, tais como: diminuição do proletariado fabril;

---

<sup>4</sup> Trabalhador polivalente é aquele capaz de realizar múltiplas tarefas, alguém com múltiplas habilitações.

<sup>5</sup> A Terceirização ocorre quando se contrata uma empresa para executar atividades que não são essenciais ao seu negócio principal, para que esta se concentre na sua atividade-fim. Como exemplo temos a Petrobras: seu negócio é a energia, e para se concentrar nesta atividade que possui diversos ramos, ela terceiriza setores como limpeza, recepção, segurança etc.

<sup>6</sup> A quarteirização é quando uma empresa que já é terceirizada dentro de uma Instituição/organização contrata outra empresa para executar parte de suas atividades. Esta nova empresa torna-se quarteirizada.

exclusão dos jovens e idosos do mercado de trabalho; inclusão precoce e criminosa de crianças no mercado de trabalho, assim como o aumento significativo de mulheres no mercado (ambos por conta de baixa remuneração); aumento do trabalho precarizado, terceirizado; e a flexibilização da produção, tendo como exemplo a jornada de trabalho no domicílio, que confunde e acaba “roubando” o tempo livre do trabalhador.

Efetivamente, “o capitalismo contemporâneo particulariza-se pelo fato de, nele, o capital estar destruindo as regulamentações que lhe foram impostas como resultado das lutas do movimento operário e das camadas dos trabalhadores” (BRAZ e NETTO, 2008, p. 225), e para legitimar essa estratégia o capitalismo difundiu a ideologia designada neoliberal, que se trata de uma tese profundamente conservadora.

Visando o enfrentamento da crise estrutural do capital, em 1973, englobando a crise mundial do petróleo e a queda tendencial das taxas de lucro, o capitalismo busca alternativas baseadas nas políticas neoliberais e na (contra) reforma do estado.

Como forma de alternativa, o neoliberalismo propõe a redução, a diminuição das funções estatais para as políticas sociais, pois a política econômica subordina as demais políticas, e o Estado tende a beneficiar o capital, o que “justifica o ataque que o grande capital vem movendo contra as dimensões democráticas da intervenção do Estado na economia” (BRAZ e NETTO, 2008, p. 227), implicando na reconfiguração das políticas sociais.

É claro, portanto, que o objetivo real do capital monopolista não é a “diminuição” do Estado, mas a diminuição das funções estatais coesivas, precisamente aquelas que respondem à satisfação de direitos sociais. Na verdade, ao proclamar a necessidade de um “Estado mínimo”, o que pretendem os monopólios e seus representantes nada mais é que um Estado mínimo para o trabalho e máximo para o capital”. (BRAZ e NETTO, 2008, p. 227).

As políticas sociais tornam-se o maior alvo da ideologia neoliberal, e os direitos sociais, fruto de intensas lutas sociais da classe operária, são retirados como se fossem benefícios concedidos pelo Estado, como se o Estado pudesse conceder ou não tais benefícios de acordo com sua vontade.

Os neoliberais diagnosticaram que a crise tinha como determinante o tamanho do Estado e, mais especificamente, os gastos em políticas sociais

que o hipertrofiou, gerando direitos em demasia, desequilibrando o mercado de trabalho em prol dos trabalhadores. A lógica positiva dos neoliberais pode ser assim sumariada: o excesso de política social exige muitos impostos; as empresas pagam muitos impostos e ficam pouco competitivas; as pessoas ficam sem dinheiro para comprar mercadorias porque pagam impostos demais. (LEHER, 2010, p. 2).

Desta forma, conforme Behring & Boschetti (2006), as políticas sociais são respostas, em geral setorializadas e fragmentadas, às múltiplas expressões da questão social, cujo fundamento de encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho.

Os direitos mantidos pela seguridade social se orientam, sobretudo, pela seletividade e privatização, em detrimento da universalidade. São políticas focalizadas<sup>7</sup>, descentralizadas, de caráter paliativo, que não suprem a real necessidade dos seus usuários.

(...) o neoliberalismo, e suas políticas de ajuste econômico visando à estabilização, é incompatível com o padrão de política social amplo, universal, de qualidade e gratuito proposto na Constituição Brasileira, de modo que à massa da população brasileira são negados direitos básicos, ainda que formulados na Constituição Cidadã de 1988. (GUERRA, 2009, p. 32).

Tem-se, na realidade, o direito formal, garantido na Constituição, e o direito real. A pobreza é cada vez mais criminalizada na sociedade capitalista, tratada com repressões, como caso de polícia, e aos pobres, nada mais resta do que se contentar com o que lhe é dado. Conforme Guerra (2009) há um aumento significativo na judicialização da questão social, pois se têm o direito, mas não se consegue acessá-lo. A demanda para conseguir acessar as políticas sociais via Justiça são cada vez mais decorrentes, principalmente na área da saúde. É um novo paradigma de governo, onde temos um Estado excludente para a parcela majoritária da população.

Conforme Bravo (2009) há uma aliança do grupo dirigente ao grande capital, e é precisamente a afirmação da hegemonia neoliberal a responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo desemprego estrutural, precarização das condições de trabalho, desmonte da previdência pública, e do sucateamento sofridos pela saúde e educação.

---

<sup>7</sup> Para determinado segmento, para um grupo específico da sociedade.

(...) o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. (BRAVO, 2009, p. 100.).

No setor da saúde, há uma tensão criada pelo confronto entre dois grandes projetos: O Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto de Saúde articulado ao mercado ou privatista.

Conforme antes mencionado, o Projeto de Reforma Sanitária construído na década de 1980, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS). A centralidade deste projeto está na atuação do Estado em função da sociedade, um Estado democrático e de direito responsável pelas políticas públicas.

O Projeto Saúde articulado ao mercado está pautado na política de ajustes neoliberal, e tem como principais tendências “a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO e MATOS, 2012, p. 203), onde o papel do Estado neste projeto vai de encontro aos ditames neoliberais, que “consiste e garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (Idem).

Nesse panorama de reestruturação, podemos destacar as principais dificuldades no sistema de saúde brasileiro:

- A lógica macroeconômica de valorização do capital financeiro e subordinação da política social à mesma, encolhendo os direitos sociais e ampliando o espaço do mercado.
- A falta de viabilização da concepção de seguridade social.
- O subfinanciamento e as distorções nos gastos públicos, influenciados pela lógica do mercado.
- A desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade.
- O desafio de construção de práticas baseadas na integralidade e na intersetorialidade.
- Os impasses com relação à gestão do trabalho e educação, com a precarização dos trabalhadores e a não definição de um plano de cargos, carreiras e salários para os profissionais.
- Os avanços e recuos nas experiências de controle social e participação popular, face à não observância das deliberações dos conselhos e conferências e à falta de articulação entre os movimentos sociais.

- Modelo de atenção à saúde centrado na doença.
- Modelo de gestão vertical, burocratizado, terceirizado, com ênfase na privatização e, para o seu enfrentamento, são apresentadas propostas contrárias ao SUS, como as Fundações Públicas de Direito Privado e o ressurgimento das Organizações Sociais.
- O avanço da privatização, em detrimento do serviço público eminentemente estatal, através das parcerias público-privadas.
- A precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde. (BRAVO & MENEZES, 2011, p. 24).

Essas dificuldades vão impactar diretamente no modo como se desenvolve o trabalho na área de saúde, pois além do desfinanciamento que altera diretamente na organização e na prestação dos serviços, altera-se também a forma de gestão e o modelo de atenção à saúde.

O desfinanciamento sofrido pelo setor da saúde por conta da redução dos gastos sociais do governo é essencial para a manutenção da política focal, da precarização e terceirização dos recursos humanos (Bravo, 2009), observando-se um claro desmonte das políticas sociais pautadas nas medidas de ajustes neoliberal.

E os mecanismos estratégicos para tanto são a transferência crescente de recursos sociais para a esfera financeira por meio das contra-reformas das políticas sociais e do repasse de recursos do fundo público para o pagamento da dívida pública. (SILVA, 2011, p. 10).

Conforme Silva (2011), o fundo público é composto por impostos, taxas e contribuições da classe trabalhadora, do capital e do Estado – que é responsável por recolher e redistribuir (redistribuição, essa, desigual) entre as classes sociais de diversas formas. Desta forma, o fundo público “constitui-se de parte da riqueza socialmente produzida, ou seja, parte do trabalho excedente, mas também e de forma majoritária em nossos tempos, pelo trabalho necessário” (2011: 13), ou seja, sendo sustentado pelos recursos dos trabalhadores e cada vez mais capturado pelo capital.

A lógica da financeirização das relações sociais atinge os recursos destinados à reprodução social da classe trabalhadora e as políticas sociais transformam-se em alvo prioritário de mudanças e ajustes, tanto nos países centrais do capitalismo, como nos países periféricos. O repasse de recursos da Seguridade Social para o rentismo, a extensão do crédito aos aposentados, a remuneração de instituições financeiras para operacionalização de benefícios assistenciais, a expansão dos fundos de pensão, a criação das Fundações Estatais de Direito Privado, etc; por meio desses e outros mecanismos o capital portador de juros incide sob a reprodução social da classe trabalhadora e a transforma em meios de valorização altamente lucrativos. (SILVA, 2011, p. 13).

A saúde pública cada vez mais se submete à racionalidade e à lógica mercantil neoliberal, sem, entretanto, observar as especificidades deste campo em particular.

Assim, os gestores inventaram “remendos” (autarquias, agências, fundações de apoio, OSCIPs, entre outras) com a função de facilitar a gestão financeira e de pessoal diante das dificuldades de execução orçamentária, administração de pessoal, interferência político-partidária, burocratização e degradação organizacional engendradas pelas políticas neoliberais. (...) Essa multiplicidade de vínculos e contratações diferenciadas de trabalhadores em uma mesma Unidade de Saúde são altamente flexibilizadas em questões salariais, de horário, funcionais e/ou organizativa. Isso contribui para a alta rotatividade e insatisfação profissional, gerando danos tanto para os trabalhadores, como para os usuários do sistema. (MATIAS; MALINOWSKI; WOLF, 2010, p. 107).

Os impactos financeiros que as medidas de ajuste propostas pelo governo e suas repercussões na Lei de Responsabilidade Fiscal, acabaram por sobrecarregar os municípios, que ficaram responsáveis pela contratação de trabalhadores da saúde. A municipalização da contratação acabou por acirrar parcerias com Organizações Não-governamentais (ONGs) ou Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs).

Esses novos modelos de gestão da gerência e da gestão de serviços e de pessoal da saúde através de grupos privados, mediante transferência de recursos através dos “Contratos de Gestão” e dos “Termos de parcerias”, denomina-se privatização do público. Esta privatização do público trata-se de uma ameaça aos direitos sociais, direitos esses duramente conquistados na forma de lei.

Existe a possibilidade da população ser prejudicada em relação ao acesso aos serviços de saúde a serem prestados pelas OSs, pela tendência à crescente diminuição de oferta de serviços neste tipo de gestão que tem como lógica o lucro. As Organizações Sociais trabalham com metas. Se houver uma demanda maior do que a meta estabelecida no contrato de gestão firmado, as necessidades da população serão negadas porque estão fora das metas contratualizadas. Para as entidades privadas, os recursos financeiros estão acima das necessidades da população. (CORREIA, 2011, p.45).

Uma das propostas das reformas sofridas na área da saúde é o caráter focalizado dos atendimentos às populações vulneráveis, através da oferta de um pacote básico para a saúde. O SUS torna-se um SUS para os pobres, que ficam

presos a este pacote básico enquanto os que podem pagar recorrem aos planos de saúde.

A reforma do Estado apresenta uma proposta para reforma do setor da saúde, dirigida para a assistência ambulatorial e hospitalar, consideradas como partes fundamentais e mais caras do SUS. São propostas três ações:

1ª) Uma descentralização mais rápida e decisiva, com maior definição das atribuições e do poder de decisão das três esferas de governo, mantendo-se os estágios atuais: “centralizado”, “descentralização incipiente”, “descentralização parcial” e “descentralização semiplena”.

2ª) A montagem de um sistema integrado, hierarquizado e regionalizado, composto por dois subsistemas. O primeiro denominado subsistema de entrada e controle, em que a porta de entrada seriam os postos de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF), responsáveis pela integralidade das ações, encaminhamentos para atendimento de casos de maior complexidade e de especialização para a rede ambulatorial e hospitalar, através de Autorização de Internação Hospitalar, que passaria a ser distribuída pelo número de habitantes e não mais por número de leitos. O segundo, intitulado subsistema de referência ambulatorial e especializada, seria formado pelas unidades de maior complexidade e especialização na rede ambulatorial e por hospitais credenciados (estatais – futuramente Organizações Sociais<sup>8</sup> -, públicos, não estatais e privados). As unidades de emergência seriam as únicas a terem atendimento direto; em seguida o usuário deverá ser encaminhado ao distrito sanitário de sua área. Estima-se que 60% a 75% dos casos atualmente atendidos não sejam de emergência.

3ª) Montagem de um sistema de informações em saúde, gerenciado pelo SUS através do Datasus, que controlará despesas, avaliará qualidade, irá gerar indicadores para a vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos. Pretende-se que esses dados fiquem disponíveis em rede, possibilitando, assim, o controle da execução dos recursos. (BRAVO e MATOS, 2012, p. 213).

Para além dessas propostas, aspectos importantes da reforma do Estado para o setor da saúde surgem em diversas normatizações do Estado na segunda metade da década de 1990. Bravo & Matos (2012) citam a NOB-96, que trata sobre o Programa da Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), elucidando a orientação focal dessa normatização, pois prioriza a atenção básica desarticulada da atenção secundária e terciária, como se apenas a atenção básica pudesse resolver os problemas de saúde da população. “Percebe-se, também, nessa proposição, a divisão do SUS em dois: o hospitalar (de referência) e o básico – através dos programas focais” (BRAVO e MATOS, 2012, p. 213), o que, conforme dito anteriormente, acaba dividindo o SUS em dois: um SUS para os pobres, e outro sistema para os que podem pagar (consumidores).

---

<sup>8</sup> Organizações Sociais (OSs) trata-se de um modelo de gestão que privatiza a saúde.



## CAPÍTULO II – TRABALHO EM SAÚDE: DESAFIOS NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

### 2.1 – Trabalho na sociedade capitalista

O trabalho sempre esteve presente nas diversas formas de sociedade que antecederam a sociedade capitalista. Porém, é na sociedade capitalista que ele assume particularidades que o diferenciam das demais sociedades. A categoria trabalho, como pressuposto da existência humana e forma privilegiada de práxis<sup>9</sup>, é, para Marx, o fundamento ontológico-social do ser social<sup>10</sup>:

(...) é ele que permite o desenvolvimento de mediações que instituem a diferencialidade do ser social em face de outros seres da natureza. As mediações, capacidades essenciais postas em movimento através de sua atividade vital, não são dadas a ele; são conquistadas no processo histórico de sua autoconstrução pelo trabalho. São elas: a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade. (BARROCO, 2008, p. 26).

Essa condição ontológico-social é, segundo Barroco (2008), ineliminável do trabalho, na sua (re) produção, o que lhe confere um caráter universal e sócio-histórico, já que o trabalho é a cooperação entre os homens; “só se objetiva socialmente, de modo determinado; responde a necessidades sócio-históricas, produz formas de interação humana (...)” (BARROCO, 2008, p. 27).

O trabalho toma tal proporção na sociedade capitalista que acaba transformado em “necessidade eterna do homem” (TAVARES e SOARES, 2007, p.18), pois é através do trabalho que os homens irão satisfazer suas necessidades vitais à sua reprodução biológica e criar novas necessidades, sejam essas necessidades reais ou subjetivas, em uma busca constante pela satisfação.

---

<sup>9</sup> Práxis aqui entendida como “ação do homem sobre a matéria e criação – através dela – de nova realidade humanizada”. (VÁSQUEZ apud BARROCO, 2008, p. 26).

VÁSQUEZ, A. S. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

<sup>10</sup> “Quando, nesse contexto, atribuímos ao trabalho e às suas consequências – imediatas e mediatas – uma prioridade com relação a outras formas de atividade, isso deve ser entendido num sentido puramente ontológico, ou seja, o trabalho é antes de mais nada, em termos genéticos, o ponto de partida da humanização do homem, do refinamento de suas faculdades, processo do qual não se deve esquecer o domínio sobre si mesmo”. (LUKÁCS apud BARROCO, 2008, p. 26).

LUKÁCS, G. *A ontologia do ser social: os princípios fundamentais de Marx*. São Paulo, Livraria Editora Ciências Humanas, 1979.

O desenvolvimento da sociabilidade implica a (re) criação de necessidades e formas de satisfação, do que decorre a transformação do ser social e do mundo natural, isto é, do sujeito e do objeto. Uma necessidade primária, como a fome, torna-se social na medida em que suas formas de satisfação são determinadas socialmente e em que, ao serem criadas formas diferenciadas de satisfação, transformam-se os sentidos, habilidades e potencialidades do sujeito. (BARROCO, 2008, p. 27).

Na sociedade capitalista, o trabalho não se realiza de forma emancipatória, pois seu caráter de atividade livre, consciente, universal e social são invertidos, já que o trabalhador realiza seu processo de trabalho alienado, e o trabalhador não se reconhece no produto do seu trabalho.

Cria-se uma cisão entre sujeito e objeto, uma relação de “estranhamento” que permite a (re) produção das relações sociais nas quais a riqueza humana socialmente construída não é apropriada material e espiritualmente pelos indivíduos que a construíram; o produto da atividade humano-genérica se converte em algo que “não diz respeito” aos indivíduos singulares, o próprio indivíduo se torna objeto e os objetos passam a valer como coisas. (BARROCO, 2008, p. 34).

A capacidade de produzir coisas pelo trabalho nas diferentes sociedades sempre esteve subordinada às relações socialmente construídas pelos seres sociais. Com o desenvolvimento do modo capitalista de produção dos bens necessários à vida humana, o trabalho passou a ser obra de contrato livremente acordado pelos homens (GRANEMANN, 2009, p. 227). De um lado, temos o proprietário dos meios de produção, representado pela classe burguesa, e do outro, temos a classe operária, que só é possuidor de sua força de trabalho, a qual irá vender a fim de se reproduzir.

Marx vai dizer que, se pudesse, o trabalhador fugiria do trabalho como quem foge de uma peste, ao tratar do trabalhado alienado/estranhado. Porém, na sociedade capitalista, para se reproduzir, o indivíduo é obrigado a vender sua força de trabalho, pois ele não é detentor dos meios de produção, e lhe resta como única alternativa vender sua força de trabalho em troca de um salário, que não corresponde ao seu rendimento – é a mais-valia do capitalista. Sobre a classe trabalhadora:

Entrega-lhe, diariamente, o valor de uso de sua força de trabalho – o trabalho de uma jornada, que não só reproduz o valor de todo o capital adiantado mas cria novo valor, o que se materializa em mercadorias que são propriedades do capitalista, por ele vendidas no mercado. Mediante a

sucção do trabalho, o capital não só se reproduz como capital, mas se reproduz: a mais-valia criada se converte em meios de consumo da classe capitalista e em capital adicional empregado em nova produção, em novo meio de exploração do trabalho assalariado.

A classe trabalhadora cria, pois, em antítese consigo mesma, os próprios meios de sua dominação, como condição de sua sobrevivência. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2009, p. 47).

Observa-se na sociedade capitalista a coisificação das relações sociais e a personificação das coisas, onde o produto do trabalho torna-se um objeto estranho e dotado de vida própria, que acaba dominando com seu poder de sedução, propiciando que “os valores tomem a forma de coisas que valem independentemente da atividade humana” (BARROCO, 2008, p. 35).

Todas as atividades humanas contêm uma relação de valor; são orientadas, às vezes, por mais de uma, mas, dada a centralidade da produção material efetuada pela práxis produtiva, o valor econômico tende a influenciar todas as esferas. Na sociedade capitalista, os valores éticos, estéticos, tendem a se expressar como valores de posse, de consumo, reproduzindo sentimentos, comportamentos e representações individualistas, negadoras da alteridade e da sociabilidade livre. (BARROCO, 2008, p. 35).

O trabalho é de tamanha importância na sociedade que até as religiões pregam sobre as benesses de ser trabalhador, e o trabalho assume a idéia de dignificar o homem. Quem não trabalha não é uma pessoa digna. Para Weber (1974), o espírito do capitalismo consistia no empreendimento e na obtenção de lucros, pois os preceitos morais da ética protestante consistem em prosperar na sua profissão e exercê-la como uma vocação delegada por Deus, onde o trabalho assume o papel de finalidade da vida traduzida pela expressão paulina “Quem não trabalha não deve comer”. A expressão paulina também nos remete à individualização que o capitalismo impõe aos sujeitos, e a culpabilização do indivíduo pela não inserção no mercado de trabalho, e a sociedade acaba por reproduzir essa ideologia, como se o indivíduo estivesse acomodado, deixando de trabalhar por sua vontade.

O valor econômico influencia até a escolha do trabalho do indivíduo, pois nesta sociedade alienada, onde o “ter” vale mais do que o “ser”, o status social passa a ser considerado um importante valor.

Através do trabalho é que ocorre a reprodução social, onde, pelo menos, as necessidades vitais para reprodução biológica dos indivíduos vão ser satisfeitas. É através dessa “necessidade eterna do homem”, conforme já dito, que o indivíduo vai

buscar a satisfação de suas necessidades. Conforme Marx e Engels em seus estudos, “O primeiro pressuposto de toda existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder ‘fazer história’. Mas para viver é preciso comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais” (MARX; ENGELS apud IAMAMOTO, 2010, p. 26). Portanto os homens precisam trabalhar na sociedade capitalista para garantir sua subsistência, garantindo assim, sua reprodução social e ao mesmo tempo, estabelecendo relações sociais através do trabalho.

## **2. 2 – Trabalho em Saúde e suas particularidades no capitalismo**

O processo de reestruturação produtiva na sociedade capitalista atrelado ao movimento de (contra) reforma do Estado e das transformações societárias em curso produzem impactos significativos no mundo do trabalho, marcado principalmente pela precarização das condições de trabalho através da desregulamentação das leis trabalhistas.

Conforme Antunes (2009), este processo extrapolou os limites do mundo produtivo industrial, atingindo o chamado setor de serviços, principalmente os serviços públicos.

Os serviços públicos, como saúde, energia, educação, telecomunicações, previdência etc, também sofreram, como não poderia deixar de ser, um significativo processo de reestruturação, subordinando-se à máxima da mercadorização, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público.

O resultado parece evidente: intensificam-se as formas de extração do trabalho, ampliam-se as terceirizações, a noção de tempo e de espaço também são metamorfoseadas e tudo isso muda muito o modo do capital produzir as mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas. (ANTUNES, 2009, p.10).

A mercantilização da saúde se expressa através da expansão dos seguros privados e da prestação de serviços mais rentáveis, onde a saúde passa a ser considerada mercadoria e submetida às imposições do capital. Nesta lógica mercantil, “as instituições públicas cumprem o papel de atender à população mais pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que a rede privada se ocupa das áreas

mais rentáveis [...], os serviços de média e alta complexidade” (CORREIA apud SOUZA, 2010, p. 6).

A imposição da lógica de mercado no setor da saúde e o novo padrão de intervenção estatal “imprimiu inovações no setor saúde que instituíram novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas quanto privadas” (SOUZA, 2010, p. 2).

Essas mudanças não atingem apenas as categorias profissionais menos qualificadas, mas também aos quadros técnicos na área de serviços de diferentes setores da economia. No setor da saúde, essa situação se reflete nas condições objetivas do trabalho, na qualidade do trabalho ofertado à população, e, sobretudo, no próprio trabalhador, que fica vulnerável mediante todas essas transformações.

A força de trabalho em saúde tem a evidência da sua desvalorização traduzida pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa através de problemas como: a desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a alta rotatividade, a inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários. (SOUZA, 2010, p. 9).

O incremento de novas tecnologias não suprime o uso da força de trabalho. Ao contrário, esta continua sendo imprescindível, um elemento central na área da saúde, visto que esta “assume uma dimensão particular por ela ter a potencialidade de direcionar, de forma significativa, a condução das ações em saúde, podendo interferir no resultado da prestação dos serviços” (SOUZA, 2010, p. 7), visto que o trabalho em saúde precisa da interação entre quem cuida e entre quem está sendo cuidado, em uma relação interpessoal na qual o usuário é coparticipante do processo.

Neste sentido, o trabalho em saúde ocorre a partir de uma intensa interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador de saúde e os usuários do serviço. Certamente, que essa interação é determinada pelas condições objetivas e subjetivas de trabalho que podem facilitar ou dificultar os resultados da prestação dos serviços. (SOUZA, 2010, p. 7).

O modo como o trabalho é organizado na contemporaneidade, faz-se necessário um novo perfil de trabalhador para se adequar aos novos modelos de gestão:

(...) um trabalhador mais escolarizado, com raciocínio lógico, com capacidade de se relacionar com os colegas e de operar equipamentos diversificados e complexos, apto a realizar diversas operações, motivado para o trabalho, engajado com os objetivos da empresa, um colaborador. Será que, enfim, o autômato taylorista seria substituído por um trabalhador participativo e envolvido com seu trabalho? Será que essa nova maneira de preocupar-se com os recursos humanos significa repudiar o esgotamento físico e psicológico do trabalhador que tem seus movimentos controlados pelo cronômetro e suas tarefas segmentadas? (MERLO & LAPIS, 2007, p.6).

A própria organização do trabalho é prejudicial à saúde do trabalhador, pois durante toda sua jornada de trabalho, é aumentada sua tensão nervosa, muscular e intelectual, em uma constante potenciação de suas habilidades.

Os dispositivos de saúde hoje, em sua maioria, já trabalham com metas de produtividade. No CMRLLC, a fim de dar conta das metas, alguns profissionais formam grupos de atendimento multidisciplinar, com vias a atender a demanda e para cumprir o quantitativo imposto pelas metas. Um trabalho que poderia ser conduzido com mais qualidade, visando o bem-estar do usuário, acaba sendo realizado de forma superficial para o usuário e de forma desgastante para os profissionais, visto que se atende um paciente atrás do outro, e o trabalhador acaba se tornando um “carrasco de si mesmo” (ALVES, p. 12).

A competitividade entre os pares no trabalho faz o trabalhador se auto-acelerar, aumentando seu ritmo de trabalho a fim de “mostrar serviço” e se destacar entre os demais. Não há mais uma relação amistosa no ambiente de trabalho, e este se torna um ambiente opressivo, cercado por diversas e constantes pressões.

O modo capitalista de produção propicia estímulos ao individualismo, pois o trabalhador quer ser recompensado pelo seu desempenho, e como não há meios de recompensar a todos os trabalhadores não há mais a cooperação amigável, é “cada um por si”, em um “individualismo exacerbado” (ANTUNES, 2005, p. 37). Neste processo, observa-se que:

A incerteza e a instabilidade das novas modalidades de contratação salarial e a vigência da remuneração flexível alteram, do mesmo modo, a troca metabólica entre os homens e os outros homens (a dimensão da sociabilidade); e entre o homem e si próprio (a dimensão da auto-referência pessoal). Deste modo, a precarização do trabalho e a precarização do homem que trabalha implicam a abertura de uma tríplice crise da subjetividade humana: a crise da vida pessoal, a crise da sociabilidade e a crise de auto-referência pessoal. (ALVES, 2010, p.3).

Conforme abordado no capítulo 1, não há um levantamento das necessidades da população usuária. As ofertas de serviços de saúde são oferecidas sem um prévio estudo das necessidades epidemiológicas da população, e alguns serviços de saúde ficam mais sobrecarregados que outros. Tal fato impossibilita, por exemplo, reuniões de equipe, que são essenciais nas equipes multidisciplinares.

Uma forte tendência observada com relação ao trabalho em saúde é o aumento dos contratos de trabalho por tempo determinado, que se constituem em vínculos temporários, gerando instabilidade para o trabalhador além de perda de seus direitos sociais.

Em consequência do processo de mercantilização estabelecido, os gestores passaram a instituir remunerações diferenciadas para os trabalhadores em geral, num processo que promoveu desestímulo e falta de compromisso bastante razoável de parte considerável do corpo de profissionais. (JÚNIOR, 2011, p. 37).

Em uma mesma unidade de saúde, há diversos tipos de contratos, para as mesmas funções, sem muita clareza da remuneração. No CMRLLC, chegaram diversos funcionários contratados no início da nova gestão (2013) e continuam chegando profissionais. São contratos por tempo determinado, onde alguns contratos têm a duração de 1 ano e outros por 6 meses, onde os contratados não têm direito à férias, mas recebem o 13º salário.

A terceirização da força de trabalho e da administração dos serviços do SUS acaba por burlar o dispositivo constitucional do concurso público, e já que nesse tipo de contratação não há estabilidade profissional, o medo por perder o emprego toma conta dos trabalhadores, que acabam reproduzindo certas práticas sem um questionamento crítico de suas atividades e funções.

Através dessa eliminação dos concursos públicos, fica aberto o espaço para o clientelismo, favorecendo o espaço para o fortalecimento de “currais eleitorais” nos estados e municípios (mais frequente e visível nos municípios do interior), sem a transparência na contratação, além de não assegurarem direitos trabalhistas e previdenciários, o que resulta na precarização das relações trabalhistas e das condições de trabalho desses trabalhadores.

Muitos dos contratados do CMRLLC são indicações de vereadores e de cargos comissionados da prefeitura, onde não se observa a qualificação desses profissionais para ocupar as vagas preenchidas, não havendo uma seleção

transparente. A maior parte dos funcionários contratados é indicada por algum político ou funcionário da prefeitura de Rio das Ostras.

Dentre as distintas formas de flexibilização – em verdade precarização – podemos destacar a salarial, de horário, funcional ou organizativa, dentre outros exemplos. A flexibilização pode ser entendida como “liberdade da empresa” para desempregar trabalhadores; sem penalidades (...); para reduzir o horário de trabalho ou de recorrer a mais horas de trabalho; possibilidade de pagar salários reais mais baixos do que a paridade de trabalho exige; possibilidade de subdividir a jornada de trabalho em dia e semana segundo as conveniências das empresas, mudando os horários e as características do trabalho ( por turno, por escala, em tempo parcial, horário flexível etc.), dentre tantas outras formas de precarização da força de trabalho. (ANTUNES, 2008, p. 6).

A ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, o que acaba prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população.

No que concerne a área da Saúde, o enorme processo de precarização do trabalho que ocorre a partir de então, fez com que chegássemos a uma condição em que cerca de 600 mil trabalhadores encontram-se nessa condição, colocando, então, em franca situação de desconforto e de insegurança trabalhista e social, expressivo contingente de trabalhadores que prestam assistência à população. (BRASIL, 2006 (b), p. 10).

Parece quase inviável prestar um serviço de qualidade a população quando as condições nas quais se realiza o seu trabalho são precárias, quando os próprios recursos destinados à prestação de serviços de saúde são precários.

Para além do alto quantitativo das contratações na área da saúde pela prefeitura, não há um estudo das condições físicas dos espaços institucionais para alocação desses novos funcionários. Conforme dito no capítulo 1, as instalações do CMRLLC são insuficientes. A saúde mental ocupa dois auditórios e algumas das 8 salas/consultórios, sendo que este espaço tem que ser dividido entre 26 profissionais. A falta de espaço adequado torna-se, nesta instituição, o fator mais marcante da precarização das condições de trabalho.

A precarização nas relações de trabalho na área da saúde incide nos baixos salários, multiplicação das gratificações e do exercício do trabalho em vários locais e instituições, gera a desvinculação profissional com o serviço (JÚNIOR, 2011). Tal desvinculação, talvez, seja a responsável pelo alto absenteísmo dos profissionais das unidades de saúde.



O mercado de trabalho passa por mudanças radicais em razão do processo de acumulação flexível, com flutuações constantes, aumento da competição, redução do poder aquisitivo do trabalhador e enfraquecimento do poder sindical, que começa a atuar na defensiva em razão da grande quantidade de mão-de-obra excedente (desempregados ou subempregados, ou precarizados vinculados à economia informal), o que dissocia ainda mais os interesses da classe trabalhadora. (ABRAMIDES; CABRAL, 2003, p. 5).

O movimento sindical se encontra fragilizado face às mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na mobilização política. Múltiplos vínculos, precarização nas relações trabalhistas, e medo face ao grande exército industrial de reserva, são alguns dos fatores que fragilizam o movimento sindical em busca de melhores condições de trabalho, o que acaba gerando uma relação de conformismo entre os trabalhadores, onde “melhor neste emprego, do que sem ele”.

Conforme Alves, “nos locais de trabalho reestruturados, salienta-se a presença da individualização das relações de trabalho e a descoletivização das relações salariais” (ALVES, p. 11), onde o próprio contexto (econômico e político), segundo o autor, restringe e elimina o desenvolvimento da consciência de classe e da luta de classe. Fica muito mais fácil para os trabalhadores concursados aderirem às bandeiras de lutas sindicais do que os terceirizados, visto que estes possuem estabilidade de vínculo empregatício. Como os funcionários contratados do CMRLLC são indicações políticas, estes não aderem às lutas por melhores condições de trabalho e salariais, pois podem não ter seu vínculo de trabalho renovado ou podem ser remanejados para outras áreas/funções até o término de seu contrato.

Uma tendência crescente na área da saúde é a hipertecnificação da profissão em saúde, em detrimento com o contato humano com os usuários e seus familiares, gerando modificações nas formas de organização do trabalho em saúde e na própria natureza do trabalho. Tal fato é relacionado à diversificação da força de trabalho em saúde, com a ampliação do leque de profissões e as novas especialidades. (SOUZA, 2010, p. 5).

Um aspecto relacionado à precarização e terceirização de recursos humanos na saúde, é, segundo Bravo (2009), o aumento na contratação de agentes comunitários e a inserção de categorias não regulamentadas, como agente de vigilância sanitária, agentes de saúde mental, entre outros cargos.

A incorporação dos agentes comunitários de saúde na equipe do PSF já foi polêmica, gerando diversos debates centrados na ausência de regulamentação da profissão como também da imprecisão de suas funções, da precarização das contratações e da falta de concurso público dos mesmos, que têm sido realizada, na maioria dos casos, com base em indicações político-partidárias. Uma primeira questão relativa a esse debate já foi resolvida, ou seja, a profissão já teve sua regulamentação mas as demais não. A contratação dessas outras categorias sem equalizar as questões referentes aos agentes comunitários é inaceitável. (BRAVO, 2009, p. 105).

São cargos criados pela necessidade técnica de atendimento à população, mas que são ocupados por trabalhadores que não possuem a qualificação adequada para atender a estas demandas. No cargo de agente de saúde mental, por exemplo, a demanda da população é por profissionais da área de saúde mental (como, por exemplo, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais etc.), e nessa onda de precarização, contratam-se agentes para atender a população sem o mínimo de instrução para lidar com as mais diversas patologias. Para mostrar que não faltam profissionais na área da saúde, contrata-se e coloca-se esses trabalhadores precarizados e despreparados para terem o primeiro contato com os usuários (na atenção básica), o que acaba por sobrecarregar os demais profissionais que tem que refazer o histórico de atendimento e tentar sanar a demanda destes usuários.

O trabalho em equipe, neste contexto, perde sua continuidade, não conseguindo de fato haver uma multidisciplinaridade nos atendimentos, pois estes se tornam isolados, fragmentados e sem qualidade, pois não há articulação entre os atendimentos e serviços de saúde. Os usuários do sistema de saúde acabam por perder os benefícios que uma atenção multidisciplinar pode proporcionar no processo saúde-doença, visto que tal processo é formado por multicausalidades que são apreendidas pela subjetividade de cada especialidade técnica.

(...) as atividades no campo da saúde assumem características particulares em que os insumos e os processos de trabalho são dinâmicos, permitem uma relação de troca que envolve um significativo teor de subjetividade. De fato, a prestação do serviço de saúde está fundada numa relação interpessoal de tal modo que o usuário é coparticipante do processo. É fundamental esta percepção, esta acuidade, (...), bem como, a interface de uma atenção multidisciplinar, para dar conta do complexo processo saúde-doença. (SOUZA, 2010, p. 8).

De acordo com o conceito mais amplo de saúde difundido pela Organização Mundial de Saúde, saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim o bem estar

físico, emocional, influenciada por determinantes sociais, econômicos e culturais. Desta forma, subentende-se que nenhum sujeito isolado pode apreender a totalidade das ações em saúde, requerendo dos profissionais a realização de intervenção e atividades articuladas (multiprofissionais) e um alto grau de articulação.

Esta forma de organização do trabalho em saúde acaba por proporcionar o embate de relações de poder e espaços de conflitos, visto que devido às particularidades de cada profissão, pode haver interpretações diferenciadas do processo saúde-doença e das demandas dos usuários.

É importante destacar que todas essas mudanças tecnológicas e do modo de organização do trabalho, juntamente com as políticas de ajuste econômicas, têm impactado no setor da saúde, incidindo diretamente na forma como os serviços são prestados, observando-se uma falência da saúde pública no Brasil decorrente de seus desfinanciamento e conseqüente precarização.

Em conseqüência, esse processo influencia assim na priorização da prestação de serviços públicos orientados para o cidadão-cliente, a garantia da propriedade e do contrato, e a formação de uma cultura gerencial, pela falta de recursos, racionalização burocrática, focalização dos programas sociais e superespecialização das tarefas. (CASTRO; OLIVEIRA, 2011, p. 8).

Essa precarização no setor da saúde é alarmante, principalmente pelo quantitativo de trabalhadores envolvidos nesse processo. Segue os indicativos de vínculos trabalhistas no setor, dados referentes ao ano de 2005, fornecidos pelo Ministério da Saúde que demonstra a proporção de empregos na saúde:

**Tabela nº 3 - Empregos de Saúde por Entidade Mantenedora – Brasil, 2005.**

<b>Grandes Regiões e Unidades da federação</b>	<b>Total</b>	<b>Proporção de Empregos públicos</b>	<b>Proporção de Empregos privados</b>
Brasil	2.566.694	56,4	43,6
Região Norte	166.939	81,3	18,7
Região Nordeste	635.449	67,7	32,3
Região Sudeste	1.199.637	50,0	50,0

Região Sul	370.709	45,5	54,5
Região Centro-Oeste	193.960	59,0	41,0

Fonte: Ministério da Saúde, 2007 (b). Elaboração própria.

Estes dados nos mostram o panorama do mercado de saúde na atualidade: um expressivo número de trabalhadores envolvidos e submetidos a vivenciar em seu cotidiano as tendências mundiais do mundo do trabalho, trabalhadores estes sujeitos à precarização, flexibilização, que lidam com a perda de direitos trabalhistas, que trabalham no cotidiano com o adoecimento, miséria, desemprego, violência e com a produção social da doença inserida nesse modo de produção. (CASTRO e OLIVEIRA, 2011).

Fica evidente que a concepção de Seguridade Social contida na Constituição Federal de 1988 não foi viabilizada, pois não há articulação entre as políticas de saúde, assistência social e previdência social. Estas se tornam ações isoladas e fragmentadas, marcadas pela seletividade e pela focalização, o que dificulta ainda mais o trabalho dentro dessas políticas, que, por serem desarticuladas, não colaboram na promoção do bem-estar dos usuários na sua totalidade.

### **2.3 – A Produção de Média Complexidade no SUS e os Rebatimentos no Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho**

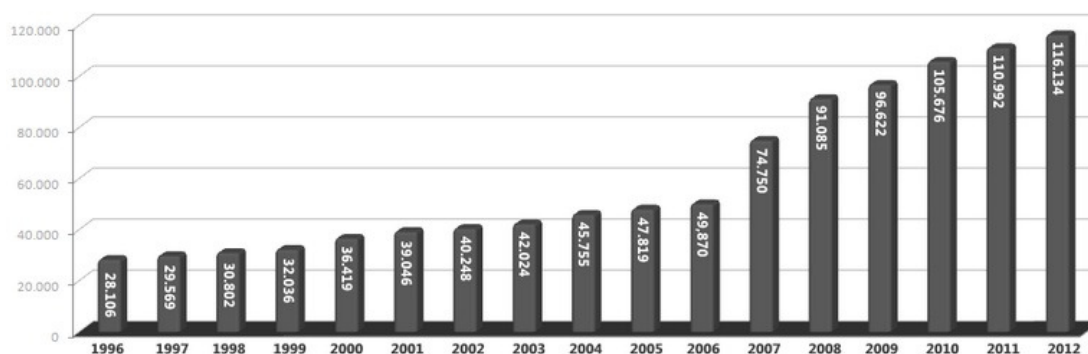
O Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho (CMRLLC) é um centro de reabilitação situado na região central de Rio das Ostras. É uma unidade especializada de abrangência regional, qualificada para atender pessoas com deficiências físicas. É vinculado à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Rio das Ostras.

Para entender melhor sua dinâmica de funcionamento e suas possibilidades de respostas às demandas apresentadas, é faz-se necessário conhecer o município de Rio das Ostras.

O resultado do Censo 2010, realizado pelo IBGE, indica 105.676 pessoas em Rio das Ostras em 1º de agosto de 2010, data de referencia. Ocorreu um aumento

de 290,17% em relação ao Censo de 2000, cerca de 69.257 pessoas. Desse quantitativo, 94,5% da população reside na área urbana.

**FIGURA 2 – DADOS POPULACIONAIS DO MUNICÍPIO DE RIO DAS OSTRAS DE 1996 – 2012.**



(Fonte: Prefeitura Municipal de Rio das Ostras).

Com a instalação da indústria petrolífera em Macaé, nas proximidades e na Zona Zen, em Rio das Ostras, a mídia aliada aos belos recursos naturais da Região dos Lagos propicia o aumento do turismo, que após se encantar com o que vê e com as perspectivas de trabalho e remuneração construídas pela mídia, logo quer fixar residência. Com isso, Rio das Ostras tem apresentado alto índice de favelização: em 2000, eram 21.237 moradores em favelas, para 36.161 habitantes. (IBGE, 2000). Segundo dados da Baixada Litorânea<sup>11</sup> “Rio das Ostras possui uma das maiores rendas per capita da região embora concentre um alto índice de pobreza, com cerca de 60% dos trabalhadores auferindo uma renda mensal inferior ao salário mínimo” (BRASIL, 2007, p. 25), fato que se agrava pela existência de um alto índice de trabalhadores sem carteira assinada na região.

Tamanho crescimento vem exigindo da gestão local largos investimentos em infraestrutura básica e na criação e implantação de serviços para atender a essa população e responder às necessidades que se apresentam. Todavia, atender a essa população que cresce de maneira tão rápida deve ser planejada e direcionada para que seja otimizada a aplicação dos recursos, e essa população não fique desassistida. Esse direcionamento deve ser dado em todos os campos de atuação

<sup>11</sup> De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (2001 – 2004), a Região da Baixada Litorânea é composta por nove municípios: Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia e Saquarema. (BRASIL, 2007).

do setor público, tais como saúde, habitação, planejamento e urbanização, educação, entre tantos outros.

No município de Rio das Ostras há apenas 2 centros de reabilitação: O Centro de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho, que fica localizado no bairro Parque Zabulão, e o Centro de Reabilitação de Rocha Leão, no bairro de Rocha Leão, parte da zona rural da cidade.

Atrelado ao alto crescimento populacional, não houve investimentos na construção de novos Centros de reabilitação, e a alta demanda pelos serviços oferecidos no CMRLLC vem ocasionando listas de espera, pois o número de profissionais vem demonstrando ser insuficiente para atender à população. Como alguns casos são tratados através de terapias, faz-se necessário um acompanhamento mais permanente de algumas patologias, impossibilitando que alguns profissionais absorvam novos casos.

Este estrangulamento é observado no Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho (CMRLLC), objeto de estudo desta pesquisa. Alguns pacientes são absorvidos pelos diversos ambulatórios para tratamentos e terapias sem que tenham a patologia para tratamento neste Centro, por falta de dispositivos adequados no município. Pode-se citar a ausência, por exemplo, de um CAPSi, o qual sobrecarrega o Ambulatório de Saúde Mental da Infância e Adolescência que acolhe casos para tentar oferecer o mínimo aos pacientes que necessitam deste dispositivo.

O CMRLLC atende os usuários da Saúde Mental, da Reabilitação física e Usuários de Álcool e outras drogas. O serviço é organizado na forma de ambulatórios, que são compostos por equipes multidisciplinares que constam em seu quadro técnico funcionários de acordo com o seu público-alvo.

A instituição tem caráter público, vinculada a rede de atenção à saúde da Secretaria Municipal de Rio das Ostras, em conformidade com a legislação do SUS, de acordo com seu 2º parágrafo da Lei 8.080/90.

Em conformidade com o SUS, e de acordo com o Ministério da Saúde, os Centros de Reabilitação são unidades especializadas de abrangência regional, qualificadas para atender às pessoas com deficiência, prestando assistência de forma gratuita. As equipes são multidisciplinares, formadas por profissionais como médicos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente

social e nutricionista. Nessas unidades são avaliados cada caso e suas especificidades, e o processo de reabilitação é planejado pela equipe.

A dificuldade de acesso no CMRLLC é constatada através das longas filas de espera para tratamento em algumas modalidades de atendimento, como a psicologia, por exemplo. Alguns usuários acabam por ficar tanto tempo no aguardo do atendimento que quando convocados, não querem mais o serviço ou a demanda inicial já foi suprida.

Os profissionais do centro de reabilitação têm de cumprir metas de produtividade, o que acaba ocasionando o desgaste profissional, pois os mesmos trabalham em um acelerado ritmo de trabalho, atendendo um paciente atrás do outro. Além do desgaste físico, há o desgaste mental, já que as demandas apresentadas pelos usuários são permeadas por diversos tipos de sofrimento.

Além dos prejuízos citados para o trabalhador, o intenso ritmo de trabalho também prejudica a qualidade do atendimento prestado, pois devido à intensa demanda, a escuta acaba por ser, em parte, desqualificada, pois há a pressão dos outros atendimentos para serem realizados. Outro fator importante a ser destacado, é que quando se demora em um atendimento, os demais atendimentos acabam por serem prejudicados, pois se necessita de uma reorganização do tempo dos outros atendimentos.

O espaço físico no CMRLLC é considerado pela maioria dos profissionais como insuficiente. Como a instituição se divide em Reabilitação e Saúde Mental – sendo que esta última subdivide-se em saúde mental adulto, saúde mental da infância e da adolescência e saúde mental álcool e outras drogas –, os diversos tipos de usuários acabam por dividirem o mesmo espaço físico, o que por si só já é um problema.

O CMRLLC possui 8 salas/consultórios, 3 auditórios (sendo que um destes é utilizado exclusivamente pela fisioterapia, e possui algumas baias e salas para atendimento), 1 sala de arquivo, 1 sala dos administrativos e 1 sala da diretoria. Nem todos os profissionais possuem sala, e acabam por realizar seus atendimentos na copa, nos cantos mais isolados, ou, em extremo caso, na sala da diretoria. Uma das soluções encontradas para atenuar esse problema é a divisão de espaço com outros profissionais, o que também acaba por prejudicar o trabalho prestado, seja

pela presença de mais um profissional no espaço reduzido, seja pela falta de sigilo no atendimento.

Os problemas para referenciar os usuários para os serviços de média e alta complexidade constam como um dos principais problemas de saúde da região da Baixada Litorânea, assim como a política de saúde mental, conforme tabela apresentada no 1º Seminário de Saúde da Região da Baixada Litorânea:

**TABELA Nº 1 – PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE**

<b>MACRO PROBLEMA</b>	<b>DESCRITORES</b>
Dificuldade para referenciar pacientes para serviços de média e alta complexidade (hospitalar) e para serviços de emergência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo de espera prolongado entre a marcação da consulta e o atendimento;</li> <li>• Dificuldades para marcação de consultas especializadas;</li> <li>• Dificuldades para se conseguir internação.</li> </ul>
Deficiência nas ações de saúde da área materno-infantil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de referência regional para pré-natal, parto e alto risco;</li> <li>• Baixa oferta de serviços de pré-natal;</li> <li>• Aumento de incidência de nascimento de recém-nascidos de baixo peso;</li> <li>• Baixa cobertura vacinal.</li> </ul>
Ações de controle da hipertensão e diabetes mal estruturadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiência de ações de promoção e educação em saúde direcionada para esta área;</li> <li>• Inadequado sistema de informação para as doenças crônico-degenerativas;</li> <li>• Desarticulação dos programas de controle da hipertensão e</li> </ul>



	<p>diabetes das demais ações de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de um sistema de supervisão multidisciplinar para o programa.</li> </ul>
Insuficiência no abastecimento de sangue e hemoderivados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de sangue e hemoderivados nos bancos de sangue dos hospitais.</li> </ul>
Falta de serviços de oncologia conveniado ao SUS na região.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de encaminhar pacientes portadores de câncer para municípios de outras regiões.</li> </ul>
Política inadequada de saúde mental da região.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excesso de internações psiquiátricas;</li> <li>• Insuficiência de serviços de apoio terapêutico em saúde mental nos municípios; insuficiência de serviços extra-hospitalares na área.</li> </ul>
Insuficiência de exames complementares (de média e alta complexidade) na região.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificuldades para garantir acesso a estes exames para toda a população que necessita.</li> </ul>

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde

No CMRLLC não há um estudo do perfil da população usuária, e os profissionais desta instituição não registram dados que poderiam contribuir para a realização do mesmo, o que poderia ser explicado pela intensa demanda dos atendimentos (atrelada às metas de produtividade diárias) e a falta de material disponível para tal fim (existem apenas dois computadores, que ficam à disposição dos técnicos administrativos).

Este estudo de perfil seria adequado para que se possam identificar as modalidades de atendimento que se encontram mais “estranguladas” neste equipamento de saúde, e viabilizar junto à administração a contratação de mais

profissionais, pois as deficiências na prestação de serviço de saúde à população poderiam ser mais claramente identificadas.

A falta de estudo do perfil da população usuária dos serviços do CMRLLC está relacionado à forma como os serviços de média complexidade são oferecidos no Brasil: organizado com base na lógica da oferta de procedimentos, desconsiderando as necessidades e o perfil epidemiológico da população. (CHIORO; SOLLA, 2012, p. 13). Desta forma, a média complexidade torna-se um dos pontos de estrangulamento do SUS, pois alguns serviços ficam mais sobrecarregados que outros.

Assim, os serviços de média complexidade, em geral, caracterizam-se pela dificuldade de acesso e baixa resolutividade, superposição de oferta de serviços na rede ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional e baixo grau de integração entre as ações dos diferentes níveis ou graus de complexidade da assistência. (CHIORO; SOLLA, 2012, p. 13).

Essas características estão presentes no CMRLLC na forma de listas de espera para diversas modalidades de atendimento; falta de articulação com a rede de serviços de saúde do município; descontinuidade do atendimento quando encaminhado para a atenção básica; e falta de um atendimento multidisciplinar simultâneo ao usuário – o paciente que deveria ser atendido por uma equipe multidisciplinar, acaba sendo atendido por apenas um profissional por falta de vagas, na justificativa de ao menos estar sendo atendido pela equipe.

Os déficits no padrão de oferta dos serviços de média complexidade resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou a não garantia de acesso e utilização dos serviços. (CHIORO; SOLLA, 2012, p. 18). Desta forma, os profissionais do CMRLLC atendem as demandas que “julgam” mais necessárias de intervenção, de acordo com a subjetividade dos profissionais que avaliam os casos, levando em conta os saberes e as especificidades de cada profissão.

Esse déficit no padrão de oferta de serviços de média complexidade é resultante do desfinanciamento das políticas públicas no contexto neoliberal, que são marcadas pela seletividade em detrimento da universalidade, garantida na Constituição de 1988, apresentando-se como intervenções pontuais que não suprem as reais necessidades dos usuários.

## **CAPÍTULO 3 – TRABALHO NA SOCIEDADE CAPITALISTA COMO DETERMINANTE DO PROCESSO DE ADOECIMENTO: O PREÇO PAGO PELA SOBREVIVÊNCIA**

### **3.1 – Trabalho e Adoecimento: análise a partir das entrevistas com os funcionários do Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho**

A relação entre trabalho e adoecimento não é novidade, constituindo-se em tese de estudo desde a época da revolução industrial. Conforme Engels (2008), a falta de saúde já é um fator que antevem as condições insalubres do trabalho. Os operários “sobrevivem” em precárias condições, sem gozar de boa saúde, debilitando-se pouco a pouco, sem condições para o provimento das necessidades vitais mais elementares, e na sua grande maioria, morrem prematuramente. Sobre o tratamento dispensado à classe trabalhadora:

Submete-os as mais violentas emoções, às mais bruscas oscilações entre medo e esperança e persegue-os como a uma caça, não lhes concedendo nunca um pouco de paz e de tranquilidade. Priva-os de todos os prazeres, exceto do sexo e da bebida – mas porque diariamente os faz trabalhar até o esgotamento de suas forças físicas e morais, esses dois únicos prazeres permitidos são degradados pelos piores excessos. (ENGELS, 2008, p. 137).

Já neste período eram debatidas questões sobre a situação da classe trabalhadora. Engels aborda a desmoralização a qual a classe trabalhadora está submetida. Ainda mais desmoralizante que a miséria são as incertezas sobre o futuro, sobre o amanhã. É viver cada dia numa eterna tortura sem saber ao menos se o salário lhes garantirá comida. A condenação ao trabalho forçado é outra fonte desmoralizante, pois o operário passa todos os dias realizando um trabalho que não gosta, em um tormento cruel e degradante, exaustivo e monótono.

A situação da classe trabalhadora vem se transformando ao longo dos tempos. A saúde do trabalhador vem sofrendo impactos decorrentes das principais mudanças no mundo do trabalho, que influenciam diretamente na sua saúde através do modo como o trabalho é estruturado na contemporaneidade e através do conjunto de suas relações sociais em virtude do novo padrão de industrialização.

Conforme Bravo (2009), a afirmação da política neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e pelo sucateamento sofrido nas áreas da saúde e da educação.

A adoção de políticas de cunho neoliberais acabam por mercantilizar serviços como a saúde e a educação, atingindo “os recursos destinados à reprodução da classe trabalhadora e as políticas sociais tornam-se alvo prioritário de mudanças e ajustes” (SILVA, 2011, p. 13). Esses cortes e ajustes nas políticas sociais vão impactar diretamente no modo como os serviços públicos são prestados, evidenciados pela falta de recursos físicos, materiais e humanos. Esta realidade também é percebida pelos profissionais no CMRLLC, conforme indicam as entrevistadas nº 3 e 4:

Falta de material, não tem brinquedos, os brinquedos são cacarecos, (...) a gente já fez várias listas de pedido de material, mas o material não vem, não faz licitação, a licitação nunca acaba, nunca consegue o material, e às vezes, em alguns momentos, em alguns momentos não, quase sempre a gente tem que trazer o material de casa, os brinquedos ou outro material que a gente for utilizar da própria situação, particular mesmo. (Entrevistada nº 3).

Não tem, é simples assim, não tem. Os profissionais assim é o que traz ou então trabalhar com coisa mesmo precária, em número e na qualidade, precário. (Entrevistada nº 4).

Diante deste cenário de desmonte das políticas públicas, presencia-se uma falência do setor público da saúde, “com um funcionamento precário, predominando ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora um atendimento massivo com pouca resolutividade, não atendendo as demandas da população” (SOUZA, 2010, p. 7). A incorporação da lógica mercantil acaba por induzir a desvalorização do trabalho humano, pois quanto mais tecnologia se incorpora às intervenções em saúde – através de investimentos em insumos tecnológicos que visem à maximização da lucratividade -, mais desvalorizado fica o trabalho humano, da escuta com qualidade, do atendimento personalizado, da interação de quem cuida com quem adocece.

Essa desvalorização do trabalho em saúde se expressa em problemas como: intensificação da jornada de trabalho através da adoção de múltiplos vínculos, baixas remunerações, alta rotatividade, descontinuidade dos programas

assistenciais, formas de contratações precárias e sem transparência, inadequação de pessoal, marcada por precárias condições de trabalho, que interferem diretamente na qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Tais modificações alteram também a materialidade e a subjetividade do trabalhador, que busca integrar-se cada vez mais à lógica do mercado a fim de produzir além do seu limite (SANTOS, 2005, p. 81).

(...) todo esse conjunto de mutações que alteram as condições de trabalho e de vida provocam um novo panorama de doenças no trabalho, destacando-se as LER<sup>12</sup>, os distúrbios mentais provocados pelo estresse, as lombalgias, as perdas auditivas, os problemas oculares etc. (SANTOS, 2005, p. 81).

Segundo Antunes (2003), os trabalhadores que mais presenciam essa forma de trabalho precarizado, flexibilizado são os assalariados médios, dos chamados setores de serviços em geral, principalmente os serviços públicos. Esses trabalhadores vivenciam a degradação do trabalho, relacionada à prática de trabalho automatizada, mecanizada, pela obrigatoriedade de manter o ritmo de atividade sempre acelerado com vias a cumprir as metas de produtividade, o trabalho rigidamente hierarquizado, sob constante pressão das chefias, e às jornadas estendidas, com frequentes realizações de horas extras.

Além disso, a exigência cognitiva e mental é muito mais acentuada com uma atenção concentrada, diante de números, cálculos, sinais luminosos, mostradores, teclados e monitores em que o erro implica repercussões profundas, com responsabilidade muitas vezes excessiva. Acrescenta-se a esses fatores o trabalho sentado, repetitivo, monótono e uma vida sedentária fora do trabalho. (SANTOS, 2005, p. 82).

A área da saúde é marcada pelo predomínio de profissões majoritariamente femininas, como enfermagem e serviço social, por exemplo. Das entrevistas realizadas no CMRLLC, todos os entrevistados eram do sexo feminino. Este predomínio do sexo feminino na área da saúde deve-se a uma questão cultural do estereótipo da figura feminina como responsável pelo cuidado.

Essa degradação do trabalho relacionada à atividade desenvolvida é um tormento diário para os trabalhadores, que vivenciam em seu cotidiano a

---

<sup>12</sup> A lesão por esforço repetitivo (LER) é definida como um conjunto de doenças que atingem músculos, tendões e nervos dos membros superiores (dedos, mãos, punhos, antebraço, braço e pescoço). Surge em qualquer ramo profissional em que sejam praticadas atividades que exponham os trabalhadores a esforços repetitivos, e pode trazer a perda parcial ou total da capacidade de realizar movimentos. (SANTOS, 2005, p. 83).

precarização das condições de trabalho. Sobre a rotina de trabalho no CMRLLC, eis a resposta de uma das entrevistadas:

Cansativa. Cansativa porque é um atendimento de meia em meia hora e é um atrás do outro, e você só consegue, às vezes, um espaço pra você respirar, pra você beber água, pra você ir ao banheiro e descansar, ou trocar uma ideia com outro profissional quando um paciente faltou. E às vezes, você é atropelado no outro atendimento porque você ainda não conseguiu dar resolução pra aquele teu problema durante o atendimento do anterior, da meia hora do anterior, (...) e você atropela o atendimento seguinte. Então essa é uma rotina cansativa, porque aqui a gente também tem que ter produção, então se a gente não atende, não tem produção. Então se você tem que ter uma determinada produção, vamos lá, (...), 32 atendimentos semanais é muita coisa pra você dar conta de repente de um atendimento em que ele é um pouco mais complicado, porque você precisa de mais outros recursos pra você entrar em contato com a rede, por exemplo, é muito pouco tempo. (Entrevistada nº 3).

Pode-se dizer que “o mundo do trabalho adocece”, à medida que a organização do processo de trabalho o transforma em sacrifício para quem o realiza, mais precisamente, *tripalium*<sup>13</sup>, tornando-se cada vez mais extenuante e marcado pela precariedade, especialmente na contemporaneidade (LOURENÇO, 2008, p.4). Neste contexto, o sofrimento torna-se o preço pago para quem depende do trabalho para sobreviver.

Se, “por um lado, podemos considerar o trabalho como um momento fundante da vida humana, ponto de partida no processo de humanização, por outro lado, a sociedade capitalista o transformou em trabalho assalariado, alienado, fetichizado” (Antunes, 2009, p. 2), já que a forma como o trabalho se configura no capitalismo deixa de ser pré-condição de liberdade e autonomia e passa a ser uma obrigação, um sofrimento, pois do trabalho depende a subsistência do indivíduo. Desta forma, “o trabalho não se realiza de forma emancipatória, pois seu caráter de atividade livre, consciente, universal e social são invertidos, já que o trabalhador realiza seu processo de trabalho alienado”.(BARROCO, 2008, p. 34). É uma relação contraditória, visto que ao mesmo tempo em que o trabalho pode deixar o indivíduo satisfeito e até realizado, ele pode ser fonte de estresse e de desgaste, conforme percepção das trabalhadoras entrevistadas:

Realizada profissionalmente. Mas assim, o cansaço por falta das condições melhores, né, de mais qualidade pra a gente atender, sabe? O cansaço, o

---

<sup>13</sup>Tripalium, do latim, significa trabalho como tortura.

desgaste é por conta mesmo da falta do dispositivo, né? Por que é precário. (Entrevistada nº 6).

Eu sinto me satisfeita porque eu acho assim, a gente tá aqui, a gente trabalha, a gente faz, o que tem a gente faz. Mas é cansativo, é estressante sim no fim das contas, porque às vezes a gente não consegue dar conta de tudo né? (Entrevistada nº 4).

A precarização da saúde do trabalhador trata-se da “fragilização – orgânica, existencial e identitária – dos indivíduos pela organização do trabalho com intensificação da multiexposição” (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 4), expressas pela defasagem da informação sobre os riscos do trabalho, falhas na prevenção e no adoecimento, diluição das responsabilidades para com os trabalhadores, além do predomínio das medidas individuais de proteção em detrimento das políticas de prevenção e de proteção coletivas. Neste quesito, os terceirizados ou os contratados temporários são os que estão mais sujeitos às condições alvitantes e (in) suportáveis de trabalho.

Os “novos” tempos sociais no qual o trabalho se desenvolve (ritmos, intensidade, turnos, horas extras, bancos de horas, múltiplos vínculos etc.) são contraditórios ao ritmo biológico do indivíduo, ocasionando acidentes e adoecimentos vinculados ao trabalho. Destaca-se o crescimento de dois grupos de patologias: físicas (LER/DORT<sup>14</sup>) e a dos transtornos mentais.

De acordo com o Ministério da Saúde, segue a lista de algumas doenças dos grupos de patologia física e mental, relacionados ao trabalho:

**TABELA Nº 3 - TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS COM O TRABALHO (Grupo V da CID-10)**

<b>Doenças</b>	<b>Fatores de Risco de Natureza Ocupacional</b>
Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool: Alcoolismo crônico (Relacionado com o Trabalho) (F10.2)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: condições difíceis de trabalho (Z56.5)</li><li>• Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)</li></ul>
Reações ao “Stress” Grave e Transtornos de Adaptação (F43.-) Estado de “Stress” Pós-Traumático	<ul style="list-style-type: none"><li>• Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho: reação após acidente do</li></ul>

<sup>14</sup> Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho.

(F43.1)	trabalho grave ou catastrófico, ou após assalto no trabalho (Z56.6)
Outros transtornos neuróticos especificados (Inclui “Neurose Profissional”) (F48.8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)</li> <li>• Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego (Z56.-):</li> <li>• Desemprego (Z56.0);</li> <li>• Mudança de emprego (Z56.1);</li> <li>• Ameaça de perda de emprego (Z56.2);</li> <li>• Ritmo de trabalho penoso (Z56.3);</li> <li>• Desacordo com o patrão e colegas de trabalho (Condições difíceis de trabalho) (Z56.5);</li> <li>• Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)</li> </ul>
Transtorno do Ciclo Vigília-Sono Devido a Fatores Não-Orgânicos (F51.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas relacionados com o emprego e com o desemprego: Má adaptação à organização do horário de trabalho (Trabalho em turnos ou Trabalho noturno) (Z56.6)</li> <li>• Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96)</li> </ul>
Sensação de Estar Acabado (“Síndrome de Burn-Out”, “Síndrome do Esgotamento Profissional”) (Z73.0)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)</li> <li>• Outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho (Z56.6)</li> </ul>

Fonte: Brasil, 1999. Elaboração própria.

**TABELA Nº 4 - DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO, RELACIONADAS COM O TRABALHO (Grupo XIII da CID-10)**

<b>Doenças</b>	<b>Fatores de Risco de Natureza Ocupacional</b>
Outras Artroses (M19.-)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> </ul>
Outros transtornos articulares não classificados em outra parte: Dor Articular (M25.5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> </ul>
Síndrome Cervicobraquial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> </ul>
Dorsalgia (M54.-) Cervicalgia (M54.2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> </ul>



<p>Ciática (M54.3) Lumbago com Ciática (M54.4)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)</li> <li>• Condições difíceis de trabalho (Z56.5)</li> </ul>
<p>Sinovites e Tenossinovites (M65.-) Dedo em Gatilho (M65.3) Tenossinovite do Estilóide Radial (De Quervain) (M65.4) Outras Sinovites e Tenossinovites (M65.8) Sinovites e Tenossinovites, não especificadas (M65.9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> <li>• Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)</li> <li>• Condições difíceis de trabalho (Z56.5)</li> </ul>
<p>Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão, de origem ocupacional (M70.-) Sinovite Crepitante Crônica da mão e do punho (M70.0) Bursite da Mão (M70.1) Bursite do Olécrano (M70.2) Outras Bursites do Cotovelo (M70.3) Outras Bursites Pré-rotulianas (M70.4) Outras Bursites do joelho (M70.5) Outros transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.8); Transtornos não especificados dos tecidos moles, relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão (M70.9).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> <li>• Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)</li> <li>• Condições difíceis de trabalho (Z56.5)</li> </ul>
<p>Fibromatose da Fascia Palmar: “Contratura ou Moléstia de Dupuytren” (M72.0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> </ul>
<p>Lesões do Ombro (M75.-) Capsulite Adesiva do Ombro (Ombro congelado, Periartrite do Ombro) (M75.0) Síndrome do Manguito Rotatório ou Síndrome do Supraespinhoso (M75.1) Tendinite Bicipital (M75.2) Tendinite Calcificante do Ombro (M75.3) Bursite do Ombro (M75.5) Outras Lesões do Ombro (M75.8) Lesões do Ombro, não especificadas (M75.9)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> <li>• Ritmo de trabalho penoso (Z56.3)</li> </ul>
<p>Outras entesopatias (M77.-) Epicondilite Medial (M77.0) Epicondilite lateral (“Cotovelo de Tenista”) Mialgia (M79.1)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> </ul>
<p>Outros transtornos especificados dos tecidos moles (M79.8)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posições forçadas e gestos repetitivos (Z57.8)</li> </ul>

Fonte: Brasil, 1999. Elaboração própria.

Pelas características do trabalho em saúde – marcado pelas precárias condições de trabalho, metas de produtividade, intensificação da jornada de trabalho através da adoção de múltiplos vínculos, trabalho repetitivo, entre outros aspectos (SOUZA, 2010, p. 9) – estes trabalhadores se tornam mais suscetíveis a estas doenças do grupo de patologia física/mental.

O rápido aumento da doença funcional e de seus efeitos patológicos entre a classe trabalhadora na contemporaneidade pode ser, principalmente, atribuído às mudanças estruturais no processo de produção e nas novas técnicas de exploração do valor excedente, tendo como consequência o empobrecimento psíquico devido à constante intensificação do ritmo de trabalho (SCHNEIDER, 1977, p. 319).

Schneider (1977) afirma que há um aumento das doenças psicóticas entre os trabalhadores. Como estes sofrem diretamente os impactos da realidade capitalista, enquanto este não consegue modificar sua realidade social, devido a fatores como falta de organização política, por exemplo, o proletariado passa a modificar a sua concepção da realidade, passa a produzir concepções delirantes.

O autor destaca também o aumento do consumo de substâncias psicotrópicas entre os trabalhadores, que:

Só pode suportar, isto é, anestesiar a usa exaustão mental num processo de trabalho totalmente racionalizado, as suas crescentes “perturbações funcionais” e “neuroses orgânicas” com frequência, apenas por meio de estimulantes químicos (...) pois o efeito das “pílulas da felicidade” é aumentar a capacidade de realização, ocultando simultaneamente as piores consequências da constante intensificação do trabalho sobre a saúde do trabalho. (SCHNEIDER, 1977, p. 321).

Partindo do pressuposto difundido pela área de gestão de pessoas que trabalhador satisfeito e motivado produz mais (CHIAVENATO, 2006), a crescente proporção de doença mental entre os trabalhadores e, conseqüentemente, o aumento no consumo de substâncias psicotrópicas, acaba por alimentar e sustentar as novas indústrias farmacêuticas e químicas, que apresentam elevados índices de lucro. (SCHNEIDER, 1977, p. 318).

A psicodinâmica do trabalho destaca a centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores, analisando os aspectos desta relação que podem favorecer o processo saúde/doença. Ao analisar a relação entre saúde mental e trabalho, a organização do trabalho tem um papel central no que concerne aos aspectos

positivos ou negativos sobre o funcionamento psíquico, à vida mental do trabalhador (DEJOURS, 1992).

Dejours (1992) conceitua a organização do trabalho como a divisão das tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas engloba o modo como se operam essas tarefas, seus conteúdos, e a divisão dos homens compreende o modo como às pessoas são alocadas numa empresa e as relações humanas estabelecidas.

Como o trabalhador não tem controle sobre o modo de produção, como este se desenvolverá dentro de uma empresa/instituição, os fatores intrínsecos ao processo de trabalho por si só são estressores, ou seja, o modo como o trabalho se organiza é prejudicial à saúde do trabalhador. A pressão por metas de produtividade, os conflitos nas relações hierárquicas, o trabalho repetitivo, o trabalho individualizado, a ausência na tomada de decisões, entre outros fatores, geram insatisfação dos trabalhadores. Atrelado a estas questões, o fato do trabalhador estar sujeito a situações de tensão prolongada (sobrecarga psíquica) torna seu trabalho sofrido, torturante.

É um trabalho cansativo, porque você lida com vários tipos de pessoas, com vários tipos de queixas, né, assim, diferentes, com pessoas que vem buscar você pra resolver as questões dela. Então às vezes isso desgasta um pouco. (Entrevistada nº 1).

O trabalho é exaustivo, é cansativo mesmo. É você atender nem que seja dez pacientes direto, um atrás do outro, é exaustivo, é muito cansativo. (Entrevistada nº 3).

Conforme Dejours (1992), o trabalho repetitivo, “taylorizado” possui sua organização tão rígida que não domina somente a vida durante as horas de trabalho, mas se apropria fora dela também. No trabalho taylorizado não há mais tarefa comum, nem obra coletiva: “face ao trabalho por peças, à chantagem por prêmios, à aceleração das cadências, o operário está desesperadamente só” (DEJOURS, 1992, p. 39).

Desta forma, as consequências das formas de organização do processo de trabalho na saúde dos trabalhadores não apenas os destroem, mas acabam por arruinar todas as suas relações devido à falta de espaço para vivências significativas, para diálogos, resultantes do ritmo acelerado e dos discursos alienantes, que não somente esgotam o trabalhador fisicamente e mentalmente, como também provocam a competição entre eles. (MASUZAKI; CARVALHAL apud PRAZERES; NAVARRO, 2010, p. 176).

Evidencia-se uma individualização do homem frente ao sofrimento, sofrimento este que muitas vezes é coletivo, mas é mascarado pela rigidez da organização do trabalho.

Parece-nos, ao contrário, que a individualização, mesmo se ela é antes de tudo uniformizante, porque ela apaga as iniciativas espontâneas, porque ela quebra as responsabilidades e o saber, porque ela anula as defesas coletivas, a individualização conduz, paradoxalmente, a uma diferenciação do sofrimento de um trabalhador e de outro. Por causa do fracionamento da coletividade operária, o sofrimento que a organização do trabalho engendra exige respostas defensivas fortemente personalizadas. Não há mais lugar praticamente para as defesas coletivas. (DEJOURS, 1992, p. 40).

O autor vai tratar da vivência depressiva no trabalho, que condensa os sentimentos de indignidade, de inutilidade e de desqualificação. É o sentimento de vergonha de ser robotizado, de não ser mais que um apêndice da máquina, de estar derpersonalizado. O contato forçado com uma atividade desinteressante remete à indignidade. Esta depressão a qual a vivência depressiva remete é dominada pelo cansaço, originado pelos esforços psicossensoriais e musculares, e do esforço dos trabalhadores taylorizados, visto que para realizar uma tarefa sem que se goste dela e sem que se tenha investimentos materiais para tal, é necessário um incrível esforço por força de vontade do trabalhador, suportada pelo jogo da motivação e do desejo. Quando questionada sobre o grau de satisfação na atividade desempenhada, eis a resposta de uma funcionária do CMRLLC:

Médio. Pela própria dificuldade que agente encontra, atravancos da instituição, poderia em alguns casos, por exemplo, a gente tá encaminhando pra rede (...). Não foi criada uma rede. Então a gente fica aqui meio que trabalhando sozinho e pensando aonde que eu posso tá encaminhando fulano? (Entrevistada nº 3).

Como a prestação de serviço em saúde é fundada numa relação interpessoal tendo o usuário como coparticipante do processo, os profissionais se sentem valorizados em relação ao reconhecimento por parte dos usuários, gerando certa satisfação profissional com relação ao seu trabalho.

Até pela parta do próprio paciente, eu acho que o retorno que eles me dão me dá uma sensação de valor por eles. (Entrevistada nº 6).

Esta relação interpessoal entre profissionais e usuários demonstra que a hipertecnificação das profissões em saúde em detrimento com o contato humano

com os usuários, apesar de ser uma tendência na área da saúde, ainda não atingiu e modificou a organização e a prestação de todos os serviços de saúde, podendo ser considerada como uma tendência ainda não homogênea.

A falta de recursos materiais para o exercício do trabalho cotidiano é uma importante fonte de desgaste na saúde do trabalhador, visto que estes têm de usar a criatividade para “driblar” estas faltas, o que acaba por consumir boa parte de seus esforços musculares e mentais, influenciando diretamente na subjetividade do trabalhador em relação à sua rotina de trabalho, pois esta carência de recursos acaba por ser um catalisador da insatisfação no trabalho.

Falta muita coisa, né? A aplicabilidade do nosso serviço em relação ao que a gente tem, se a gente não for criativo, se a gente não trazer de casa, se a gente não construir fica quase que impossível. (...) Na verdade, a rotina do trabalho, o que eu faço, eu gosto. Mas eu acho que ela só se torna desgastante por conta de faltar muita coisa. Então agente chega no final do dia agente tá desgastada por conta da carência que a gente tem com relação as nossas necessidades. (Entrevistada nº 6).

Durante o trabalho, vários elementos constroem a imagem que o trabalhador tem de si. O nível de qualificação é um deles, e geralmente não é suficiente em relação às aspirações do indivíduo, e quando esta situação ocorre, há o início do sofrimento, pois não há evolução entre a relação estabelecida entre o saber e a prática profissional, já que “o sujeito pode encontrar-se em situação de subemprego de suas capacidades ou, ao contrário, em situação muito complexa, correndo assim o risco de um fracasso” (DEJOURS, 1992, p. 50).

Acho que é a busca do saber o tempo inteiro. E por que não me basta. Acho que nada me basta. (...) eu to sempre em busca de saber mais, né? Acho que nunca sei o suficiente. (Entrevistada nº 6).

Procuro me informar, trocar, fazer troca com os profissionais, estudar, ler artigos para eu poder me preparar melhor. Mas em alguns momentos eu me sinto insegura sim. (Entrevistada nº 3).

Esta busca incessante pela qualificação por conta própria revela a insegurança por medo de perder o emprego a que estes trabalhadores estão sujeitos. O sentimento de medo perante uma situação de trabalho incerto em coexistência com condições precárias de trabalho acarretam em danos à saúde do trabalhador, que somados às angústias das mudanças estruturais do trabalho, se traduzem em sofrimento psíquico.

O CMRLLC não fornece nenhum tipo de capacitação para os trabalhadores. A Instituição permite que seus funcionários participem de capacitações externas, mas não há nenhum incentivo da prefeitura, seja este financeiro ou pelo menos de transporte, ficando os trabalhadores por conta própria na busca de capacitação profissional em sua área de atuação.

Eu sinto falta de que tenha, assim, uma qualificação. Tentei fazer uma especialização lá no IPUB<sup>15</sup>, no rio, mas não tendo transporte, e sendo duas vezes na semana, dificulta. Fora a questão financeira, que eu tinha que bancar, né, essa ida e vinda, tudo. Mas eu sinto falta que tendo cursos específicos na área, né, poderia desenvolver o trabalho melhor, com mais qualidade. (Entrevistada nº 4).

Observa-se que a qualificação profissional é transferida individualmente para as pessoas, e está associada ao conceito de empregabilidade. O indivíduo é quem deve buscar qualificação por conta própria, tornando-se apto a ocupar determinado posto de trabalho. Constrói-se uma expectativa na sociedade de que quanto mais cursos o indivíduo fizer, maior será suas chances de conquistar/manter um emprego.

No CMRLLC, o espaço físico inadequado ilustra a precarização das condições de trabalho a qual os trabalhadores da saúde estão sujeitos. O espaço físico é insuficiente para os profissionais ali alocados e para a demanda institucional, que absorve casos de reabilitação física e saúde mental. Os próprios trabalhadores são os que mais sofrem com esse espaço inadequado, visto que convivem diariamente com a precariedade destas instalações.

O espaço físico, assim, não tem salas suficientes pra atendimento. A própria estrutura física, como é que eu posso falar... mesmo de pintura, olha aquilo ali! Pra mim já, só eu está aqui fazendo evolução, pra mim aquilo ali já é ruim, né, a infiltração, a pintura desgastada. E a própria disposição e distribuição do mobiliário, como é que eu qualifico isso aqui? Nem tem palavras para qualificar isso aqui... a estrutura física, tanto assim, do número de salas como da própria estrutura em si ela é precária, totalmente precária, capenga. (Entrevistada nº 4).

Falta sala, falta estrutura mesmo física, falta espaço físico mesmo para acolher todos os profissionais. (Entrevistada nº 1).

Essa falta de espaço acaba por comprometer a relação entre os profissionais do CMRLLC, ocasionando um desgaste das relações sociais dentro do trabalho, visto que muitas vezes as intervenções são realizadas em grupos para que mais

---

<sup>15</sup> Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

profissionais possam participar, atendendo assim a mais usuários, o que pode comprometer a qualidade do serviço prestado por minar a autonomia dos profissionais e pela presença de muitos profissionais em relatos de situações permeadas por diversos tipos de sofrimento, uma particularidade da saúde mental.

Devido à falta de espaço físico acho que a gente falta um pouco de autonomia nesse sentido, a gente não pode ter um trabalho individualizado, tem que fazer em grupos, né, para desenvolver um trabalho melhor. (Entrevistada nº 2).

A falta de espaço físico revela que o espaço físico no CMRLLC é inadequado para a prestação dos serviços de saúde. A insatisfação decorrente da inadaptação do homem em relação ao conteúdo ergonômico (forma a qual o processo de trabalho se realiza no ambiente de trabalho, as exigências da tarefa) é fundamental na problemática da relação saúde-trabalho, já que esta inadaptação “está na origem não só de numerosos sofrimentos somáticos de determinismo físico direto, mas também de outras doenças do corpo mediatizadas por algo que atinge o aparelho mental” (DEJOURS, 1992, p. 53).

A intervenção ergonômica inicia-se através da “análise do posto”, que procura investigar quais agravos determinado ambiente de trabalho pode incidir na saúde do trabalhador. A partir, dessa análise, são classificadas as modificações que possam atenuar os males identificados, para serem repassados às instituições/empresas as medidas corretivas propostas e os custos dessas melhorias. Geralmente encontram-se melhorias na realização da intervenção ergonômica, como: melhorias da posição do trabalhador no posto de trabalho, atenuação do barulho, intensificação da iluminação, melhor distribuição do mobiliário, diminuição das lombalgias etc.

O que ocorre, é que frequentemente o sentimento de alívio experimentado por esses trabalhadores rapidamente se desfaz, visto que a “euforia” momentânea da mudança em alguns dias ou semanas rapidamente desaparece, pois a vivência subjetiva a longo prazo revela prejuízos até então mascarados e pelo próprio hábito que o trabalhador tem ao realizar suas tarefas. Além do mais, o esgotamento psicofísico ao qual o trabalhador está submetido não é suficiente para dar conta da sensação de melhoria no ambiente do trabalho.

Assim, a substituição de um banco por assento de encosto regulável é, no começo, apreciada pelo operador. Mas após um mês de trabalho, ele não tem mais consciência desta melhoria e, para falar ao interlocutor, ele tem que evocar a lembrança do momento desta substituição do assento, pois esta melhoria não é mais perceptível atualmente. Este elemento de “habituação” desempenha certamente um papel na obsolescência da vivência da melhoria e do alívio. (DEJOURS, 1992, p. 56).

Um fator de destaque nas entrevistas realizadas foi a percepção dos profissionais sobre o conceito de autonomia. Os profissionais, a pesar da relativa autonomia no exercício de sua profissão no CMRLLC, dependem das direções e prioridades a serem cumpridas estabelecidas pela Instituição, que organiza o processo de trabalho do qual participam.

Porque tem coisas que não tem mesmo como a gente ter autonomia, porque existem regras, né, a serem cumpridas, mas tirando disso a gente tem bastante autonomia. (Entrevistada nº 1).

A gente executa o trabalho sem intervenção, né? E a equipe, em comum acordo nas reuniões, a gente estipula um plano de ação, de estratégia pra cada paciente. (Entrevistada nº 5).

Eu tenho liberdade, proponho, planejo com a equipe, nesse sentido não tem alguém policiando. (Entrevistada nº 4).

A forma subjetiva que cada trabalhador percebe seu trabalho e as exigências cotidianas é um fator importante no caso da insatisfação com o conteúdo ergonômico do trabalho. As exigências próprias da tarefa é o que Dejours (1992) chama de conteúdo ergonômico. Para além dessa questão, é necessário considerar a estrutura da personalidade de cada indivíduo, sua percepção subjetiva, como ele se comporta ao realizar esta tarefa, que se traduz em um custo individual chamado de carga de trabalho. Quando há uma insatisfação proveniente de um conteúdo ergonômico inadequado à estrutura da personalidade de quem o realiza, temos, para Dejours (1992), uma carga psíquica de trabalho.

Esta carga de trabalho não é idêntica à carga de trabalho física ou psicossensomotora. Os efeitos desta carga e o sofrimento estão no registro mental e se ocasionam desordens no corpo, não são equivalentes às doenças diretamente infligidas ao organismo pelas condições de trabalho. A carga de trabalho psíquica representada pelo sofrimento proveniente de um desconforto do corpo coloca inteiramente o trabalhador e sua personalidade à prova de uma realidade material, primeiramente. O conflito não é outro senão o que opõe o homem à organização do trabalho (na medida em que o conteúdo ergonômico do trabalho resulta da divisão do trabalho). (DEJOURS, 1992, p. 62).



A carga psíquica não tem uma materialidade visível externa ao corpo humano, mas adquire materialidade através da corporeidade humana, visto que “as cargas psíquicas não têm existência senão como relação entre os homens e dos homens com as coisas, e que somente adquirem materialidade nos processos psíquicos e corporais deles” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 112). Desta forma, por exemplo, a percepção do grau de periculosidade do trabalho pode levar o trabalhador a uma situação de tensão nervosa prolongada, que pode desencadear uma reação de estresse crônico ou uma fadiga nervosa, por exemplo.

As cargas psíquicas podem ser agrupadas em dois grandes grupos: um, que abrange tudo o que pode provocar uma sobrecarga psíquica, ou seja, situações de tensão prolongada; e outro, que se refere à subcarga psíquica, que impossibilita o desenvolvimento e o uso da capacidade psíquica.

Exemplos das primeiras, características do processo capitalista, podem ser a atenção permanente, a supervisão com pressão, a consciência da periculosidade do trabalho, os altos ritmos de trabalho etc. Pertencem ao segundo grupo de questões a perda do controle sobre o trabalho ao estar o trabalhador subordinado ao movimento da máquina; a desqualificação do trabalho, resultado da separação entre sua concepção e execução; a parcelização do trabalho, que redundava em monotonia e repetitividade etc. (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 112).

Se o trabalho não permite a descarga da energia psíquica acumulada, este se torna fonte de tensão e desprazer, e a carga psíquica cresce de tal forma que surge a fadiga, tornando o trabalho uma atividade fatigante. A forma na qual o trabalhador expressa a presença ou existência de carga psíquica no seu trabalho apresenta-se na forma de queixas.

Quando o trabalho permite o alívio da carga psíquica ele é um instrumento de equilíbrio e fonte de prazer para o trabalhador. Quando não permite, ele dá origem ao sofrimento e à patologia. O sofrimento é considerado uma vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o bem-estar psíquico, implicando em um estado de luta contra as forças que o empurram em direção a doença mental. (DEJOURS; ABDOUCHELI apud MARTINEZ, 2002, p. 33).

Os depoimentos dos trabalhadores do CMRLLC elucidam que, muitas vezes, a atividade que realizam se revelam como fonte geradora de sofrimento de ordem física ou psíquica, observadas durante ou após sua jornada de trabalho.

Dor de cabeça, hoje eu já sinto. O corpo à vezes... Na segunda-feira<sup>16</sup>, principalmente, você sente uma exaustão, sente uma tensão muscular. (Entrevistada nº 4).

O esgotamento físico é muito grande, o estresse do trabalho e ainda tem o estresse da estrada. Então junta tudo, né, absorvo muito... (Entrevistada nº 5).

A presença de múltiplos vínculos de trabalho entre os profissionais de saúde contribui para o estreitamento da relação trabalho/adoecimento, sem deixar de considerar as condições objetivas e subjetivas de trabalho a qual estão expostas essa força de trabalho. Dos 6 trabalhadores entrevistados, 5 possuem outro/outros vínculos empregatícios. Conforme Souza (2010), as baixas remunerações no setor da saúde contribuem para a intensificação da jornada de trabalho destes trabalhadores, que adotam múltiplos vínculos a fim de complementar sua renda mensal.

A competitividade entre os pares no trabalho faz o trabalhador se auto-acelerar, aumentando seu ritmo de trabalho a fim de “mostrar serviço” e se destacar entre os demais. Não há mais uma relação amistosa no ambiente de trabalho, e este se torna um ambiente opressivo, cercado por diversas e constantes pressões. Observa-se no CMRLLC uma certa “competição” entre os trabalhadores concursados e entre os contratados, criando certa tensão nas relações de trabalho neste espaço Institucional.

As “idas e vindas” de um vínculo de trabalho para outro, após uma rotina desgastante e intensa em condições precárias, atrelado ao estresse destes deslocamentos, pode colaborar para que ocorram acidentes de trabalho. No CMRLLC, como em outros dispositivos de saúde do município, muitos funcionários são de outras cidades e possuem outros vínculos além do que cumprem na prefeitura municipal de Rio das Ostras.

Vindo pro trabalho eu capotei no meu carro, fiquei afastada três meses. Essa ida e vinda é muito esgotante, também o trabalho. (Entrevistada nº 5).

Eu venho de longe dirigindo, então isso pra mim é estressante, esse trânsito todo é uma coisa que estressa. (Entrevistada nº 6).

---

<sup>16</sup> Ao se referir à segunda-feira, a entrevistada nº 4 dá ênfase a este dia, pois cumpre 3 turnos de trabalho (08:00 às 21:00 horas).

Os sofrimentos psíquicos decorrentes do trabalho se agravam com o sentimento de medo experimentado pelos funcionários, principalmente os de vínculo por contrato, face à insegurança de um trabalho incerto: o tempo de contratação, na maioria dos casos, depende do momento político vivenciado no município. Talvez por isso as contratações para as mesmas funções sejam realizadas com prazos diferenciados, sem clareza nas contratações.

Tem profissionais chegando agora na instituição por contrato, né, mas são vínculos frágeis né, então assim, o programa não fica com uma continuidade do trabalho porque daqui a pouco eles vão saindo. (Entrevistada nº 5).

O medo torna-se um importante meio de manipulação, colaborando para que os funcionários trabalhem além de suas capacidades físicas e mentais, possibilitando a exploração e a dominação dos trabalhadores sem limites, já que há o “fantasma do desemprego” assolando diariamente estes trabalhadores, que tem ciência que a qualquer momento poderão ser substituídos. Desta forma, o medo “revela-se como fator de submissão, omissão, e produtividade” (PRAZERES; NAVARRO, 2010, p. 178), já que os trabalhadores passam a ocultar suas queixas, evitando, desta forma, a demissão.

[...] na atual conjuntura, o ‘gerenciamento pela ameaça’, respaldado na precarização do emprego, favorece o silêncio, sigilo e o cada um por si. Tais obstáculos ao aparecimento da verdade sempre estiveram presentes na organização do trabalho, mas a manipulação da ameaça que faz calar as opiniões contraditórias e confere à descrição ‘oficial’ do trabalho um domínio sobre as consciências, está incomparavelmente mais difundida do que há 20 anos. Paradoxalmente, os próprios trabalhadores se tornam cúmplices da negação do real do trabalho e do progresso da doutrina pejorativa do fator humano, graças ao seu silêncio, à sonegação de informações e à desenfreada concorrência a que se veem mutualmente constrangidos. (DEJOURS apud PRAZERES; NAVARRO, 2010, p. 178).

A própria percepção das condições de trabalho entre os profissionais contratados e dos concursados é diferenciada. Os profissionais concursados falam mais abertamente sobre a precariedade das condições de trabalho, enquanto os concursados aparentavam estar com receio de falar a “verdade”, mascarando as condições de trabalho no CMRLLC. Esta percepção diferenciada fica evidente nas entrevistas.

Tem o que dá pra trabalhar, não falta assim em grande quantidade, o que tem dá pra desenvolver um trabalho legal. (Entrevistada nº 2).

A imposição do capitalismo aos trabalhadores e sua perversidade tende a extrapolar os limites humanos e a identidade do indivíduo construída ao longo dos anos, já que “a perda de identidade profissional, de auto-estima, de forças para lutar por melhores condições de trabalho, de perspectivas de vida encontram-se com a traumática situação de sofrimento vivenciada pelos trabalhadores” (PRAZERES; NAVARRO, 2010, p. 180). Esta situação se perpetua tanto dentro quanto fora do ambiente de trabalho, já que estes medos, anseios, e estes sofrimentos perpetuam-se para além dos muros institucionais.

O trabalho em saúde, principalmente na área de saúde mental, é permeado por diversos tipos de sofrimento. Na área de saúde mental do CMRLLC, as demandas, são as mais diversas. As principais demandas que apareceram nas entrevistas foram: violência sexual, principalmente contra crianças, violência doméstica, relações familiares conflituosas, tratamento para substância psicoativa, entre outras demandas.

Essas demandas tratam-se de manifestações da questão social no cotidiano desses usuários, resultantes da contradição existente entre proletariado e burguesia, que resultam em sequelas advindas da exploração do trabalho e que repercutem diretamente nas condições de vida dos trabalhadores.

(...) é a contradição fundamental que expressa a desigualdade inerente à organização vigente dessa sociedade: o trabalho social e a apropriação privada das condições e dos frutos do trabalho, que se traduz na valorização crescente do capital e no crescimento da miséria relativa do trabalhador. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2009, p. 79).

Nem sempre a demanda apresentada pelos usuários possui uma resolutividade imediata, sendo necessárias várias intervenções até a solução ou encaminhamento da demanda. Tais situações, se o profissional não conseguir se “distanciar” perante as situações apresentadas, podem colaborar para o prolongamento das cargas psíquicas inerentes a este tipo de trabalho, como, por exemplo, tensão prolongada, devido à atenção permanente. Em algumas falas dos profissionais do CMRLLC, percebemos a culpabilização que o profissional sente por não conseguir dar esta resolutividade de imediato, o que também colabora para o sofrimento profissional.

A gente tem que saber lidar com isso. A gente tem que trabalhar isso na própria terapia da gente, na própria terapia do profissional, pra gente não se sentir influenciada e procurar deixar os problemas dos paciente do lado de fora da nossa casa, do lado de fora da nossa vida. Em alguns momentos não dá. Eu levo pra casa preocupação, que eu poderia ter feito melhor, poxa, deixei o paciente assim (...). Mas também a gente faz o que pode, né? (Entrevistada nº 3).

É importante elucidar que estes sofrimentos nem sempre podem ser expressos por sintomas psíquicos e físicos, e que os trabalhadores nem sempre revelam a real intensidade das consequências destes sofrimentos em suas vidas, já que somente eles sentem verdadeiramente o fardo desumano de seus trabalhos. Outra questão a se destacar é que muitas vezes, o trabalhador também não se dá conta da relação entre seu sofrimento e seu trabalho, visto que esta percepção é subjetiva do próprio trabalhador e este pode estar tão alienado em seu cotidiano que acaba por culpabilizar outros fatores/questões para a causa de seus sofrimentos.

É importante ressaltar que o trabalhador só manifesta sua doença quando o equilíbrio é rompido, tornando o sofrimento insuportável, ou seja, a doença só é evidenciada aos outros quando o trabalhador já utilizou de todos os seus recursos (intelectuais, psicológicos, afetivos) para lidar com o que lhe é imposto e percebe que nada pode fazer para transformar essa situação ou adaptar-se à ela. (LANCMAN apud PRAZERES; NAVARRO, 2010, p. 178).

Ao não ver solução para seu sofrimento, o trabalhador passa a experimentar também um sentimento de desamparo, que resulta em uma subcarga psíquica diante de sua própria impotência pela total falta de controle sobre o modo como seu trabalho se desenvolve, agravando ainda mais seu sofrimento.

Os depoimentos dos profissionais do CMRLLC referentes à insatisfação no trabalho, as precárias condições nas quais realizam suas atividades, e sobre o modo como o trabalho é organizado neste Centro de Reabilitação ilustram a perversidade do modo capitalista de produção, e como estes fatores incidem diretamente na saúde psíquica destes, relevando-se como fatores desencadeadores de sofrimento e doenças ocupacionais.

As entrevistas no CMRLLC foram de extrema importância na compreensão do trabalho como determinante de adoecimento dos profissionais ali inseridos, visto que a própria percepção dos profissionais sobre as relações existentes entre saúde mental e trabalho torna-se importante fonte reveladora dos efeitos dessa relação.

## CONCLUSÃO

A reestruturação do capital a partir da crise de 1970 repercutiu em mutações no modo de produção do capital, e seus rebatimentos incidiram diretamente no processo de trabalho (ANTUNES, 2005).

A reestruturação produtiva, com a precarização das relações de trabalho, intensificação dos ritmos e a exigência da polivalência dos trabalhadores tem ampliado e agravado o quadro de doenças relacionadas ao trabalho na contemporaneidade, sejam elas do grupo de patologias físicas ou mentais.

Com a extinção da rigidez da produção em série fordista, esta foi substituída por uma flexibilização do processo de trabalho, “uma especialização flexível” (ANTUNES, 2003, p. 24), responsável pela precarização das condições de trabalho e das relações trabalhistas, baseados nos novos modelos de empresa enxuta.

As diminuições das funções estatais proposta pelas políticas de ajuste neoliberal vão impactar diretamente nas políticas públicas, que se tornam seu principal alvo, sofrendo cortes expressos pelo desfinanciamento e sucateamento.

Conforme Bravo (2009), a afirmação da política neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública e pelo sucateamento sofrido nas áreas da saúde e da educação.

Esses cortes e ajustes nas políticas sociais vão impactar diretamente no modo como os serviços públicos são prestados, evidenciados pela falta de recursos físicos, materiais e humanos.

Na área da saúde, para além do desfinanciamento, que rebate diretamente na organização e na prestação dos serviços, altera-se também a forma de gestão e o modelo de atenção à saúde, agora orientado pela lógica mercantil.

O desmonte das políticas públicas, principalmente a política de saúde, marca as condições precárias de trabalho no CMRLLC, tanto na forma de serviços de saúde prestados à população, quanto na forma como o trabalho se organiza nesta Instituição, evidenciados nas falas dos profissionais entrevistados.

Os déficits no padrão de oferta dos serviços de média complexidade resultam em demanda reprimida, filas e longo tempo de espera ou a não garantia de acesso e

utilização dos serviços, resultantes do desfinanciamento das políticas públicas no contexto neoliberal, marcadas pela seletividade em detrimento da universalidade, garantida na Constituição de 1988. Estas alterações na política de saúde resultam em intervenções pontuais que não suprem as reais necessidades dos usuários.

As características do trabalho em saúde marcado pelas precárias condições de trabalho, metas de produtividade, intensificação da jornada de trabalho através da adoção de múltiplos vínculos, trabalho repetitivo, entre outros aspectos (SOUZA, 2010, p. 9) são responsáveis pelo rápido aumento da doença funcional e de seus efeitos patológicos entre a classe trabalhadora na contemporaneidade, pois o modo como o trabalho se organiza acaba por atingir o corpo e a mente do trabalhador.

No CMRLLC percebemos todos estes aspectos que colaboram para o processo de adoecimento dos trabalhadores. Para mais além, o fato do trabalhador estar sujeito à situações de tensão prolongada, situações permeadas pelos mais diversos tipos de sofrimento inerentes à área de saúde mental, colaboram para tornar seu trabalho sofrido, fonte de tortura.

A maior parte dos profissionais de saúde do CMRLLC é do sexo feminino, o que, conforme Antunes (2005) vai de encontro à tendência do aumento significativo do trabalho feminino na contemporaneidade.

Conforme analisado, muitos trabalhadores chegaram há pouco tempo na Instituição. Tal fato deve-se a uma forte tendência na área da saúde, em especial em Rio das Ostras, dos contratos por tempo determinado. Tais contratos explicitam a desregulamentação a qual esses trabalhadores estão sujeitos, visto que seus direitos garantidos por lei não são cumpridos nestes tipos de contrato, perdendo direitos como o gozo das férias, por exemplo.

O processo de precarização do trabalho em saúde e a conseqüente desvalorização dos recursos humanos se expressa à medida que os trabalhadores da mesma Instituição dividem-se em dois polos opostos: trabalhadores de saúde que são estatutários e tem seus direitos respaldados por lei na Constituição de 1988 em seu artigo 30, e trabalhadores que são contratados em precárias condições que não têm a garantia efetiva de seus direitos.

Esta diferenciação gera competitividade e comparação entre os trabalhadores, que se sentem desvalorizados ao passo em que trabalham com tanto afincamento quanto os outros e não são tão reconhecidos quanto os servidores públicos.

Observa-se uma alta rotatividade de profissionais no CMRLLC. Os contratos por tempo determinado não levam em conta a continuidade dos programas desenvolvidos no CMRLLC, visto que a renovação destas contratações depende do momento político do município.

Na sociedade capitalista o trabalho não se realiza de forma emancipatória, pois seu caráter de atividade livre, consciente, universal e social são invertidos, já que o trabalhador realiza seu processo de trabalho alienado, não se reconhecendo no produto final do seu trabalho. Neste contexto, o trabalho torna-se *tripalium*, sofrimento para quem o realiza.

O modo como o trabalho se organiza na sociedade capitalista por si só já é prejudicial à saúde do trabalhador, sendo fonte estressora, pois durante toda sua jornada de trabalho, é aumentada sua tensão nervosa, muscular e intelectual, em uma constante busca por potenciação de suas habilidades.

Os sofrimentos psíquicos decorrentes do trabalho se agravam ainda mais com a coexistência de diversos fatores: insegurança no trabalho; insatisfação; desvalorização; falta de recursos para desenvolver um trabalho de qualidade; precariedade nas condições de trabalho.

As mudanças estruturais no processo de produção e nas novas técnicas de exploração do valor excedente podem ser consideradas como responsáveis pelo rápido aumento da doença funcional e de seus efeitos patológicos entre a classe trabalhadora na contemporaneidade, tendo como consequência o empobrecimento psíquico devido à constante intensificação do ritmo de trabalho (SCHNEIDER, 1977, p. 319).

Os objetivos deste TCC foram cumpridos, pois este estudo propiciou a compreensão sobre de que forma os elementos da acumulação flexível vão impactar no trabalho em saúde, especificamente na dinâmica de trabalho do CMRLLC, rebatendo diretamente na forma como o trabalho é organizado e como todas essas transformações incidem diretamente no processo de adoecimento destes trabalhadores, à medida que estão sujeitos a condições alvitantes e (in) suportáveis de trabalho.

Para o alcance dos objetivos, a metodologia provou ser parte fundamental do processo de construção deste TCC, pois auxiliou na construção da linha de raciocínio tomada durante o processo investigativo da realidade dos trabalhadores



do CMRLLC, possibilitando uma articulação entre teorias, métodos e achados experimentais e observacionais deste estudo.

A corrente de pensamento utilizada para construção deste TCC foi o marxismo, por considerar a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais, e enquanto método utiliza-se da abordagem do materialismo dialético marxista na busca de captar o complexo movimento da realidade, suas contradições e tensões, no movimento de transformação da realidade posta (MINAYO, 2007).

Para tal, a adoção desta corrente foi fundamental para desvendar as relações de trabalho e sofrimento mascarados no CMRLLC, buscando a compreensão dos fenômenos estudados para além da aparência, buscando captar a essência das questões.

O Serviço Social ao adotar uma perspectiva crítica sob influência do materialismo histórico acaba por inserir a análise de seus objetos na totalidade econômica, política e social.

Partindo da premissa de que a intervenção profissional é condicionada por determinantes sócio-históricos e institucionais, sem esquecer as respostas profissionais vinculadas aos projetos coletivos, a saúde do trabalhador, enquanto expressão concreta das contradições das relações sociais de produção, torna-se campo fértil para atuação dos assistentes sociais, sendo de fundamental importância a discussão sobre a relação entre trabalho como condicionante do adoecimento profissional.

Como trabalhador assalariado, o assistente social também sofre com as mudanças no mundo do trabalho, marcado pela desregulamentação dos direitos trabalhistas e pela precarização das condições de trabalho. Conforme Antunes (2005) há mudanças, transformações significativas no mundo do trabalho hoje, tais como: o aumento significativo de mulheres no mercado de trabalho (por conta da baixa remuneração); aumento do trabalho precarizado, terceirizado; e flexibilização da produção.

O assistente social não detém todos os meios necessários para efetivação de seu trabalho, como recursos financeiros, técnicos e humanos, recursos estes necessários ao exercício profissional autônomo. Depende dos recursos previstos na instituição/organização que o contrata, estando sujeito a realizar sua prática com o

que lhe é fornecido. Sendo assim, a precarização das condições de trabalho incide diretamente na prática profissional quando esta não permite viabilizar a garantia de direitos para os usuários.

O trabalho do assistente social na área da saúde lida diretamente com questões como a perda de direitos trabalhistas, a precarização das condições de trabalho, a flexibilização, trabalhando cotidianamente com o adoecimento, o desemprego, a miséria, violência e com a produção social da doença inserida no modo de produção capitalista. Desta forma, a atuação do assistente social pressupõe domínio da discussão das políticas públicas, principalmente no SUS, e como é garantido aos cidadãos esse acesso. É também esperado o conhecimento do quadro sanitário e de aspectos clínicos presentes no cotidiano, e a compreensão da dimensão política da profissão e a conformação dos limites e possibilidades de atuação.

Essa situação de precariedade das condições de trabalho e das especificidades do trabalho em saúde mental ocasiona uma sobrecarga profissional, que irá refletir em sua saúde, pois o assistente social trabalha em seu cotidiano nessa área complexa, que possui limitações e desgastes, tais como: conflitos interpessoais, expressões da questão social, negação de direitos, violência, entre outros.

No contexto de ajustes das políticas neoliberais, da reestruturação produtiva, das mudanças no mundo do trabalho e do desmonte das políticas públicas, “vive-se uma tensão entre a defesa dos direitos sociais universais e a mercantilização e refilantropização do atendimento às necessidades sociais” (IAMAMOTO, 2009, p. 358). Diante deste panorama, “instaura-se um processo de agudização da precarização do trabalho em saúde que se expressa nas medidas concretas de desregulamentação do trabalho” (SOUZA, 2010, p. 9), que vão repercutir diretamente nas condições e relações de trabalho do assistente social.

Os assistentes sociais formam uma categoria que tem ousado sonhar, lutar por melhores condições de vida na sociedade. Para tal, é importante a busca por melhores condições de trabalho, sem adotar uma posição fatalista da profissão, voltando-se para “a formulação de propostas (ou contra propostas) de políticas institucionais criativas e viáveis, que alarguem os horizontes indicados, zelando pela

eficácia dos serviços prestados” (IAMAMOTO, 2010, p. 80), redimensionando a natureza do trabalho profissional.

(...) significa captar as inéditas mediações históricas que moldam os processos sociais e suas expressões nos vários campos em que opera o Serviço Social. Ao profissional é exigida uma bagagem teórico-metodológica que lhe permite elaborar uma interpretação crítica do seu contexto de trabalho, um atento acompanhamento conjuntural, que potencie o seu espaço ocupacional, o estabelecimento de estratégias viáveis, negociando propostas de trabalho com a população e entidades empregadoras. (IAMAMOTO, 2010, p. 80).

Como a própria organização do trabalho na sociedade capitalista é fonte estressora, não se realizando de forma emancipatória, mas sim alienado, tornando-se fonte de sofrimento para aquele que o realiza, é necessário à supressão do sistema capitalista, na busca por uma nova vida através da reconstrução de:

(...) um novo modo de produção fundado na atividade autodeterminada, baseado no tempo disponível (para produzir valores de uso socialmente necessários), na realização do trabalho socialmente necessário e contra a produção heterodeterminada (baseada no tempo excedente para a produção exclusiva de valores de troca para o mercado e para a produção do capital). (ANTUNES apud PRAZERES; NAVARRO, 2010, p. 181).

Esta supressão do sistema capitalista só será possibilitada através da organização do coletivo de trabalhadores, em busca de um novo modelo de sociabilidade no qual se possa encontrar sentido dentro e fora do trabalho, e dessa forma, não adoecer para viver/sobreviver.

## BIBLIOGRAFIA

ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. *Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador*. São Paulo e perspectiva. 2003.

ALMEIDA, Maria Helena Tenório de; BEHRING, Elaine Rossetti (orgs.). *Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas*. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008.

ALVES, Giovanni. *Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório – O novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha*.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. – 9. Ed. – São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. *A crise da sociedade do trabalho: o fim da centralidade ou desconstrução do trabalho? In: O Caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.

\_\_\_\_\_. *Século XXI: Nova Era da Precarização Estrutural do Trabalho? Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho*. São Paulo, 2008.

\_\_\_\_\_. *O trabalho, sua nova morfologia, e a era da precarização estrutural*. Revista THEOMAI, nº 19. 2009.

BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARROCO, Maria Lucia Silva. *Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos*. – 7. Ed. – São Paulo, Cortez, 2008.

BEHRING, Elaine Rosetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. – 5. Ed. – São Paulo: Cortez, 2008. – (Biblioteca básica de Serviço Social; v. 2).

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2006.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9. Brasília: CONASS, 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, 3. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde* n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, Senado, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648/GM* de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Lista de Doenças Relacionadas com o Trabalho do Ministério da Saúde*. Portaria Nº 1339/GM em 18 de novembro de 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: *Desprecariza SUS: perguntas e respostas*: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 (b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *1º Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Região da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Indicadores de gestão do trabalho em saúde: material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação na SUS – ProgeSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento da Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007 (b). 290 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS*. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b\\_221210.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf)> Acesso em: 17 de fevereiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do SUS (DATASUS)*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=03>> Acesso em: 19 de fevereiro de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Média Complexidade*. <<http://portal.saude.gov.br/potal/sas/mac/default.cfm>> Acesso em 24 de maio de 2013 (b).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Saúde da Família*. <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/programas-e-campanhas/saude-da-familia>> Acesso em 26 de junho de 2013(a).

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: *Política Social e democracia*. – 5. Ed. – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. In: *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

BRAZ, Marcelo; NETTO, José Paulo. *Economia Política: uma introdução crítica*. – 4. Ed. – São Paulo: Cortez, 2008. – (Biblioteca básica de Serviço Social; v.1).

CASTRO, Marina Monteiro de Castro e; OLIVEIRA, Lêda Maria Leal de. *Trabalho em Saúde: desafios contemporâneos para o Serviço Social*. Textos e Contextos, v. 10, n. 1. Porto Alegre: 2011.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. Política de saúde e serviço social. In: *Serviço social e políticas sociais*. – 3. Ed. – Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. *Administração de recursos humanos: fundamentos básicos*. – 5. Ed., 4. Reimpressão. – São Paulo: Atlas, 2006.

CHIORO, Arthur; SOLLA, Jorge. Atenção Ambulatorial Especializada. In: *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Capítulo 17. 2ª edição. Coedição com o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

COUTO, Berenice Rojas. *O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?* 2. Ed. São Paulo; Cortez, 2006.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS? In: *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. – 5. Ed. Ampliada – São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. Pg. 31 a 60.

ENGELS, Friedrich. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.

FRAGA, Cristina Kologeski. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. In: *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: n. 101, 2010.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. *As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado*. Revista brasileira Saúde ocupacional. São Paulo: 2010.

GRANEMANN, Sara. O processo de produção e reprodução social: trabalho e sociedade. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. V. 1. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009.

GUERRA, Yolanda. *Direitos Sociais e Sociedade de Classes: o Discurso do Direito a Ter Direitos*. In: *Ética e Direitos: ensaios críticos*. FORTI, Valeria e GUERRA, Yolanda (Organizadoras). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na cena contemporânea. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. V. 1. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009.

\_\_\_\_\_. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. V. 1. Brasília: CEFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. – 26. Ed. – São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2009.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. Pg. 79 a 108.

GUERRA, Yolanda. *Direitos Sociais e Sociedade de Classes: o Discurso do Direito a Ter Direitos*. In: *Ética e Direitos: ensaios críticos*. FORTI, Valeria e GUERRA, Yolanda (Organizadoras). Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2009.

JÚNIOR, Francisco Batista. Gestão do SUS: o que fazer? In: *Trabalho, Saúde e Serviço Social: Textos apresentados no VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca e V Seminário O Trabalho em Debate*. - 1. Ed. – Curitiba: Edição Editora CRV, Co-edição UNESP, FHDSS, Campus de Franca.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. *Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Editora liucitec, 1989.

LEHER, Roberto. *Crise do Capital e questão social*. Revista Estudos do Trabalho. ANO III, número 6. 2010.

LOURENÇO, Edvania Angêla de Sousa. *O mundo do trabalho adocece*. Revista da Rede de Estudos do Trabalho. Ano II. N. 3. 2008.

MATIAS, Maria Cristina Moreno; MALINOWSKI, Millien Lacerda; WOLF, Simone. A saúde do trabalhador da saúde: impactos da reestruturação produtiva no campo da Atenção Básica. In: *Trabalho, Saúde e Serviço Social: Textos apresentados no VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca e V Seminário O Trabalho em Debate*. - 1. Ed. – Curitiba: Edição Editora CRV, Co-edição UNESP, FHDSS, Campus de Franca.

MARTINEZ, Maria Carmen. As relações entre a satisfação com os aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador. Dissertação de Mestrado. São Paulo: 2002.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; LAPIS, Naira Lima. *A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. Ed. – São Paulo: Hucitec, 2010.

\_\_\_\_\_. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. Pg. 61 a 77.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 668 a 700.

OLIVAR, Mônica Simone Pereira. O campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. In: *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: n. 102, 2010.

PRAZERES, Taísa Junqueira; NAVARRO, Vera Lúcia. Trabalho e saúde mental: estudo com trabalhadores da indústria calçadista de Franca (SP). In: *Trabalho, Saúde e Serviço Social: Textos apresentados no VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca e V Seminário O trabalho em debate*. – 1. Ed. – Curitiba: Edição editora CRV, 2010, Co-edição UNESP, FHDSS, Campus de Franca.

SANTOS, Marta Alves. A reestruturação produtiva e seus impactos na saúde do trabalhador. In: *Serviço Social e Sociedade: trabalho e saúde*. Ano XXVI. N. 82. São Paulo: Editora Cortez, 2005.

SCHNEIDER, Michael. *Neurose e classes sociais*. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1977.

SILVA, Giselle Souza da. Financeirização do capital, fundo público e políticas sociais em tempo de crise. In: *Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade*. / Organizadoras, Maria Inês Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes. – 1. Ed. – Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011. 76 p.



SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. *Textos e Contextos*, v. 9, n. 2, p. 334 – 344. Porto Alegre: 2010.

TAVARES, Maria Augusta & SOARES, Marcos Antonio Tavares. O trabalho em pauta. In: *Revista Em pauta* – Revista da Faculdade de Serviço social da UERJ. Número 20. 2007.

TAVARES, Maria Augusta & SOARES, Marcos Antonio Tavares. O trabalho em pauta. In: *Revista Em pauta* – Revista da Faculdade de Serviço social da UERJ. Número 20. 2007.

WEBER, Marx. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Capítulo V. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

## APÊNDICE 1

### UFF Curso de serviço social

#### Condições de trabalho e adoecimento dos trabalhadores do Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho

Discente: Dryelle Laino Cruz de Almeida.

Orientadora: Paula Martins Sirelli.

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Público-alvo: Profissionais dos ambulatórios de saúde mental do CMRLLC.

Data da entrevista: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

#### I – Formação profissional:

Formação profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Possui algum tipo de especialização, mestrado, doutorado? ( ) Sim ( ) Não

Se a resposta anterior foi “Sim”, qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Caso a resposta à pergunta anterior seja afirmativa, possui alguma especialização na área de saúde mental? ( ) Sim ( ) Não

Se a resposta anterior foi “Sim”, qual? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### II – Condições de Trabalho:

Tipo de vínculo: ( ) Concursado ( ) Contratado

Carga horária semanal no CMRLLC: \_\_\_\_\_

Possui outro vínculo empregatício? ( ) Sim ( ) Não

Caso a resposta à pergunta anterior seja afirmativa, quantas horas semanais cumpre no outro vínculo? \_\_\_\_\_

Público-alvo: ( ) Saúde mental Adulto ( ) Saúde mental criança/adolescente

Há quanto tempo trabalha na área de saúde mental? \_\_\_\_\_

Fez algum curso de capacitação oferecido pela Instituição? ( ) Sim ( ) Não

Se sente preparada para atender às demandas dos usuários? ( ) Sim ( ) Não

Por quê?

---

---

Em relação ao espaço físico no qual desenvolve suas atividades profissionais, você o considera: ( ) excelente ( ) bom ( ) satisfatório ( ) ruim ( ) péssimo

Por quê?

---

---

Possui autonomia profissional dentro da Instituição? ( ) sim ( ) não ( ) relativa

Justifique sua resposta:

---

---

Com relação aos recursos materiais fornecidos pela Instituição para o desenvolvimento de sua atividade, você os considera: ( ) excelente ( ) suficiente ( ) satisfatório ( ) insuficiente

Justifique sua resposta:

---

---

### **III – Processo de Trabalho x Adoecimento:**

Qual a média de usuários atendidos por você por dia de trabalho? \_\_\_\_\_

Considera sua rotina de trabalho (pode marcar mais de uma alternativa):

( ) Agradável ( ) estimulante ( ) cansativa ( ) estressante ( ) desgastante ( ) tranquila ( ) monótona ( ) \_\_\_\_\_

Hoje, qual seu grau de satisfação na atividade desempenhada?

( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande ( ) Indiferente

Por que se sente assim?

---

---

Se sente valorizada na Instituição? ( ) Sim ( ) Não ( ) Indiferente

Por que se sente assim?

---

---

Após um dia de trabalho, se sente: ( ) animada ( ) estressada ( ) deprimida ( ) realizada ( ) satisfeita ( ) angustiada ( ) indiferente ( )

Por que se sente assim?

---

---

Quais as principais situações apresentadas pelos usuários? Como você lida com estas demandas?

---

---

Durante seu trabalho na Instituição, precisou se ausentar por motivo de saúde? Qual foi o diagnóstico?

---

---

Você percebe alguma relação entre seu adoecimento e seu trabalho desenvolvido aqui no CMRLLC?

---

---

Obrigada pela atenção e disponibilidade em responder esta entrevista!

## APÊNDICE 2

### SISTEMATIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DO CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO LAÉRCIO LÚCIO DE CARVALHO

	<b>ENTREVISTA DO Nº 1</b>  (26/06/2013 )	<b>ENTREVISTADO Nº 2</b>  (26/06/2013)	<b>ENTREVISTADO Nº 3</b>  (26/06/2013)	<b>ENTREVISTA DO Nº 4</b>  (26/06/2013 )	<b>ENTREVISTADO Nº 5</b>  (01/07/2013)	<b>ENTREVISTA DO Nº 6</b>  (01/07/2013 )
<b>Sexo</b>	Feminino.	Feminino.	Feminino.	Feminino.	Feminino.	Feminino.
<b>Formação profissional</b>	Psicóloga.	Assistente Social.	Psicóloga.	Assistente Social.	Assistente Social.	Terapeuta Ocupacional .
<b>Tempo de formação</b>	6 anos.	1 ano.	18 anos.	14 anos.	4 anos e meio.	18 anos.
<b>Especialização, mestrado ou doutorado ?</b>	Não.	Não.	Sim. Especialização em Saúde Mental.	Especialização. Violência doméstica contra criança e adolescente e Formulação e gestão de políticas sociais.	Especialização . Terapia de Família e Gestão de projetos.	Especialização. 'Álcool e outras drogas' e 'Psicanálise'.
<b>Tipo de vínculo</b>	Contratado / 20 horas.	Contratado / 20 horas.	Concursada. 20 horas.	Concursada. 20 horas.	Concursada. 20 horas.	Concursada. 20 horas.
<b>Possui outro vínculo?</b>	Sim / 20 horas.	Não.	Sim. 24 horas.	Sim. 20 horas.	Sim. 24 horas e 20 horas.	Sim. 20 horas.
<b>Tempo atuação na Saúde Mental</b>	6 anos.	6 meses.	2 anos.	3 anos.	3 anos.	6 anos.
<b>Se sente preparada para atender as demandas?</b>	Sim. “Pela formação, pela experiência que eu tenho na área, me sinto	Sim. “Porque a demanda é de acordo com a nossa formação	“Em alguns momentos insegura, mas procuro me informar,	Sim. “Sim, porém assim, eu sinto falta de que tenha assim uma qualificação. Tentei fazer	Sim. “Experiência profissional e qualificação profissional que eu procuro por conta	Sim. “Primeiro porque eu estou sempre estudando, to sempre presente

	totalmente preparada.”	mesmo, o que eles vêm buscar a gente tem a oferecer, é a garantia dos direitos e a triagem”.	trocar, fazer troca com os profissionais, estudar, ler artigos pra eu poder me preparar melhor. Mas em alguns momentos eu me sinto insegura sim”.	uma especialização lá no IPUB no rio, mas não tendo transporte, e sendo duas vezes na semana, dificulta. Fora a questão financeira, que eu tinha que bancar né, essa ida e vinda, tudo. Mas eu sinto falta que tendo curso específicos na área né, poderia desenvolver o trabalho melhor, com maior qualidade. Mas apesar né, que a gente tem que dar conta do trabalho, então a gente lê, estuda, discute caso com o aluno, com o colega”.	própria”.	nos Fóruns, leio muito, to sempre fazendo algum curso, mesmo não sendo uma especialização, to sempre envolvida em algum curso. Fiz curso na Fiocruz, né, pra Saúde Mental, pra Álcool e drogas, né, isso fortalece muito nosso saber”. Acho que é a busca do saber o tempo inteiro. E por que não me basta. Acho que nada me basta. Acho que é por isso que dá, assim, mais segurança de atender, eu to sempre em busca de saber mais né, acho que nunca sei o suficiente”.
<b>Espaço físico</b>	Ruim. “Falta sala, falta estrutura mesmo física, falta	Ruim. “A falta do espaço físico mesmo,	Ruim. “As salas não são bem preparadas, já que o	Péssimo. “Péssimo. Primeiro que o espaço físico, assim,	Ruim. “Falta sala para atendimento individual, grupo	Péssimo. “O espaço é mínimo, as condições de tudo

	<p>espaço físico mesmo para acolher todos os profissionais”.</p>	<p>falta salas para os profissionais trabalharem”.</p>	<p>atendimento é principalmente com criança, falta de material, não tem brinquedos, os brinquedos são cacarecos, não tem...a instituição não..a gente já fez várias listas de pedido de material mas o material não vem, não faz licitação, a licitação nunca acaba, nunca consegue o material, e às vezes, em alguns momentos, em alguns momentos não, quase sempre agente tem que trazer o material de casa, os brinquedos ou outro</p>	<p>não tem salas suficientes pra atendimento . A própria estrutura física, como é que eu posso falar... mesmo de pintura, olha aquilo ali! Pra mim já, só eu tá aqui fazendo evolução, pra mim aquilo ali já é ruim, né, infiltração, a pintura desgastada. E a própria disposição e distribuição do mobiliário, como é que eu qualifico isso aqui? Nem tem palavras para qualificar isso aqui. (...) A estrutura física, tanto assim, do número de salas como da própria estrutura em si ela é precária, totalmente precária, capenga”.</p>	<p>também, e outros recursos, né, recursos permanentes, um DVD, um som pra gente fazer um trabalho”.</p>	<p>muito precárias, a gente não tem, assim, como oferecer uma coisa bacana pros nossos usuários. O dispositivo é zero, não tem nada de dispositivo, essa é a grande verdade. E eu sempre falo que o maior dispositivo que nós temos no município, hoje, somos nós profissionais . Nós mesmos somos os dispositivos, infelizmente , né, porque tem mil coisas para serem feitas, mas a gente acaba se tornando dispositivo para isso tudo”.</p>
--	--	--	---	--	--	--

			material que a gente for utilizar da própria situação, particular mesmo”.			
<b>Autonomia profissional I</b>	Em parte. “Porque tem coisas que não mesmo como a gente ter autonomia porque existem regras, né, a serem cumpridas, mas, tirando disso a gente tem bastante autonomia”.	Relativa. “Devido à falta de espaço físico acho que a gente falta um pouco de autonomia a nesse sentido, a gente não pode ter um trabalho individualizado, tem que fazer em grupos, né, para desenvolver um trabalho melhor”.	Relativo. “Autonomia a gente nunca vai ter porque a gente trabalha em equipe, então a gente tem que tá discutindo caso, em alguns momentos realmente a gente muda de opinião, tem uma outra visão do paciente e do diagnóstico. Então autonomia a a gente não vai ter nesse sentido, mas assim, autonomia de horário, se eu tenho que mudar de horário, a paciente	Sim. “Eu Tenho liberdade, proponho, planejo com a equipe, nesse sentido não tem alguém policiando”.	Sim. “A gente executa o trabalho sem intervenção, né? E a equipe, em comum acordo nas reuniões a gente estipula um plano de ação de estratégia pra cada paciente. A equipe tem bastante autonomia, inclusive eu, no meu trabalho, assistente social”.	Sim. “Eu acho que o profissional aqui tem uma certa autonomia por conta dessa credibilidade e que nos é dada, nesse aspecto, enquanto profissional. Dá uma segurança da gente poder funcionar de forma bastante autônoma”.



			<p>porque ela não pode aquele dia, eu não preciso autorização pra essas situações. Mas eu tenho que pedir autorização pra fazer uma visita, por exemplo, eu acho que eu iria precisar fazer uma visita na escola, uma visita na casa do paciente. Tem que pedir autorização, necessita de carro, necessita de transporte, e aqui não se tem tanta facilidade pra isso”.</p>			
<b>Recursos materiais</b>	<p>Insuficientes . “Realmente, agora no momento, tá faltando muito material pra gente, tipo assim,</p>	<p>Suficiente s. “Tem o que dá pra trabalhar, dá pra trabalhar, não precisa ficar...não falta assim</p>	<p>Insuficientes. “Brinquedo não tem. Pra adulto não existe essa dificuldade do material</p>	<p>Insuficiente. “Por que não tem, é simples assim, não tem. Os profissionais assim, é o que traz, ou então</p>	<p>Insuficientes. “Sem carro para visita domiciliar e visita institucional pra articular rede, falta telefone que tenha um</p>	<p>Insuficientes . “Falta muita coisa, né? Não dá pra gente...a aplicabilidade do nosso serviço em relação ao que a gente</p>

	testes, jogos, material de papelaria, faltando material de uma forma geral pra trabalhar”.	em grande quantidade, e, o que tem dá pra desenvolver um trabalho legal”.	mas existe a dificuldade do espaço físico mesmo. Agora pra criança, material, giz de cera, o mínimo, o mínimo não tem”.	trabalhar com coisa mesmo precária, em número e na qualidade, precário”.	espaço sigiloso, porque às vezes a gente revela sigilo pras pessoas perto, sem internet pra poder acessar rede e benefícios do INSS”.	tem, se a gente não for criativo, se a gente não trouxer de casa, se a gente não construir, realmente fica quase que impossível”.
<b>Média de usuários</b>	15 usuários	20 usuários.	15 usuários.	15 usuários.	16 usuários.	45 usuários em grupo.
<b>Rotina de trabalho</b>	Agradável e tranquila.	Agradável. “Eu gosto do que eu faço, então eu acho que assim, me estimula, apesar de ser assim, é cansativa também, mas é estimulante, porque assim, eu tenho estímulo de vir trabalhar porque gosto de estar fazendo isso, mas agente acaba casando, é um desgaste assim mental muito	Cansativa. “Cansativa porque é um atendimento de meia em meia hora e é um atrás do outro, é, você só consegue, às vezes, um espaço pra você respirar, pra você beber água, pra você ir ao banheiro e descansar ou trocar uma ideia com outro profissional quando um paciente faltou. É..às vezes você é	“Cansativa é, porque é muito trabalho que nós temos. É estressante, né, porque a gente trabalha muito com o não, a gente trabalha com a garantia de direitos, mas contraditoriamente tem que dizer o não, né, pras pessoas, porque elas tem que ficar em casa esperando o atendimento, tem casos...casos, por exemplo, de violência que tem que esperar atendimento e você tem que ser a portadora	“Cansativa, estressante, desgastante. Seria agradável se tivesse recurso suficiente e profissional suficiente pra atender”.	“Monótona não é. Na verdade, a rotina do trabalho, o que eu faço eu gosto. Mas eu acho que ela só se torna desgastante por conta de faltar muita coisa. Então a gente chega no final do dia a gente tá desgastada por conta da carência que a gente tem com relação a nossas necessidades”.

		<p>grande, mas é bacana e estressante também”.</p>	<p>atropelado no outro atendimento porque você ainda não conseguiu dar resolução praquele teu problema durante o atendimento do anterior, da meia hora do anterior, você precisa entrar em contato com a escola, você precisa entrar em contato com..com, até com adulto mesmo, o familiar do adulto pra falar como ele está, porque que ele não veio, ou porque que ele tá assim, e você atropela o atendimento seguinte. Então essa é uma</p>	<p>dessa notícia, isso provoca o estresse, porque a pessoa fica indo e vindo pra saber como tá a situação dela. Fora todas as outras questões que um caso atendido pela saúde mental demanda”.</p>		
--	--	--	---	--	--	--

			<p>rotina cansativa, porque aqui a gente também tem que ter produção, então se a gente não atende, não tem produção. Então se você tem que ter uma determinada produção, vamos lá, 30, 32 atendimentos por turno, por turno não, por semana, 32 atendimentos semanais é muita coisa pra você dar conta derrepente de um atendimento em que ele é um pouco mais complicado porque você precisa de mais outros recursos</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			pra você entrar em contato com a rede, por exemplo, é muito pouco tempo”.			
<b>Satisfação na atividade desempenhada</b>	Grande. “Autonomia para escolher qual área eu gostaria de ficar, não fui pressionada a nada, e eu sempre trabalhei com saúde mental”.	Grande. “Gosto do que eu faço. Me identifico muito com a profissão” .	Médio. “Pela própria dificuldade e que a gente encontra, atravanco s da instituição , poderia em alguns casos, por exemplo, a gente tá encaminhando pra rede, por exemplo, até pra cursos técnicos, to falando adulto e criança também, a gente encaminh ar pra cursos técnicos, criança para uma atividade esportiva, e às vezes a rede, a gente não tem um contato com a rede, a	Médio. “Hoje assim, o espaço físico é o que grita. A gente ter um espaço físico próprio, não é nem ter mais salas, e hoje contraditoria mente temos os profissional e não temos salas de atendimento . E outra coisa é a gente ter que trabalhar com o não, é perverso isso, das pessoas virem aqui, terem uma demanda a ser trabalhada e elas ficarem meses em casa esperando um atendimento . Como é que é isso? Onde é que está a garantia dos	Pequeno. “Falta profissional, tô sobrecarregad a, não tem recurso suficiente pra atender. E as relações até de Pronto Socorro, que é o acesso mais contínuo da gente, diário, é muito desgastante”.	Grande. “Eu gosto do meu trabalho. Me identifico, me realizo com ele”.

			<p>gente não sabe, a gente fica muito fechado, não tem muito contato, não é criado uma rede, não foi criada uma rede. Então a gente fica aqui meio que trabalhando sozinho e pensando aonde que eu posso tá encaminhando fulano? Ah, eu gostaria que ele fizesse esporte..aí tem que falar com o Serviço Social. Aí o Serviço Social às vezes também não sabe, tem que entrar em contato. Aí a gente não tem, nesse momento está parado a</p>	<p>direitos? (...) Isso provoca um estresse sim, porque pessoas chegam aqui em sofrimento e não conseguem um atendimento de imediato”.</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>natação, vamos dizer assim, está parado a natação, não tem professor, e aí? Como a gente faz agora? Em alguns momentos eu acho que o paciente podia estar um pouco melhor se estivesse incluído numa rede, não fosse só atendimento terapêutico”.</p>			
<p><b>Reconhecimento por parte da instituição</b></p>	<p>Sim. “As pessoas me procuram, a direção, a minha coordenadora, para trocar diárias, saber dos casos, até para me perguntar como é que eu estou, se estou bem se não estou, se estou satisfeita, se</p>	<p>Sim. “Pela forma de tá contratada né, de ter sido reconhecida como uma profissional”.</p>	<p>Sim. “Eles percebem a dificuldade. A Instituição percebe a dificuldade.”</p>	<p>Sim. “Tem respeito dos gestores, dos colegas, agente tem um bom relacionamento, tem uma boa comunicação”.</p>	<p>“Sim porque o diretor dá autonomia pra gente, não porque a gente não tem condições de trabalho. A gente tem uma autonomia e uma parceria com a direção, mas assim, eles não oferecem recursos”.</p>	<p>Sim. “Até pela parte do próprio paciente, eu acho que o retorno que eles me dão me dá uma sensação de valor, por eles”.</p>

	não estou, então assim, eu acho que isso é valorizar, de uma certa forma saber como o profissional está”.					
<b>Após a jornada de trabalho, se sente...</b>	“Realizada, satisfeita e ao mesmo tempo cansada, porque é um trabalho cansativo, porque você lida com vários tipos de pessoas, com vários tipos de queixas, né, assim, diferentes, com pessoas que vem buscar mesmo a sua...vem buscar você pra resolver as questões dela. Então as vezes isso desgasta um pouco.”	“Satisfeita , é...eu não sei qual seria a palavra, mas acho que falta alguma coisa aí. É, falta alguma coisa, não seria indiferente, mas é que às vezes você tenta resolver, tenta achar uma solução pra quilo e não vem de imediato, aí você fica meio, não é angustiado, você fica meio esperando aquilo se resolver, você fica meio imparcial”	Exausta. “Exausta! Por que? Por que é exaustivo, o trabalho é exaustivo, é cansativo mesmo. É você atender nem que seja 10 pacientes direto, um atrás do outro, é exaustivo, é muito cansativo”	“Eu sinto satisfeita porque eu acho assim, a gente tá aqui, a gente trabalha, a gente faz, o que tem a gente faz. Mas é cansativo, é estressante sim, no fim das contas porque às vezes agente não consegue dar conta de tudo, né, porque não é só profissional que vai conseguir dar conta aí dessas questões todas”.	“Estressada e esgotada fisicamente”. “Pela demanda de trabalho, né, a gente tem que dar conta dessa demanda com pouco profissional”.	“Realizada profissionalmente. Mas assim, (...) o cansaço por falta das condições melhores, né, de mais qualidade pra gente atender, sabe? (...) O cansaço, o desgaste é por conta mesmo da falta do dispositivo, né? Porque é precário”.
<b>Principais demandas</b>	“Falta de limite né,	“São muitas.	Problemas familiares,	“Universo muito	Tratamento para	Relação familiar



<p><b>dos usuários e como lida com elas</b></p>	<p>das crianças, ansiedade dos pais com relação à educação dessas crianças hoje, abuso sexual tem bastante, violência contra crianças também, maus tratos né”. “Lido profissionalmente, assim, sou bem neutra com relação a essas questões, entendeu, eu consigo me colocar bem neutra e lido bem com essas questões, não tenho problemas não”.</p>	<p>(...) Violência, às vezes, sabe que traumatiza, então você tem muito caso de estupro, muito, muito grande, caso assim de você ficar abismada”. “Tento resolver da forma que é possível”.</p>	<p>ansiedade, falta de “noção do básico”. “A gente tem que saber lidar com isso. A gente tem que trabalhar isso na própria terapia da gente, na própria terapia profissional, pra gente não se sentir influenciada e procurar deixar os problemas dos pacientes do lado de fora da nossa casa, do lado de fora da nossa vida. Em alguns momentos não dá. Eu levo pra casa preocupação que eu poderia ter feito melhor, poxa, deixei o paciente assim, eu quero ver</p>	<p>grande. Desde pais que não conseguem dar conta da educação dos filhos de 4 anos de idade a casos de suicídio. É muito caso de violência doméstica, principalmente sexual”.</p>	<p>substância psicoativa, tabagismo, sóli citação atendimento médico, orientação previdenciária”. “A gente faz um trabalho de formiguinha na verdade, né? A gente tenta atender um caso ou outro, mas assim, é esgotante mesmo, porque a rede não funciona adequadamente, levo trabalho pra casa, agendamento de benefício, tudo que eu preciso fazer e não tenho recurso, levo trabalho.”</p>	<p>conflituosa, fase do experimento (drogas), a falta de identidade, questão sócio-econômica.</p>
---	---	---	--	---	--	---

			como ele vai chegar na próxima semana, mas também a gente faz o que pode né, a gente não comanda o paciente, a gente faz o que a gente pode”.			
<b>Ausência da Instituição por motivo de saúde?</b>	Não.	Não.	Sim. Licença por operação de mioma.	Não.	Acidente de trabalho (percurso). “Vindo pro trabalho eu capotei no meu carro, fiquei afastada três meses. Essas ida e vinda é muito esgotante também, o transporte”.	Não.
<b>Relação trabalho x adoecimento</b>	Não.	“Tem dias que sim. É cansativo? É demais”.	“Sim, percebo, com certeza, se não eu não seria terapeuta. Eu atendo adultos com problemas de saúde do trabalhador que é puramente por conta do	Sim, tem. Dor de cabeça, hoje eu já sinto...o corpo às vezes, na segunda-feira principalmente, o corpo né, você sente uma exaustão, sente uma tensão muscular”.	“Com certeza né, o esgotamento físico é muito grande, o estresse do trabalho e ainda tem o estresse da estrada. Então junta tudo, né, absorvo muito e auxilia muito pra esses tipos de acidentes”. “Tem profissionais	“No trabalho não. No percurso do trabalho sim, porque eu venho de longe dirigindo, então isso pra mim é estressante, esse trânsito todo é uma coisa que estressa”.

			<p>estresse do trabalho, puramente, professor então é o que chove, motorista, é o que dá mais, ,motorista e professor da rede mesmo”.</p>		<p>chegando agora na instituição por contrato né, mas são vínculos frágeis né, então assim, o programa não fica com uma continuidade do trabalho desenvolvido porque daqui a pouco eles vão saindo”.</p>	
--	--	--	---	--	--	--

### APÊNDICE 3

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- Título da pesquisa: Condições de trabalho e adoecimento dos trabalhadores do Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho.

O presente documento tem por finalidade, convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa sobre “Condições de trabalho, saúde e adoecimento dos trabalhadores de saúde mental do Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho”.

O objetivo desta pesquisa é conhecer o processo de trabalho na área de saúde mental, desvendando as relações de trabalho nesta área de atuação e sua relação com o processo de adoecimento, de sofrimento psíquico dos trabalhadores de saúde mental do Centro Municipal de Reabilitação Laércio Lúcio de Carvalho.

O instrumento metodológico a ser utilizado será a entrevista, organizada de forma semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas, possibilitando maior interação entre o entrevistador e o entrevistado.

Sua participação é voluntária, estando livre para se retirar da pesquisa quando assim o desejar. É assegurada sua identidade, mantida como informação confidencial. Qualquer informação dos dados não possibilitará sua identificação.

Este termo de consentimento livre e esclarecido está em conformidade com a Resolução 196/96, estabelecida pelo Conselho Nacional de Saúde a fim de normatizar e dar diretrizes regulamentadoras em pesquisas que envolvem seres humanos.

Colocamo-nos a sua disposição para maiores esclarecimentos quanto ao assunto em questão.

Ao assinar este termo de consentimento, você estará autorizando os pesquisadores a utilizar informações prestadas na entrevista em sua pesquisa e em uma possível publicação do trabalho.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informada sobre a referida pesquisa e declaro compreender seus objetivos. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, o que indica meu consentimento para participar deste estudo até que eu decida o contrário.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da entrevistada)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do entrevistador)

Rio das Ostras, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_