

ESTUDOS E REFLEXÕES SOBRE TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

ORGANIZADORES

MOACIR FERNANDO VIEGAS

SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

LAÍSA XAVIER SCHUH

**ESTUDOS E REFLEXÕES SOBRE TRABALHO,
EDUCAÇÃO E SAÚDE**



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

Chanceler

Dom Jaime Spengler

Reitor

Evilázio Teixeira

Vice-Reitor

Jaderson Costa da Costa

CONSELHO EDITORIAL

Presidente

Carla Denise Bonan

Editor-Chefe

Luciano Aronne de Abreu

Adelar Fochezatto

Antonio Carlos Hohlfeldt

Cláudia Musa Fay

Gleny T. Duro Guimarães

Helder Gordim da Silveira

Lívia Haygert Pithan

Lucia Maria Martins Giraffa

Maria Eunice Moreira

Maria Martha Campos

Norman Roland Madarasz

Walter F. de Azevedo Jr.

Moacir Fernando Viegas
Suzane Beatriz Frantz Krug
Laísa Xavier Schuh
Organizadores

**ESTUDOS E REFLEXÕES SOBRE TRABALHO,
EDUCAÇÃO E SAÚDE**



PORTO ALEGRE
2020

© EDIPUCRS 2020

CAPA Thiara Speth

DIAGRAMAÇÃO Camila Borges

REVISÃO DE TEXTO Simone Borges

Edição revisada segundo o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.



Este livro conta com um ambiente virtual, em que você terá acesso gratuito a conteúdos exclusivos.

Acesse o QR Code e confira!



Editora Universitária da PUCRS

Av. Ipiranga, 6681 – Prédio 33
Caixa Postal 1429 – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Fone/fax: (51) 3320 3711
E-mail: edipucrs@pucrs.br
Site: www.pucrs.br/edipucrs

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E82 Estudos e reflexões sobre trabalho, educação e saúde / Moacir
Fernando Viegas, Suzane Beatriz Frantz Krug, Laísa Xavier
Schuh organizadores. – Porto Alegre : EDIPUCRS, 2020.
299 p.

ISBN 978-65-5623-011-5

1. Trabalho – Aspectos sociais. 2. Ambiente de trabalho.
3. Professores. 4. Educação. 5. Pessoal da área médica.
I. Viegas, Moacir Fernando. II. Krug, Suzane Beatriz Frantz.
III. Schuh, Laísa Xavier.

CDD 23. ed. 331

Lucas Martins Kern CRB-10/2288

Setor de Tratamento da Informação da BC-PUCRS.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, especialmente por sistemas gráficos, microfílmicos, fotográficos, reprográficos, fonográficos, videográficos. Vedada a memorização e/ou a recuperação total ou parcial, bem como a inclusão de qualquer parte desta obra em qualquer sistema de processamento de dados. Essas proibições aplicam-se também às características gráficas da obra e à sua editoração. A violação dos direitos autorais é punível como crime (art. 184 e parágrafos, do *Código Penal*), com pena de prisão e multa, conjuntamente com busca e apreensão e indenizações diversas (arts. 101 a 110 da Lei 9.610, de 19.02.1998, Lei dos Direitos Autorais).

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CAAE – Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRE – Coordenadoria Regional de Educação
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
DDTP – Dispositivo Dinâmico de Três Polos
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EA – Eventos Adversos
EAD – Educação a Distância
EMEF – Escola Municipal de Ensino Fundamental
ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESFs – Equipes de Saúde da Família
FMI – Fundo Monetário Internacional
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira
ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

JCQ – Job Content Questionnaire
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
LER – Lesões por Esforço Repetitivo
MDC – Modelo Demanda/Controle
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NEU – Núcleos de Educação em Urgências
NSP – Núcleos de Segurança do Paciente
NUMESC – Núcleo Municipal de Educação em Saúde
NUOES – Núcleo de Pesquisa Social
OMS – Organização Mundial da Saúde
PdT – Psicodinâmica do Trabalho
PET Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH – Política Nacional de Humanização
PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP – Procedimentos Operacionais Padrão
PPP – Projeto Político-Pedagógico
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
RCNEI – Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil
REBRAENSP – Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
RFFSA – Rede Ferroviária Federal S.A.
ROF – Regulamento de Operações Ferroviárias
RS – Rio Grande do Sul
SAMU -192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEB/MEC – Secretaria de Educação Básica
SECAD/MEC – Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade
SEED/MEC – Secretaria de Educação a Distância
SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SINPRO/RS – Sindicato dos Professores do Ensino Privado do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

UAB – Universidade Aberta do Brasil

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UnB – Universidade de Brasília

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura

UNISC – Universidade de Santa Cruz do Sul

USB – Unidade de Suporte Básico

WONPUM – Working under the New Public Management

SUMÁRIO

13 PREFÁCIO

19 APRESENTAÇÃO

21 PARTE 1

MUDANÇAS NO TRABALHO EM SAÚDE:
AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

23 O TRABALHO EM SAÚDE: APONTAMENTOS SOBRE AS
TRANSFORMAÇÕES NO TRABALHO EM SAÚDE EM UM
CONTEXTO DE REESTRUTURAÇÃO DO CAPITALISMO

ALINE FERNANDA FISCHBORN
MARCO ANDRÉ CADONÁ

45 MUDANÇAS NO “MUNDO DO TRABALHO” E A SAÚDE DAS
PESSOAS QUE VIVEM DO TRABALHO

LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES
SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG
MARCO ANDRÉ CADONÁ

61 TRABALHO E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE
NA REGIÃO 28 DE SAÚDE (RS)

ALINE FERNANDA FISCHBORN
MARCO ANDRÉ CADONÁ

- 83 QUALIDADE DE VIDA LABORAL DOS TRABALHADORES DA
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO VALE
DO RIO PARDO (RS)**

**MOACIR FERNANDO VIEGAS
CLÁUDIA TIRELLI**

103 PARTE 2

TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

- 105 A ATIVIDADE DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE
ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL: O
CUIDADO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**

**MARISTELA VARGAS LOSEKANN
MARIA CLARA BUENO FISCHER**

- 119 UM OLHAR ERGOLÓGICO SOBRE O TRABALHO REAL NO
SAMU-192: REPENSANDO A FORMAÇÃO
TÉCNICA EM SAÚDE**

**JEAN DE FRAGA SAVEGNAGO
MOACIR FERNANDO VIEGAS**

- 141 ENTRE AUTONOMIA E PENOSIDADE:
CONTRADIÇÕES NO TRABALHO DE MAQUINISTAS
EM UMA FERROVIA BRASILEIRA**

**ÂNGELA MÁRCIA FERREIRA PETRUS
DAISY MOREIRA CUNHA**

- 161 PROCESSO DE TRABALHO E DESENVOLVIMENTO DO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UMA REGIÃO
DO RIO GRANDE DO SUL**

**CAROLINA BARBOSA DA SILVA
JANINE KOEPP
SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG**

- 181 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E A EDUCAÇÃO
PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIOS EMERGENTES FRENTE
ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO
CONTEXTO CAPITALISTA**

**ANDREZA LEGRAMANTI GOMES
CAMILO DARSIE DE SOUZA**

- 193 ENFERMAGEM E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE:
SABERES FORMAIS E DA EXPERIÊNCIA
PARA UM CUIDADO SEGURO**

**LAÍSA XAVIER SCHUH
SUZELINE FERREIRA**

-
- 213 PARTE 3
CONDIÇÕES DE TRABALHO E LUTAS PELA
MANUTENÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO DOCENTE**

- 215 ESTRATÉGIAS DO “CHÃO DA ESCOLA”: O EMPREGO
DE MECANISMOS QUE VISAM EVITAR OU ATENUAR O
SOFRIMENTO MENTAL NO TRABALHO DOCENTE**

MARLON FREITAS DE CAMPOS

- 237 TRABALHO INVISÍVEL: ATIVIDADES EXTRAJORNADA DE
PROFESSORES NO CONTEMPORÂNEO**

**YOHANNA BREUNIG
KARINE VANESSA PEREZ**

- 259 CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES
DOCENTES DAS ESCOLAS PÚBLICAS DO VALE DO RIO
PARDO (RS)**

MOACIR FERNANDO VIEGAS

**287 TRABALHO DOCENTE E SAÚDE:
UM ESTUDO COM PROFESSORAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL
DO SUL DO BRASIL**

**MARIA DE FÁTIMA DUARTE MARTINS
JARBAS SANTOS VIEIRA**

PREFÁCIO

Este libro es un síntoma en un doble sentido: refleja un proceso metamórfico que se desarrolla en un plano profundo y subyacente al de la producción de estudios y de la publicación de textos y, al tiempo, expresa algunos de los efectos psicosociales de esta transformación, que se invoca como trasfondo de las nuevas condiciones del trabajo en general y de su impacto específico en la calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud y de la educación. En otros términos, es un libro típico de la presente época, necesario para comprenderla y solamente comprensible a la luz de los cambios operados, a lo largo del último tercio de siglo, en el mundo del trabajo, de su organización y de su gestión.

Durante largo tiempo, y hasta los años ochenta del pasado siglo, en el mundo occidental, trabajar como profesional de la salud o de la educación garantizaba la pertenencia a una especie de aristocracia laboral que combinaba el valor instrumental de su trabajo (medio para una subsistencia material digna) con el valor expresivo del mismo (trabajando, al tiempo se practicaba el noble arte de curar, cuidar o enseñar). Las profesiones de salud y de educación figuraban en el top de los oficios apreciados, respetados y valorados en general, hasta el punto en que a casi todo el mundo le parecía óptimo que los jóvenes optaran por estudiar en las ramas sanitaria o educativa. Hoy, existe evidencia empírica acumulada,

reiterada y consistente de que estas profesiones ya han adoptado la doble cara de Jano: la tradicionalmente luminosa de unos oficios vocacionales, esforzados y agradecidos y un *dark side* que los hace menos valorados y atractivos; puesto que también aparecen en el top del burnout, hasta el punto en que las condiciones del trabajo sanitario y educativo se han convertido en ejemplo obligado cuando se trata de riesgos psicosociales.

En estudios que venimos realizando, desde hace más de una década, en diversos países latinoamericanos y en España, sobre calidad de vida laboral en profesionales de servicios de atención al público que conllevan alta carga combinada de trabajo emocional, cognitivo, comunicacional, digital y social (academia, sanidad, justicia, trabajo social etc.) constatamos una realidad paradójica, de forma monótonamente persistente, hasta el punto de aparecer casi como natural y naturalizada: el personal de la salud y de la educación tiende a sentirse “bien” al practicar su oficio y a experimentar “satisfacción” con respecto a sus condiciones materiales, técnicas, ergonómicas e incluso sociales de trabajo. Pero, al mismo tiempo, también declara sentirse “mal” por su “sobrecarga” de tarea y sobrellevar con “insatisfacción” la presión temporal que conlleva. Esta percepción aparece actualmente tan extendida y compartida que muchos de tales profesionales no dudan en considerarla una característica “propia” (connatural, necesaria e indisoluble) de su oficio.

Como ilustración autobiográfica del alcance y de la profundidad de estos cambios, baste comparar la experiencia de las condiciones de trabajo de mi tesis doctoral en los años setenta y las de quienes, cuarenta años más tarde, me han adoptado como tutor de las suyas. Aunque el doctorado corresponde al nivel de la educación superior, el ejemplo que voy a comentar tiene elementos extrapolables a los otros niveles. Escribí los borradores y las cerca de quinientas páginas a espacio simple de mi tesis con una Olivetti de las que pesaban en la mochila, fatigaban los dedos y agujereaban el papel. Trabajé mis fuentes documentales en bibliotecas y librerías de 24/7 (abiertas de día y de noche durante todo el año) de Barcelona (mi ciudad), de París y de London, a donde me desplazaba con cierta asiduidad en autostop (excepto en el tramo del ferry para cruzar

el estrecho de La Mancha). Eran jornadas extensas que, sin embargo, me dejaban tiempo suficiente para escaparme al Louvre, al British o a las Tate, a cines y teatros y ¿cómo no?, a antros donde saborear lo último en jazz, blues o rock, sin que me doliera la conciencia de doctorando. Gocé mi tesis a lo largo de todo su proceso, que desarrollé sin beca, multiempleado en dos universidades (UB y UAB) como profesor precario (no numerario o “PNN” en el argot de la época) y combinando el trabajo doctoral con la vida familiar, la cívica y la práctica amateur del fútbol. En los ochentas, dirigí tesis de maestría y alguna de doctorado de colegas latinoamericanos. Además de algunas llamadas telefónicas, cartas manuscritas y postales de saludos con textos cortos, lo nuclear de mis tutorías era el pack de unos ochenta folios mecanografiados que me enviaban en barco (cerca de un mes de viaje desde Uruguay o de Puerto Rico hasta Barcelona). Yo me demoraba unos días en recoger el paquete de la oficina de correos y tardaba unos cuantos más en leerlos, una vez ubicada esa tarea en el orden de prioridades de mi agenda académica y personal. El tiempo fluía, como siempre, pero sin prisa, urgencia ni *dead-line*. Al revisarlos, los llenaba de comentarios y de notas mediante un bolígrafo con minas de diversos colores. Lo cual me llevaba alrededor de otro mes. Luego, los reenviaba en barco, que tardaba otro mes en llegar a su destino, donde la persona receptora se tomaría su tiempo para leer mis comentarios. En el más ágil de los casos, teníamos, pues, de tres a cuatro intercambios de este tipo al año. Lo cual, en aquel entonces, no nos parecía mucho ni poco; sino lo normal para funcionar y mantener un ritmo de trabajo razonable.

Ahora, en cambio, se puede hacer una tesis doctoral en pijama y sin salir de casa. Tampoco hace falta desplazarse a París o a London a recoger información específica e inaccesible desde la propia cama. En una jornada cualquiera, las personas cuyo proyecto doctoral estoy tutorizando actualmente pueden intercambiar conmigo más archivos en media tarde por Google Drive que aquellos de inicios de los ochenta por barco en todo un año. Lo cual supone no solamente un avance cuantitativo, sino un salto cualitativo en el terreno de la productividad y de la eficiencia. A primera vista, el conjunto del proceso

de doctorarse parece, pues, hoy, mucho más fácil, más rápido, más cómodo y, por tanto, menos estresor y fatigante que lo que parece que pudo resultar el mío, realizado en un siglo y un milenio ya bien cerrados, en una era analógica de la que parecen restar solo reminiscencias arqueológicas.

En el plano de la vivencia personal y del afrontamiento del proyecto doctoral, en mis tiempos de doctorando, acostumbábamos a preguntarnos entre colegas cosas tan simples como “¿para qué?” o “¿para cuándo?” la tesis. En abierto contraste, entre los tópicos conversacionales a propósito de los doctorados contemporáneos, figuran el de “¿cómo logras meter la tesis en tu agenda?” y el de “¿cómo llevas los (*consabidos*) efectos colaterales del doctorado en tu salud y en tu vida personal y social?” (las expresiones reales recogen a veces matices no incluidos en la anterior abstracción). Nunca se había dispuesto de tantas facilidades técnicas para la realización de una tesis: ahora mismo, determinados algoritmos ya permiten realizar un borrador del estado del arte de un tema o un tratamiento de los datos de una base de modo técnicamente cada día más aceptable.

Sin embargo, en círculos doctorales contemporáneos latinoamericanos, se propagan, hoy más que nunca, por activa o por pasiva, mitos negativos y toda suerte de distopías concernientes al proceso de doctorarse y a la carrera del personal docente e investigador en general: nada de alfombras rojas ni de autopistas hacia un destino doctoral fácil, exitoso y feliz. Ningún modelo posmoderno de vía romana para gozar del camino y del caminar doctoral. Más bien imágenes inquietantes de fatiga, ansiedad, sacrificio, sufrimiento y renunciación, de penosa carrera recompensada con una corona de espinas, de viacrucis hacia un Gólgota de burnout.

¿Indica todo ello que cualquier tiempo pasado fue mejor? En modo alguno. Lo que viene ocurriendo es que la innovación técnica nos ha cambiado tanto y tan visiblemente las condiciones de vida y de trabajo que esta evidencia está eclipsando, casi invisibilizando y ciertamente dificultando nuestra toma de conciencia de otros cambios que nos afectan de modo igualmente decisivo: entre ellos, los que conciernen a las profundas transformaciones socioculturales de la organización y gestión de la

práctica laboral en los sistemas de salud y educación. Entre las tendencias que están pasando casi desapercibidas, figura la colonización capitalista de aquellos dispositivos, que habían mantenido, hasta hace poco, una autonomía relativa con respecto al mercado, sus valores y normas.

Este proceso sigiloso tuvo un momento crucial en los años noventa, cuando el Tratado Libre Comercio, en la línea impulsada por el Consenso de Washington y preconizada por instituciones globales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, instituyó la salud y la educación como ámbitos de plena intervención del mercado y asignó el estatus de mercancía a procesos y productos desarrollados en esos contextos, como evaluaciones y diagnósticos, recetas y créditos, tratamientos terapéuticos e intervenciones quirúrgicas, clases y tutorías, tesis y artículos científicos. No se trató de un simple reajuste en las formas de contratación, organización y gestión del trabajo educativo y sanitario; sino de una metamorfosis de los fundamentos culturales de esa labor. La plena implantación del paradigma capitalista, empresarial y mercantil modificó los modos de pensar y de practicar las tareas educativas y sanitarias; mientras los saberes disciplinarios y profesionales, las categorías morales y los modelos de roles y relaciones educador-educando y profesional-paciente propuestos por los clásicos de la educación y de la salud, fueron progresivamente sometidos a la lógica de la oferta y la demanda, del análisis coste-beneficio, de la evaluación por resultados y de la axiología de la productividad, la eficiencia, la rentabilidad y la competitividad.

Además, la organización y la gestión de escuelas y universidades, de pequeños centros de salud y de grandes hospitales recibieron el impacto de tendencias globales contemporáneas de cambio en las condiciones generales de trabajo que afectan decisivamente la calidad de vida laboral. Entre ellas, destaca la intensificación de la actividad, un complejo proceso de sobrecarga mediante la extensión, densificación y aceleración de una tarea en la que convergen componentes cognitivos, emocionales, informacionales, digitales y sociales, que además debe ser realizada habitualmente bajo el signo de la presión temporal; esto es, de la velocidad, la prisa y la urgencia. La combina-

ción crónica de estos ingredientes, típica de la gestión por estrés, constituye el principal factor de riesgo psicosocial en todas las latitudes laborales.

Observados desde este prisma, los cambios operados en los últimos decenios en el mundo del trabajo en salud y en educación ilustran, condensan y amplifican los que también se están operando en el universo laboral en general. Este libro es un fiel reflejo de ello, al incluir una serie de estudios teóricos y empíricos sobre las transformaciones del trabajo en los sectores educativo y sanitario, sobre su impacto en la salud del mismo personal empleado en estos ámbitos, sobre sus percepciones relativas a la propia calidad de vida laboral en tal escenario de cambio y sobre algunas prácticas educativas de los trabajadores de la educación y la salud en el marco de las mutaciones operadas en su entorno laboral.

Esta obra es importante en un doble sentido: por su descripción y lectura de lo que ocurre en determinadas coordenadas socioculturales y espaciotemporales, y también por su llamada de atención sobre la importancia de los fenómenos y procesos investigados para la vida personal de los profesionales implicados y para el funcionamiento óptimo y sostenible de las organizaciones que los emplean, de los sistemas de salud y de educación de los que forman parte y, en último término, del mismo país donde viven y trabajan.

Josep M. Blanch

Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona
Profesor Titular de la Universidad de San Buenaventura

APRESENTAÇÃO

Este livro reúne pesquisadores das áreas da Educação e da Saúde que compartilham a temática do trabalho como questão mediadora fundamental nos estudos que desenvolvem. Além dessa categoria central, há também a consideração dos contextos sociais, políticos, culturais e econômicos como elementos importantes para a compreensão das problemáticas de pesquisa sobre as quais se debruçam. Outra preocupação em comum é com os trabalhadores da saúde e da educação, particularmente os efeitos das alterações no trabalho em sua saúde e nos saberes sobre o trabalho.

Assim, os autores do livro, trabalhadores da educação e da saúde, a maioria atuando em universidades, desenvolvem suas pesquisas na busca da compreensão de aspectos relativos ao trabalho em saúde e em educação, particularmente em relação aos sujeitos que produzem esses serviços: os trabalhadores.

Importante reafirmar que desde o final do século XX, sob um novo paradigma produtivo, a sociedade vive tempos de aceleração das transformações, as quais alteram rapidamente os modos de trabalhar, de viver e de sentir dos seres humanos. Entre outras tantas características dessas transformações, tem-se o crescimento do setor de serviços, em que se encontram a saúde e a educação. Desse modo, tem-se o entendimento sobre a importância da realização e socialização de estudos sobre esses campos temáticos, de forma a contribuir para reflexões e debates sobre práticas de aprimoramentos dos processos de trabalho, práticas educativas, saberes dos trabalhadores e prevenção de adoecimentos no e pelo trabalho.

O presente livro organiza-se em três eixos temáticos, alicerçados em pesquisas empíricas e estudos ou revisões teóricas. O primeiro eixo temático,

denominado “Mudanças no trabalho em saúde: autonomia e qualidade de vida no trabalho”, aborda as transformações no trabalho em saúde e seus efeitos no trabalho, na saúde e na qualidade de vida dos trabalhadores.

O segundo eixo temático, “Trabalho, Educação e Saúde”, aborda práticas produtivas e educativas dos trabalhadores da educação e da saúde no contexto das transformações do trabalho escolar e em setores da saúde, particularmente hospitais e serviço de emergência.

O terceiro eixo temático, “Condições de trabalho e lutas pela manutenção da saúde no trabalho docente”, aborda a saúde dos trabalhadores da educação na educação básica no contexto das transformações produtivas. Com ênfase nos aspectos psicossociais, as preocupações são as condições de trabalho, o “trabalho invisível”, as lutas dos trabalhadores escolares por manter a saúde mental e pelo reconhecimento do trabalho que realizam.

Espera-se que as pesquisas aqui apresentadas contribuam para reflexões e para práticas profissionais em diferentes realidades das áreas da Saúde e da Educação, assim como para o aprofundamento teórico de problemáticas que relacionam essas áreas com os fenômenos que concernem ao trabalho.

Para finalizar, ressalta-se que os estudos aqui apresentados buscaram subsídios na realidade científica e também nas experiências cotidianas dos próprios pesquisadores, o que acena para a continuidade de pesquisas que tratem das relações entre trabalho, educação e saúde, em uma aproximação cada vez mais fortalecida com essas investigações e panoramas de trabalho.

Moacir Fernando Viegas
Suzane Beatriz Frantz Krug
Laísa Xavier Schuh

PARTE 1

MUDANÇAS NO TRABALHO EM SAÚDE:

AUTONOMIA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

O TRABALHO EM SAÚDE: APONTAMENTOS SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES NO TRABALHO EM SAÚDE EM UM CONTEXTO DE REESTRUTURAÇÃO DO CAPITALISMO

ALINE FERNANDA FISCHBORN
MARCO ANDRÉ CADONÁ

O presente texto apresenta uma análise sobre o trabalho em saúde no Brasil a partir dos anos 1990, num contexto de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mais do que o registro bibliográfico das mudanças ocorridas, pretende-se contribuir para a reflexão acerca da importância de uma perspectiva teórica e metodológica que considere a dinâmica histórica de transformações capitalistas no País na análise sobre o trabalho em saúde.

Nas duas últimas décadas do século XX, em nível global, grandes transformações ocorreram nas formas de organização da economia, da política, da cultura e da sociedade. A crise da experiência socialista no Leste Europeu e na Ásia, ao mesmo tempo em que indicou o término da polarização que caracterizou o século XX (entre sociedades socialistas e sociedades capitalistas), alimentou a crença de uma vitória do modo de produção capitalista. A revolução técnico-científica, em especial nas comunicações/informações, criou condições históricas para que novas relações se estabelecessem a partir de novos referenciais de espaço e de tempo, tanto no campo econômico quanto na cultura, na política e no cotidiano de trabalho e de vida. Um processo de reestruturação do capitalismo redefiniu questões estratégicas e históricas da reprodução do capital, com repercussões tanto nos modos

de trabalhar e de produzir quanto nas formas de organização sociopolítica dos países capitalistas (HARVEY, 1993; CASTELLS, 1999).

Essas transformações impulsionaram significativas mudanças no trabalho em saúde. Desde as ações básicas de saúde até as ações de alta complexidade, os trabalhadores em saúde passaram a conviver mais intensamente com inovações científicas, tecnológicas e organizacionais que os desafiam a novos saberes e a novas práticas de cuidado. Na mesma direção, a lógica de financeirização e de mundialização do capital repercutiu nas formas históricas de atuação do Estado e, em especial a partir dos anos 1980, o endividamento público comprometeu as finanças públicas, com resultados degradantes para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Ao mesmo tempo, a “satanização” do Estado, num contexto de afirmação ideológica do neoliberalismo, legitimou uma permanente crítica aos serviços públicos e o crescimento dos serviços privados de saúde.¹

Porém, no caso específico da formação social brasileira, é importante considerar que a partir da década de 1980 a organização dos serviços de saúde passou por mudanças que decorreram, também, da criação do SUS. A partir dos anos 1990, ainda que num contexto em que diferentes governos nacionais orientaram suas ações a partir de uma perspectiva neoliberal (criando, inclusive, condições favoráveis ao avanço do capital privado na saúde do país), se observou a implantação do SUS, do que decorreu a expansão dos serviços públicos e a afirmação de um modelo público de saúde comprometido com valores e com lutas históricas de amplos setores da sociedade brasileira que, desde décadas anteriores, mobilizaram-se em favor de uma reforma sanitária no país.

É considerando esse contexto histórico de transformações no capitalismo no Brasil que se pretende analisar algumas transformações que ocorreram no trabalho em saúde no país a partir da década de 1990.

¹ No caso brasileiro, em um período recente, os serviços privados de saúde já respondem por mais de 50% dos investimentos em saúde no país. Em 2015, por exemplo, somente os planos privados de saúde atendiam 30% da população brasileira (BALESTRIN, 2015).

As mudanças no trabalho em saúde a partir da implantação do SUS

Como indicado, principalmente a partir das duas últimas décadas do século XX, os mercados de trabalho, as relações de trabalho e a organização do processo de trabalho em saúde no Brasil passaram a ser condicionados pela dinâmica global de reestruturação do modo de produção capitalista (inovações técnico-científicas e organizacionais, financeirização da economia etc.). No entanto, num processo mediado pela contraditória, tensa e marcada por conflitos “democratização” da saúde no país. Dentre essas mudanças é importante destacar: a) a expansão da capacidade instalada, repercutindo no crescimento dos empregos; b) a municipalização dos empregos; c) a ambulatorização dos atendimentos; d) a maior qualificação das equipes de saúde; e) a feminização da força de trabalho; f) a tendência de flexibilização nos vínculos empregatícios; g) as novas e complexas formas de organização do processo de trabalho em saúde.

Em relação à *expansão da capacidade instalada*, a partir dos anos 1990 observou-se um crescimento no número de estabelecimentos e de empregos. Assim, por exemplo, enquanto em 1992 havia no país 49.676 estabelecimentos e 1.438.708 empregos, em 2005 chegou-se aos 77 mil estabelecimentos e 2.566.694 empregos (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 3). Importante fazer esse registro, pois é indicativo de que, apesar dos avanços tecnológicos observados no setor da saúde, no Brasil os empregos em saúde não diminuíram a partir dos anos 1990. Pelo contrário, aumentaram mesmo durante aquela década (quando o mercado de trabalho no país registrou crescimento no desemprego), passando de “menos de quatrocentos mil empregos na década de 1970 para cerca de um milhão e meio em 1992 e para mais de dois e meio milhões em 2005” (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 4).

Certamente o crescimento no número de empregos em saúde ocorreu devido à ampliação dos serviços públicos de saúde no país, especialmente a implantação do SUS. A título de exemplo, em 1980 o setor público de

saúde no Brasil compreendia 265.956 empregos, elevando-se esse número para 537.688 em 1992, para 804.907 em 1999 e para 1.069.440 em 2005 (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 5). Esse aumento no número de empregos em saúde também se deu em função da expansão do setor privado, que em 1980 empregava 307.673 trabalhadores e passou a empregar 826.734 trabalhadores em 2005 (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

Em relação à *municipalização dos empregos em saúde*, registre-se, em primeiro lugar, que em 1992 os municípios representavam 41,6% do total de empregos públicos no país, elevando essa participação para 68,8% em 2005 (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 6). O crescimento no número de empregos municipais ocorreu ao mesmo tempo em que os empregos estaduais em saúde cresceram muito pouco e os empregos federais em saúde diminuíram, passando de 113.987 em 1992 para “cerca de 106 mil postos de trabalho em 2005” (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 6).

Assim, a maior participação dos municípios na estruturação dos empregos em saúde ocorreu, fundamentalmente, em função das mudanças no perfil da assistência no país a partir da criação do SUS. O processo de municipalização da saúde pública, implicado na criação e na implementação do SUS, criou as condições históricas para que os municípios assumissem maiores responsabilidades com a saúde pública e, conseqüentemente, com a contratação de um maior número de trabalhadores, do que resultou uma liderança do setor municipal na criação de empregos públicos em saúde já na década de 1990.

A maior participação dos municípios na criação de empregos tem implicações significativas na própria dinâmica do trabalho em saúde no país. Enquanto as instituições privadas de saúde têm um funcionamento que depende de uma “relação custo/benefício” favorável aos seus proprietários, as instituições públicas têm um funcionamento em grande parte condicionado pela “dinâmica do jogo político, o qual é um processo multideterminado” (PIRES, 1998, p. 234). Se a “dinâmica do jogo político” já é importante quando se pensam as políticas governamentais que se definem na esfera federal (cujas mudanças mais significativas tendem a ocorrer em momentos de troca de governos), ela é muito mais importante quando se consideram as inúmeras

experiências de governos municipais, nas diferentes regiões do país, não somente caracterizadas por diferentes orientações político-partidárias, mas também por diferentes culturas políticas, diferentes arranjos nas relações entre os governos e instituições, setores e classes sociais.

Quanto à *ambulatorização dos empregos em saúde*, trata-se de um fenômeno vinculado à diminuição de importância dos empregos hospitalares, mas também de um aumento dos empregos ambulatoriais que decorreu da implementação do SUS e da prioridade dada à atenção básica de saúde. A “ambulatorização dos empregos em saúde” pode ser observada nos seguintes números: em 1992, os empregos ambulatoriais somavam 512.299 e os hospitalares, 926.409; em 2005, esses números se alteraram significativamente, pois os empregos ambulatoriais dobraram, passando para 1.226.714, e os hospitalares, para 1.339.980” (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 6).

A ênfase na criação de empregos na atenção básica, colocando-se como um fator importante para a “ambulatorização dos empregos em saúde”, não pode relativizar, no entanto, o fato de que os investimentos na saúde hospitalar não atendem às necessidades colocadas pela população. No período entre 1992 e 2005, inclusive, houve diminuição no número de leitos no país, o que também reflete as dificuldades históricas de financiamento e de gestão das instituições hospitalares (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 3). Assim, se por um lado a ambulatorização dos empregos pode ser lida como um fenômeno positivo, vinculado a mudanças que ocorreram nas concepções de saúde e de políticas de saúde a partir da criação do SUS, é preciso notar, também, que ela expressa contradições presentes nos serviços de saúde, vinculadas às limitações das políticas públicas e à própria lógica mercantil presente na gestão hospitalar.

No que diz respeito à *maior qualificação das equipes de saúde*, é importante registrar que houve elevação da escolaridade dos trabalhadores em saúde a partir dos anos 1990 (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 7). As mudanças ocorridas na saúde a partir dos anos 1990 contribuíram tanto para o crescimento do número quanto para uma maior escolarização dos trabalhadores em saúde. Essa maior escolarização ocorreu, certamente, con-

dicionada pelas próprias mudanças que aconteceram na sociedade brasileira a partir do processo de abertura democrática e que, no campo da educação, impulsionaram maiores preocupações com a escolarização da população e com o desenvolvimento de políticas educacionais comprometidas com maior acesso a níveis mais elevados de escolarização, inclusive em nível universitário.

Não se pode esquecer, também, que a partir dos anos 1990 a formação dos trabalhadores se colocou como uma questão estratégica nas políticas públicas de saúde. Desde a criação do SUS, aliás, já havia grande preocupação com a formação deles, numa perspectiva não somente de aumento da escolaridade, mas, principalmente, de uma educação capaz de desenvolver determinados valores implicados nos princípios do SUS, como, por exemplo, um trabalhador engajado, com capacidade de trabalho em equipe, com uma visão ampla de saúde e apto a superar o modelo biomédico de saúde, participativo em seu processo de trabalho (PAIM, 2008). A partir dos anos 1990, no entanto, não somente a discussão sobre a formação dos trabalhadores em saúde se aprofundou, mas também o próprio Estado assumiu a responsabilidade com o desenvolvimento de políticas públicas nessa direção.

Desde os anos 1990, pelo menos três momentos definiram as políticas públicas de educação dos trabalhadores em saúde. Num primeiro momento, as preocupações voltaram-se à formação específica para as equipes dos Programas Saúde da Família e impulsionaram, a partir de 1996, a discussão e a formulação de projetos estaduais de “formação de recursos humanos”, além da criação, em 1997, dos “Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente” para as equipes de saúde da família (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887). Num segundo momento foi instituída a *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*, em 2004, já como uma estratégia do SUS, tendo como finalidade a “formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor” (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 887). Por fim, a partir do *Pacto pela Saúde*, lançado em 2006, as políticas de educação permanente ganharam, na mesma direção da gestão do SUS, um caráter local/regional, comprometendo os municípios e as Regiões de Saúde com o desenvolvi-

mento de políticas de educação para os trabalhadores em saúde a partir das características locais e regionais (BATISTA; GONÇALVES, 2011, p. 889).

Note-se, portanto, que a partir dos anos 1990 o Estado brasileiro assumiu a educação permanente dos trabalhadores em saúde como uma estratégia de desenvolvimento das políticas públicas para o setor. Não cabe neste texto, nem há condições para isso, uma avaliação das implicações e dos resultados dessa experiência já histórica de definição de políticas (locais, regionais, estaduais, nacionais) de educação dos trabalhadores em saúde. De qualquer forma, a existência dessas políticas, somada ao aumento da escolarização dos trabalhadores em saúde, é um indicativo não só das mudanças que vêm ocorrendo na educação dos trabalhadores em saúde e de possíveis avanços no que diz respeito ao desenvolvimento de competências, conhecimentos e valores vinculados aos princípios do SUS, mas também de desafios e de compromissos que vêm sendo atribuídos a esses trabalhadores.

Embora não se possa afirmar que o aumento da escolarização dos trabalhadores em saúde (inclusive uma maior presença de diferentes especialidades com maior escolarização de nível superior) altere, por si só, as relações de poder presentes num processo de trabalho em saúde, é preciso considerar que a bipolaridade “médicos-atendentes de enfermagem” é relativizada com a criação de equipes de saúde e com a participação de uma diversidade maior de trabalhadores com níveis superiores de escolarização. Criam-se, assim, condições para que o próprio processo de trabalho seja alterado, numa perspectiva de multidisciplinaridade, de novas formas de participação das diferentes especialidades na gestão do trabalho em saúde, na própria significação que o trabalho de diferentes profissionais pode assumir no processo de trabalho.

Quanto à *feminização da força de trabalho* em saúde, trata-se de um tema que chama atenção dos estudiosos há décadas no Brasil, sendo importante não somente a análise do crescimento da participação das mulheres no setor de saúde, mas também “as especificidades do setor saúde que abriga um contingente expressivo de mulheres” (MACHADO; OLIVEIRA;

MOYSES, 2011, p. 9). Sob o ponto de vista quantitativo, já de acordo com os dados do Censo Demográfico de 2010, as mulheres compreendiam 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor de saúde. Em algumas profissões, como, por exemplo, na Fonoaudiologia, na Nutrição, no Serviço Social, na Enfermagem e na Psicologia, as mulheres compreendem mais do que 80% de participação (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011).

O crescimento da participação feminina, inclusive em áreas profissionais que tradicionalmente estiveram mais vinculadas aos homens (como é o caso da Medicina), não representa uma superação de problemas históricos e relacionados à discriminação de gênero que estão presentes no trabalho em saúde. Pelo contrário, “existem inúmeras questões relacionadas à análise de gênero, que são apontadas por estudos relativos ao mercado de trabalho em geral, mas que não encontram análises correspondentes no setor de saúde” (WERMELINGER *et al.*, 2010, p. 17). Nessa direção, algumas perguntas ainda persistem entre os pesquisadores que analisam as relações entre gênero e trabalho em saúde: o quanto o aumento da escolarização das mulheres interfere na composição das profissões? Que mudanças, efetivamente, estão ocorrendo nas históricas desigualdades de gênero que caracterizam os mercados de trabalho (objetivadas em termos de desemprego, tipos de emprego, salários, acesso à proteção legal no trabalho, representação política)? Que mudanças estão ocorrendo nas relações de poder e até que ponto essas mudanças (quando ocorrem) garantem maior equidade entre homens e mulheres? Observam-se tendências de maior equidade (entre homens e mulheres) nas políticas de recursos humanos e que, afinal, definem as condições de mobilidade, de aumento salarial, de acesso a cargos de chefia? Essas e outras perguntas são expressivas de uma condição histórica em que as mudanças nas condições das mulheres no mercado de trabalho não podem ser tomadas como um dado, mas, antes, como um problema a ser investigado (WERMELINGER *et al.*, 2010).

Em relação à *flexibilidade dos vínculos empregatícios* no trabalho em saúde, é importante destacar que “apesar dos avanços do SUS a precari-

zação ainda se constitui como um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros” (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2011, p. 10).

A partir dos anos 1990, num contexto de governos orientados pelo ideário neoliberal, a própria contratação do funcionalismo público, nas diferentes esferas de governo, desde a nacional até as municipais, passou a ser “flexibilizada”. Krein (2007) registra que, no período entre 1995 e 2005, as formas de contratação de serviços públicos não efetivos cresceram de 8,9% (1995) para 18,3% (2005), em que pese a Constituição de 1988 e as decisões do Regime Jurídico Único terem estabelecido o concurso público como forma de ingresso no serviço público. Segundo o autor, no mesmo período houve aumento das terceirizações e dos contratos temporários nos serviços públicos. No caso das terceirizações, estas foram motivadas pela promessa de maior eficiência na gestão privada, pela possibilidade de driblar a Lei de Responsabilidade Fiscal (os gastos com terceirização não precisam ser calculados como despesa de pessoal), pela maior facilidade de os administradores públicos utilizarem os terceirizados de acordo com seus interesses políticos e administrativos e pela inexistência de investimentos nos serviços públicos (KREIN, 2007). E, no caso dos contratos temporários, estes foram viabilizados por legislações específicas e visaram dar conta de “necessidades emergenciais” (em especial na saúde e na educação), suprimindo a falta de profissionais concursados (KREIN, 2007).

Portanto, durante os anos 1990, num contexto de políticas governamentais orientadas pelo neoliberalismo, a precarização do trabalho em saúde ganhou maiores proporções. O processo de precarização no trabalho em saúde durante a década de 1990, inclusive, foi amplamente registrado pela bibliografia que analisou transformações que ocorreram no trabalho, na organização do processo de trabalho e nos mercados de trabalho em saúde no Brasil (MACHADO *et al.*, 1992; MENDES-GONÇALVES, 1994; SCHRAIBER, 1993; 1995; 1996; GITAHY, 1994; PEDUZZI, 2002; PIRES, 1998).

Denise Pires, por exemplo, analisou como o “processo de reestruturação produtiva” estava influenciando o setor de saúde e, inclusive, a organização do processo de trabalho em saúde no decorrer da década

de 1990. Na conclusão de sua tese de doutoramento, Pires (1998, p. 233-243) apresentou um conjunto de 19 proposições, a partir das quais fez algumas generalizações sobre o que estava acontecendo com o trabalho em saúde naquele período. Dentre suas conclusões, destacou que tanto nos serviços públicos quanto nos serviços privados, “quando os custos envolvidos na sua produção passam a ser inviáveis, economicamente”, diversas saídas estavam sendo utilizadas: a “introdução de inovações tecnológico-organizacionais”, a “redução da força de trabalho”, a “redução da força de trabalho qualificada”, a “redução de salários”, a “precarização das relações de trabalho” e a “externalização” (PIRES, 1998, p. 234).

A partir dos anos 2000, embora tenha ocorrido uma diminuição no processo de precarização do trabalho, este não deixou de estar presente nas relações de trabalho em saúde no país. Como atesta, inclusive, um documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) produzido em 2012 ao registrar a utilização da terceirização nos serviços de saúde no país: “o sistema de saúde brasileiro incorporou a terceirização de serviços com matizes diferentes em números e formas de adoção [...] mas o faz de modo igualmente preocupante para a formação harmônica das equipes e para a boa condução das políticas e práticas” (CONASS, 2012, p. 14).

O mesmo documento, num tom crítico à flexibilização das formas de contratação de serviços públicos no país, registra as diferentes estratégias que já a partir da década de 1990 (mas também ao longo dos anos 2000) passaram a ser utilizadas na gestão de pessoal na área da saúde pública: contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados, contratos de gestão com organizações sociais e convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (CONASS, 2012, p. 16).

Ainda que reconheça que essas “modalidades de gestão de pessoal” estejam presentes, “de forma diferente”, “entre as próprias regiões e mesmo entre os estados de uma mesma região”, o documento do CONASS aponta para uma realidade nos municípios que se tornou mais “difícil”.

Segundo o documento, em 2001, 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentavam vínculos precários de trabalho e estavam, portanto, desprotegidos “em relação à legislação trabalhista” (CONASS, 2012, p. 18).

Os aspectos abordados até aqui e relacionados à dinâmica dos mercados de trabalho em saúde no Brasil a partir dos anos 1990 certamente são muito importantes para a compreensão das transformações que ocorreram no trabalho e na organização do processo de trabalho em saúde no Brasil desde aquela década. No entanto, há outra questão ainda que requer uma análise cuidadosa: que mudanças têm ocorrido no processo de trabalho em saúde, seja em função de inovações tecnológicas e organizacionais, seja em função das próprias políticas públicas na área da saúde adotadas com a implantação do SUS e a partir de políticas neoliberais?

Destaque-se que o processo de trabalho em saúde compreende uma organização diversa. O trabalho em saúde ocorre em instituições públicas e privadas. Nas instituições públicas ocorre em hospitais, ambulatorios, unidades de saúde e estratégias saúde da família; nas instituições privadas ocorre em hospitais, clínicas e consultórios privados. Nessa diversidade, os elementos do processo de trabalho em saúde podem variar. Assim, por exemplo, o processo de trabalho num hospital pode estar vinculado diretamente à cura de doenças, enquanto numa ESF a cura não é a questão norteadora das ações, mas, antes, a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Num consultório médico, o grupo de profissionais que atuam pode ser restrito (se resumir a um profissional – o médico ou o dentista, por exemplo), enquanto num hospital, numa unidade básica de saúde ou numa estratégia saúde da família atuam equipes de saúde. Os instrumentos de trabalho, bem como os conhecimentos que estão implicados num processo de trabalho, se alteram entre os locais que se responsabilizam ou por baixa, ou por média, ou por alta complexidade.²

² Teoricamente, a relação mais duradoura dos agentes de saúde com indivíduos e comunidades requer um diálogo mais atento com os saberes e as práticas desses indivíduos e dessas

Talvez seja em função da diversidade de trabalhos em saúde que a bibliografia especializada tende a analisar condições específicas de organização do processo de trabalho em saúde: numa ou mais instituições; a partir do trabalho de uma categoria profissional; numa unidade básica de saúde; numa estratégia saúde da família etc. De qualquer forma, ainda durante a década de 1990, vários teóricos (MENDES-GONÇALVES, 1994, ; MERHY, 1994, 1997, 2002,; PIRES, 1998) se ocuparam com a análise de dinâmicas de reestruturação produtiva, transição tecnológica e organização do processo de trabalho em saúde, permitindo que aspectos importantes das mudanças que ocorreram desde então no processo de trabalho fossem indicados.

Os trabalhos de Denise Pires, por exemplo, ilustram uma tendência de reflexão teórica sobre o processo de trabalho que, desde os anos 1990, vem investigando as transformações no trabalho em saúde num contexto de inovações tecnológicas e organizacionais, de implantação do SUS e de políticas neoliberais. Pires (1998, p. 233) situa-se entre aqueles autores “que mostram o trabalho em saúde como parte de uma totalidade, que é histórica e socialmente determinada”. Criticando as “abordagens estrutural-funcionalistas” e as análises deterministas que se inscrevem numa tradição de reflexão marxista, Pires (1998, p. 30) destaca que a organização do processo de trabalho em saúde precisa ser considerada “como fenômeno social que implica e é resultante de relações sociais, do jogo político e da disputa de interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida, inserção de classe e características culturais”. Essa é uma análise, portanto, que está atenta às contingências do processo histórico, sem se descuidar dos condicionamentos estruturais.

A tese de doutorado de Pires identificou a continuidade de um “modelo tradicional de assistência” durante os anos 1990 que, “ao invés de possibilitar avanço”, gerava “fragmentação e alienação” no trabalho em saúde na realidade brasileira (PIRES, 1998, p. 162). Tal modelo de assistência, ao mesmo tempo

em que resultava em fragmentação e alienação, reproduzia a hegemonia de profissionais da medicina sobre os demais profissionais, perdendo-se a “riqueza da percepção dos diversos grupos profissionais”, além da “integração interdisciplinar, que possibilitaria um salto qualitativo no patamar de conhecimento e na prática assistencial em saúde” (PIRES, 1998, p. 162).

A reprodução daquele “modelo tradicional de assistir em saúde”, segundo Pires (1998, p. 163-164), estava vinculada à “inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada”; à histórica organização das profissões de saúde, que legitimou “o processo de institucionalização da medicina como detentora legal do saber de saúde, e elemento central do ato assistencial”; ao distanciamento do conhecimento técnico da população, facilitando o autogerenciamento das instituições de saúde e dificultando o controle social sobre elas; à perpetuação do papel de “paciente” para quem recebe a assistência (o qual, ao entrar na instituição, perde sua identidade, precisando aceitar as regras impostas).

Contudo, assinala Pires, a própria natureza do trabalho em saúde, ao mesmo tempo em que permite a reprodução de um modelo tradicional de assistência, também coloca barreiras para esse mesmo modelo. A dificuldade de um controle de todo o processo de trabalho, o domínio de conhecimentos especializados pelos profissionais e a necessidade de os médicos delegarem atividades a outros profissionais que (pelo próprio conhecimento especializado) mantêm certa autonomia são fatores importantes de explicação das contradições inerentes àquele modelo assistencial (PIRES, 1998, p. 172).

Essas características do trabalho, no entanto, não diminuem a importância das diferentes relações hierárquicas e de poder presentes nas instituições de saúde: entre médicos e demais profissionais; entre profissionais de nível superior e profissionais de nível médio e elementar; entre chefes e seus subordinados (PIRES, 1998, p. 173). Todavia, são fatores importantes para que o trabalho, realizado por diferentes profissionais, ganhe características peculiares, garantindo, inclusive e como indicado, espaços de autonomia para os trabalhadores.

Um ponto importante destacado por Pires naquela década de 1990 é que o trabalho em saúde era institucionalizado, realizado em espaço ambulatorial ou hospitalar, resultando num trabalho em que o médico ocupa um espaço central de poder. De modo geral, os técnicos de nível superior mantêm certa autonomia profissional, não há uma completa separação entre concepção e execução e a integração tecnológica não produz “uma completa dependência do trabalhador à máquina ou à instituição empregadora. Os médicos determinam o *como* fazer, e, sem o seu trabalho, as máquinas não podem funcionar” (PIRES, 1998, p. 101-102, grifo da autora).

Ainda que ressaltando a continuidade de um modelo tradicional de assistência, Pires (1998, p. 175) também identificou mudanças importantes no processo de trabalho naquele período: “apesar do trabalho assistencial em saúde continuar sendo, prioritariamente, compartimentalizado, sem espaços de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais sobre o paciente”, algumas situações indicavam rompimento do modelo tradicional e a possibilidade de um trabalho do tipo cooperativo. Entre essas situações, Pires (1998, p. 175-176) registrou “a realização de procedimentos conjuntos por membros da equipe de saúde”, “a formação de equipes de profissionais de saúde para o tratamento de problemas específicos ou para a realização de procedimentos especiais”, a “formação de grupos de estudos multidisciplinares”, a “implantação da folha única de registro” (de forma que todos os profissionais de saúde anotam na mesma folha), a participação de diferentes profissionais nos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar e nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.

É preciso destacar também os estudos realizados desde os anos 1990 por Emerson Elias Merhy. Em especial a partir dos anos 2000, em obras publicadas com Túlio Batista Franco, Merhy ressaltava em suas análises uma perspectiva que passou a ser por ele denominada de “micropolítica”. Merhy, desde aquela década, enfatiza “o protagonismo dos sujeitos” no trabalho em saúde, afastando-se (e criticando) análises que consideram de forma *a priori* as “estruturas de formação social” como fatores con-

dicionadores do processo de trabalho em saúde e destacando que esse tipo de trabalho “é algo em permanente processo, de natureza dinâmica, e de mútua constitutividade” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 112).

As análises de Merhy e Franco têm destacado a permanência da hegemonia de um “modelo médico” como “modelo tecnológico de intervenção na saúde” (FRANCO; MERHY, 2013). Esse modelo está fundamentado, segundo o autor, na expansão do ensino clínico, na ênfase na pesquisa biológica, no estímulo à especialização médica; no “desenvolvimento significativo da indústria de equipamentos, que tem conseguido grandes avanços tecnológicos” (medicamentos, equipamentos para diagnósticos e terapias); num amplo trabalho de marketing que não somente consegue colocar equipamentos tecnológicos no mercado mas também forma opinião positiva em torno do modelo, influenciando os prescritores “no seu processo decisório, induzindo ao alto consumo dos seus produtos” (por exemplo, “o uso excessivo de recursos diversos de diagnose e terapia, sem eficácia nenhuma”) (FRANCO; MERHY, 2013, p. 114-115). É um modelo de saúde que tem três efeitos imediatos no processo de produção em saúde:

o primeiro, quanto à estruturação do processo de trabalho em saúde, que passa a operar centrado nas tecnologias duras e leve-duras, isto é, em máquinas e conhecimentos especializados [...];

o segundo é que a partir daí verifica-se uma baixa eficácia na resolatividade dos serviços de saúde, pois a simplificação dos problemas de saúde, como problemas centrados no corpo [...] levam à construção de projetos terapêuticos reducionistas e parciais, ficando sempre um déficit de questões a serem resolvidas [...];

o terceiro, os custos da saúde são majorados de forma extraordinária, na medida em que os recursos utilizados são de alto valor agregado e são usados de forma exacerbada, quanto à real necessidade do usuário (FRANCO; MERHY, 2013, p. 115).

Mesmo mantendo a hegemonia, o “modelo médico” entrou em crise de financiamento nas últimas décadas, a partir do que diferentes “soluções” passaram a ser propostas. Em relação aos serviços públicos de saúde, as soluções propostas incluem a minimização das políticas públicas, a adoção de ações mais focais (políticas públicas compensatórias) e a desoneração do Estado por serviços para setores que “podem” “arcar com os custos de suas necessidades de proteção” (terceirização e privatização de serviços públicos) (FRANCO; MERHY, 2013, p. 119).

Nesse contexto de orientação neoliberal, as próprias políticas que enfatizam as ações na saúde básica passaram a ser “funcionais”, pois podem ser organizadas de modo a desonerar os espaços que se organizam com maior presença de equipamentos tecnológicos e conhecimentos especializados (força de trabalho que, por exemplo, recebe maiores salários). A “reestruturação produtiva” na saúde, nesse sentido, implica uma reorganização da produção da saúde, atribuindo maior importância a espaços que não exigem grandes investimentos, sem necessariamente, contudo, alterar os modelos tradicionais de organização do trabalho (FRANCO; MERHY, 2013, p. 129).

A produção privada de serviços de saúde também é alterada, numa perspectiva de diminuição dos custos da produção e aumento da lucratividade das empresas. Franco e Merhy (2013) sugerem como exemplo “algumas empresas no campo dos planos de saúde” a partir das quais é possível observar “situações paradoxais”. Por um lado, essas empresas procuram gerenciar os serviços de saúde de modo que os usuários não recorram tanto ao “sistema”, não utilizando espaços que oferecem tecnologias duras ou leve-duras (equipamentos tecnológicos e serviços especializados), o que, evidentemente, aumenta os lucros dessas empresas, afinal, o “bom usuário” para os planos de saúde é aquele que, de preferência, não utiliza os serviços, tendo o plano, nesse sentido, uma “função” de “seguro-saúde”. Por outro lado, essas mudanças gerenciais na produção de saúde não impulsionam o rompimento de um modelo centrado no atendimento hospitalar, na especialização médica, no uso dos avanços tecnológicos e no processo de mercantilização do ato de

cuidar (FRANCO; MERHY, 2013, p. 130). Nesse contexto, uma indicação dos autores, em tom de conclusão, sobre o mercado de saúde no Brasil é muito significativa:

De um lado, o mercado que conta com a intensa produção de procedimentos centrada no profissional médico; de outro, o mercado que aposta na produção de um cuidado gerido, que só incorpora tecnologias duras, de custo crescente, sob a batuta de uma outra lógica (econômico-administrativa), que se realiza pela produção de produtos relacionais, como: mais controle sobre a gestão do cuidado, mais práticas de vinculação e referência entre profissional de saúde e usuário do serviço, práticas mais persistentes e permanentes, que visam diminuir riscos de utilização de tecnologias de alto custo, entre outros (FRANCO; MERHY, 2013, p. 133).

Essa última estratégia (gerenciamento das práticas de cuidado), no caso dos serviços privados de saúde, pode levar a um controle maior por parte das empresas no campo dos planos de saúde, inclusive sobre o trabalho de médicos (controle do ato prescritivo do médico), o que pode ocorrer através de “protocolos técnicos” e auditorias administrativas, estas com poder de “autorizar procedimentos que fogem à norma previamente estabelecida” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 144).

Mesmo que de locais teórico-metodológicos diferentes, Pires e Merhy (este último mais recentemente acompanhado por Túlio Franco) certamente contribuem com suas investigações para a indicação de algumas tendências principais: a permanência hegemônica de um “modelo tradicional”, que reproduz uma dinâmica de organização da produção em saúde centrada no profissional médico, decorrendo daí a permanência de relações desiguais entre os diferentes profissionais e dificuldades de avanço de propostas e de ações comprometidas com a interdisciplinaridade; a importância dos contextos sociopolíticos na condução de mudanças

no processo de trabalho; a relevância da indústria de equipamentos e dos avanços tecnológicos na produção da saúde; a afirmação de lógicas organizacionais comprometidas com uma perspectiva neoliberal de organização dos serviços (minimização do compromisso estatal com a saúde) e com a mercantilização (“financeirização da saúde”), do que decorre, inclusive, que experiências de saúde básica, entre as quais a própria ESF, tenham uma funcionalidade na busca de condições mais favoráveis para que a minimização do compromisso estatal possa efetivamente ocorrer; a presença de lógicas organizacionais que se utilizam de instrumentos, práticas e propostas oriundas de empresas privadas para a reestruturação dos serviços de saúde e da organização do trabalho em saúde.

Considerações finais

As questões abordadas no presente estudo estão relacionadas às mudanças que ocorrem no trabalho em saúde no Brasil desde a década de 1990. Como questão central, atenta-se para a necessidade de essas mudanças serem compreendidas, por um lado, a partir do processo histórico de implantação do SUS no Brasil e suas implicações sobre o trabalho e sobre as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde e, por outro lado, a partir das transformações que desde as últimas décadas do século XX ocorrem no trabalho e nas formas de organização do trabalho, em decorrência não somente de uma intensa revolução técnico-científica e de diferentes inovações organizacionais, mas, fundamentalmente, do modo como essas transformações técnico-científicas e organizacionais são integradas na dinâmica histórica de desenvolvimento das formações sociais capitalistas, em especial da formação social brasileira.

A implantação do SUS, a partir dos anos 1990, ocorreu num contexto histórico em que passaram a conviver lado a lado e não sem contradições projetos de humanização dos serviços de saúde, numa perspectiva de valorização dos trabalhadores de saúde e de construção de espaços de autonomia profissional, e projetos de reformas nos serviços públicos que se orientaram pela perspectiva não somente da desregulamentação, da privatização e da

flexibilização das relações de trabalho mas também da busca de eficiência e de qualidade nos serviços de saúde pautada por referências que se constituíram dentro de uma lógica de valorização do capital e, por conseguinte, de intensificação das formas de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores.

Essas mudanças estruturais, ao mesmo tempo em que abrem possibilidades para a análise das tendências gerais, em termos de mudanças nas formas de organização do trabalho e da produção dos serviços em saúde, remetem à necessidade de uma atenção aos contextos concretos de organização do trabalho em saúde, sejam eles definidos a partir da natureza do trabalho realizado (por exemplo, numa ESF ou num hospital), sejam eles definidos a partir da escala (local, regional ou estadual) de construção das políticas públicas de saúde.

Referências

BALESTRIN, Francisco. A participação do capital estrangeiro na assistência à saúde no Brasil. *Debates GVSaúde*, Edição Especial, 2015, p. 59-60.

BATISTA, Karina Barros Calife.; GONÇALVES, Otilia Ssimões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/07.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. A era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.

CONASS. *Gestão do trabalho e da educação na saúde*. Brasília, DF: Conass, 2012.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos*. São Paulo: Hucitec, 2013.

GITAHY, Leda. Inovação tecnológica, subcontratação e mercado de trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 144-153, 1994. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/vo8n01/vo8n01_16.pdf. Acesso em: 8 jan. 2017.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

HARVEY, David. *A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 1993.

KREIN, José Dari. *Tendências recentes nas relações de emprego no Brasil 1990-2005*. 2007. 347 f. Tese. (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

LIMA, Letícia de *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan./Mar. 2014, p. 17-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0017.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

MACHADO, Maria Helena *et al.* *O mercado de trabalho em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ensp, 1992.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSES, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, Celia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tania (org.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2011, p. 103-116.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. Características tecnológicas do processo de trabalho em saúde na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994, p. 117-160.

PAIM, Jairnilson Silva. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v1n1/07.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

PEDUZZI, Marina. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Anna Blume, 1998.

SCHRAIBER, Lilia Blima. *Medicina liberal e incorporação de tecnologia. As transformações históricas na autonomia profissional dos médicos em São Paulo*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1993.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Ética e Subjetividade no Trabalho em Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 12, n.12, p. 45-50, 1996.

SCHRAIBER, Lilia Blima. O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995.

WERMELINGER, Mônica *et al.* A força de trabalho do setor de saúde no brasil: focalizando a feminização. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, 2010.

MUDANÇAS NO “MUNDO DO TRABALHO” E A SAÚDE DAS PESSOAS QUE VIVEM DO TRABALHO

LUCIANE MARIA SCHMIDT ALVES
SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG
MARCO ANDRÉ CADONÁ

Introdução

Este texto trata das mudanças que vêm ocorrendo no mundo do trabalho e suas repercussões nas formas de organização da produção, no controle sobre o trabalhador e na saúde das pessoas que vivem do trabalho. Para esta revisão teórica, de cunho reflexivo, as questões norteadoras foram as listadas a seguir. Como as transformações que ocorrem no modo de produção capitalista desde as últimas décadas do século XX, em particular as que se dão no trabalho e nas formas de organização do processo de trabalho, repercutem na saúde das pessoas que vivem do trabalho? Mais especificamente no Brasil, quais são as questões principais que ocupam pesquisadores e teóricos vinculados à saúde dos trabalhadores quando analisam as mudanças que ocorrem especialmente a partir da década de 1980 na sociedade brasileira? É possível identificar tendências quando se analisam as repercussões das dinâmicas de reestruturação produtiva sobre os trabalhadores e, mais especificamente, sobre a saúde/doença dos trabalhadores?

Tais questões indicam problemáticas que, evidentemente, não podem ser enfrentadas amplamente nos limites deste texto. Nesse sentido, busca-se analisar algumas tendências sobre o que tem acontecido com o trabalho humano a partir das últimas décadas do século XX para então, à luz da bibliografia consultada, analisar algumas repercussões dessas mudanças sobre a saúde dos trabalhadores.

Antunes (2006, p. 15), a partir da experiência histórica brasileira, afirma que, no contexto do trabalho, uma “onda enorme de desregulamentações nas mais distintas esferas do mundo do trabalho” foi desencadeada pelas transformações que ocorreram no capitalismo a partir das duas últimas décadas do século XX. A essa “onda” de desregulamentação do mundo do trabalho se somaram “transformações no plano da organização sociotécnica da produção, presenciando-se, ainda, um processo de reterritorialização e mesmo desterritorialização da produção” (ANTUNES, 2006, p. 15).

Essas transformações, no entanto, não são singulares à experiência brasileira, expressando algumas tendências que têm sido observadas em diferentes partes do planeta, inclusive nos países capitalistas centrais. Tais transformações estão definindo um novo mundo do trabalho, onde algumas tendências já podem ser indicadas a partir dos diferentes e diversificados estudos que se ocupam com essas mudanças.

É importante destacar que o próprio trabalho, enquanto atividade humana, passou por transformações significativas, decorrentes do modo como a dinâmica do capital torna funcional aos seus interesses a revolução técnico-científica, mas também organizacional. Entre essas transformações, enfatiza-se a necessidade de maior conhecimento, desde a produção em uma linha de montagem até a realização de atividades com natureza mais intelectualizada. A tecnologia, as novas formas de organização do trabalho e da produção, as possibilidades colocadas por cada nova descoberta e a competição nos mercados expressam uma dinâmica em que o conhecimento se tornou cada vez mais importante para ampliar a capacidade de controle sobre o trabalho e sobre a produção, mas também para aumentar a competitividade dos produtos e serviços (ANTUNES, 2006).

Para o trabalhador, essa nova cultura do trabalho, não raras vezes, resulta numa intensificação da alienação no trabalho, que se expressa na necessidade de manter-se atualizado, de incorporar e naturalizar um espírito de insegurança cognitiva, ampliando seu tempo disponível, inclusive o tempo de lazer, para alcançar uma condição mínima que lhe permita manter-se enquanto proprietário de uma mercadoria, sua força de trabalho.

No contexto de transformações no modo de produção capitalista, observam-se mudanças significativas na maneira como as relações sociais condicionam a organização dos mercados de trabalho, nas formas de inserção dos trabalhadores nos mercados de trabalho, na organização do processo produtivo e de trabalho e na própria formação da identidade e da subjetividade dos trabalhadores.

Sob o ponto de vista da saúde dos trabalhadores, novas formas de adoecimento estão presentes nesse contexto histórico de transformações nas sociedades capitalistas. Também estão presentes novas formas de abordagem e enfrentamento aos problemas relacionados à saúde do trabalhador, com destaque para tendências que privatizam sua saúde, seja porque a descaracterizam como uma questão de saúde pública, seja porque se mostram comprometidas com um pressuposto de individualização das relações sociais, do qual resulta uma crescente responsabilização dos indivíduos pelos riscos que enfrentam no âmbito do trabalho.

Desemprego, mudanças no processo produtivo e repercussões na saúde dos trabalhadores

Nas sociedades contemporâneas, um número crescente de trabalhadores não encontra trabalho. Observa-se, em diferentes partes do planeta, um desemprego estrutural que decorre de inovações tecnológicas e organizacionais, mas também das políticas neoliberais de estabilização econômica, de dinâmicas de mundialização do capital, do modo como empresas redefinem suas estratégias de produção e de competição no mercado (OBSERVADOR, 2017).

Para muitos trabalhadores que vivenciam o desemprego, não resta alternativa senão a inserção em ocupações precárias, na informalidade, ou então em empregos temporários, de meio expediente, por tempo determinado. Em períodos em que o desemprego aumenta, o mercado informal também se mostra muito expressivo, alcançando taxas superiores ao 50% em algumas regiões metropolitanas. Certamente esse já não é mais um fenômeno presente apenas nas “periferias” do capitalismo, pois também nos países capitalistas centrais a precarização nos empregos tem atingido um número crescente de trabalhadores. Castells (1999), no final dos anos 1990, ao analisar as repercussões da “sociedade em rede”, caracterizada por uma mudança na sua forma de organização social, possibilitada pelo surgimento das tecnologias de informação num período de coincidência temporal com uma necessidade de mudança econômica, no trabalho e nos mercados de trabalho, já indicava essa situação:

Tendências para a flexibilidade – motivadas pela concorrência e impulsionadas pela tecnologia – fundamentam a atual transformação dos esquemas de trabalho. As categorias de trabalho que mais crescem são o trabalho temporário e o trabalho de meio-expediente [*sic*]. Em alguns países, como a Itália e o Reino Unido, mais uma vez, o trabalho autônomo está se tornando um componente substancial da força de trabalho (CASTELLS, 1999, p. 286).

Esse é um contexto histórico em que, para contingentes enormes de trabalhadores, a precarização e a insegurança têm se tornado cada vez mais presentes, definindo suas trajetórias profissionais e suas condições de vida:

[...] o que torna a situação grave é que a precarização e a insegurança [...] avançam por toda a parte no mundo do trabalho: o trabalho sem garantias e mal pago está se alastrando como uma mancha de óleo, ao passo que mesmo o

trabalho mais estável está sofrendo uma pressão em direção à intensificação sem precedentes à plena disponibilidade para uma submissão aos mais diversificados horários de trabalho (MÉSZÁROS, 2006, p. 37).

Trabalhadores que vivenciam essas experiências de precarização e de insegurança certamente têm em suas trajetórias profissionais a perda de direitos (para aqueles que são obrigados ao deslocamento de um trabalho protegido por lei para condições mais distantes de uma legislação), remunerações comprometidas, dificuldades nas formas de inserção e, mesmo, nas condições de trabalho.

Recentemente, a aprovação de uma reforma trabalhista no Brasil tornou legal o “trabalho intermitente” (DIEESE, 2017), um tipo de emprego que, como enfatizado por MéSZáros (2006), torna o trabalhador um indivíduo disponível para submissão a diferentes horários de trabalho. A descontinuidade e a efemeridade nas experiências de trabalho, a fragilidade nos laços sociais estabelecidos nas comunidades de trabalho, a insegurança quanto às novas formas de inserção no mercado de trabalho e as dificuldades de planejamento a médio e longo prazos são condições existenciais que se tornam cada vez mais próximas desses trabalhadores (MÉSZÁROS, 2006).

Se até este momento, na análise das tendências presentes no “mundo do trabalho”, enfatizaram-se mudanças nos mercados de trabalho e nas formas de inserção dos trabalhadores nos mercados de trabalho, é importante destacar que no interior dos muros das fábricas, nos locais de trabalho, transformações significativas também ocorreram.

Como tendência geral, os processos de produção e de trabalho têm se modificado em função da introdução/adaptação de novas tecnologias e de novas ferramentas organizacionais, estas últimas, muitas vezes, vinculadas às inovações organizacionais que remontam à experiência japonesa de organização do processo de trabalho a partir da segunda metade do século XX. No Brasil, desde a década de 1990, vêm se discutindo questões relacionadas às estratégias empresariais nos locais de trabalho, às singularidades

e às particularidades dos setores econômicos e das regiões nas aplicações/adaptações de novas tecnologias de inovação organizacional e às formas como as inovações repercutem nas condições de trabalho dos trabalhadores, a partir de características como idade, sexo, escolaridade, entre outras.

Um estudo recente e importante nesse sentido foi organizado por Ricardo Antunes. Editado em três volumes a partir de 2006, o referido estudo reúne grande número de capítulos, muitos dos quais são resultado de pesquisas realizadas em diferentes regiões do país, a partir da referência empírica de diferentes setores econômicos. Para ilustrar a diversidade e a complexidade das inovações tecnológicas e organizacionais, a seguir trazemos as contribuições de alguns autores que compuseram a obra organizada por Ricardo Antunes.

Jinkings e Amorim (2006) analisam a situação na indústria têxtil e de confecção no Brasil, tomando como referências empíricas pesquisas por elas realizadas na indústria têxtil no Estado de Santa Catarina e estudos desenvolvidos sobre o setor no país, além de uma pesquisa sobre uma empresa multinacional do setor na realidade brasileira. Ao analisar o processo de reestruturação produtiva na indústria têxtil catarinense, as autoras indicam que principalmente as grandes empresas do setor introduziram a partir dos anos 1990 novas tecnologias, promovendo muitas alterações no processo e na organização do sistema produtivo. Em relação às inovações tecnológicas, destacam os “teares circulares automáticos com controle computadorizado” na malharia, as “máquinas novas com dispositivos eletrônicos na caldeiraria e tinturaria”, as máquinas com controle computadorizado na peluciadeira, no corte de malhas e no setor de bordado e o uso de teares a jato de ar com componentes de microeletrônica nas tecelagens de tecidos lisos (JINKINGS; AMORIM, 2006, p. 346).

Simultaneamente, novos padrões organizacionais foram adotados: a implantação de programas de controle de qualidade total e *just-in-time*, com as consequentes estratégias empresariais de mobilização dos trabalhadores com vistas à assimilação destes à cultura organizacional implantada; a reorganização espacial das fábricas e a implantação de células de produção, havendo nestas últimas novos e intensos mecanis-

mos de controle sobre o trabalho individual e coletivo; e a terceirização. Segundo as autoras, todas essas alterações produzidas nas formas de organização do trabalho e da produção “acarretam mudanças expressivas nas condições de trabalho”:

[...] uma brutal redução do tempo no processo produtivo tem incrementado sobremaneira a produtividade do trabalho. Além disso, houve um aumento do número de máquinas controladas por cada trabalhador, ocasionando uma aguda intensificação do ritmo de trabalho. Ressalte-se, ainda, a pressão cotidiana por metas de produtividade, numa conjuntura de insegurança generalizada diante da constante ameaça da perda do emprego (JINKINGS; AMORIM, 2006, p. 371).

Também consideraram preocupante o controle e a subordinação a que os trabalhadores estão submetidos desde o momento em que são contratados pela empresa:

Após a admissão, o critério fundamental para as funcionárias permanecerem na empresa era alcançar um índice de 99% de qualidade e um mínimo de 75% de produtividade. Essa porcentagem deveria atingir, progressivamente, o intervalo entre 90 e 100% [...]. Para alcançar as metas de produtividade, a produção era organizada de tal modo que facilitasse o aumento do ritmo de trabalho e eliminasse os movimentos desnecessários (JINKINGS; AMORIM, 2006, p. 371-372).

Esses estudos e reflexões realizados pelas autoras são importantes para a compreensão de aspectos fundamentais da lógica de reestruturação produtiva presente desde os anos 1990 na indústria da confecção no Brasil, um setor econômico cuja produção é realizada principalmente por mulheres.

O texto de Lima (2006) sobre a empresa da Toyota no Brasil tem grande importância para uma análise de como uma empresa japonesa

adota princípios de controle sobre o trabalho e sobre os trabalhadores em diferentes contextos geográficos e culturais. Em uma das análises relacionadas à existência de trabalho em equipe, a autora destaca uma nova denominação para os líderes de equipes, os “expert (EX)”. O líder expert EX identifica na equipe um tipo de trabalhador multifuncional que tem ampla capacitação e que exerce liderança entre os trabalhadores. Esse trabalhador é “um elo – selecionado e indicado pelas hierarquias – entre os outros níveis da direção e o chão de fábrica. Ele amortece os descontentamentos e incita os outros trabalhadores ao engajamento” (LIMA, 2006, p. 132).

O “líder EX” é preparado também para ser uma liderança política, dentro da estratégia do modelo japonês de esvaziamento da mobilização dos trabalhadores e da intervenção da própria empresa na definição de suas lideranças. Nesse sentido, o estudo indica que os operadores multifuncionais que tiveram atuação política destacada numa paralisação que ocorreu na Toyota de Indaiatuba em 1999 foram promovidos a EX (LIMA, 2006).

Por fim, Faria e Previtali (2013) refletem acerca das dinâmicas de reestruturação produtiva das empresas do setor fumageiro no Brasil. Sua análise, em uma fábrica de cigarros em Minas Gerais, indica que as empresas fumageiras, desde os anos 1990, adotam programas de qualidade total, *just-in-time* e flexibilização de jornadas de trabalho (banco de horas).

Segundo as autoras, o início do processo de reestruturação produtiva nas fábricas de cigarros dessa empresa compreendeu inovações tecnológicas, terceirizações, inovações organizacionais e realocação geográfica, permitindo que a produção realizada em fábricas localizadas em Porto Alegre, Rio de Janeiro, São Paulo, Recife, Belo Horizonte, Belém e Salvador fosse completamente assumida pela fábrica de Minas Gerais, com equipamentos de alta tecnologia. No período entre 1995 e 2007, com as inovações tecnológicas e organizacionais realizadas na fábrica de Minas Gerais, foi possível reduzir em mais de 50% o número de trabalhadores da fábrica (FARIA; PREVITALI, 2013).

A saúde dos trabalhadores de segmentos produtivos no contexto das transformações societárias e do trabalho

As transformações dos processos produtivos descritas anteriormente podem impactar na saúde e no adoecimento dos trabalhadores. Entende-se que no que diz respeito às repercussões da reestruturação produtiva surge um aumento no número de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, com novas enfermidades e novos desafios. Isso ocorre tanto nas grandes empresas, onde são mais intensas as inovações tecnológicas e organizacionais e os trabalhadores estão mais expostos à flexibilização e à intensificação do ritmo de trabalho, quanto nas situações em que os trabalhadores atuam com vínculos empregatícios diversificados, vivenciando condições precárias de trabalho, sofrendo as consequências da limitada incorporação tecnológica, de longas jornadas de trabalho e muitas vezes de despóticas relações de trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Portanto, os locais de trabalho, num quadro histórico de crescente precarização que se manifesta sob diferentes formas de insegurança, tornam-se cada vez mais espaços e tempos de sofrimento. **Segundo Dejours (1999), ambientes de trabalho que valorizam a competição, a cultura do estresse**, com discurso de inovação e adaptação às mudanças de forma permanente, tendem a desenvolver nos trabalhadores um “medo da incompetência”, o que pode provocar situações que implicam “riscos para a segurança das pessoas ou das instalações”:

Em situações de trabalho comuns, é frequente verificarem-se incidentes e acidentes cuja origem [...] não se consegue jamais entender e que abalam e desestabilizam os trabalhadores mais experientes. Isso vale para a pilotagem de aviões, a condução de indústria de processamento e todas as situações de trabalho tecnicamente complexas que implicam riscos [...]. Em tais situações, muitas vezes os trabalhadores não têm como saber se suas falhas se devem à sua incompetência ou a anomalias do sistema técnico. E essa fonte de perplexidade

é também a causa de angústia e sofrimento, que tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar convenientemente situações incomuns ou incertas, as quais, precisamente, exigem responsabilidade (DEJOURS, 1999, p. 31).

As teorias de Dejours permitem perceber, ainda, duas outras causas de sofrimento no trabalho, características de ambientes transformados tecnológica e organizacionalmente nas sociedades contemporâneas: “a pressão para trabalhar mal” e a dificuldade de reconhecimento ou a ausência de esperança de reconhecimento. Em relação à primeira causa, trata-se de situações em que o trabalhador “sabe o que deve fazer”, mas não “pode fazê-lo porque o impedem as pressões sociais do trabalho”. Ou seja:

Colegas criam-lhe obstáculos, o ambiente social é péssimo, cada qual trabalha por si, enquanto todos sonegam informações, prejudicando assim a cooperação etc. Nas tarefas ditas de execução sobeja esse tipo de contradições em que o trabalhador se vê de algum modo impedido de fazer corretamente seu trabalho, constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si (DEJOURS, 1999, p. 31).

Nessa direção, ainda que em muitos locais de trabalho os trabalhadores estejam atuando em grupos ou células de produção, há uma pressão sobre todos para o alcance das metas, para aumentar a produtividade, provocando, muitas vezes, competição entre os próprios trabalhadores, além de criar uma cultura do controle mútuo, que tem enorme capacidade de criar conflitos e disputas entre os próprios trabalhadores. Nos locais de trabalho em que as metas precisam ser alcançadas e os bônus por esse alcance são coletivos, todos precisam colaborar, ninguém pode ficar para trás, sob pena de estar prejudicando o coletivo.

Uma terceira causa de sofrimento no trabalho indicada nas teorias de Dejours (1999, p. 33-34) decorre do que ele analisa como situações “sem esperança de reconhecimento”. Pode-se afirmar que, por mais que os discursos motivacionais tentem convencer os indivíduos quanto aos ambientes motivadores e capazes de colocar o trabalho como atividade de realização plena, os planos de demissão que decorrem de um projeto de reestruturação produtiva, a necessidade de interiorizar uma cultura da efemeridade e a própria condição de quem trabalha em ambientes que estão cobrando, a todo momento, algo a mais são fatores que corroem a capacidade de realização no trabalho.

Certamente que as três causas de sofrimento no trabalho destacadas por Dejours não dão conta de todas as diferentes situações que trabalhadores e trabalhadoras vivenciam em seus locais de trabalho, enquanto sujeitos inseridos num mundo do trabalho em profundas transformações. Portanto, as diferentes situações apresentadas e analisadas se ocupam com a relação trabalho, reestruturação produtiva e saúde/doença dos trabalhadores, enfatizando singularidades que decorrem dos locais de trabalho, dos setores econômicos, dos grupos de trabalhadores etc.

Nesse sentido, destacam-se estudos como os coordenados por Codo (1999), abordando as condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores em educação no Brasil. Um desses estudos compreendeu 52 mil trabalhadores que atuavam na educação, em 1.440 escolas localizadas em diferentes partes do território brasileiro e, ao final, concluiu que 48% dos educadores do país sofrem algum tipo de Síndrome de Burnout, “uma síndrome da desistência de quem ainda está lá, já desistiu e ainda permanece no trabalho” (CODO; VASQUES-MENEZES, 1999, p. 254). Vale o registro da análise presente em um estudo que enfatiza sobre três focos de tensão dos trabalhadores em educação, que indicou as formas como a Síndrome de Burnout se manifesta: o conflito entre o afeto e a razão, as relações sociais e o controle sobre o meio. O caráter de cuidado é “inerente ao trabalho do professor”, do que resulta que sua relação com os estudantes se estabeleça através do contato direto e imediato, “em um espaço afetivo

denso”. Mas, por outro lado, “há uma ‘racionalia’ pré-definida [sic] à qual o professor está preso, em que determinado conteúdo tem que ser assimilado em determinado tempo, em determinada sequência”. Assim, o trabalho manifesta-se com essa tensão, um “cotidiano de trabalho” que é “todo ele marcado pela polarização, sempre tensa, entre trabalho e afeto”; quando “bem resolvido, é uma grande fonte de prazer no trabalho”. Por outro lado, quando não é bem resolvido, “exaure emocionalmente o professor, ele se defende através da construção de uma perda do envolvimento pessoal no trabalho ou através da tentativa de transformar cada aluno em um número a mais” (CODO; BATISTA, 1999 p. 384-389).

As relações sociais também são fontes de tensão no trabalho do professor. Na sala de aula, desde questões relacionadas ao movimento da sociedade global até as relacionadas ao cotidiano das comunidades estão presentes, e o professor precisa se posicionar diante delas; não como um outro qualquer, e sim como alguém que, de alguma forma, fala de uma posição da verdade, pois se romper com essa posição poderá romper também com a própria relação de confiança que fundamenta o processo pedagógico (CODO; BATISTA, 1999).

O terceiro eixo de tensão e fonte de *burnout* no trabalho de trabalhadores em educação está relacionado com o controle sobre o trabalho. Segundo Codo e Batista (1999), os professores, muitas vezes, consideram que precisam estar no controle de tudo e, em várias situações, de fato a eles é atribuído esse controle total. Todavia, tal controle, não raras vezes, escapa de suas mãos e, diante disso, vencem o desamparo, a desesperança, a impotência, o sofrimento: “o controle sobre o outro, sobre o meio, é, ao mesmo tempo, uma fonte de prazer e inventora de sofrimento” (CODO; BATISTA, 1999, p. 389).

O estudo de Rocha (2013) com camareiras de hotéis mostra uma atividade que se relaciona socialmente ao trabalho doméstico, feminizado, desvalorizado e invisibilizado. A autora destaca que as dores nas costas referidas pelas camareiras sinalizam um trabalho penoso que, muitas vezes, caracteriza a atividade dessas trabalhadoras.

Ainda, a pesquisa realizada por Pagliari e colaboradores (2008, p. 63), sobre o sofrimento psíquico de uma equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada em um hospital público do Paraná, concluiu que o “sofrimento psíquico ocorre em decorrência da organização do trabalho, da falta de recursos materiais e humanos, do não reconhecimento da instituição frente ao trabalho realizado, do relacionamento conflituoso entre profissionais da equipe de enfermagem com as crianças, com a família e com a equipe multiprofissional”. Também identificaram que os profissionais de enfermagem que atuam na equipe investigada utilizam-se de mecanismos de defesa tais como a fuga, a negação, a banalização, fatores que também provocam estresse e ansiedade.

A análise apresentada no presente texto é indicativa da riqueza e da amplitude que se pode encontrar na bibliografia especializada de modo geral, dando conta de como as relações capitalistas de produção redefinem os significados do trabalho e de como em um período histórico recente as dinâmicas da reestruturação produtiva repercutem (quase sempre negativamente) sobre a saúde das pessoas que vivem do trabalho.

Considerações finais

O embasamento teórico que orientou esta reflexão considerou a dinâmica do capitalismo desde as últimas décadas do século XX, fazendo uma articulação com as mudanças no mundo do trabalho e as repercussões nas formas de organização da produção, no controle sobre o trabalhador e, conseqüentemente, na saúde dos que trabalham.

Aponta-se a necessidade de o campo da saúde do trabalhador ser consolidado, reconhecendo a centralidade do trabalho nesse processo. No contexto atual, os males à saúde relacionados ao trabalho apresentam fatores de risco além daqueles identificados pela área da saúde ocupacional nas empresas, que podem ser medidos e classificados.

Os agravos estão mais relacionados às novas formas de organização e de gestão do trabalho, que subjetiva e lentamente adoecem os trabalhadores.

Nesse sentido, entende-se que as condições de trabalho sejam consideradas efetivamente como fatores que podem levar ao adoecimento, envolvendo também os processos subjetivos que não podem ser classificados nos padrões estabelecidos pelas normas regulamentadoras, mas que precisam ser identificados pelos profissionais que cuidam da saúde dos trabalhadores.

Referências

ANTUNES, Ricardo. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III*. São Paulo: Boitempo, 2014.

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho e suas principais tendências. In: ANTUNES, Ricardo. *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 13-28.

ANTUNES, Ricardo. A era da informatização e a época da informalização: riqueza e miséria do trabalho no Brasil. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 15-26.

ANTUNES, Ricardo; PRAUN, Luci. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-ss-soc-123-0407.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.

CODO, Wanderley; BATISTA, Analídia Soria. O outro como produto. In: CODO, Wanderley (Coord.). *Educação, carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 384-389.

CODO, Wanderley; VASQUES-MENEZES, Iône. O que é Burnout? In: CODO, Wanderley (Coord.). *Educação, carinho e trabalho: Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 237-254.

DEJOURS, Christophe. *A banalização da injustiça social*. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DIEESE. *A reforma trabalhista e os impactos para as relações de trabalho no Brasil*. São Paulo: DIEESE. Nota técnica n. 178, 2017.

FARIA, Andréia Farina; PREVITALI, Fabiane Santana. Reestruturação produtiva, relações interfirmas e trabalho no setor fumageiro no Brasil a partir da década de 1990. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 247-268.

JINKINGS, Isabela; AMORIM, Elaine Regina Aguiar. Produção e desregulamentação na indústria têxtil e de confecção. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 337-386.

LIMA, Eurenice. Toyota: a inspiração japonesa e os caminhos do conhecimento. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 115-146.

MÉSZÁROS, István. Desemprego e precarização: um grande desafio para a esquerda. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006. p. 27-44.

OBSERVADOR. *Taxa de desemprego volta a recuar na Europa em junho*. 2017. Disponível em: <https://observador.pt/2017/07/31/taxa-de-desemprego-volta-a-recuar-na-europa-em-junho/>. Acesso em: 16 fev. 2018.

PAGLIARI, Juliane *et al.* Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 63-76, 2008.

ROCHA, Euda Kaliani. Camareira não pode ter dor nas costas, mas a gente tem. In: ANTUNES, Ricardo (org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II*. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 269-286.

TRABALHO E AUTONOMIA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA REGIÃO 28 DE SAÚDE (RS)¹

ALINE FERNANDA FISCHBORN
MARCO ANDRÉ CADONÁ

Introdução

Tomando como referência a análise atenta ao processo histórico de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e suas implicações sobre o trabalho e sobre as condições de trabalho dos trabalhadores em saúde, procura-se abordar a seguinte problemática: como, a partir de contextos concretos de organização do trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), os trabalhadores em saúde enfrentam os dilemas existentes entre a autonomia profissional e o estabelecimento de padrões de controle, de normatização e de padronização dos processos de trabalho?

A criação do SUS em 1988 inseriu-se num contexto de lutas de amplos segmentos da sociedade brasileira (classes populares e de trabalhadores, setores das classes médias) em favor do fim do regime autoritário (1964-1985) e da democratização do Estado brasileiro. Apresentaram-se, então,

¹ As questões que são abordadas neste capítulo se relacionam ao tema “trabalho e autonomia em saúde” e são fruto de um recorte da tese de doutorado da pesquisadora Aline Fernanda Fischborn, intitulada *Trabalho e autonomia dos trabalhadores da saúde: uma análise a partir dos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família da Região 28 de Saúde (RS)*.

diferentes questões relacionadas ao trabalho e aos trabalhadores em saúde. Sua proposta de descentralização dos serviços, numa perspectiva de maior presença local dos trabalhadores em saúde e de atendimento integralizado dos serviços nas regiões (regionalização da saúde), por exemplo, colocou o desafio de estruturar mercados de trabalho em saúde capazes de atender as demandas municipais e regionais, em diferentes partes do País.

A perspectiva de uma gestão participativa, de um trabalho em equipe, de uma concepção de saúde não voltada à doença, mas à promoção da saúde, colocou a necessidade de uma qualificação profissional dos trabalhadores em saúde comprometida com os pressupostos e com os objetivos do novo Sistema de Saúde. A própria estruturação do SUS, ocorrida num contexto histórico em que, no País, o neoliberalismo se tornou cada vez importante nas decisões governamentais (no que diz respeito tanto à amplitude de atuação do Estado quanto à natureza de atuação estatal), resultou em diferentes tipos de tensionamento relacionados ao financiamento do Sistema, aos compromissos das diferentes escalas governamentais e à organização (racionalização x autonomia) do trabalho.

Assim, ainda no início dos anos 1990, as questões relacionadas ao processo de trabalho em saúde, à qualificação profissional dos trabalhadores em saúde (visando capacitá-los para a gestão participativa e para o trabalho em equipe), à inserção e à valorização dos trabalhadores no processo de promoção da saúde, ao comprometimento dos trabalhadores com os ideais e com os pressupostos do SUS e à estruturação de um mercado de trabalho compatível com os princípios do SUS (em especial, com o princípio da descentralização) passaram a ocupar crescentemente as preocupações acadêmicas, mas também as agendas políticas no campo da saúde no Brasil.

É preciso notar, nesse sentido, que tanto a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 quanto a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004 (estratégias usadas visando aumentar o grau de responsabilidades compartilhadas entre os trabalhadores em saúde) ocorreram num determinado contexto histórico. Tal contexto foi marcado por profundas transformações no trabalho e nos modos de

organização do trabalho e da produção, decorrentes e implicadas num processo de reestruturação do capitalismo em nível mundial, e pela hegemonia do ideário neoliberal nas discussões acerca do Estado e da própria gestão e organização dos serviços públicos, inclusive os vinculados à saúde.

Evidencia-se na bibliografia especializada, com significativas repercussões, inclusive, na própria PNH, uma abordagem teórica focada na “micropolítica” do trabalho, que ressalta a conformação do trabalho vivo em ato, o encontro entre o usuário e o trabalhador, tornando o local e o momento do encontro como determinantes para mudanças no processo de trabalho em saúde.

Entende-se, nesse sentido, que a compreensão do trabalho em saúde a partir da perspectiva da micropolítica encontra limitações que decorrem da ênfase dada ao “poder do trabalhador” e à possibilidade de esse poder ser potencializado nos espaços de trabalho, garantindo-lhe maior autonomia. Ao enfatizar o olhar analítico do trabalho em saúde fundamentalmente no âmbito do momento do encontro entre trabalhador e usuário, apesar de ter mostrado avanços no campo da saúde, os teóricos que se inserem nessa perspectiva teórica desconsideram ou relativizam questões complexas que envolvem as situações políticas das relações sociais e que condicionam o trabalho e as ações dos trabalhadores em saúde.

É importante destacar que os espaços concretos de trabalho em saúde configuram-se como espaços de tensões e de contradições para os trabalhadores. Desta forma, a proposta de estudo apresentada neste artigo parte de uma visão segundo a qual a autonomia profissional possível não pode ser pensada independente dos condicionamentos internos e externos que implicam um processo de trabalho. É nesse sentido que a proposta de discussão sobre a autonomia dos trabalhadores em saúde é fundamentada teoricamente a partir das contribuições de dois teóricos: o filósofo Cornelius Castoriadis e o historiador Edward Thompson. Castoriadis (1995) constrói filosoficamente o conceito de autonomia como autocriação, entendendo-o, assim, não como algo dado ou pronto, mas como algo a ser construído, sendo que os espaços de autonomia não dizem respeito apenas ao ambiente de trabalho e às microações no

processo de trabalho individual dos sujeitos, mas são constituídos através das relações sociais e políticas que o trabalhador mantém, marcadas por um processo histórico e em permanente construção.

Por sua vez, para Thompson (1981) a experiência é o espaço/tempo das vivências concretas dos sujeitos, que não se define de forma completamente autônoma, pois as ações sempre são condicionadas por relações sociais de produção, mas permite que se percebam diferentes níveis de autonomia que se constroem pelo modo próprio como os indivíduos e os sujeitos coletivos se colocam no processo histórico. Os condicionamentos existentes, porém, não são absolutos ou determinantes, afinal os espaços e as relações são vivos e dinâmicos e o trabalhador é um ser inacabado (FREIRE, 2008), podendo, assim, se adaptar à lógica de controle e de dominação ou, então, criar movimentos alternativos a essa lógica e construir espaços de autonomia.

Abordagem metodológica

A abordagem metodológica que sustenta o estudo realizado é o materialismo histórico vinculado à tradição marxista de reflexão nas ciências sociais. Nesse trabalho de compreensão dos fenômenos, num movimento que parte do concreto, voltando-se a *ele como um concreto pensado*, algumas categorias são fundamentais: a *totalidade*, a *historicidade*, a *mediação* e a *contradição*.

Nesse sentido, compreender a realidade a partir de sua *totalidade* requer a apreensão de “um conjunto amplo de relações, particularidades e detalhes que são captados numa totalidade que é sempre uma totalidade de totalidades”. A partir da *historicidade* tem-se que a realidade não é abstrata, mas está situada no tempo e no espaço, é constituinte e constituída por relações que são históricas. Essa análise requer, também, atenção às mediações entre as partes e o todo, pois a *mediação* permite que se estabeleçam as conexões entre os diferentes aspectos que caracterizam a realidade, já que “a totalidade existe nas e através das mediações, pelas quais as partes específicas (totalidades parciais) estão relacionadas, numa

série de determinações recíprocas que se modificam constantemente” (MASSON, 2012, p. 4). Com a *contradição* compreende-se que a realidade, que está em constante mudança (do que resulta que ela pode ser transformada), tem uma dinâmica que decorre de suas próprias contradições, da “presença de aspectos e tendências contrários” que permitem que a realidade passe de um estado para outro (MASSON, 2012, p. 4-5).

É nesse sentido, portanto, que se coloca a pretensão de analisar o processo de trabalho em saúde, entendendo que não somente o processo de trabalho em saúde é condicionado por essa dinâmica histórica, mas também as próprias possibilidades dos trabalhadores em saúde se constituíram enquanto sujeitos ativos no processo de trabalho que realizam, construindo espaços de autonomia e de afirmação de suas identidades a partir do trabalho.

Para a discussão dessa problemática, considera-se a experiência de 266 trabalhadores da saúde que atuam na ESF dos municípios da Região 28 de Saúde do Rio Grande do Sul e compõem a equipe básica de Saúde da Família: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.²

As técnicas de pesquisa adotadas, baseadas na “triangulação de dados”, foram as seguintes: formulário de pesquisa, entrevistas semiestruturadas e observações. Somada a essas técnicas, houve a análise documental e de dados secundários, em especial através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do DataSus, a fim de verificar a estruturação do mercado de trabalho na Região 28 de Saúde. A pesquisa seguiu os trâmites éticos exigidos pela resolução 466/2012, sendo autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o protocolo 1.024.611. Todos os participantes receberam o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

² A Região 28 de Saúde é composta de 13 municípios, sendo que 266 trabalhadores responderam ao formulário de pesquisa. Trata-se de uma amostra que (se considerado que o universo de trabalhadores que atuavam em ESFs na referida Região era igual a 300 no momento em que a pesquisa de campo foi realizada) permite que os dados apresentados tenham uma representatividade estatística, com uma margem de erro de 2,02 pontos percentuais e com um nível de confiança de 95% (conforme cálculos utilizados na estatística para a definição de amostragem simples).

O modo de produção capitalista e o trabalho em saúde

As transformações que ocorreram a partir das últimas décadas do século XX no modo de produção capitalista repercutiram nas diferentes formas de trabalho humano. Considera-se que os diferentes setores de produção, os diferentes espaços econômicos e mesmo os diferentes locais de trabalho têm suas formas particulares de adaptação, de integração e de resistência ao processo de reestruturação do capitalismo.

No caso do trabalho em saúde, em que pese sua “essencialidade para vida humana”, mas também suas singularidades enquanto “trabalho vivo em ato” (uma condição em que “o trabalho humano no exato momento em que é executado é que determina a produção do cuidado”) (MERHY; FRANCO, 2006), ele “é parte do setor de serviços” (PIRES, 1998) e, enquanto tal (uma atividade histórica, social, transformada nas sociedades modernas em atividade de serviço), tem uma organização que é “multi-determinada” (PIRES, 1998, p. 19).

As transformações estruturais que ocorreram no modo de produção capitalista (inscritas no processo histórico de afirmação de um “padrão de acumulação flexível”) impulsionaram mudanças significativas no trabalho em saúde a partir das últimas décadas do século XX. A integração de avanços científicos e tecnológicos na área de saúde, por exemplo, foi enorme e crescente: “novos medicamentos e vacinas, próteses, órteses, exoesqueletos, máquinas e equipamentos para diagnóstico e intervenção, robôs cirúrgicos, informação e comunicação instantânea, portuário eletrônico único” (LORENZETI et. al., 2012, p. 436). Desde as ações básicas de saúde até as ações de alta complexidade, os trabalhadores em saúde passaram a conviver mais intensamente com inovações científicas e tecnológicas que os desafiam a novos saberes e a novas práticas de cuidado.

Na mesma direção, a lógica de financeirização e de mundialização do capital repercutiu nas formas históricas de atuação do Estado e, em especial a partir dos anos 1980, o endividamento público comprometeu as finanças públicas, com resultados degradantes para o desenvolvi-

to das políticas públicas, inclusive na área da saúde. Ao mesmo tempo, a “satanização” do Estado, num contexto de afirmação ideológica do neoliberalismo, legitimou uma permanente crítica aos serviços públicos e um crescimento dos serviços privados de saúde, que, no caso brasileiro e num período recente, já respondem por mais de 50% dos investimentos em saúde no País (somente os planos privados de saúde atendiam, em 2015, 30% da população brasileira) (KPGM, 2016).

Porém, no caso específico da formação social brasileira, é importante considerar que a partir da década de 1980 a organização dos serviços de saúde no País passou por transformações que decorreram, também, da criação do SUS, um sistema público de saúde que atribuiu legalmente ao Estado o dever de garantir saúde para toda a população do País (princípio da universalização, presente na Constituição de 1988).

Assim, se é verdade que a partir da década de 1990 diferentes governos orientaram suas ações a partir do neoliberalismo, criando, inclusive, condições mais favoráveis ao avanço do capital privado na saúde do País, também é verdade que se observou a partir daquela década a implantação do SUS, do que decorreu não somente a expansão dos serviços públicos de saúde, mas também de um modelo público de saúde comprometido com valores e com lutas históricas de amplos setores da sociedade brasileira que, desde décadas anteriores, mobilizaram-se em favor de uma reforma sanitária no País.

Ou seja, em especial a partir das duas últimas décadas do século XX, no Brasil os mercados de trabalho, as relações de trabalho e a organização do processo de trabalho em saúde passaram a ser condicionados pela dinâmica global de reestruturação do modo de produção capitalista (inovações técnico-científicas e organizacionais, financeirização da economia etc.), mas num processo histórico mediado pela contraditória, tensa e marcada por conflitos “democratização” (da saúde) no País.

O SUS foi criado num contexto de democratização da sociedade brasileira, tendo como protagonista um amplo movimento social e político que, em especial a partir da década de 1970, defendia um sistema de saúde com base nos princípios que a Constituição de 1988

consagrou (universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização), numa perspectiva de rompimento com o modelo biomédico (o cuidado das doenças) e de afirmação de uma concepção de saúde comprometida com a promoção da saúde da população.

A compreensão de que um novo sistema de saúde iria exigir uma redefinição do próprio perfil dos trabalhadores em saúde certamente foi importante no amplo debate (em especial, nas Conferências Nacionais de Saúde) que antecedeu a elaboração da Constituição de 1988, na qual foi criado o SUS. Nessa direção, a Primeira Conferência Nacional Temática de Recursos Humanos, realizada em 1986, expressou essas preocupações, ao propor para discussão “três principais núcleos temáticos”: a valorização dos profissionais de saúde (inserção dos trabalhadores nas instituições de saúde; carreiras profissionais; formação de equipes de saúde; nova gerência de serviços); a preparação de recursos humanos (numa perspectiva de educação continuada, contemplando os diferentes níveis de ensino e de atuação profissional); o compromisso social, numa perspectiva de desenvolvimento de uma “nova ética para os trabalhadores de saúde”, comprometida com a dignidade dos profissionais, com maior comprometimento na relação entre profissionais e usuários, com o rompimento em relação à “cadeia de fatos que originam o grau de descompromisso, precariedade e ineficiência” então observada nos serviços públicos de saúde (CONASS, 2011, p. 22).

Portanto, a partir dos anos 1990, tendo na implementação do SUS o acontecimento histórico mais importante, a organização do trabalho em saúde no Brasil apresentou diferentes transformações que, evidentemente, não podem ser apreendidas numa única análise, dada a complexidade que as caracteriza. De qualquer forma, e tendo em vista os objetivos do presente capítulo, cabe citar algumas daquelas transformações: a) a expansão da capacidade instalada, repercutindo no crescimento dos empregos; b) a municipalização dos empregos; c) a ambulatorização dos atendimentos; d) a maior qualificação das equipes de saúde; e) a feminização da força de trabalho; f) uma tendência de flexibilização nos

vínculos empregatícios; g) as novas e complexas formas de organização do processo de trabalho em saúde.

Assim, ainda que marcado por uma diversidade, esse processo de reestruturação produtiva implica a utilização de novas tecnologias e de novos conhecimentos resultantes dos avanços científicos e tecnológicos; implica, ainda, estratégias de reorganização dos serviços (terceirização e utilização de diferentes formas de empregabilidade, privatização etc.); e implica também a utilização de estratégias organizacionais que se inscrevem numa tradição de reestruturação produtiva promovida pelas empresas capitalistas privadas desde as últimas décadas do século XX.

Conhecendo o trabalho em saúde da Região 28 de Saúde

A Região 28 de Saúde compreende um total de 13 municípios: Santa Cruz do Sul, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu, Mato Leitão, Candelária, Vale do Sol, Vera Cruz, Venâncio Aires, Passo do Sobrado, Vale Verde, Rio Pardo e Pantano Grande, todos localizados na porção central do Rio Grande do Sul. Sob o ponto de vista da população, o conjunto de municípios da Região 28 de Saúde compreendia, segundo dados do Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010, uma população total de 327.158 habitantes. Considerando a estimativa realizada pelo IBGE para o ano de 2015, essa população já chegou aos 345.317 habitantes (IBGE, 2016). A Tabela 1 apresenta os dados do Censo Demográfico de 2010, indicando que somente nos municípios de Santa Cruz do Sul e de Venâncio Aires (os dois mais populosos) residiam 56,3% da população total da Região; por outro lado, oito dos 13 municípios da Região tinham população inferior a 20 mil habitantes.

Tabela 1 – População residente na Região 28 de Saúde, por local de moradia

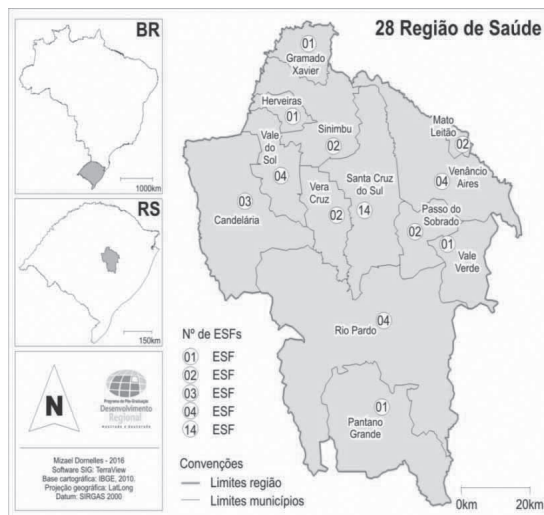
Local de moradia Município	Urbana		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Candelária	15.715	52,1	14.456	47,9	30.171	100,0
Gramado Xavier	529	13,3	3.441	86,7	3.970	100,0
Herveiras	384	13,0	2.570	87,0	2.954	100,0
Mato Leitão	1.621	41,9	2.244	58,1	3.865	100,0
Pantano Grande	8.314	84,0	1.581	16,0	9.895	100,0
Passo do Sobrado	1.429	23,8	4.582	76,2	6.011	100,0
Rio Pardo	25.614	68,1	11.977	31,9	37.591	100,0
Santa Cruz do Sul	105.190	88,9	13.184	11,1	118.374	100,0
Sinimbu	1.437	14,3	8.631	85,7	10.068	100,0
Vale do Sol	1.249	11,3	9.828	88,7	11.077	100,0
Vale Verde	882	27,1	2.371	72,9	3.253	100,0

Venâncio Aires	41.400	62,8	24.546	37,2	65.946	100,0
Vera Cruz	13.320	55,5	10.663	44,5	23.983	100,0
TOTAL	217.084	66,4	110.074	33,6	327.158	100,0

Fonte: IBGE (2011). N: número total de habitantes

Note-se, nesse sentido, que da concentração da população em alguns municípios mais urbanizados resulta que, no conjunto, a população da Região 28 de Saúde seja, em sua maioria, uma “população urbana”: em 2010, 66,4% da população da Região residiam em espaços urbanos e 33,6% residiam em espaços rurais. No entanto, dos 13 municípios da Região, sete deles tinham populações que residiam, em sua maioria, no meio rural; destes, Gramado Xavier, Herveiras, Sinimbu e Vale do Sol tinham mais de 80% de suas populações residindo nos espaços rurais. Assim, na Região são os municípios com maior população que têm índices maiores de urbanização, com destaque para os municípios de Santa Cruz do Sul (88,9%), Pantano Grande (84%), Rio Pardo (68,1%) e Venâncio Aires (62,8%).

Com relação ao mapeamento regional da cobertura de ESF na Região no momento da pesquisa, estavam estruturadas 41 equipes de Estratégia Saúde da Família (Mapa 1). A cobertura regional de ESF é de 50,1%, o que representa que 164 mil habitantes estão cobertos por essa forma de atendimento (considerando que a população total é de 327.158 habitantes, conforme Censo Demográfico de 2010).

Mapa 1. Região 28 de Saúde e número de ESF por município.

Fonte: elaborado por Mizaél Dornelles em 2016 a partir da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Percebe-se no mapa que a extensão territorial não indica a proporção do número de ESFs em cada município. Note-se, nesse sentido, que Rio Pardo tem uma vasta área territorial, mas possui apenas quatro ESFs; Vale do Sol, que é territorialmente menor que Rio Pardo, possui quatro ESFs, sendo que a sua população é 100% coberta por elas. Destaque-se, também, o município de Mato Leitão, que, apesar de ter uma população de 3.865 habitantes (do que poderia resultar, de acordo com o Ministério da Saúde, a presença de uma só ESF), oferece aos seus habitantes duas ESFs.

Atualmente, o Brasil conta com 48.410 Equipes de Saúde da Família, presentes em todo o território nacional, somando um total de 123.846.683 habitantes assistidos pelas ESFs, o que representa 63,85% de cobertura. No Rio Grande do Sul, há 2.139 ESFs, sendo que a população assistida é de 6.102.654 pessoas, o que representa uma cobertura de 56,66% (BRASIL, 2016).

A construção de espaços de autonomia diante de dificuldades estruturais

No trabalho realizado nas ESFs da Região 28 de Saúde, as dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios colocam-se como um limitador da ação dos trabalhadores, pois restringem os encaminhamentos feitos pelos médicos (quando é necessário o encaminhamento para especialistas), limitam o número de acesso a exames e encaminhamentos fisioterápicos, reduzem as verbas para determinados projetos e/ou ações, retiram determinados medicamentos de circulação (em função do custo), reduzem a equipe básica de saúde e comprometem a infraestrutura dos locais de trabalho (não só a infraestrutura mínima e adequada, mas também a sua manutenção). Esta última questão está presente no cotidiano de trabalho de muitos trabalhadores das ESFs da Região, como podemos observar no depoimento a seguir:

Eu vejo que no meu trabalho as tecnologias, enquanto instrumento, quando elas funcionam são ótimas, quando não funcionam são tenebrosas, porque por exemplo aqui nós estamos num ESF rural, em que cada vez que chove dá um problema na antena da internet e eu fico sem sinal [...] é bem complicado, isso tranca todo o meu trabalho. (Enfermeiro. Entrevista número 01).

Outro fator estrutural condicionante do trabalho em saúde nas ESFs da Região 28 de Saúde é a formação dos trabalhadores. Destaca-se que há a preconização via SUS das competências e exigências do trabalhador da saúde, porém em contrapartida a formação não acompanha essas exigências. Tal fato se comprova na Região, onde apenas os municípios de Venâncio Aires e de Vera Cruz contam com o Núcleo Municipal de Educação em Saúde (NUMESC) ativo e atuante. Nas bases curriculares dos cursos de graduação em saúde, por exemplo, apesar de haver um discurso

de formação para o SUS e incentivo de alguns programas ministeriais que pretendem aproximar a realidade da rede SUS dos graduandos (como é o caso do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde)), na prática os alunos se deparam de forma incipiente com a realidade do SUS ao longo de sua formação.

Para além da formação para as competências exigidas pelo SUS, proporcionar uma formação reflexiva que instigue a discussão do papel político dos trabalhadores da saúde e a sua participação nos espaços decisórios do sistema e que proporcione a reflexão inclusive sobre os reais espaços de autonomia desses trabalhadores é urgente. Segue o exemplo dessa reflexão:

Quanto mais a gente fica na ignorância, mais omisso a gente fica, menos a gente enxerga problemas; quanto mais a gente estuda, mais a gente vai atrás, mais a gente quer melhorar e aí parece que tu é um problema. (Enfermeiro. Entrevista número 02).

A responsabilização dos trabalhadores da saúde é outro aspecto estrutural que condiciona o trabalho em saúde. Como já discutido anteriormente, a própria PNH fala de um trabalhador engajado, pró-ativo, com liberdade e poder de ação e de decisão no seu processo de trabalho. O trabalhador em saúde está inserido em um processo de trabalho e numa organização do trabalho que falam de autonomia, mas que não consideram os limitadores de uma ação com autonomia por parte desse trabalhador. Numa ESF, por exemplo, as normatizações em saúde, os protocolos e as regras do trabalho condicionam as ações dos trabalhadores. Segue uma fala sobre isso:

Eu vejo assim, o modelo é lindo, é perfeito, realmente toda a questão da normatização, dos princípios, eles nos trazem um modelo de reorganização que se funcionar ele é perfeito, é o que a população precisa e o que os profissionais querem, mas na

prática hoje o modelo biomédico ele ainda não foi ultrapassado. O modelo de prevenção que a gente tem pra estar reorganizando o modelo de saúde ele ainda não conseguiu superar o modelo biomédico. (Enfermeiro. Entrevista número 02).

Ainda que vários documentos normativos do SUS, em especial a PNH, estejam pautados na discussão teórica da micropolítica, pressupondo dessa forma uma responsabilização do trabalhador, se torna um avanço perceber que a questão da autonomia no trabalho encontrou um espaço de discussão e, mais que isso, é diariamente colocada em prova nos espaços concretos de trabalho em saúde.

Nesse sentido, ao longo da coleta de dados, em especial nas observações realizadas nas Unidades de Saúde da Família, podem-se perceber diversas situações que problematizam a questão do processo de trabalho e da autonomia e a relação que as estruturas estabelecem com os espaços de autonomia. Os espaços concretos de trabalho das ESFs são espaços onde os trabalhadores têm experiências diversas enquanto trabalhadores da saúde, e essas experiências são marcadas por espaços de autonomia, mas condicionados por diversos aspectos como, por exemplo, a questão burocrática, as limitações financeiras, as dificuldades decorrentes de inovações tecnológicas, a hierarquização das ações, a divisão do trabalho, a gestão (local e regional) dos recursos humanos.

Além disso, destaca-se que o processo de trabalho em saúde nas ESFs é marcado por uma complexidade de fatores. Sendo considerado como o novo modelo de reorganização da atenção básica, o processo de trabalho nas ESFs prima pelo cuidado da saúde integral, tendo como foco de ação a família no contexto socioeconômico em que está inserida. Supõe um trabalho em equipe em que cada membro, a partir das suas competências específicas, contribui para a manutenção ou o restabelecimento da saúde dos usuários. A equipe mínima deve ser composta por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis a oito agentes comunitários de saúde.

Dessa forma, a resposta que se buscou na pesquisa, ao investigar o trabalho e a autonomia, não é se o trabalhador tem ou não autonomia no seu trabalho; portanto, a resposta não poderia ser simplesmente um sim ou um não. Com base em Castoriadis (1995) e Thompson (1981), a reflexão que se faz é no sentido de entender que a autonomia é uma construção social e ocorre concretamente através das ações dos sujeitos, condicionada que é, inclusive, por questões relacionadas à conjuntura histórica.

Na perspectiva dos trabalhadores que atuam nas ESFs da Região 28 de Saúde, a questão da autonomia se coloca como uma presença em seus cotidianos de trabalho. Quando perguntado se tinham autonomia no planejamento diário do trabalho que realizam, 72,2% afirmaram que sim, 22,5% responderam que às vezes e 5,3% disseram que não. Entre aqueles que responderam que sim, a justificativa para 78,36% se encontra no fato de que eles fazem seu planejamento diário conforme suas necessidades. A fala a seguir ilustra esse dado:

Faço as minhas visitas nos horários mais adequados para mim, sem ordem cronológica. (Agente Comunitário de Saúde. Formulário de pesquisa número 99).

Em tal depoimento percebe-se que, para muitos trabalhadores, a autonomia está relacionada a questões do cotidiano do trabalho, envolvendo definições de horários de atendimento, das visitas domiciliares, dos procedimentos adotados na relação com a população atendida. Sabe-se que o planejamento diário das atividades da ESF pode transparecer uma certa liberdade, mas na verdade está inserido no novo modelo de atenção à saúde proposto pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Tal modelo é norteado por preceitos do SUS e no dia a dia do trabalho enfrenta barreiras para se concretizar. Como exemplo disso, cita-se a normativa da PNAB segundo a qual a Atenção Básica deve ter uma resolutividade em torno de 80% dos casos. Porém, na realidade concreta de trabalho isso se torna um objetivo difícil de atingir, em função de vários

condicionantes, tais como a formação do trabalhador, a cultura do usuário, a falta de recursos humanos e a dificuldade em acessar exames simples.

Entre os trabalhadores que afirmaram que às vezes têm autonomia no planejamento diário, a justificativa para 26,67% está no fato de que a demanda dos usuários e do próprio sistema pode interferir nessa liberdade. Por exemplo:

*Quando somos mandados fazer algo, não temos autonomia.
(Agente Comunitário de Saúde. Formulário de pesquisa número 15).*

Ainda entre os que responderam ter autonomia “às vezes”, 22,22% justificaram essa resposta pelo fato de que “há normativas e questões burocráticas que guiam seu trabalho”.

Temos que seguir um cronograma e existem várias dificuldades que influenciam nosso trabalho. (Enfermeiro. Formulário de pesquisa número 89).

Esses depoimentos deixam claro que a autonomia no trabalho é um processo cuja construção ocorre na relação entre o trabalho realizado e um conjunto de condicionamentos (inclusive macrosociais) que repercutem na realização do seu trabalho e que tensionam diariamente a autonomia no trabalho.

Com base em Castoriadis (1995, p. 124), a possibilidade de autonomia reside na potência de desenvolvimento de autonomia quando o “meu discurso tomar o lugar do discurso do Outro que é estranho a mim e me domina e fala por mim”. Não seria eliminar o discurso do Outro por completo, mas reelaborá-lo conscientemente. Tal situação envolve processos de educação, formação e reflexão crítica.

Pensar numa formação crítica dos trabalhadores da saúde é fundamental para que estes possam elaborar conscientemente as tensões vivenciadas

no cotidiano de trabalho, podendo ter liberdade de ação e, assim, lutar por espaços de autonomia. Uma formação que vá ao encontro dos pressupostos do SUS e, mais que isso, que questione e reflita sobre as possibilidades e limites de esses trabalhadores alcançarem os pressupostos do SUS. Uma formação que reflita sobre a construção de um trabalhador potencialmente engajado, atuante politicamente e em busca de espaços de autonomia. Porém, o que ainda vemos no Brasil é uma formação médico-centrada, curativista e reprodutora do modelo de saúde tradicional, apesar de o SUS preconizar o oposto. O enfrentamento do debate ampliado que permeia o complexo conceito do “fazer saúde” é ainda tímido, tanto na academia quanto nos espaços de prática de ensino em saúde.

Assim, os entraves burocráticos e financeiros limitam os espaços de autonomia que, inclusive, a formação do trabalhador lhe confere competência para resolver (como, no caso específico, a solicitação de exames complementares para a conclusão do diagnóstico médico). A própria visão da gestão do município sobre o que é Atenção Básica e qual a prioridade de atendimento em tais espaços tensiona o trabalhador da saúde.

Além disso, ações isoladas e pontuais, sem uma política municipal que olhe e una as demais secretarias, inviabilizam que os trabalhadores cumpram as normatizações do Ministério da Saúde. Nesse sentido, as agentes de saúde de uma ESF da região afirmaram que é necessária a união com a Secretaria do Meio Ambiente em algumas ações de saúde. Na observação feita nessa ESF pode-se acompanhar o debate que ocorreu em função de uma sanga que passa numa das microáreas. As famílias se queixavam do grande número de insetos e a médica referiu um aumento dos casos de verminoses em crianças vindas daquela microárea. A agente de saúde imediatamente alertou sobre a existência da sanga no local e afirmou que já havia feito diversos contatos com as secretarias da Saúde e do Meio Ambiente em busca de algumas ações para resolver o problema. Ela referiu que foi orientada a ligar para a Secretaria de Obras, que alegou não poder ajudar, pois essa era uma área invadida, ou seja, aquelas casas não deveriam estar ali.

Trata-se de um exemplo de que a relação entre estrutura e autonomia fica tensionada, na medida em que fazer saúde passa por questões amplas e complexas que permeiam enfrentar as mazelas socioeconômicas da população. Como orientar, por exemplo, um banho adequado a um recém-nascido se na moradia da família não há água encanada?

Nesse sentido, sob a perspectiva da micropolítica, o empoderamento do trabalhador depende do uso de suas potências, havendo liberdade de atuação no trabalho em saúde na medida em que este é entendido enquanto momento de encontros e de negociações. O trecho a seguir ilustra a perspectiva do olhar da micropolítica sobre o trabalho em saúde:

Observa-se que há um potencial de trabalho de todos os profissionais que pode ser aproveitado para cuidados diretos com o usuário, elevando assim a capacidade resolutiva dos serviços. Isso se faz, sobretudo, reestruturando os processos de trabalho e potencializando o 'trabalho vivo em ato' e a valise das relações, como fontes de energia criativa e criadora de um novo momento na configuração do modelo de assistência à saúde (MERHY; FRANCO, 2006, p. 284).

Questiona-se a potência desse trabalhador da saúde, que enfrenta limites estruturais para a ação criadora. No exemplo anterior, o encontro do trabalho em saúde se operacionalizaria entre o agente de saúde e o morador próximo à sangra. O trabalhador da saúde se depara com uma situação com a qual ele não tem competência para resolver. Isso, inclusive, relativiza a autoridade do agente de saúde no seu local de trabalho, sendo que por muitos ele é visto pela comunidade como o representante da prefeitura no bairro.

As condições estruturais impostas ao trabalho em saúde e ao trabalhador da saúde, portanto, remetem a limitações e desafios no trabalho que não podem ser ignorados ou relativizados quando se analisa o trabalho e a autonomia desse trabalhador. As possibilidades de autonomia existem, porém não da forma como se espera que os trabalhadores atuem, quando

se deparam, inclusive, com as expectativas traçadas na PNH; não como uma forma irrestrita de empoderamento do trabalhador; não como forma de pressupor no trabalhador um protagonismo no seu processo de trabalho; e não como forma de responsabilização do trabalhador pelo sucesso do SUS.

Pensar em espaços e possibilidades de autonomia, portanto, é possível. Castoriadis (1995) lembra que para mudar o imaginário social e renascer o projeto de autonomia fazem-se necessárias mudanças profundas nas crenças e comportamento humano, de modo a alterar a representação de mundo e dos humanos nele. Nesse sentido, é importante lembrar que a luta política em defesa do SUS, enquanto garantia dos direitos democráticos de acesso à saúde, não pode vir descolada da perspectiva de mudança das bases materiais; caso contrário, corre-se o risco de desvio rumo ao voluntarismo característico da crença na autonomia do político em face do econômico (RIZZOTTO, 2012, p. 226). Na mesma direção, pensar em um planejamento cuidadoso e de longo prazo da força de trabalho do setor público da saúde que mobilize os trabalhadores é imperativo para efetivar a gestão estatal em saúde.

Observa-se, assim, que há espaços possíveis de autonomia que são construídos historicamente pelos trabalhadores no seu “fazer-se diário”. A conquista de tais espaços não é isenta de embates, lutas e tensões em que há continuamente um processo dialético entre objetividade e subjetividade. Tal processo dinâmico, por ser histórico, revela essa realidade vivenciada empiricamente pelos trabalhadores atualmente, mas que, por ser um processo, é mutável e passível de avanços e retrocessos históricos.

Considerações finais

A partir da consideração do processo histórico de construção do SUS e da institucionalização do trabalho em saúde a partir de um sistema público de saúde, é possível se pensar em espaços importantes de autonomia para os trabalhadores em saúde. Nessa perspectiva, o trabalho em saúde é marcado pela institucionalização do SUS, através de uma construção

social, que reflete hoje a própria organização do trabalho em saúde. É fundamental destacar que a Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento inovador e que foi uma construção coletiva que travou uma luta por espaços de autonomia.

Evidente que tal construção histórica não foi isenta de contradições, avanços, retrocessos e conflitos que são inerentes aos processos históricos. A institucionalização do SUS não garantiu por si só uma mudança no trabalho em saúde, inclusive por haver uma normatização de como se fazer saúde a partir de políticas, programas e ações defendidas pelo Ministério da Saúde. Mas, por outro lado, simbolizou avanços nos espaços de trabalho, na organização da saúde, na valorização do trabalhador e, fundamentalmente, na problematização do trabalho em saúde e dos espaços de autonomia.

Através do aporte teórico e metodológico adotado, defende-se que há condicionamentos macrossociais, mas também vinculados à própria experiência histórica e regional de organização dos serviços de saúde, que balizam a ação dos trabalhadores. Tais condicionamentos limitam o trabalhador a agir conforme os preceitos preconizados pelos SUS; percebe-se, no entanto, que, apesar de serem limitados os espaços de autonomia no trabalho, eles não são ausentes. Assim, numa dinâmica contraditória que se constrói entre a subjetividade e a objetividade, o trabalhador vai construindo espaços de autonomia, sempre conquistados através de uma ação ativa, inserida em lutas coletivas históricas dos trabalhadores em saúde no País.

Referências

BRASIL. *Portaria 39/2000*. Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: <http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&-cod=42906>. Acesso em: 19 abr. 2016.

CASTORIADIS, C. *A instituição imaginária da sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

CONASS. *Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal*. Brasília, DF: Conass, 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 37. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. 148 p.

KPGM. *Saúde no Brasil: mudanças da regulamentação resultam em oportunidades de investimento no setor de saúde no Brasil*. Disponível em: https://www.kpmg.com/BR/PT/Estudos_Analises/artigosepublicacoes/Documents/life-sciences/Saude-no-Brasil-portugues-2015.pdf. Acesso em: 23 jun. 2016.

LORENZETI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012.

MASSON, G. As contribuições do método materialista histórico e dialético para a pesquisa sobre políticas educacionais. In: IX SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL - ANPED Sul. *Anais*. Caxias do Sul, 2012.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. Trabalho em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 427-432.

PIRES, D. E. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Annablume, 1998.

RIZZOTTO, M. L. F. *Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do SUS*. São Paulo: Hucitec, 2012.

THOMPSON, E. P. *A miséria da teoria ou um planetário de erros: uma crítica ao pensamento de Althusser*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

QUALIDADE DE VIDA LABORAL DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DO VALE DO RIO PARDO (RS)

MOACIR FERNANDO VIEGAS
CLÁUDIA TIRELLI

Introdução

O estudo quantitativo aqui apresentado se insere em um conjunto de pesquisas sobre as transformações decorrentes da adoção de novas formas de gestão nos setores de prestação de serviços, neste caso em particular, nos serviços de saúde (BLANCH, 2011, 2016). O objetivo principal do estudo consistiu em analisar como os trabalhadores da enfermagem de um hospital de médio porte localizado na Região do Vale do Rio Pardo (RS) avaliam sua qualidade de vida laboral, tendo como foco principal as dimensões psicossociais envolvidas no trabalho.¹

Como afirmam Pires *et al.* (2012), mesmo após 20 anos de a Organização Mundial da Saúde (OMS) definir a priorização dos cuidados primários em saúde como principal estratégia para a melhoria das

¹ A pesquisa, que contou com o apoio do CNPq e da Capes, por meio do Edital Ciências Humanas, Chamada MCTI/CNPq/MEC/CAPES Nº 43/2013, está inserida no estudo "Trabajar bajo la Nueva Gestión Pública: significados, riesgos y resultados. Una investigación internacional", coordenado pelo professor Josep M. Blanch, da Universidade Autônoma de Barcelona.

condições de saúde da população, o hospital continua sendo central. Em função disso, escolheu-se realizar o estudo em uma instituição hospitalar, considerando-se também que esse é ainda o espaço que absorve a maior parte dos trabalhadores da saúde.

Os serviços em hospitais e universidades têm passado a funcionar cada vez mais em moldes mercantis, constituindo-se em exemplo das mudanças organizacionais advindas do amálgama entre a experiência do trabalho fordista e a flexível (BLANCH, 2008; BLANCH; CANTERA, 2011). Estudos empíricos realizados no contexto ibero-americano têm evidenciado o paradoxo da coexistência de certa satisfação com determinadas modificações no trabalho, como a melhoria das condições materiais e técnicas, e o mal-estar produzido pela sobrecarga de trabalho e pelos dilemas ético-profissionais decorrentes das mudanças organizacionais (BLANCH, 2014). Na realidade brasileira, constata-se uma faceta desse paradoxo no movimento da Reforma Sanitária, o qual, juntamente com o direito à autonomia e à liberdade de escolha individuais, contribuiu para o incremento da responsabilização individual, resultando em sobrecarga de trabalho e prejuízo à qualidade de vida dos trabalhadores da saúde (FURTADO; SZAPIRO, 2016).

De acordo com Blanch (2014), os estudos latino-americanos acerca das transformações nos centros de saúde pública e privada têm privilegiado, em geral, as questões de ordem econômica, de gestão administrativa e de satisfação dos usuários, atribuindo pouca atenção aos efeitos psicossociais dessas mudanças nos trabalhadores. A seu ver, têm sido negligenciados os aspectos relacionados à forma como esses trabalhadores enfrentam o seu novo ambiente de trabalho, os impactos em sua qualidade de vida e experiência profissional, seu grau de bem-estar, entre outros.

O modelo teórico proposto por Blanch (2010, p. 181), ao qual nos alinhamos, objetiva avaliar os efeitos psicossociais das mudanças nas condições de trabalho em organizações prestadoras de serviços, buscando considerar tanto os aspectos “positivos a promover como [aqueles] negativos a prevenir”.

Blanch, Sahagún e Cervantes (2010) entendem que as condições de trabalho se estabelecem na relação da organização com o método, o entorno e a

pessoa. Nesse sentido, direcionam sua atenção para a dimensão psicossocial, subjetiva e percebida das condições de trabalho. É a partir daí que optam por centrar sua análise no bem-estar e na qualidade de vida no trabalho, o que pode evidenciar aspectos ligados à proteção e à saúde dos trabalhadores ou, de forma inversa, aos riscos psicossociais a que estão sujeitos (BLANCH, 2011).

Iniciamos o capítulo com uma breve exposição das mudanças na política de saúde no Brasil, a permanência da centralidade do trabalho e as consequências advindas da adoção de novas formas de gestão do trabalho pelas instituições de saúde, assim como a importância dos conceitos de reconhecimento e de identidade para a compreensão do fenômeno da qualidade de vida no trabalho. Em seguida, expomos os principais resultados da pesquisa, quando apresentamos o perfil dos respondentes e a sua percepção para cada um dos eixos investigados.

Políticas públicas e trabalho em saúde na realidade brasileira

Nas últimas décadas, o Brasil viu crescer enormemente as atividades de serviços. No setor saúde, a expansão do trabalho tende a ser constante, independentemente da conjuntura econômica (DEDECCA; TROVÃO, 2013). Dessa forma, também impulsionada pelas políticas públicas, observou-se uma grande expansão das atividades e postos de trabalho, sendo esse setor o que apresentou a maior ampliação da oferta de empregos na primeira década do século XXI.

Conforme Dedecca e Trovão (2013), o complexo saúde englobava, em 2009, 4,8% da força de trabalho no Brasil, ou seja, em torno de 4,5 milhões de pessoas, entre as quais 88,5% são trabalhadores formalizados, o que configura, portanto, um alto índice de regulamentação. Desse total, 2,4 milhões são ocupações nucleares, setor onde se enquadram as atividades realizadas em hospitais. Os trabalhadores da enfermagem constituem o principal segmento de empregos, perfazendo, no total, 129.905 enfermeiros e 729.717 técnicos e auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2012).

O trabalho em saúde, tanto no setor público como no privado, integra características do trabalho capitalista – como a divisão do trabalho, o trabalho coletivo, a fragmentação e a hierarquização – com aspectos típicos do trabalho artesanal. Assim, embora a equipe de enfermagem realize atividades delegadas pela alta gestão, ela segue concentrando parte significativa das decisões e conhecimentos (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). Quanto à divisão do trabalho, observa-se que mesmo com a flexibilização tem persistido a separação taylorista entre a atividade de gestão, realizada por enfermeiros, e as de execução, feitas por técnicos e auxiliares, assim como a fragmentação e padronização na realização das tarefas, o que restringe a iniciativa dos trabalhadores e os afasta de parte importante dos processos de compreensão e controle do trabalho.

O setor saúde tem convivido com a insuficiência de recursos, o que incide na deterioração dos contratos e na qualidade do serviço prestado (DEDECCA; TROVÃO, 2013), além do baixo investimento em qualificação, tendência comum a outros países (HENNINGTON, 2008). Precarização e informalidade no trabalho estão associadas a uma situação de déficit ou ausência de direitos de proteção social e de instabilidade nos vínculos empregatícios, condições de trabalho que criam vulnerabilidade social para os trabalhadores (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

No setor saúde é comum que a rotina do trabalho ocorra por meio de jornadas duplas ou triplas, havendo uma tendência, na realidade brasileira, de crescimento do número de trabalhadores que buscam mais de um emprego para compensar os baixos salários (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012), o que impacta em sua qualidade de vida.

O foco na satisfação dos usuários das políticas de saúde, embora tenha aspectos positivos, também tem sofrido críticas, visto o negligenciamento das condições de trabalho e de formação profissional, especialmente dos técnicos. Para Vieira e Chinelli (2013), o humanismo pode estar funcionando, mesmo que não intencionalmente, como justificativa do desinteresse nessas questões, visto que os trabalhadores da saúde são percebidos

como se carregassem naturalmente uma solidariedade e um altruísmo que os levariam ao engajamento nas políticas de saúde.

Análises recentes sobre o nível de satisfação no trabalho e sobre as condições de trabalho e de adoecimento entre os trabalhadores da saúde destacam, entre os aspectos relacionados à baixa satisfação, as dificuldades nas relações entre colegas, a rigidez nas normas, a sobrecarga de trabalho, o isolamento e a sensação de solidão, assim como as dificuldades quanto às possibilidades de discussão do trabalho, à cooperação na equipe e à qualidade na comunicação (SANTOS FILHO; BARROS, 2012). As últimas décadas foram marcadas por importantes reformas no setor saúde. Como em outras áreas sociais, o país possui uma dívida histórica com a população, pelo não oferecimento de condições que permitam uma boa qualidade de vida. É nesse contexto que, a partir dos anos 1980, surgem o Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003.

A PNH, criada na esteira da implementação do SUS e dos processos de democratização da sociedade, trata da humanização em todos os âmbitos que envolvem a produção da saúde (SANTOS FILHO; BARROS, 2012), dando destaque ao processo de trabalho como foco de análise-intervenção. A PNH objetiva o desenvolvimento de trocas solidárias e comprometidas entre as equipes de trabalho, o engajamento, a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores, de forma a valorizar o seu potencial inventivo e as novas formas de fazer e de gerir o trabalho (SANTOS FILHO; BARROS, 2012; HENNINGTON, 2008). Desse modo, enfatiza-se a mudança da lógica da racionalidade técnico-burocrática e da compartimentalização e individualização dos processos de trabalho, assim como a inseparabilidade entre as práticas e a gestão do cuidado (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

É importante ressaltar que, em nível internacional, as reformas nos sistemas de saúde ocorrem num contexto de crise mundial, marcado pela globalização e financeirização da economia, acompanhadas de privatizações, desregulamentação e precarização das condições de trabalho, diminuição da proteção social e redução dos serviços públicos (HIRATA,

2011; ANTUNES, 2010), processos que se encontram em contradição com as intenções de várias políticas públicas, como, por exemplo, o aumento da cobertura do SUS (DEDECCA; TROVÃO, 2013).

Um dos aspectos mais importantes para a qualidade de vida dos trabalhadores, o qual abordamos neste estudo, é o reconhecimento do trabalho que realizam. Na produção do cuidado, as dificuldades de reconhecimento estão associadas às características próprias dessa atividade. Uma delas refere-se a sua origem familiar, na qual o trabalho considerado bem-feito é aquele que mais se aproxima do dedicado a um membro da família, estando, portanto, desvinculado das dimensões econômicas tradicionais (SOARES, 2012). Outra característica refere-se às dimensões do trabalho consideradas subjetivas, como os saberes aprendidos na experiência e o lugar ocupado pelas emoções no fazer em saúde, nas quais os trabalhadores não têm controle sobre as “regras de sentimento” (SOARES, 2012, p. 52). Tais características contribuem para a construção da falsa ideia de que as habilidades dos trabalhadores da saúde, em sua grande maioria mulheres, sejam consideradas inatas (GOMES *et al.*, 2011).

O reconhecimento transcende a valorização econômica e é considerado fundamental para a mobilização subjetiva e a formação da identidade, de forma que sua ausência pode comprometer o prazer e o sentido do trabalho, resultando em processos de sofrimento e adoecimento (DEJOURS, 2008; VIEIRA; CHINELLI, 2013). Por outro lado, o ganho obtido no trabalho pode transformar o sofrimento em prazer, em função da construção da identidade e da realização de si, por meio da visibilização das descobertas da inteligência e do saber-fazer do trabalhador.

Método

A exposição dos resultados encontra-se organizada em três blocos: no primeiro, apresenta-se, brevemente, o método e o escopo da pesquisa. Em seguida, descreve-se o perfil dos enfermeiros e técnicos de enfermagem entrevistados. No terceiro bloco, descrevem-se as análises referentes à percepção dos trabalhadores pesquisados sobre cinco dimensões

relacionadas às suas atividades laborais: I) condições materiais para a realização do trabalho (entorno material); II) relações interpessoais horizontais (entorno social); III) método de regulação do trabalho; IV) método de desenvolvimento do trabalho; V) comprometimento com o trabalho. Cada uma dessas dimensões congrega um conjunto de variáveis que permite compreender como os trabalhadores da saúde avaliam os diferentes aspectos sobre sua qualidade de vida laboral, conforme apresentamos no Quadro 1.

Quadro 1 – Escalas de condições de trabalho.

Entorno material	Ambiente físico, instalações e equipamentos Recursos materiais e técnicos Prevenção de riscos no trabalho Serviços auxiliares (limpeza, segurança etc.)
Entorno social	Companheirismo Respeito no grupo de trabalho Reconhecimento do seu trabalho pelos colegas Reconhecimento do seu trabalho pelos usuários
Método de regulação	Tempo de trabalho (horários, ritmos, descanso etc.) Organização geral do trabalho Retribuição econômica Carga de trabalho Qualidade do contrato de trabalho Compatibilidade de trabalho – vida privada e familiar

Método de desenvolvimento	Autonomia na tomada de decisões profissionais Justiça na contratação, remuneração e promoção Oportunidades para a formação continuada Oportunidades de promoção no trabalho Participação nas decisões organizacionais Relações com a direção Avaliação do rendimento profissional pela instituição Apoio recebido da direção
Comprometimento com o trabalho A atual organização do meu local de trabalho...	Satisfaz os meus interesses Me exige segundo minhas capacidades Responde às minhas necessidades Se encaixa com as minhas expectativas Se ajusta às minhas aspirações Está de acordo com meus valores Facilita que meus méritos sejam reconhecidos com justiça Estimula meu compromisso laboral Me permite trabalhar à vontade Me motiva a trabalhar Me dá sensação de liberdade Me faz crescer pessoalmente Me permite desenvolver minhas aspirações profissionais Me proporciona identidade Me faz sentir útil
Diante das demandas da minha organização...	Me adapto à política do centro Assumo os valores da direção Aceito que me digam como devo fazer meu trabalho Interiorizo facilmente as normas estabelecidas Me identifico com o espírito das mudanças propostas Aplico protocolo diante de qualquer dilema de consciência Me ajusto aos tempos e ritmos de trabalho fixados

Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário sobre qualidade de vida no trabalho junto aos profissionais de saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que se encontravam atuando, durante o ano de 2014, na instituição hospitalar² investigada. O questionário integra um estudo internacional sobre Qualidade de Vida Laboral, coordenado pela Universidade Autônoma de Barcelona e pela Working under New Public Management (WONPUM), que visa avaliar e prevenir os riscos psicossociais presentes no trabalho. A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro de 2014 e janeiro de 2015.

As questões que compuseram o instrumento de pesquisa estiveram voltadas a captar a percepção desses profissionais de saúde a respeito das diversas dimensões envolvidas na qualidade de vida no seu trabalho, que incluem aspectos referentes a infraestrutura, recursos materiais e humanos, relações com colegas e direção, remuneração, identidade com o trabalho, reconhecimento, ritmo e carga de trabalho, conciliação das atividades laborais com as demais esferas de vida, entre outros.

Todas as questões aqui discutidas previam que o respondente assinalasse, dentro de uma Escala Lickert, com valores compreendidos entre 0 e 10, como avaliava cada aspecto a respeito das distintas dimensões envolvidas na realização do seu trabalho. Com base nesses dados, realizaram-se análises estatísticas descritivas (frequências, médias, medianas), cujos resultados serão apresentados a seguir.

Resultados e discussão

Perfil dos profissionais de saúde pesquisados

Num universo de 365 trabalhadores da enfermagem (54 enfermeiros e 311 técnicos) que se encontravam atuando na instituição no período da coleta

² A instituição hospitalar pesquisada é gerida por uma associação formada por representantes de diversos segmentos sociais e profissionais do município onde se localiza. Do ponto de vista jurídico, trata-se de uma organização privada.

de informações, foram aplicados questionários com 52 enfermeiros e 155 técnicos de enfermagem, perfazendo um total de 207 profissionais. As mulheres representavam cerca de 90% desses trabalhadores, reforçando a forte correlação entre o gênero feminino e as profissões relacionadas ao cuidado já apontada em outros estudos (FIOCRUZ, 2015). A idade média dos respondentes era de 30 anos na época da coleta dos dados.

Quanto à dedicação ao trabalho realizado no hospital, 84,6% dos enfermeiros e 67,7% dos técnicos possuíam somente um emprego. Percebe-se, portanto, um percentual significativamente mais elevado de técnicos de enfermagem que possuíam mais de um emprego (32,3%), em comparação com o grupo dos enfermeiros (15,4%). Esses dados revelam que um terço dos técnicos de enfermagem realizavam outras atividades além do seu trabalho no hospital, o que certamente está vinculado à busca por um maior rendimento mensal.

Todos os trabalhadores entrevistados tinham contrato permanente e jornada completa de trabalho (turno integral) na ocasião da pesquisa, confirmando as características contratuais de parte significativa dos trabalhadores da saúde no Brasil, especialmente os que atuam em hospitais.

Percepção dos trabalhadores sobre as condições de trabalho

Neste bloco apresentamos os resultados referentes às cinco dimensões analisadas: entorno material, entorno social, método de regulação, método de desenvolvimento e comprometimento com o trabalho. Para investigar como os trabalhadores da saúde avaliavam cada uma das variáveis que compunham essas dimensões do trabalho, utilizou-se uma escala com valores de 0 a 10, sendo que os valores menores representam as avaliações mais negativas e os valores maiores representam as avaliações mais positivas.

Entorno material

Analisando-se as frequências das respostas obtidas para o conjunto de trabalhadores pesquisados, pôde-se constatar que estes possuíam uma

percepção positiva acerca das suas condições materiais de trabalho, pois os percentuais mais significativos em relação ao entorno físico, material e equipamentos situaram-se entre os níveis 7 e 8 da escala, totalizando 18,7% e 28,2%, respectivamente. A disponibilidade de recursos materiais e técnicos também foi bem avaliada, pois 23,1% e 28,8% dos entrevistados, respectivamente, marcaram os níveis 7 e 8. Os serviços auxiliares (limpeza, manutenção) e os cuidados com prevenção de acidentes alcançaram avaliações ainda mais positivas, concentrando os percentuais mais expressivos nos níveis 8 e 9 da escala. A média geral das questões relacionadas ao entorno material das condições de trabalho foi de 7,27.

Entorno social

As variáveis que se referiam às relações interpessoais no ambiente de trabalho foram bem avaliadas pelos respondentes, sendo que a maior parte deles apontou os níveis 8 e 9 para avaliar a questão do companheirismo e do respeito e reconhecimento do próprio trabalho pelos colegas. Os trabalhadores também consideraram que o seu trabalho era reconhecido positivamente pelos usuários dos serviços, sendo que os percentuais mais significativos ficaram entre os níveis 8 e 9 da escala, perfazendo 25,8% em ambos. A média geral dos aspectos relacionados ao entorno social do trabalho foi de 7,51, não apresentando diferenças significativas entre as respostas obtidas para o grupo dos enfermeiros e dos técnicos.

Método de regulação do trabalho

Os resultados referentes às variáveis relacionadas ao método de regulação do trabalho tiveram uma avaliação menos positiva, sobretudo os itens referentes à retribuição econômica e à carga de trabalho. Quanto ao tempo de trabalho (horários, ritmos, descanso etc.), constatou-se que a maior parte dos trabalhadores se demonstraram satisfeitos, pois 20,2% apontaram o nível 7, 17,3% o nível 8 e 16,3% o nível 9. Também em relação à organização geral do trabalho e à qualidade do contrato de

trabalho observou-se uma avaliação positiva, sendo os níveis 7 e 8 os que obtiveram percentuais mais elevados. Como vimos anteriormente, todos os trabalhadores da instituição hospitalar investigada possuíam contrato formal de trabalho, o que lhes garantia uma série de direitos trabalhistas conforme previsto pela legislação brasileira.

Já a avaliação dos respondentes em relação à retribuição econômica demonstrou-se menos satisfatória, sendo que 18,7% dos entrevistados avaliaram esse aspecto no nível 5 (entre 0 e 10) e 14,4%, no nível 6, o que indica um percentual significativo de trabalhadores que se encontravam insatisfeitos com a sua remuneração. Se desagregarmos esses resultados por grupos de trabalhadores, vemos que a média resultante das respostas dos enfermeiros (6,48) é significativamente superior à encontrada para o grupo dos técnicos de enfermagem (4,34), demonstrando a grande insatisfação deste último grupo.

Em relação à carga de trabalho, que se refere à quantidade de trabalho exigida pela instituição, as respostas apontaram uma concentração maior nos níveis superiores da escala, sendo que 10,1% dos respondentes atribuíram o valor 9 para essa condição de trabalho, 18,4% atribuíram o valor 8, e 15,9%, o valor 7. No entanto, também se identificou uma parcela de trabalhadores (16,4%) que avaliou de forma mais negativa esse mesmo aspecto, apontando o nível 5. Ao desagregar-se esses dados para os distintos grupos de trabalhadores, verifica-se que a média encontrada para o conjunto de respostas dos enfermeiros (5,85) é ligeiramente menor que a dos técnicos (6,12), o que demonstra uma insatisfação maior do primeiro grupo....

A conciliação entre trabalho e vida privada e familiar também apresentou certa diferença na avaliação dos trabalhadores, pois 17,9% e 16,4%, respectivamente, apontaram os níveis 8 e 7 da escala, e 15,9% apontaram o nível 5. Esse resultado relaciona-se, provavelmente, às especificidades do trabalho hospitalar, o qual exige a realização de plantões noturnos e o trabalho em finais de semana e feriados. Além disso, dados qualitativos da pesquisa indicam a tendência de extensão da jornada de trabalho para a vida privada, o que resulta em maior tempo de conexão com o trabalho.

Neste caso, os técnicos demonstraram-se um pouco mais satisfeitos que os enfermeiros, sendo que a média das respostas do primeiro grupo ficou em 6,46 e a do segundo, em 6,12.

A média geral computada entre as avaliações atribuídas pelos respondentes às variáveis relacionadas ao método de regulação do trabalho foi de 6,21, sendo ligeiramente superior nos técnicos (6,46) em relação aos enfermeiros (6,12).

Método de desenvolvimento e gestão

Esta dimensão refere-se a como os trabalhadores percebem o método de desenvolvimento utilizado no seu local de trabalho em relação a distintos aspectos, conforme mencionamos no Quadro 1. A média geral obtida entre os entrevistados para esse conjunto de variáveis foi de 5,78, sendo que a média das respostas dos técnicos foi de 5,51 e dos enfermeiros foi de 6,57. Portanto, há uma avaliação mais positiva dos enfermeiros quanto ao modelo de desenvolvimento e gestão empregado no hospital. Essas diferentes percepções relacionam-se, provavelmente, às características que envolvem o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e pelos técnicos, pois, enquanto os primeiros participam ativamente da gestão hospitalar e estão situados em cargos mais próximos da direção na estrutura organizacional, os técnicos devem realizar as funções operacionais que lhes são destinadas.

Apesar dessas diferenças entre os grupos, os trabalhadores, no seu conjunto, demonstraram-se satisfeitos em relação a sua autonomia nas tomadas de decisão relacionadas ao seu trabalho, sendo que 21,6% marcaram 8 na escala, 16,8% assinalaram 9 e 15,4% avaliaram no nível 7. Esse aspecto pode indicar uma característica muito presente nos serviços na área da saúde, a qual envolve sempre algum grau de discricionariedade, fazendo com que os trabalhadores tenham que tomar decisões sobre como realizar o seu trabalho, o que implica, por exemplo, criação de formas mais eficazes de operacionalizar as tarefas e definição dos ritmos da demanda.

A participação nas decisões organizacionais e as relações com a direção são dois aspectos em que há uma avaliação mais negativa. Em relação ao primeiro aspecto, 17,4% dos entrevistados avaliaram no nível 5, e 16,4% e 12,1%, respectivamente, nos níveis 7 e 6. Observando-se a média computada para cada grupo de trabalhadores, percebe-se que os enfermeiros avaliam de forma mais positiva essa variável, com média de 6,06, do que os técnicos, cuja média foi de 5,03. Esses dados indicam que o grupo dos enfermeiros provavelmente tinha maior participação em reuniões e decisões organizacionais, em detrimento do grupo dos técnicos, o que demonstra que a instituição não estava respondendo adequadamente aos objetivos de descentralização previstos na PNH.

As relações com a direção apresentam dispersão em termos das frequências que obtiveram maior percentual, sendo que 15,5% apontaram o nível 5, 15% o nível 8, 14,1% o nível 7 e 11,2% o nível 6. A dispersão demonstrada na avaliação desse aspecto pode estar relacionada à divisão de trabalho existente entre os enfermeiros e técnicos, pois os primeiros estão envolvidos nas atividades de gestão hospitalar enquanto os últimos encontram-se realizando as atividades fim. A avaliação dessa variável é melhor para o grupo dos enfermeiros, cuja média alcançou 6,54 enquanto a média dos técnicos alcançou 5,01.

Com relação ao apoio recebido do corpo diretivo da instituição, observa-se, da mesma forma, uma dispersão em termos dos valores atribuídos pelos respondentes, pois 15,9% apontaram o nível 5, demonstrando insatisfação com esse aspecto, enquanto 14,4% avaliaram no nível 7, 13,9% no nível 8 e 13% no nível 6. A média dessa variável apontou que o grupo dos técnicos apresenta uma avaliação significativamente mais negativa do que o grupo dos enfermeiros, respectivamente, 4,94 e 6,29. Novamente se percebe que o grupo dos enfermeiros apresenta uma avaliação mais positiva em relação ao corpo diretivo.

A percepção dos trabalhadores a respeito da justiça na sua contratação, remuneração e promoção indica haver um descontentamento em relação a esse aspecto, posto que 15,9% assinalaram 5 na escala, 14,1% avaliaram

em 6 e 13,6% em 7. A média dessa variável foi de 6,46 para o grupo dos enfermeiros e de 4,81 para os técnicos, indicando uma grande insatisfação entre o conjunto de trabalhadores e, especialmente, entre os técnicos. Esses dados reiteram a insatisfação já manifestada anteriormente pelos respondentes no tocante a sua retribuição econômica.

As possibilidades de promoção no trabalho foram avaliadas no nível 5 por 17,8% dos entrevistados, enquanto 13% apontaram os níveis 7 e 8 para aferir esse aspecto. Ou seja, uma parcela significativa de respondentes parece não perceber possibilidades de construir uma carreira profissional dentro da instituição. Essa perspectiva aparece distintamente para cada grupo pesquisado, sendo que entre os enfermeiros a média da variável foi 6,46 e, entre os técnicos, 4,97.

Comprometimento com o trabalho (ajuste da pessoa à organização)

Esses resultados demonstram como os trabalhadores se percebem em relação às demandas da organização em que se encontram, ou seja, de que maneira eles se veem ajustados às necessidades colocadas pelos gestores e às normas institucionais. Nessa dimensão foram avaliadas diversas questões referentes à adaptação dos trabalhadores à política do seu local de trabalho, a aceitação das normas e das solicitações da direção sobre como deve ser executado o trabalho e a identificação e ajuste com relação às mudanças propostas pelo corpo diretivo. A média geral encontrada para essa dimensão foi bastante elevada para o conjunto dos trabalhadores (8,17), demonstrando que tanto os enfermeiros como os técnicos consideram-se trabalhadores comprometidos com os valores e exigências da sua organização.

Comentários finais

Neste estudo pôde-se perceber que os trabalhadores da saúde investigados se demonstraram satisfeitos com vários aspectos relacionados a

sua vida laboral como, por exemplo, em relação a organização do local, horários e ritmos de trabalho, qualidade do contrato de trabalho, relação com colegas e reconhecimento do trabalho por parte dos usuários.

Além disso, verificou-se que esses trabalhadores se consideram bastante comprometidos com as exigências e regras da sua organização, o que demonstra a sua forte identificação com os objetivos institucionais. Em contrapartida, observou-se, paralelamente, uma percepção negativa quanto aos fatores que envolvem o reconhecimento do trabalho por parte da alta gestão do hospital, demonstrada pela baixa avaliação aferida aos itens sobre remuneração financeira, justiça na contratação, remuneração e promoção, relações com a direção e participação nas decisões organizacionais.

No caso da remuneração financeira, das relações com a direção e das possibilidades de participação nas decisões organizacionais, percebeu-se uma avaliação mais negativa por parte do grupo dos técnicos de enfermagem, o que evidencia maior descontentamento desse grupo. Ademais, esses aspectos revelam a falta de sintonia entre a experiência percebida pelos trabalhadores do hospital e os objetivos propostos na PNH, a qual vem sendo implementada na organização.

Conforme apontamos na primeira parte do capítulo, a falta de reconhecimento é um dos principais fatores de sofrimento psíquico dos profissionais que atuam na produção do cuidado. Como afirma Dejours (2004), os trabalhadores esperam um reconhecimento que vai além da retribuição material, já que há um envolvimento emocional no processo de trabalho. O que ocorre é que, muitas vezes, toma-se esse envolvimento como algo natural dos trabalhadores, e não como algo que precisa do reconhecimento e incentivo explícito dos gestores.

Neste sentido, reitera-se a necessidade de atentar para as transformações laborais no trabalho em saúde, particularmente com relação aos efeitos da implementação de formas de gestão modernizadoras, as quais podem diluir os efeitos positivos das recentes políticas públicas da saúde sobre a qualidade laboral dos trabalhadores.

Referências

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Márcia Valéria (org.). *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 11-28.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar.-ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BLANCH, Josep María Ribas. Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo*, Madrid, v. 35, n. 1, p. 40-47, enero-abril 2014. Disponível em: https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2014/128501/2014_blanch_CVL_en_H_y_U_mercantilizados.pdf. Acesso em: 15 abr. 2016.

BLANCH, Josep María Ribas. Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo la nueva gestión. *Focad*, Madrid, p. 3-16, 14. ed. Septiembre-Octubre 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/8618328/condiciones_de_trabajo_y_riesgos_psicosociales_bajo_la_nueva_gesti%C3%93n. Acesso em: 16 abr. 2015.

BLANCH, Josep María Ribas. La doble cara (organizacional y personal) de la flexibilización del Trabajo. Desafíos, responsabilidad y agenda de la psicología del trabajo y de la organización. *Perspectivas en Psicología*, Manizales, edición 11, enero-junio 2008.

BLANCH, Josep María Ribas; CANTERA, Leonor M. La nueva gestión pública de universidades y hospitales: aplicaciones e implicaciones. In: AGULLÓ, Esteban. et al. (ed.). *Nuevas formas de organización del trabajo y la empleabilidad*. Oviedo: Universidad de Oviedo, 2011. p. 515-534.

BLANCH, Josep María Ribas.; SAHAGÚN, Miguel; CERVANTES, Genís. Estructura factorial del cuestionario de condiciones de trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, Madrid, v. 23, n. 3, p. 175-189, Dic. 2010. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622010000300002&lng=es&tlng=es. Acesso em: 19 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

DEDECCA, Claudio Salvadori; TROVÃO, Cassiano José Bezerra Marques. A força de trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1555-1567, jan.-jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600008&lng=pt. Acesso em: 24 jul. 2015.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004. Acesso em: 15 jun. 2015.

DEJOURS, Christophe. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: LANCMAN, Selma; SNELWAR, Laerte Idal (org.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília, DF: Paralelo 15, 2004. P. 277-299.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 6, n. 2, p. 101-122, 2012. Disponível em: <http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/1117/1030>. Acesso em: 20 set. 2015.

FIOCRUZ. *Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem no Brasil*. 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem-no-brasil>. Acesso em: 15 set. 2016.

FURTADO, Mariama Augusto; SZAPIRO, Ana Maria. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 277-289, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200277&lng=en. Acesso em: 14 nov. 2016.

GOMES, Luciana *et al.* Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, sup. 1, p. 137-156, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400007&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 14 set. 2015.

HENNINGTON, Élida Azevedo. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 555-561, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102008000300024&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13 dez. 2015.

HIRATA, Helena. Tendências recentes da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. esp. 1, p. 15-22, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-49792011000400002&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 14 out. 2016.

MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Ana Luiza Stielber; OLIVEIRA, Eliane. Construindo o perfil da enfermagem. *Enfermagem em Foco*, Brasília, DF, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>. Acesso em: 14 out. 2015.

NOGUEIRA, Roberto P.; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar A. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. v. 2. Brasília, DF: UnB, 2005. p. 81-103. Disponível em: www.obsnetims.org.br/uploaded/24_1_2014__o_Observatorio_volume_dois.pdf. Acesso em: 19 out. 2016.

PIRES, Denise Elvira Pires de *et al.* Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: uma relação ambígua. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 157-168, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100021&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 15 maio 2014.

PIRES, Denise; GELBCKE, Francine Lima; MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-326, jan./set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000200006. Acesso em: 05 jun. 2015.

SOARES, Ângelo. As emoções do *care*. In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (org.). *Cuidado e cuidadoras: as várias facetas do Care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 44-60.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 1591-1600, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600011&lng=en. Acesso em: 08 ago. 2016.

PARTE 2
TRABALHO, EDUCAÇÃO E SAÚDE

A ATIVIDADE DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE NÍVEL MÉDIO E FUNDAMENTAL: O CUIDADO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA¹

MARISTELA VARGAS LOSEKANN
MARIA CLARA BUENO FISCHER

*“Ele não pode ser prescritivo, não existem regras a seguir,
nem manuais de cuidar ou de ensinar a cuidar.
O cuidado deve ser sentido, vivido.”
(Vera Regina Waldow)*

Introdução

A enfermagem tem o seu fazer centrado na prática do cuidar e usa um conjunto de conhecimentos formais e informais para tornar possível o “ato de cuidar”. São sujeitos singulares, os trabalhadores da enfermagem, cuidando de “outros”, os usuários dos serviços de saúde, singulares também. No ato de criação de uma situação de cuidado, conforme Brum *et al.*, (2000), os nossos sentimentos, interligados aos sentimentos do ser

¹ Este capítulo é resultado das reflexões realizadas a partir de dissertação de Mestrado defendida na Faculdade de Educação da UFRGS em 2013 e intitulada *Saberes de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem: reinventando o trabalho e qualificando a arte de cuidar* (LOSEKANN, 2013).

cuidado, dar-lhe-ão a forma final. Todos nós trazemos, para esse momento único, a nossa história, nossas vivências anteriores, a nossa experiência enquanto anteriormente seres cuidados e cuidadores.

As múltiplas variabilidades a que estão sujeitos os seres humanos interferem na forma como esse cuidado é concebido e prestado. De acordo com Cunha (2007), as variabilidades podem ser sócio-históricas e culturais, instituídas por coletividades pertinentes ou pelo próprio sujeito da atividade. As escolhas e os critérios de como cuidar são, como nos mostra o referencial ergológico, baseados nessas variabilidades, sendo que:

É nesse sentido que podemos falar que a atividade industrial é uma “*dramática do uso de si*”: de um lado, execução de um protocolo experimental cujas condições e exigências operatórias foram definidas eliminando, ou tentando eliminar, as singularidades de espaço, de tempo e de pessoas (normas antecedentes), por outro lado, experiência singular, recolocando em jogo as próprias normas numa situação de “encontro” com um destino a ser vivido (renormalizações) (CUNHA, 2007, p. 3, grifo do autor).

Nesta perspectiva, a realização do cuidado exige do trabalhador a mobilização de um arsenal de ferramentas produzidas em situações de cuidado para realizá-lo e/ou torná-lo possível, sendo fortemente influenciado por escolhas e valores em que estamos imersos. Neste capítulo, fruto da pesquisa realizada com trabalhadores da enfermagem em um serviço de emergência adulto (LOSEKANN, 2013), mais do que discutir a realização do cuidado em si, buscamos refletir sobre o resultado das escolhas efetuadas pelos profissionais no trabalho a ser realizado.

O local onde foi realizada a pesquisa, uma das maiores emergências públicas da Região Sul do Brasil, convive cotidianamente com a superlotação e, conseqüentemente, com a sobrecarga de trabalho. Esses fatores, de acordo com o estudo, fizeram com que os trabalhadores incorporassem

algumas dessas escolhas em sua prática diária. Ao observar o trabalho em ato de auxiliares e técnicos em enfermagem durante a realização dos cuidados de higiene e conforto, podemos perceber que os trabalhadores “usavam de si” e renormalizavam para conseguir realizar o seu trabalho.

O objetivo deste capítulo é, utilizando como referencial teórico a Ergologia, discutir alguns desses momentos de recriação e renormalização da atividade de cuidar por profissionais de enfermagem em um serviço público de emergência. Foi escolhida, para servir de objeto de análise, uma das tarefas de higiene e conforto realizada em todos os turnos de trabalho, que é a troca de fraldas descartáveis.

Cuidado: objeto de trabalho da enfermagem

Cuidar, de acordo com Pinheiro (2009), deriva do latim *cogitare*, que significa imaginar, pensar, meditar, julgar, supor, tratar, aplicar atenção, refletir, prevenir e ter-se. Sendo assim, para a autora, cuidar é o cuidado em ato. Para a enfermagem, o cuidado humano aparece como sendo o objeto de trabalho.

A ação que identifica a enfermagem como profissão da saúde é o ato de cuidado, sendo este a própria ação transformadora sobre o “objeto”, que é o ser humano que precisa de cuidado em saúde (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001). Por essa característica própria da enfermagem, o cuidado além de ação passa a ser objeto epistemológico da profissão. Mas, ao fazermos uma análise crítica da história da enfermagem, percebemos que nem sempre foi assim e que a origem da profissão nos mostra que a enfermagem foi criada como auxiliar para a cura. O cuidado, que, conforme Oguisso (2005), surgiu e caminhou com a história do homem, assumiu uma autoria e começou a ter um local específico para acontecer.

A ação de proteção, no início reflexiva e instintiva, tornou-se objeto do xamã ou feiticeiro, depois do sacerdote e, mais tarde, do médico. Por conseguinte, diante da questão da

sobrevivência, ou das leis da vida e da morte, ‘cuidar’ tornou-se tratar a doença. O paciente, objeto dos cuidados, foi isolado, reduzido a parcelas e excluído das dimensões sociais e coletivas. Surgiram os diversos especialistas que, sozinhos, não conseguiam tratar os doentes; com isso necessitava-se de outras pessoas que assumissem as numerosas atividades paralelas ao trabalho de investigação e de tratamento das doenças (OGUISSO, 2005, p. 10).

Essa característica de “atividade paralela” tem implicações no cuidado prestado e na valorização destes profissionais que têm o cuidado como seu objeto de trabalho. Nesta perspectiva, podemos tomar o cuidado a partir de técnicas e normas para a sua execução, baseando-se no que e como fazer, sem considerar as singularidades e as variações possíveis na execução. No entanto, ao olharmos para o ato de cuidar através da perspectiva ergológica, o percebemos como uma atividade de trabalho. Tal atividade, segundo Cunha, Fischer e Franzoi (2011), é marcada pela ressingularização diante da variabilidade de situações que se apresentam, pela presença de um “corpo-si” que toma decisões e faz escolhas e pelo arbítrio para a confrontação e o debate de valores.

Schwartz (2011) afirma que toda situação de trabalho provoca debates de normas individuais e, sobretudo, coletivos. Os protagonistas do trabalho, conforme o autor, não param de desfazer, de forma não aparente, o impedimento do exercício “do trabalho” deles mesmos, as perspectivas de vida que essas divisões propõem ou impõem. Alguns desses debates, individuais e coletivos, têm seu lugar em práticas cotidianas da enfermagem no contexto hospitalar. Surgem, por exemplo, na troca de fraldas descartáveis, um dispositivo que apresenta a função de absorver o fluxo urinário e/ou fecal (SILVA *et al.*, 2015) dos pacientes.

As trocas de fraldas no serviço de emergência

O uso de fraldas no cenário hospitalar é comum, sendo indicada para adultos e idosos com incontinência ou restrições de mobilização severa, impossibilitados do uso de utensílios de auxílio para controle de eliminações urinárias e intestinais (BITENCOURT; ALVES; SANTANA, 2018). Estudo brasileiro que avaliou as principais tecnologias aplicadas pela enfermagem no controle urinário identificou que 42,3% dos adultos e idosos hospitalizados usavam esse dispositivo (AQUINO *et al.*, 2010).

Na prática de enfermagem, a sua adoção é habitual e empírica, pois a literatura não oferece instrumentos que auxiliem os trabalhadores a realizar uma avaliação criteriosa da indicação do uso das fraldas (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014). A sua colocação e troca seguem uma norma específica que envolve outras técnicas da enfermagem como higiene perineal e suas especificidades nos sexos masculino e feminino, a mobilização do paciente no leito e a retirada e/ou colocação de um novo dispositivo.

Apesar das mudanças do perfil, das situações que geram o adoecimento e do estado de dependência dos pacientes, pouco se desenvolveu no que se refere a tecnologias relacionadas às eliminações urinárias (COELHO, 2014). Sendo assim, a fralda descartável continua sendo um facilitador da assistência em enfermagem.

A utilização das fraldas descartáveis em pacientes adultos é uma incorporação tecnológica positiva uma vez que substitui a utilização do lençol impermeável e reduz o número de troca de roupas de leito, promovendo maior conforto ao paciente e aprimorando a organização do serviço de enfermagem desde que cuidados frequentes de higiene e troca sejam realizados (COELHO, 2014, p. 18).

A análise da atividade de trabalho de um auxiliar e de dois técnicos em enfermagem de um serviço de emergência envolveu, numa primeira etapa, a realização de entrevistas com três trabalhadores(as) do setor de emergência escolhidos aleatoriamente. A escolha por esse número de sujeitos teve por finalidade garantir a representatividade de todos os turnos de trabalho, ou seja, manhã, tarde e noite. Esta etapa teve como objetivo coletar as falas dos trabalhadores sobre o seu trabalho e como fazem suas atividades, ou seja, fazer o trabalhador falar sobre o seu trabalho. Na segunda etapa, foi realizada a observação do trabalho em ato desses mesmos profissionais, sendo os registros feitos em diário de campo. Os eventos empíricos principais, decorrentes do evento banho de leito, foram agrupados nas categorias de análise: normas antecedentes, renormalizações, usos de si por si e pelos outros e valores. A análise dos resultados foi realizada pelo método da análise de conteúdo, buscando responder à questão central de pesquisa, atentando para o que se repetia nas falas dos trabalhadores (BARDIN, 2010).

A etapa de observação do trabalho em ato de auxiliares e técnicos em enfermagem realizando o banho no leito desvelou algumas renormalizações que são utilizadas nas práticas de higiene e conforto dos pacientes (LOSEKANN, 2013).² Estas surgiram das escolhas desses profissionais para gerir a infidelidade do meio e possibilitar que cuidados como a higiene perineal e a troca de fraldas fossem realizados.

A unidade estudada possui um elevado número de pacientes internados que fazem uso de fraldas descartáveis, pois são acamados, dependentes ou estão com alguma situação de adoecimento ou a gravidade do caso exige repouso absoluto como parte do tratamento. A mobilidade prejudicada desses sujeitos, que pode ser temporária ou definitiva, aumenta consideravelmente o número de tarefas a serem realizadas pelos profissionais, pois exige que a equipe inclua o cuidado de auxiliar ou de realizar a

² Esta pesquisa atende ao que está proposto na Resolução nº 466/12, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e está registrada conforme segue: CAEE nº 06062612.0.3001.5530.

troca de fraldas em sua prática diária, juntamente com a higiene perineal imediatamente após cada eliminação.

Independente de o trabalhador ter tempo disponível ou não para realizar o cuidado de troca de fraldas, o que determina a frequência com que esta deve ser realizada é o número de eliminações. Fatores como a condição do paciente, a patologia e, até mesmo, o uso de alguns medicamentos podem aumentar consideravelmente o número de eliminações por turno e exigir que o profissional de enfermagem realize trocas de fraldas em intervalos de uma hora ou até menos em um mesmo paciente.

Considerando que essa é apenas “uma das tarefas” a ser realizada junto ao paciente durante a jornada de trabalho e considerando que este não é o único sujeito que está sob os seus cuidados, os trabalhadores passaram a renormalizar o procedimento de troca de fraldas. Diante da sobrecarga de tarefas e da escassez de tempo para realizar todas as trocas necessárias, os profissionais realizaram mudanças no modo de fazer.

Pelas condições de trabalho, pela superlotação, pelo tempo [...]. Tudo tem que ser rápido, tudo é rápido, nada pode ser... tudo que você faz é rápido, porque você já tem mais outra coisa e mais outra... e já está acontecendo outra. Então é por isso que se criam essas coisas, porque você precisa ganhar tempo. Aqui a gente corre atrás do tempo. (Entrevista 3).

As dificuldades que o local impõe ao trabalho, evidentes na fala de um dos participantes da pesquisa, são uma das justificativas dos trabalhadores para a introdução da mudança no modo de realizar a troca de fraldas descartáveis.

A renormalização na troca de fraldas

Os trabalhadores, no serviço pesquisado, adotaram uma prática renormalizada, nomeada por eles como sendo o “truque” para dar conta do grande volume de trocas de fraldas necessárias em um turno de trabalho:

O “truque” não é só uma fralda sobre a outra. Como não dá [tempo], porque, às vezes, você não consegue ir muito seguido ver o teu paciente, trocar [a fralda] a cada pouquinho. O paciente urina [na fralda], faz bastante ‘xixi’ [na fralda], então, foi criado o “truque”, isso já faz tempo, já se usou e todo mundo usa. (Entrevista 1).

A descrição que eles fazem da realização desse procedimento – troca de fraldas – revela mudanças na norma que envolvem desde a técnica até a transformação dos materiais utilizados, ou seja, é mais do que colocar uma fralda sobre a outra. A norma orienta a colocação de uma fralda, mas no “truque” são utilizadas duas em cada troca, sendo que uma delas é recortada e transformada em um outro dispositivo que é utilizado de formas diferentes conforme o sexo do paciente.

Pesquisa realizada em hospital brasileiro que entrevistou idosos hospitalizados identificou que estar com o leito seco é um fator relevante para eles. Os pacientes veem a utilização de fraldas como promotora de bem-estar e do atendimento às necessidades básicas e como conservadora da autonomia, da segurança e da tranquilidade (ALVES; SANTANA; SCHULZ, 2014).

Ao justificar a introdução da prática do “truque” na colocação e na troca de fraldas, os trabalhadores revelam também que se preocupam em manter as roupas dos pacientes secas, pois entendem que esse ato produz bem-estar. Na avaliação dos profissionais de enfermagem, a renormalização – o “truque” – resolveu o problema dos vazamentos de urina no leito que acontecem em função da aquisição/utilização de fraldas de má qualidade e, conseqüentemente, aumentou o conforto dos pacientes. Além disso, acreditam que o uso da renormalização reduz o sofrimento

do trabalhador, visto que este se sente responsável pelo tempo que o paciente irá ficar molhado até a próxima troca de fralda, pois o intervalo entre as trocas é sempre variável. Na visão dos trabalhadores, a introdução desse jeito de fazer traz benefícios mútuos:

Na verdade, eu não acho que é incorreto [renormalizar], porque a gente faz. É uma maneira de fazer que a gente encontrou para proteger mais o paciente, fica mais fácil para nós [trabalhadores] porque o serviço é corrido mesmo. Então, não é porque eu não quero fazer [a troca da fralda]:

- Ah, eu não vou trocar o meu paciente a noite inteira, vou colocar três fraldas e não vou mais lá ver ele. Não, não é por isso. É porque tem muitas outras coisas para se fazer. [...] Mas isso não quer dizer que seja... claro não seria o correto, mas é o que dá para se fazer. (Entrevista 1).

O efeito do “truque” é bom. O efeito é muito bom! O benefício para o paciente é não ficar muito molhado, não ficar muito tempo assim e para ele é desconfortável ficar toda hora mexendo nele. Então, a cada três horas tu faz a higiene nele de novo, aí troca a fralda de novo, e faz um novo “truque”. (Entrevista 2).

Não, eu acho que mais em função do paciente, porque se a gente não está ali visualizando e trocando cada a vez que ele faz xixi, a fralda absorve e o paciente fica seco, mais tempo seco. É mais benefício para ele, todo o nosso trabalho a gente está pensando mais no paciente do que em nós. (Entrevista 3).

Como podemos perceber, a demanda de trabalho existente no serviço de emergência e o número de tarefas a serem realizadas interferem diretamente no cuidado realizado. Schwartz (2000, p. 41) enfoca o trabalho como um lugar de debate, como “um espaço de possíveis sempre a se negociar”, em que não existe execução, mas uso, e o indivíduo no seu todo é convocado na atividade. Para a abordagem ergológica, de acordo com

Cunha (2007), essa atividade industriosa é o lugar do debate de normas com o meio em que se insere. Todo meio de trabalho é constituído por normas antecedentes que, ao serem encontradas nas situações laborais pelo homem produtor, geram renormalizações, até mesmo porque sem estas últimas o trabalho prescrito não pode ser realizado.

Ao tomarmos como exemplo a troca de fraldas descartáveis, procedimento que faz parte dos cuidados de higiene e conforto, é prescrito pelo enfermeiro e deve ser realizado pelos auxiliares e técnicos em enfermagem, percebemos que as escolhas são feitas durante o momento do encontro dos sujeitos singulares com o trabalho real – uma verdadeira “gestão diferenciada de si mesmo”. Além disso, mesmo obedecer às normas antecedentes já é praticar escolhas, pois a atividade, conforme Cunha (2007, p. 2), leitora de Schwartz,

se engendra nessa porosidade do prescrito, em seus interstícios como micro-decisões. Ela é conduta industriosa, decisão – julgamento orientado por critérios; arbitragem baseada em valores. Tais arbitragens atestam que se trata de seres vivos humanos agindo em meios afetados por múltiplas [micro]variabilidades.

Inúmeras situações durante a realização dos cuidados exigem do trabalhador uma tomada de decisão, como, por exemplo, situações em que há instabilidade hemodinâmica³ no paciente e fazem com que o trabalhador deva escolher entre a realização da tarefa prescrita e o bem-estar do sujeito cuidado. Nesse caso, há um debate de normas na decisão de não realizar o cuidado neste momento.

Assim, conforme destaca Durrive (2011), cada vez que o trabalhador é convocado a agir, o ser humano é confrontado com o que exigem dele

³ Instabilidade hemodinâmica pode ser definida como uma pressão arterial anormal ou instável, principalmente hipotensão persistente, acompanhada de uma perfusão global ou regional inadequada, insuficiente para o normal funcionamento dos órgãos.

e com o que ele exige de si mesmo. Ele entra num debate de normas que não pode ficar muito tempo em suspenso, pois é necessário decidir, arbitrar em determinado momento. É necessário adotar uma só maneira de fazer qualquer coisa, ou seja, adotar um posicionamento singular de agir. Essa escolha antes de agir, segundo Canguilhem (2011), demonstra que a vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas.

A atividade de trabalho, nessa perspectiva, segundo Schwartz (2008), não é jamais pura execução e alienação, ela é sempre tentativa, mais ou menos individual, mais ou menos coletiva de reinventar maneiras de fazer, maneiras de viver as contradições, as restrições, os recursos do presente. O cuidado realizado pelos profissionais de enfermagem demonstra que o homem normal, de acordo com Canguilhem (2011), é o homem normativo, ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas. Os modelos idealizados nem sempre poderão ser aplicados em função das “infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2011), fazendo com que o trabalhador use um arsenal de ferramentas produzidas e mobilizadas através das escolhas e valores, pois

a atividade, na sua relação com o meio marcado por variabilidades, em certa medida é, também, imprevisível, e responde à demanda de gestão das variáveis do meio. Nesse movimento implicam, sempre, em maior e menor grau os valores e saberes do trabalhador sobre a situação laboral (CUNHA; FISCHER; FRANZOL, 2011, p. 49).

Os “usos de si por si e pelos outros” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010) podem possibilitar que o cuidado humano ocorra na sua totalidade, independentemente do espaço em que esteja inserido, pois a enfermagem,

com seus conhecimentos e suas habilidades, deve buscar poder-ser, transgredindo assim, quando necessário, a padronização reinante no cotidiano hospitalar, prática que pode desenvolver a severidade, mas com pouca demonstração de sensibilidade (SALES; SILVA, 2011, p. 71).

Considerações finais

A relação da enfermagem com o cuidado, mesmo em tarefas habituais como a troca de fraldas descartáveis de pacientes, desafia os trabalhadores a repensarem suas práticas permanentemente. Além disso, revisitar os modos de fazer utilizados pelos trabalhadores – o ato de trocar as fraldas descartáveis de um paciente utilizando o “truque” – pode contribuir para uma análise crítica da forma como as profissões voltadas para o cuidado estão inseridas no mundo do trabalho e as relações que estabelecem com os valores de mercado, a hierarquia e a imposição de normas.

De acordo com o referencial da ergologia, é preciso normatizar, precisamos de normas antecedentes, pois elas se constituem em patrimônio universal. No entanto, devemos conseguir formas de organização ou de normatização que deixem sempre um espaço para retrabalhar as normas, em função das necessidades e das renormalizações sempre presentes. Tais renormalizações possibilitam ao trabalhador cuidar de seres singulares, que recriam o trabalho da enfermagem e enriquecem o saber-fazer dos trabalhadores da saúde através da constituição de um estoque de novas formas de cuidar o outro.

Referências

ALVES, Luise de Almeida Ferreira; SANTANA, Rosimere Ferreira; SCHULZ, Renata da Silva. Percepções de idosos sobre a utilização de fraldas durante a hospitalização. *Revista de Enfermagem da UERJ [Online]*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 371-375, maio/jun. 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13727>. Acesso em: 23 out. 2018.

AQUINO, Priscila de Souza *et al.* Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário. *Acta Paulista de Enfermagem [Online]*, São Paulo, v. 23, n. 5, p. 690-696, set./out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000500017-&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 13 set. 2018.

BITENCOURT, Grazielle Ribeiro; ALVES, Luise de Almeida Ferreira; SANTANA, Rosimere Ferreira. Prática do uso de fraldas em adultos e idosos hospitalizados: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem [Online]*, Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 366-372, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000200343&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 set. 2018.

BRUM, Jane Lilian Ribeiro *et al.* O Cuidado humano: ação de purificação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 21, n. esp. p. 33-44, 2000. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4325>. Acesso em: 20 set. 2017.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

COELHO, Mônica Franco. Impacto do uso de fraldas descartáveis no paciente hospitalizado: estudo de análise de sobrevivência. 2014. 98 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

CUNHA, Daisy Moreira. *Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem Ergológica do trabalho*. 30ª Reunião Anual da Anped (Trabalho apresentado), 2007. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GTo9-3586--Int.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2018.

CUNHA, Daisy Moreira; FISCHER, Maria Clara Bueno; FRANZOI, Naira Lisboa. Atividade de Trabalho. In: CATTANI, Antonio David; HOLZMANN, Lorena (org.). *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Zouk, 2011. p. 47-50.

DURRIVE, Louis. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000400003-&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mar. 2017.

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima.; RAMOS, Flavia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? *Texto Contexto Enfermagem*, v. 10, n. 1, p. 32-49, 2001.

LOSEKANN, Maristela Vargas. Saberes de técnicos e auxiliares de enfermagem: reinventando o trabalho e qualificando a arte de cuidar. 198 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

OGUISSO, Taka (org.). *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. São Paulo: Manole, 2005.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

SALES, Catarina Aparecida; SILVA, Vladimir Araújo Silva. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 10, n. 1, p. 66-73, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14912>. Acesso em: 02 abr. 2017.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1981-77462011000400002&script=s-ci_abstract&tlng=pt. Acesso em 12 maio 2017.

SCHWARTZ, Yves. O trabalho numa perspectiva filosófica. In: NOKAZAKI, Izumi (org.). *Educação e trabalho: trabalhar, aprender, saber*. Campinas/SP: Mercado de Letras; Cuiabá, MT: Editora da UFMT, 2008. p. 23-46.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. *Pro-Posições*, Campinas, v. 1, n. 5, p. 34-50, jul. 2000. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8644041>. Acesso em: 14 maio 2018.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. 2. ed. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2010.

SILVA, Thaís Christini *et al.* Consequências do uso de fraldas descartáveis em pacientes adultos: implicações para a assistência de enfermagem. *Aquichan [Online]*, Colômbia, v. 15, n. 1, p. 21-30, abr. 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/741/74137151003/>. Acesso em: 18 maio 2017.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

UM OLHAR ERGOLÓGICO SOBRE O TRABALHO REAL NO SAMU-192: REPENSANDO A FORMAÇÃO TÉCNICA EM SAÚDE

JEAN DE FRAGA SAVEGNAGO
MOACIR FERNANDO VIEGAS

Introdução

O presente artigo tem origem em pesquisa que teve como objetivo aprofundar as discussões sobre as renormatizações e seus impactos no trabalho dos técnicos de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192). O tema que propomos abordar abrange os saberes acumulados e a construção de conhecimentos na prática de trabalho dos técnicos de enfermagem atuantes no SAMU-192, a partir da forma como trabalham e das ideias que arquitetam para intervir em sua atividade laboral por meio da transgressão das normas antecedentes, e as possíveis contribuições desses saberes práticos ao processo educativo desses profissionais.

O assunto debatido nasce de inquietações vividas por um dos autores ao longo de anos de experiência profissional como técnico de enfermagem e, posteriormente, como enfermeiro de uma base descentralizada do SAMU-192. Ao longo dessa experiência, percebemos a constante infidelidade no cumprimento das normas, expressa pela distância entre

as tarefas prescritas e as necessidades evocadas na cena do sinistro. Daí a necessidade de reinvenção das normas, a partir da mobilização de saberes dos trabalhadores, criando alternativas para fazer o correto e o necessário em determinada situação de trabalho.

O SAMU-192 é um programa criado em 2003 pelo Ministério da Saúde com a finalidade de prestar socorro precoce à população, evitando ou minimizando o sofrimento, as sequelas ou mesmo a morte, via ligação gratuita (192) à Central de Regulação Médica, nos casos de urgências e emergências ocorridas no ambiente pré-hospitalar. Conta com um serviço hierarquizado e estruturado, regido por legislação própria, que, devido a sua natureza, exige a tomada rápida de decisões por parte dos profissionais assistenciais, preparados para atuar face ao inesperado.

O serviço funciona 24 horas por dia, com equipes locais de profissionais de saúde, as quais envolvem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas que atendem em qualquer lugar às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, gineco-obstétrica e de saúde mental da população. É reconhecido dentro da área da saúde como um serviço especializado com alto grau de técnica e objetividade, ditado pelas frequentes capacitações teórico-práticas e pela apropriação de protocolos operacionais. Em seu cotidiano, os técnicos de enfermagem do SAMU-192 experimentam uma distância inevitável entre o trabalho prescrito, representado pelas normas antecedentes, na forma dos protocolos de atendimento, e o trabalho efetivamente realizado, sendo este último o resultado de um verdadeiro “debate de normas” (SCHWARTZ, 2000). Em cada ocorrência (atendimento) há uma situação inédita que, além de conter muitos imprevistos, apresenta múltiplas possibilidades e engendramentos, exigindo dos trabalhadores a inovação dos protocolos e das regras previamente estabelecidas para se efetivar a assistência necessária à vítima. Consciente e inconscientemente, eles colocam seus conhecimentos e desejos nos atos de trabalho, sempre lutando para tornarem-se donos deste, transformando-o num trabalho real peculiarmente vivo.

É impossível, para o profissional, seguir rigidamente os protocolos e outras prescrições por completo, visto que a maioria dessas normas não contempla questões fundamentais presentes na realidade do atendimento pré-hospitalar, tais como o ambiente¹ e seus diversos riscos e variabilidades, a quantidade e qualidade de materiais de primeiros socorros disponíveis, a proporção do número de socorristas em relação ao número de vítimas, entre outras. Assim, o técnico de enfermagem no SAMU-192 é convocado a tomar decisões que serão influenciadas não somente pelos protocolos e regras impostas pela técnica como também pela sua experiência e subjetividade.

Na visão de Schwartz (2003), as situações de trabalho sintetizam as marcas da história humana do trabalho através dos conhecimentos acionados, os modos de produção e suas tecnologias, os valores de uso selecionados, as formas de organização e as relações sociais que unem e dividem os homens entre si. Toda atividade de trabalho encontra saberes acumulados nas técnicas e seus instrumentos e no coletivo, estando repleta de normas de vida, de formas de exploração da natureza e dos homens uns pelos outros.

Porém, não se pode condenar a prescrição do trabalho, pois é indiscutível que o setor saúde necessita contar com a existência de instrumentos norteadores, como os protocolos, que sirvam como princípios a serem seguidos, direcionando e organizando a atividade. A ausência total de normas pode ser tão prejudicial ao trabalho quanto a tentativa de imposição total delas. Contudo, a ergologia postula que o extremo rigor à prescrição do trabalho pode tolher o sujeito e desapropriá-lo do produto de seu trabalho, quando não houver espaço para os saberes derivados do debate de normas e renormatizações. Para a abordagem ergológica, é este movimento dialético entre as normas e a sua transgressão que possibilita o enfrentamento das infidelidades sempre presentes no meio de trabalho.

¹ O ambiente de trabalho, de acordo com Borges (2004, p. 43), caracteriza-se como ambiente técnico, humano, cultural e social – existindo toda espécie de infidelidades, que se combinam e se reforçam. Nada acontece da mesma forma de um dia para outro ou de uma situação de trabalho para outra. É nesse sentido que o meio, a vida – e também o trabalho – são infiéis e mutáveis, sendo imprevisíveis em sua totalidade.

A partir dessas considerações, buscamos entender como os saberes produzidos pelo debate de normas e renormatizações podem contribuir para novas maneiras de educar os técnicos de enfermagem do SAMU-192. Suplementarmente, questionamos em que medida a educação e a formação profissional² recebidas pelos profissionais atuantes no SAMU-192 encontram-se em consonância com as necessidades práticas do serviço.

A escolha da ergologia como abordagem teórica se justifica pelas possibilidades que oferece no estudo do trabalho em profundidade a partir da análise da atividade humana e do ponto de vista daquele que trabalha. A ergologia busca convocar as diversas disciplinas do campo do conhecimento para o estudo de todas as variáveis e possibilidades contidas nas situações de trabalho vivo, dando ênfase aos saberes que emergem dos trabalhadores. Pretendendo desvelar a vida existente no processo de trabalho e, juntamente com os trabalhadores, buscando construir estratégias para intervenções efetivas que melhorem a realidade laboral, a ergologia discorre sobre a ligação entre a experiência humana e o conhecimento (FIGARO, 2009; BRITO, 2005).

A ergologia traz o conceito de atividade como palco de debate de normas³ com o meio em que se trabalha, formando uma dialética entre o dizer e o fazer, o privado e o profissional, o imposto e o desejado, o micro e o macro, entre outros. E, a partir desse debate, o trabalhador, ao executar o trabalho efetivamente realizado, cria e recria as prescrições normativas a partir das renormatizações. A atividade de trabalho apresenta a influência das exigências sociais, dos objetivos impostos, dos valores e do contexto histórico da organização, variáveis geridas por arbitragens às vezes quase

² A educação e a formação profissional se caracterizam, basicamente, no treinamento em serviço, construído acerca da revisão de protocolos e da apreensão de saberes teóricos, e na participação em cursos específicos na área, que são pré-requisitos para a admissão e permanência no serviço.

³ A ergologia aborda as normas a partir da perspectiva filosófica de Georges Canguilhem, que considera o debate de normas como resultado da reunião de todas as forças de adaptação do trabalhador no embate com as normas de trabalho. Em síntese, poderíamos dizer que a teoria de Canguilhem reconhece que um sujeito entraria em desequilíbrio a partir do momento em que não conseguisse se adaptar às normas de trabalho e, dessa forma, adoeceria. Entende, também, que o trabalho é verdadeiro espaço de construção da saúde e campo de discussão sobre as maneiras que os sujeitos trabalhadores podem influenciar nesse processo (CANGUILHEM, 2000).

inconscientes, no uso dramático de si. Logo, a atividade de trabalho é mais do que uma estratégia de adaptação às situações reais de trabalho objeto das normas: mostra-se como manifestação concreta das contradições sempre presentes no ato de trabalho. Outra característica da atividade é que o sujeito que a realiza se engaja por inteiro, a cada momento, a partir de seu corpo biológico, de sua afetividade, de seu psiquismo, de sua experiência de vida e de seus valores (CUNHA, 2009; BORGES, 2004).

Assim sendo, o ser humano, como todo ser vivo, está exposto a exigências ou normas emitidas continuamente e em quantidade pelo meio de trabalho em que se encontra, seja no ambiente laboral, seja na sociedade. No entanto, para que exista como ser singular, vivo, e em função das lacunas contidas nas normas desse meio face às inúmeras variabilidades da situação local, ele permanentemente reinterpreta as normas que lhe são impostas. Esse fenômeno recebe o nome de renormatização.⁴ Renormatizando, o agente do trabalho tenta configurar o meio como seu próprio meio. É o ato de conceituar o que está no cerne da atividade de trabalho. Em parte, cada um chega a transgredir certas normas, a distorcê-las de forma a delas se apropriar e, assim, ser dono de seu trabalho (SCHWARTZ; DURRIVE, 2008).

Organizamos a discussão em duas seções, oriundas de sistematização categórica. Na primeira, explanamos a formação do trabalhador e até que ponto, em sua percepção, ela está em consonância com as necessidades práticas diárias do serviço. Na segunda, abordamos as formas como se processam, na realidade investigada, as microescolhas dos trabalhadores, as quais emergem a partir da mobilização de histórias, saberes e valores e seus usos, debate de normas e renormatizações, possibilitando novas estratégias para a educação dos técnicos de enfermagem do SAMU-192.

⁴ As renormatizações são fruto do confronto dos trabalhadores com as normas antecedentes, a partir da gestão das variabilidades, das peculiaridades e do momento de realização de cada trabalho, e são sempre singulares. Elas decorrem de um desencontro entre os valores que habitam as normas antecedentes e os valores dos trabalhadores (SCHWARTZ, 2011; VIEIRA; SANTOS, 2012).

O trajeto metodológico

Para conhecer com profundidade a atividade dos trabalhadores do SAMU-192 e identificar o debate de normas e suas renormatizações, além dos saberes práticos no processo de trabalho, remetendo-os ao processo educativo, foi necessário que atentássemos aos detalhes que caracterizam a forma como cada trabalhador executa seu ofício e às relações que constituem o processo de trabalho em urgência e emergência pré-hospitalar móvel. A coleta de dados foi alicerçada e inspirada na dialética contida no Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DDTP).

Como afirmam Schwartz, Durrive e Duc (2007, p. 33), a escolha da perspectiva ergológica “nos obriga a aderirmos permanentemente ao micro e o macro, a partir do momento em que ela aponta a atividade do trabalho como um espaço onde ocorrem escolhas, debates de normas e, logo, encontros de valores”.

O estudo de caso, que caracteriza a pesquisa realizada, não é somente uma técnica para a coleta de dados, pois implica a inserção do pesquisador como observador do processo de trabalho. Encontra-se entre as principais estratégias de pesquisa nas ciências sociais. Contudo, seus resultados são válidos somente para o caso que se estuda, não sendo aplicáveis em outras realidades. Nesse ponto, Triviños (1987) enfatiza que esse é o grande valor do estudo de caso, pois ele nos fornece conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada, sendo que os resultados atingidos podem permitir formular hipóteses para o encaminhamento de novas pesquisas.

O campo empírico escolhido foi uma base descentralizada do sistema SAMU-192, que opera com uma viatura do tipo unidade de suporte básico (USB) desde 2011. Localiza-se em um município com mais de 23 mil habitantes situado na mesorregião centro-oriental do Estado do Rio Grande do Sul, no Vale do Rio Pardo.

Como sujeitos, foram definidos os quatro técnicos de enfermagem do serviço, que de forma livre e voluntária optaram por participar da pesquisa, sendo suas identidades preservadas. A pesquisa foi cancelada pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), de acordo com o seu parecer de aprovação nº 396.400. No sentido de manter o anonimato dos sujeitos, eles foram designados por T1, T2, T3 e T4.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram observação participante com registros fotográficos, entrevista semiestruturada, análise de documentos e protocolos institucionais que continham as prescrições do trabalho e diário de campo. Os dados resultantes foram organizados e divididos em categorias norteadoras para a sua análise, de acordo com os preceitos da análise de conteúdo temática, consagrada por Bardin (2011, p. 48), que ensina:

[...] é o conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores – qualitativos ou não – que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A formação e a experiência no contexto pré-hospitalar

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)⁵ define quesitos específicos para a atuação profissional e propõe uma formação complementar e permanente dos profissionais, reconhecendo, dessa forma, a insuficiência do ensino formal no que tange ao atendimento pré-hospitalar. Entre as competências e atribuições do técnico de enfermagem atuantes no SAMU-192, a PNAU preconiza que o profissional participe de programas de treinamento e aprimoramento na matéria de urgência e emergência

⁵ A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), publicada em 05 de novembro de 2002, constitui um importante avanço na organização do SUS. A partir de uma ampla discussão nacional, estabeleceu a estruturação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada para a atenção às urgências, bem como a implantação de um processo de regulação que dê eficiência cotidiana ao sistema (BRASIL, 2006).

constantes no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, anexo à referida lei.

A formação proposta pela PNAU aos trabalhadores de urgência e emergência – e não somente aos profissionais atuantes no SAMU-192 – consolidou-se a partir da criação, por essa lei, dos Núcleos de Educação em Urgências (NEU)⁶, idealizados como espaços de saber interinstitucionais de formação, qualificação e educação permanente de pessoal para o atendimento em urgências. Visa aparar arestas da formação regular, ou seja, dos cursos de graduação e dos cursos técnicos, que têm uma abordagem à área de urgência e emergência relativamente nova e pouco enfatizada. O NEU busca implementar uma formação polivalente e orientada para a visão da realidade, por meio de uma grade curricular baseada no perfil das competências (BRASIL, 2002).

Contudo, ainda se arrasta o processo de capacitação previsto na referida lei, seja pelas características específicas do Brasil, tais como seu imenso território, ou pelas dificuldades enfrentadas pelos gestores do sistema público de saúde. Apesar das diretrizes curriculares adotadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 9.394/96, que preconizam uma formação diferente daquela em que se valoriza o modelo biomédico, acreditamos que, em se tratando de matéria pré-hospitalar, a formação permanece nos mesmos moldes do passado, caracterizada pelo estudo da doença e sem uma perspectiva holística. Daí que esteja em desacordo com as necessidades da população e do próprio profissional, que anseia por uma educação crítica, reflexiva e mais próxima das necessidades da atividade real.

Em outras palavras, é preciso deslocar o interesse da tarefa para o sujeito que a realiza, na perspectiva de conhecer os elementos determinantes que conduzem o debate de normas e renormatizações, o qual põe o saber como algo sempre dinâmico e renovado a partir do encontro

⁶ A criação do NEU visa, também, estabelecer currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, unificando conteúdos programáticos e carga horárias, bem como garantir habilitação formal obrigatória e com recertificação periódica para o exercício profissional. Propõe desenvolver uma educação com enfoque problematizador e baseado no perfil das competências (BRASIL, 2002).

entre sujeito e atividade, tanto na experiência quanto na experimentação (PAULINO, 2006).

Estudos como os de Trajano (2012) e Rossato (2009) evidenciam o distanciamento existente entre o trabalho prescrito pelas normas antecedentes e o efetivamente realizado, através das renormatizações, não somente em atividades industriais referentes ao setor saúde, mas também em outros ramos, como o setor de calçados. Mostram, assim, uma espécie de “resistência” do profissional em conduzir seu labor re-produzindo literalmente regras e protocolos.

O trabalhador busca realizar sua atividade de trabalho de acordo com a sua percepção e saberes derivados da experiência. Entendemos que a formação no campo da saúde – como um todo – encontra-se em crise, pois o ensino de ordem excessivamente positivista é muitas vezes descontextualizado, engessado e com ênfase nos conteúdos, sendo estes operacionalizados de uma forma tradicional, com base em protocolos e outras normas. Evidentemente não somos contra as normas operacionais. Contudo, acreditamos não ser correto reduzir a arte e ciência da enfermagem, em especial a abordagem pré-hospitalar, à mera apropriação de normas e protocolos, que não contemplam em sua totalidade o olhar do sujeito que está realizando o atendimento de socorro.

Para aproximar a formação profissional das necessidades de saúde da população é necessário superar o paradigma “conteudista-normalista” predominante, colocando os principais sujeitos do contexto pré-hospitalar – socorristas e pacientes – como verdadeiros atores sociais, portadores de anseios, medos, dúvidas e necessidades muitas vezes não contempladas. A formação, a nosso ver, deve proporcionar ao profissional os elementos para que ele saiba “pensar criticamente” sobre os problemas encontrados no contexto do atendimento em saúde, propondo soluções inteligentes e com um toque de ineditismo, como versam os princípios ergológicos.

Guardadas as devidas exceções, no cenário do trabalho em enfermagem o enfermeiro, entendido como produtor exclusivo de “saber intelectual”, é responsável pela organização e gerenciamento das ações

de enfermagem, enquanto auxiliares e técnicos de enfermagem são os representantes dos trabalhos manuais, responsáveis pelo “saber-fazer”, reproduzindo a divisão do trabalho taylorista. Apesar de em alguns serviços, como nos hospitais, destacar-se a posição do técnico de enfermagem como produtor de atividades repetitivas e manuais sob a supervisão direta do enfermeiro, no ambiente pré-hospitalar o técnico de enfermagem é convocado a usar o máximo de seus saberes investidos e constituídos para basear suas escolhas e decisões. Isso porque, na maioria das vezes, no trabalho real ele conta apenas com a troca de saberes com o condutor socorrista, não tendo a supervisão direta do enfermeiro e o consequente apoio para as microdecisões e infidelidades das situações de trabalho.

Dessa forma, acreditamos que o profissional técnico de enfermagem atuante em ambiente pré-hospitalar acessa múltiplos saberes, não sendo apenas os saberes adquiridos na formação técnica suficientes para capacitá-los para essa complexa e dinâmica atividade. Para “viver” a atividade, ele utiliza consciente e inconscientemente suas diversificadas ferramentas, tais como sua experiência, conhecimentos e subjetividade afluída pelas renormatizações, a fim de decidir acertadamente (tomando responsabilidade pelas consequências dessas decisões) com o intuito de utilizar da melhor maneira os recursos que tem, evitando maiores danos e sequelas à vítima atendida.

O sistema SAMU-192 caracteriza-se como serviço repleto de técnica e protocolos rígidos, mas, paradoxalmente, no cenário estudado não encontramos normatizações determinadas de maneira unificada. Ou seja, existem protocolos a serem seguidos, mas não estão organizados de maneira sistemática, como ocorre, por exemplo, em instituições hospitalares, que tradicionalmente têm seus protocolos organizados em forma de Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

No SAMU-192, os protocolos a serem seguidos são provenientes dos cursos realizados pelos profissionais, capacitações que não seguem uma uniformização, ministradas por instituições diversas que possuem influências teóricas muitas vezes diferentes, e do curso introdutório oferecido

pelo SAMU-192 Estadual, com carga horária extremamente reduzida e sem abordagem de todas as normatizações do programa.⁷

Portanto, a própria fragilidade das normas contidas num emaranhado de documentos e informações não organizadas colabora para que o trabalhador tenha alto grau de apropriação de sua atividade laboral através do uso de si por si mesmo, recentrando o meio como seu meio, baseado nos saberes constituídos e, de igual valor, nos saberes investidos experienciais, pois, como afirma T1, “os dois [saberes] têm que ser somados pra fazer o trabalho da melhor maneira possível. Tanto a prática, a experiência durante os anos [...] como também a parte dos cursos são muito interessantes. Assim tu sempre aprende de maneiras diferentes”. Para Schwartz (1996, p. 151, grifo do autor),

Toda forma de atividade em qualquer circunstância requer sempre variáveis para serem geridas, em situações históricas sempre em parte singulares, portanto escolhas a serem feitas, arbitragens – às vezes quase inconscientes – portanto, o que eu chamo de “usos de si”, “usos dramáticos de si”.

A educação formal no contexto do SAMU-192 inicia-se, verdadeiramente, por meio de cursos específicos na área de atendimento pré-hospitalar, tais como o *Prehospital Trauma Life Support* [PTHLS®], o *Basic Life Support* [BLS®] e a Capacitação Introdutória do SAMU-192, composta inicialmente por carga horária de 16 horas. Contudo, os sujeitos da pesquisa informaram que somente os cursos citados não foram suficientes para qualificá-los para as situações enfrentadas no dia a dia, porque

⁷ Com o intuito de uniformizar a educação de todos os profissionais atuantes na USB, o Ministério da Saúde lançou em 2012 o Curso de Capacitação em Suporte Básico de Vida (SBV), através de parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

para clínica, por exemplo, acho que tu precisa de vivência e opiniões, formas de fazer a mesma coisa de maneiras diferentes [...]. Tu pega vários problemas que se repetem, mas a forma de fazer varia muito de médico para médico, de enfermeiro para enfermeiro e aí tu acaba te espelhando neles. Acho isso uma coisa importante para ver como é que é que dá para se fazer a mesma coisa de várias formas (T4).

Outra importante característica encontrada no seio do trabalho no SAMU-192 é a forma como se dá a educação em serviço. Ela ocorre basicamente através da participação em cursos para sua recertificação e treinamentos envolvendo a execução das técnicas mais comumente utilizadas em pré-hospitalar móvel. Não existe, ao menos no campo em que se realizou a pesquisa, a previsão de uma educação em serviço pactuada em que haja a valorização da experiência e subjetividade dos trabalhadores, apesar de os profissionais realizarem, a todo momento, a troca de informações derivadas de suas experiências e trabalho em equipe. Não há um programa de educação em serviço regular idealizado pelos próprios sujeitos e de acordo com as necessidades do dia a dia de atendimento. Como anteriormente abordado, no sistema SAMU-192 percebe-se uma valorização exacerbada dos cursos obrigatórios de recertificação periódica, que parecem ter por meta principal a comprovação de que o sujeito possui o produto “treinamento”, estando adestrado adequadamente, como se isso bastasse.

Dessa forma, o sistema em que os profissionais estão inseridos valoriza os saberes constituídos produzidos por indivíduos e instituições que desconhecem as peculiaridades do cenário local, em vez de fomentar a transcrição dos saberes da práxis demonstrados pelos trabalhadores, abrindo diálogo e espaço para que esses conhecimentos genuínos possam ser traduzidos em palavras.

As falas dos trabalhadores expressam a necessidade e a importância da troca de saberes entre si que ocorre no dia a dia de trabalho:

[Em] Cada atendimento sempre se troca conhecimento, tanto entre o técnico e o condutor, pra aprimoramento do trabalho, como também tu aprende na chegada da sala de emergência, com algum comentário do médico, alguma avaliação do médico... tu já vai ver se tu estava certo na tua avaliação, tu vai ver qual procedimento vai ser feito naquele paciente. Tu tem um feedback entre o atendimento pré-hospitalar e intra-hospitalar. [Em] Todo atendimento acontece feedback (T1).

Esse momento de comunhão e troca de saberes vem ao encontro dos preceitos ergológicos. O que T1 chama de *feedback* poderia ser associado ao movimento dialético ergológico, que expressa a importância da confrontação do primeiro polo, o dos saberes acadêmicos, com o segundo polo, o dos saberes da experiência, tendo como produto, somadas as exigências dos valores dos sujeitos, um terceiro polo, que, por meio da humildade epistemológica de reconhecer o saber do outro como importante e legítimo, une os saberes dos polos anteriores adaptando-os à realidade encontrada. Por meio da pesquisa, foi possível constatar que há uma intensa troca de saberes no cotidiano de trabalho dos sujeitos, sem a qual, certamente, a atividade industriosa não se desenvolveria.

Portanto, no trabalho do SAMU-192 deve haver espaço para o diálogo e a reflexão a partir de práticas educativas que instrumentalizem o trabalhador na difícil tarefa de tomar decisões de acordo com seus usos de si e/ou em conjunto com os outros membros da equipe, na busca de um objetivo único, que é a qualidade e resolutividade no atendimento prestado, sendo também a comunicação e a interação importantes elementos constantes nesse processo (PEREIRA; LIMA, 2006).

Entende-se a necessidade de valorizar o conhecimento produzido através das escolhas oriundas do reprocessamento das normas, em que o trabalhador as reinventa e apara suas arestas, adaptando-as no “aqui e agora” durante o atendimento. Contudo, essas reinvenções são espécies de tabus na formação pré-hospitalar: o que poderia ser, a nosso ver,

material rico de saberes alicerçados na prática e na história do sujeito fica escondido nas entrelinhas, no não dito. Infelizmente, a educação formal idealizada para o pessoal do SAMU-192 não leva em consideração as potencialidades do patrimônio experiencial dos trabalhadores.

Importante salientar que o trabalhador reconhece o aprendizado contido na experiência, inclusive a partir das ações de cuidado às vítimas relacionadas à primeira abordagem ao paciente:

Sim, aprendo todo dia. Em cada atendimento se aprende através de uma relação interpessoal com o paciente, e com o tempo essa relação vai melhorando, tu vai dialogando melhor com os pacientes, consegue retirar em pouco tempo muito mais questões sociais. Então tu tem que saber abordar essas pessoas (T1).

A ergologia entende ser importante o reconhecimento do ponto de vista daquele que trabalha, pois baseia-se no corpo-si a partir de tudo aquilo que o sujeito trabalhador utiliza como base para as renormatizações, como sua experiência, história e valores, no seio do debate de normas. Quando se preza a opinião do sujeito que trabalha, nasce uma nova relação dele com o processo educativo: o sujeito torna-se mais consciente e responsável com seu papel na atividade e dono de sua própria história e de seu processo de aprendizagem (SCHWARTZ, 2001).

Debate de normas e renormatizações como elementos para uma nova educação do técnico de enfermagem do SAMU-192

O debate de normas é um processo natural e muitas vezes inconsciente que sempre se faz presente, independentemente da vontade do trabalhador, sendo algo intrínseco à atividade humana. A atividade de trabalho do técnico de enfermagem atuante do SAMU-192, ou de qualquer outro trabalhador, jamais será totalmente controlada pelos inúmeros protocolos, manuais, procedimentos-padrão e outras formas de controle laboral,

simplesmente porque “a atividade” é engendrada por valores e é um encontro do aqui e agora, inédito, que não poderá ser antecipado, sendo esse encontro ao mesmo tempo complexo e contraditório. A atividade é palco de tensões problemáticas frente às demandas do trabalho real, em que seguir as prescrições à risca tornaria o trabalho impraticável e inviável.

De acordo com o pensamento ergológico, as normas não podem determinar o acabado, o definitivo, o modelo intransponível, pois é da natureza humana inovar e o trabalhador tornar-se dono do próprio labor, recentralizando o meio como seu meio, tornando a atividade algo singular, verdadeiro encontro aqui e agora (SCHWARTZ, 2000).

O debate de normas é o elemento-chave que garante a diferenciação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, expressando, também, a dialética que põe em movimento o homem e sua atividade e que fricciona os saberes instituídos com os saberes provenientes da experiência, construindo concretamente sua história, permeada de valores éticos e materiais.

Diante das infidelidades do meio, especialmente do ambiente pré-hospitalar, o debate de normas atualiza as regras pelo inédito da atividade, no processo da realização desta. Por meio de seu produto, as renormatizações, ele promove brechas para solucionar tensões, conflitos e recriar normas por vezes contraditórias em relação ao contexto apresentado no trabalho real. Não obstante, no debate de normas, durante a atividade, o sujeito que trabalha não executa simplesmente tarefas e procedimentos: ele faz uso de si por si, ou seja, convoca todos os seus aspectos e capacidades para realizar o trabalho de maneira singular (SCHWARTZ; DURRIVE; DUC, 2007).

Quando questionados sobre como se sentem perante uma situação que exija tomada rápida de decisão – em que a dramática do uso de si⁸

⁸ Dramática de uso de si: para a ergologia, a origem de um drama – individual ou coletivo – surge quando ocorrem acontecimentos que quebram os ritmos das sequências habituais, antecipáveis, da vida laboral. Diante do drama, o sujeito exprime a necessidade de reagir, no sentido de tratar/neutralizar esses acontecimentos, fazendo “uso de si”. Ao mesmo tempo, a reação do sujeito gera novos acontecimentos que, por conseguinte, transformam sua relação com o meio e com as outras pessoas. Para a ergologia, trabalhar é sempre um drama, no sentido de que envolve

está mais acentuada –, os trabalhadores, de forma unânime, acreditam que estão preparados para tais momentos, conseguindo responder às situações limite de maneira eficaz, contornando o sofrimento. Ao analisarmos os dados coletados, inferimos que o técnico de enfermagem do SAMU-192, por ser altamente qualificado, repleto de saberes investidos e constituídos, e habituado a lidar com situações repletas de uso de si por si mesmo, já desenvolveu saberes derivados da experiência que lhe conferem certa tranquilidade para lidar com as infidelidades do meio, a partir do debate de normas e renormatizações. Nas falas a seguir podemos visualizar como se processa essa dramática do uso de si:

Eu acho que pra entrar no SAMU [...] tu tem que saber avaliar paciente. Tu tem que saber o máximo possível sobre todas as áreas de clínico, trauma, obstetrícia, psiquiátrica, enfim [...]. A hora que tu tiver esse conhecimento sobre esse assunto, tu diminui essa pressão sobre ti [...]. Claro que tu tem que te concentrar em saber que tu é a pessoa que tá ali, que tem que fazer o máximo pra salvar aquela vida. Tem a adrenalina, tem o nervosismo do momento, às vezes um acidente com criança, acidente que envolve mais vítimas, comoção social, aquela coisa toda. Então tu tem que estar muito bem centrado, ter um psicológico muito bem trabalhado, pra tu trabalhar no SAMU (T1).

Tranquilo. A palavra é bem essa: tranquilo, calmo. A fase de adrenalina já passou faz anos, então na tua cabeça tudo funciona tranquilo. A questão de ser um paciente crítico, pra mim, no desenvolver do trabalho não muda. A velocidade em si, a velocidade das ações muda, mas o sistema [de atendimento] não (T4).

Em relação às normas antecedentes, observa-se que os sujeitos percebiam a fragilidade das normatizações frente às complexas situações

o trabalhador por inteiro. É o espaço de tensões e problemáticas, de negociações de normas e de valores (BORGES, 2004; SCHWARTZ; DURRIVE, 2008).

de trabalho, a partir de afirmações contundentes. Na fala dos sujeitos, notamos como é aguçada a percepção da fragilidade das normatizações, comprovando que o labor no SAMU-192, assim como todos os tipos de atividade industriosa, mostra-se incapaz de ser totalmente reproduzido por meio delas. Os profissionais, quando questionados sobre a possibilidade de cumprir fielmente os protocolos de atendimento, sentenciam:

Nem sempre dá pra fazer, tanto pela insegurança da cena, como já aconteceu [...]. Às vezes tem que ser criativo, até pra imobilizar uma possível fratura (T3).

É impossível. Sempre, não. Não há como, porque não é uma cena estática, é uma cena dinâmica, e tem ainda a condição do paciente [...]. Primeiro a gente não faz diagnóstico do paciente, né, e outra, a determinação de conduta vai ser determinada por alguém, não por uma máquina. Então isso vai ser um processo, com variação de decisão a tomar, e essa tomada de decisão praticamente comunga, porque vai ter o olhar, a visão, a interpretação de um profissional aqui mais a fala com a regulação lá [...]. Tem que fazer muitas tomadas de decisões. Não são poucas. Muitas tomadas de decisão em cima de conhecimento prévio. Não sendo determinado por telemedicina (T4).

Caramba! É vida ou morte! Atendemos situações cruciais em que às vezes não conseguimos contato com o médico regulador, mas em que é preciso fazer a medicação no paciente de forma rápida e resolutiva. Ah, não, mas daí tu não pode medicar antes de falar com o médico [...]. O paciente tá com dor no peito e ardência, com provável IAM (Infarto Agudo do Miocárdio). Ah, não! Aí vou ter que deslocar até o hospital sem medicar [...]. Eu não posso dar o AAS, não posso dar Isordil, não posso fazer nada mesmo sabendo o que tem que ser feito para salvá-lo (T4)!

Ainda analisando as normatizações, estas se mostram aquém das necessidades do trabalhador, pois “tem atendimentos em que não se

consegue colocar esses protocolos em prática, devido à situação e ao risco presentes na cena (T1)”. A seguir encontra-se a melhor exemplificação, de sua rotina diária, daquilo que o sujeito (T1) entende sobre a dialética entre o prescrito e as necessidades práticas experimentadas no encontro com o trabalho real:

=A cena ficou perigosa, o paciente tá caído de um jeito diferente, todo torto [...], de uma forma que não tem como tu usar aquele método de imobilização que é passado no PHTLS e nos cursos do SAMU de capacitação. Às vezes tu tem que reinventar o atendimento na hora [...], não fazendo ele errado. Tu tem que reinventar, mas sabendo que existem regras básicas que tu não pode extrapolar [...]. Então tu vai ter que, muitas vezes, reinventar o atendimento na hora. E rápido (T1).

Como afirma Schwartz (2000), a atividade industriosa jamais será pura execução e alienação. Ela é sempre uma tentativa, mais ou menos individual, mais ou menos coletiva, de engendrar maneiras de fazer, formas de viver as infidelidades, as restrições e os recursos da situação de trabalho.

Considerações finais

O técnico de enfermagem e o condutor socorrista têm papel essencial e de gestão da atividade de socorro, realizando microdecisões a partir das renormatizações a todo momento, sendo a Central de Regulação Médica coadjuvante no atendimento prestado às vítimas, fato que pode ser explicado pela singularidade do próprio sistema SAMU-192 e pela telemedicina. O protagonismo dos profissionais se dá pela “vivência” do atendimento, que é marcado pela multiplicidade de cenários possíveis e seus ambientes únicos.

O trabalhador tem consciência da fragilidade das normas antecedentes, pela prescrição não englobar as especificidades e contradições do ambiente

dinâmico em que se processa a atividade industriosa, impossíveis de serem totalmente reproduzidas no trabalho real, devido às infidelidades do meio.

A fragilidade das normas, que no cenário estudado não se mostraram sistematizadas, a nosso ver, colabora para o trabalhador desenvolver alto grau de apropriação de sua atividade laboral, através do uso de si por si mesmo, encarando o trabalho como “seu meio”, com base nos saberes teóricos e experienciais acumulados a partir do labor real.

O ambiente em que se processa o cuidado é o grande responsável pelas renormatizações, por haver necessidade prática da adaptação de técnicas de socorro e demais procedimentos de enfermagem diante dos problemas físicos da cena. Assim, a renormatização é o “instrumento” escolhido consciente e inconscientemente pelo trabalhador com o intuito de responder às imprevisibilidades e incongruências do ambiente de trabalho. As renormatizações são resultados de seu patrimônio experiencial e recursos do “corpo-si”, na busca de eficácia e competência, sempre objetivando a melhor resposta possível ao tipo de agravo – acidentes ou doenças graves – enfrentado no atendimento pré-hospitalar.

Quanto à formação, nos parece que o modelo educativo percebido na realidade do SAMU-192 segue a lógica da própria formação básica em enfermagem, que na visão dos sujeitos é aligeirada e voltada ao mercado, o qual procura compartimentalizar os saberes sob a forma de tarefas, não indo ao encontro das necessidades do sujeito que trabalha, pois desconsidera a subjetividade, valores e história impressos no cotidiano profissional, valorizando apenas a técnica e as prescrições.

A nosso ver, perdem-se oportunidades preciosas de escutar o que o sujeito tem a dizer sobre o seu ofício, de forma socrática, refletindo sobre como faz e por que o faz de tal maneira, trazendo à consciência a visão de sua práxis. Entendendo o debate de normas e as renormatizações presentes na práxis, podemos viabilizar as intervenções necessárias em seu processo educativo, com vistas a melhor entender a complexidade das situações de trabalho impressas no cenário pré-hospitalar.

A principal pista para repensarmos a formação no contexto do estudo é o reconhecimento da complexa dinâmica que envolve o debate de normas e renormatizações no ambiente da atividade. A partir do entendimento de que a educação profissional não consegue preparar o sujeito técnico de enfermagem do SAMU-192 de maneira eficiente para a gestão da atividade frente às dificuldades da situação real de trabalho, necessitamos viabilizar um espaço de discussão acadêmica em que os saberes experienciais possam atuar sinergicamente com os saberes teóricos e prescritivos, pois assim poderão ditar melhores práticas de intervenção na atividade real.

Referências

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 7. ed. São Paulo: Grupo Almedina, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção às Urgências*. 3. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM/MS 2048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12/11/2002. Seção 1, p. 56.
- BORGES, Maria Elisa Siqueira. Trabalho e gestão de si: para além dos “recursos humanos”. *Cad. sicol. Soc. Trab.*, São Paulo, v. 7, p. 41-49, dez. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172004000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2019.
- BRITO, Jussara. Trabalho e saúde coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 879-890, dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 abr. 2019.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- CUNHA, Daisy. Lições de pedra: das minas de saberes e valores. *Ver. Educação Unisinos*, São Leopoldo, v. 13, n. 3, p. 228-235, 2009. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/educacao/article/view/4950/2200>. Acesso em: 03 jun. 2017.

FIGARO, Roseli. Comunicação e trabalho: binômio teórico produtivo para as pesquisas de recepção. *Revista de ciencias sociales y de la comunicación*, Madrid, n. 4, Universidad Complutense de Madrid, p. 23-49, 2009. Disponível em: <https://revistas.ucm.es/index.php/MESO/article/view/MESO0909120023A>. Acesso em 14 set. 2018,

PAULINO, Roseli Figaro. Estudo de recepção e ergologia: novos desafios teórico-metodológicos. In: Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, 29, 2006, Brasília, DF. Anais [...]. Brasília, DF, 2006.

PEREIRA, Waleska Antunes da Porciúncula; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paul Enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 279-283, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300004-&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 ago. 2017.

SAVEGNAGO, Jean de Fraga. *Debate de normas: renormatizações no trabalho dos técnicos de enfermagem do SAMU-192 e suas ressonâncias para o processo formativo*. 129 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2014.

SCHWARTZ, Yves. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. *Ver. Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 19-45, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/02.pdf>. Acesso em: 14 maio 2017.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e saber. *Ver. Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, v. 12, n. 01, p. 1-14, 2003. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/7361>. Acesso em: 13 jun. 2017.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e educação. *Ver. Presença Pedagógica*, Belo Horizonte, v. 7, n. 38, p. 05-17, 2001.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. *Pro-posições*, Campinas, v. 5, n. 1, p. 34-50, jul. 2000. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8644041>. Acesso em: out. 2018.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e valor. *Ver. Tempo Social*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, 1996. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/86429/89086>. Acesso em: 15 ago. 2017.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis. Glossário da ergologia. *Ver. Laboreal*, Portugal, v. IV, n. 1, p. 23-28, 2008. Disponível em: http://laboreal.up.pt/files/articles/2008_07/pt/23-28pt.pdf. Acesso em: 15 ago. 2017.

SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis; DUC, Marcelle. Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (Org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: UFF, 2007, p. 191-206.

ROSSATO, Janine. *A renormalização de saberes no processo de trabalho: um estudo sobre os trabalhadores da indústria calçadista*. 125 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

TRAJANO, Ana Rira Castro. *O trabalho no SAMU e a humanização do SUS: saberes-atividade-valores*. 166 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo*. 1. Ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA Junior, Paulo Roberto; SANTOS, Eloisa Helena. A gênese da perspectiva ergológica: cenário de construção e conceitos derivados. Ver. *Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, v. 21, n. 01, p. 83-100, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/8729>. Acesso em: 15 maio 2017.

ENTRE AUTONOMIA E PENOSIDADE: CONTRADIÇÕES NO TRABALHO DE MAQUINISTAS EM UMA FERROVIA BRASILEIRA

ÂNGELA MÁRCIA FERREIRA PETRUS
DAISY MOREIRA CUNHA

Introdução

Este trabalho integra um eixo de análise da pesquisa de doutorado¹ que se articula ao projeto “Conexões de Saberes sobre o Trabalho: Saúde e Segurança na Mineração”², cuja abordagem se inscreve no desafio de compreender a atividade dos maquinistas ferroviários na condução do trem de carga pelas vias de um caminho de ferro brasileiro em Minas Gerais, buscando revelar as condições concretas do trabalho, os processos técnico-organizacionais, a dimensão do trabalho real e as implicações sobre a saúde dos maquinistas.

¹ PETRUS, Ângela Márcia Ferreira. *Da Atividade de Trabalho nos Trilhos ao Debate Político e Epistemológico sobre Penosidade*. Tese de Doutorado em regime de cotutela internacional realizado entre a Universidade Federal de Minas Gerais/Brasil (Faculdade de Educação) e a Universidade do Porto/Portugal (Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação), 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-AQRPUE> e <http://hdl.handle.net/10216/106162>.

² O projeto “Conexões de Saberes sobre o Trabalho” integra as atividades do Programa de Pesquisa, Ensino e Extensão da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Esta pesquisa inseriu-se no bojo das atividades da segunda edição do projeto (2010 a 2015), o que possibilitou adentrar o setor ferroviário na região metropolitana de Belo Horizonte.

A área logística da ferrovia destacou-se para as observações em função de ser uma área que apresentava uma excessiva normalização da segurança operacional, com metas prescritas para o trabalho com um elevado grau de fiscalização e de formas de controle, principalmente sobre os maquinistas, que traziam um significativo sofrimento a esses trabalhadores. Considerando que o trabalho humano é um lugar de acontecimentos múltiplos e complexos (SCHWARTZ, 1996), desvendar suas dimensões requer observá-lo com uma lupa pelo prisma da atividade singular (SCHWARTZ; CUNHA, 2006); assim, nessa direção encontramos nos aportes teóricos da ergonomia (Guérin *et al.*, 2001; Wisner, 1987) e da ergologia (Schwartz, 1998) fundamentos concretos para ir ao encontro da atividade.

A ergonomia permite construir um ponto de vista sobre a relação entre as condições de trabalho, a atividade e as consequências para os indivíduos, na medida em que explicita como o trabalhador se mobiliza, revelando o significado das escolhas e das estratégias de ação e regulação que ocorrem frente aos constrangimentos que atravessam o real do trabalho. Por seu lado, a ergologia amplia a visibilidade do que se processa nas lacunas existentes entre o trabalho prescrito e o trabalho real, explicitando a evolução das normas e o debate de valores que se colocam no trabalho, o que permite ter melhor clareza sobre o “custo” dessas evoluções para os trabalhadores – no âmbito da saúde, da segurança e do emprego nas atuais condições de trabalho. Assim, apoiados na integração dos contributos dessas duas abordagens, acessamos no interior da “rotina sobre os trilhos” os maquinistas na sua singularidade, para compreender as relações no curso da ação.

O recorte aqui apresentado perpassa as dimensões de um modelo gerencial de avaliação de desempenho dos maquinistas, baseado num sistema de “encontrar erros”, que utiliza uma ferramenta de gestão para fiscalizar e controlar de forma contínua o trabalho desses trabalhadores, dentro e fora do trem. Encontramos nesse contexto de trabalho elementos que nos permitiram refletir sobre a relação entre saúde e trabalho, investindo num debate em torno de questões inerentes à penosidade

frente às condições das situações laborais. Essa reflexão lançou luz sobre várias formas de confronto dos saberes, indicando que o “debate de valores” manifestado no diálogo com os maquinistas constitui um importante parâmetro a ser considerado no âmbito da problemática que é o reconhecimento da penosidade no trabalho.

Verificamos que essa ferramenta de gestão, construída num “modelo de fiscalização educativo”, constitui-se em uma faceta que inscreve penosidade no trabalho dos maquinistas, uma vez que estes são punidos por deslizes ínfimos, sendo levados a se sentirem fragilizados frente a uma reduzida margem de regulação para gerir as imprevisibilidades que interferem no trabalho. A ausência de um espaço de autonomia profissional produz nos maquinistas um sentimento de injustiça e desvalorização do trabalho, ferindo a sua dignidade; sobretudo porque a avaliação centrada no “erro” indica uma ausência de reconhecimento profissional que os expõe a uma condição de trabalhar com medo de perda da qualificação e da estabilidade no emprego. Mas, por outro lado, nesse contexto de trabalho os maquinistas conseguem desenvolver ricas competências e saberes, que demonstram o quão contraditório pode ser o trabalho como princípio educativo.

Trilhas da investigação

O estudo referencia-se nos princípios metodológicos da análise da atividade propostos pela Ergonomia (Guérin *et al.*, 2001; Wisner, 1987) e da Ergologia (Schwartz, 1998), apresentando-se como uma pesquisa qualitativa. Buscamos na integração dessas duas abordagens os instrumentos necessários para reconhecer as situações no contexto ferroviário, de forma a identificar como os fatores técnico-organizacionais e sociais interferiam na gestão da atividade de trabalho, possibilitando uma reflexão sobre a relação entre condições de trabalho e saúde dos maquinistas.

As etapas de investigação foram construídas ao longo da experiência vivenciada no campo, sem a predefinição de um roteiro rígido, conduzidas mediante o contato e o diálogo com os profissionais nas observações da

atividade, e compreenderam: **a) aproximação ao trabalho na ferrovia e de seus maquinistas:** reconhecer a organização do trabalho, as principais atividades e o trabalho dos maquinistas; **b) acompanhamento de 18 viagens de trem e entrada em outros setores da ferrovia:** identificar os condicionantes da atividade e as estratégias de ação; conhecer o processo da circulação dos trens e a participação em treinamentos teóricos destinados aos maquinistas; **c) acompanhamento da atividade do maquinista em jornadas diárias:** realizar um recorte para uma observação mais sistematizada durante a viagem de trem, em que elegemos dois dias para incursão no trecho de modo que acompanhássemos a jornada completa de trabalho de dois maquinistas e, assim, verificássemos as tarefas, as exigências operatórias individuais e coletivas e as condições do trabalho.

Os dados foram coletados a partir de informações provenientes do setor administrativo da ferrovia e observação direta durante viagens de trens e momentos da rotina diária de trabalho no setor de operação de trens e em outros setores da ferrovia, incluindo a realização de conversas informais e entrevistas abertas e semiestruturadas (individuais e/ou coletivas) com maquinistas, inspetores e supervisores, seguidas de confrontação dos dados com os profissionais. Além disso, houve participação em treinamentos teóricos destinados aos maquinistas e realização de uma aula prática na “condução de um trem”.³ Foram utilizados para registro dos dados nesta pesquisa o caderno de campo, gravador digital e um *tablet* (recursos de fotografia e filmagem).

Os procedimentos metodológicos desta pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais⁴ e pela Gerência de Saúde, Segurança e Meio Ambiente da ferrovia investigada. Participaram dela 21 maquinistas, com faixa etária entre 25 e 61 anos, todos do sexo masculino e com nível de escolaridade entre o ensino

³ Sob a orientação de um inspetor, vivenciamos a condução de um trem por alguns metros dentro da estação da ferrovia.

⁴ CAEE - 24362813.0.0000.5149.

fundamental e médio. A experiência profissional variava de 1 a 35 anos na atividade de condução do trem. A escolha dos profissionais se fez conforme a disponibilidade dos trabalhadores em participar da pesquisa, e as viagens de trem com os maquinistas seguiram as escalas de trabalho que já se encontravam programadas pela empresa (quanto à escolha dos dias e horários, foi feita conforme a disponibilidade da pesquisadora, a autorização dos inspetores e a aceitação do maquinista).

As análises dos resultados foram efetuadas através da sistematização dos dados observados, confrontados e validados durante a investigação junto aos profissionais, por meio da transcrição das entrevistas, da gravação em áudio e vídeo e da revisitação aos cadernos de campo. Além disso, realizamos a validação dos dados com um inspetor (acerca da descrição do processo de trabalho da operação Belo Horizonte) e fizemos uma reunião para devolução dos resultados da pesquisa com a supervisão da operação Belo Horizonte, contando com a participação de inspetores e maquinistas.

A privatização da ferrovia em Minas Gerais e a gestão do desempenho dos maquinistas: o controle do trabalho pelo erro

As diretrizes da organização do trabalho dos ferroviários carregam a transversalidade das transformações advindas dos marcos históricos da evolução da ferrovia no Brasil, sobretudo da privatização da Rede Ferroviária Federal S.A. (RFFSA) em 1992, que determinou a retomada do capital privado no setor ferroviário, viabilizando a concessão do serviço de transporte ferroviário de carga no país (IPEA, 2010; CNT, 2013). As mudanças políticas, econômicas e socioculturais configuradas após a privatização refletiram variações técnico-organizacionais, novos modelos de gestão e novos padrões das relações estabelecidas com os trabalhadores ferroviários, além de interferirem também em novas concepções de eficiência, segurança e produtividade (VELASCO; LIMA; SOUZA, 1998).

Na ferrovia estudada em Minas Gerais, a privatização trouxe muitas alterações no âmbito do trabalho: implementação de novas tecnologias

e equipamentos para a condução do trem; aumento do peso da composição e do número de vagões e locomotivas para controlar; aumento da diversidade de cargas a transportar; redução do número de empregados; adoção do sistema de monocondução⁵; redefinições das funções e tarefas dos maquinistas; alterações na numeração; implementação do sistema de trabalho em escala com jornadas prolongadas, entre outras. Os excertos a seguir da verbalização de ferroviários mineiros⁶ que vivenciaram esse momento de transição evidenciam alguns aspectos das mudanças ocorridas:

A privatização foi um momento muito difícil, pois o nosso trabalho mudou muito [...]. No primeiro dia aqui nesta ferrovia, demitiu 380 pessoas, foi muito sofrido tudo, as perdas dos colegas e as mudanças no nosso trabalho. De um dia para o outro, o maquinista passou a assumir coisas que antes não fazia [...], por exemplo, demitiram os manobristas e quem passou a fazer foram os maquinistas, que não tinham nenhuma experiência de manobra no chão e tivemos um período de muitos acidentes. O foco passou a ser a produção (Adão – inspetor ferroviário).

Ah, a privatização na ferrovia mudou tudo, nunca vou esquecer... eu tive uma dificuldade danada de aprender meu trabalho, cheguei a pensar que não ia dar conta mais de continuar e fiquei muito estressado, porque com os equipamentos novos tinha tanta coisa para fazer ao mesmo tempo e em pouco tempo eles queriam você operando bem. Foi duro até aprender, fora o medo da demissão, que era um pesadelo. De lá para cá, o trabalho nunca mais foi a mesma coisa, a gente só tem hora de entrar e nunca sabe ao certo que hora volta para casa. Aumentou o peso da composição e o número de vagões e locomotivas para controlar e aí mais responsabilidade, pois,

⁵ Operação do trem por um único maquinista, desaparecendo a função do maquinista auxiliar.

⁶ Ferroviários que participaram desta pesquisa e nos concederam entrevistas. Todos os nomes dos trabalhadores mencionados nesta pesquisa são fictícios, de forma a preservar suas identidades.

desde então, é conduzir sozinho e Deus, e debaixo de muita cobrança (Felipe – maquinista ferroviário).

Além disso, nos trechos da operação Belo Horizonte, de acordo com a gerência da ferrovia investigada, outras significativas transformações para o trabalho do maquinista após a privatização ocorreram em 2004. Nesse ano houve um acidente de um trem com 34 vagões na Serra do Mourão Azul⁷ – trecho entre Sabará e Belo Horizonte constituído de área inclinada com curvas, sendo necessários procedimentos específicos para subir e descer com o trem, o que exige maior perícia dos maquinistas⁸ na operação (referente a restrição de velocidade, proibição de paradas e arrancadas em determinados trechos etc.). Segundo os registros internos da ferrovia, a investigação desse acidente apontou que o fator que influenciou o tombamento do trem foi o excesso de velocidade atingida pela composição (locomotiva e vagões) durante a descida da serra, relacionado a uma falha do freio do trem. A conclusão final da análise imputou que a responsabilidade única do acidente fora o fato de o maquinista ter descumprido o item da norma do Regulamento de Operações Ferroviárias (ROF) de não ter realizado o teste de aplicação e alívio de freios antes da partida do trem.

Essa visão fragmentada e reducionista – tradicional da engenharia de saúde e segurança baseada em padrões normativos – levou a gerência da ferrovia a centrar no “erro humano” a causa do acidente, direcionando que os maquinistas precisariam ser fiscalizados no cotidiano do trabalho para se verificar o cumprimento de todas as prescrições determinadas como ações seguras para a operação dos trens. Assim, identificar e registrar os “erros” dos maquinistas tornou-se a fórmula para orientar uma operação

⁷ Nome fictício criado pela pesquisadora Laís Di Bella Castro Rabelo (2014), na dissertação de mestrado realizada na mesma ferrovia.

⁸ Os maquinistas que transitavam no trecho possuíam maior experiência de condução, sendo que vários dos que compunham a equipe dessa ferrovia (durante a pesquisa) não eram liberados para circular no trecho.

com menos risco de acidentes e um suposto “modelo educativo” para aprimorar a capacitação desses trabalhadores para a condução dos trens.

Nessa direção, os dirigentes da ferrovia estruturaram uma ferramenta de gestão para avaliar os erros dos maquinistas com a criação de uma “carteira funcional” (documento virtual no sistema da empresa para registrar as infrações cometidas no trabalho) fundamentada numa metodologia de pontuação negativa, que se tornou a base para um controle fiscalizador dos maquinistas, orientando diretamente o trabalho dos inspetores ferroviários – que na operação de Belo Horizonte eram os responsáveis por organizar, treinar, acompanhar os maquinistas e assisti-los na gestão dos problemas de circulação de trens, mas, sobretudo, *fiscalizá-los* e puni-los no trabalho.

Assim, essa ferramenta de gestão passou a mediar fundamentalmente a relação entre os inspetores ferroviários e os maquinistas, através da aplicação de três instrumentos de avaliação: **a) teste de desempenho:** o maquinista é avaliado pelo inspetor quanto ao cumprimento das normas prescritas no ROF⁹ e das referentes aos Procedimentos de Operação¹⁰ durante toda a sua jornada de trabalho – podendo ser dentro do trem ou mesmo a distância (no pátio da ferrovia; quando o trem passa por determinado trecho; por escuta das comunicações via rádio; por meio de uma blitz surpresa etc.). Ressalte-se que o maquinista não tem conhecimento prévio, sendo somente informado posteriormente ou ao término da avaliação, quando lhe são apresentados os resultados: teste satisfatório (não houve transgressão das normas) ou teste insatisfatório, “negativa” (o desvio cometido é apontado e, de acordo com o grau de gravidade, ele recebe a pontuação na carteira funcional). Ao final, o maquinista é convocado a assinar o teste eletronicamente no sistema por meio de equipamento portátil ou no computador da ferrovia; **b) acompanhamento da viagem:** o

⁹ Manual detalhado com mais de 300 itens que apresenta deveres e obrigações gerais e específicas para a operação, incluindo regras sobre comunicação, sinalização, manobra, formação e recomposição dos trens, licenciamento e circulação, trens especiais e serviço de manutenção.

¹⁰ Normas criadas mediante as particularidades de cada região ou trecho da ferrovia em função de a regra geral do ROF não condizer com a realidade da operação.

maquinista é acompanhado pelo inspetor durante uma viagem (exigência de no mínimo uma hora) e é informado que está sendo avaliado. O inspetor utiliza um checklist operacional com 82 itens para questionamentos e observação do comportamento referentes à segurança, à condução do trem, a premissas e a valores da empresa. O maquinista que obtiver nota inferior a 70 pontos recebe uma pontuação na carteira de acordo com a decisão do inspetor em relação à gravidade das falhas detectadas e será reavaliado em outra viagem; **c) análise do gráfico de registro da viagem:** *consiste na avaliação de uma viagem do maquinista por meio da interpretação por parte do inspetor dos gráficos gerados pelo sistema de gravação de dados presente na locomotiva (“caixa-preta” que registra todos os comandos efetuados durante a viagem), a fim de verificar em 22 itens se houve algum desvio durante a condução que transgrida as normas de segurança e de operação estabelecidas. O maquinista deve obter nota superior ou igual a 70 pontos, do contrário recebe uma pontuação na carteira (conforme avaliação do inspetor quanto à gravidade do desvio) e será reavaliado em outra viagem. Ao final, o inspetor registra no sistema o resultado da análise.*

Desta forma, a ferramenta de gestão também estabeleceu metas¹¹ para os inspetores ferroviários, levando-os a terem que encontrar erros nos maquinistas, pois não encontrá-los, na lógica do “modelo de fiscalização educativo”, denotava risco baixo na operação – o que colocava em cheque o próprio trabalho do inspetor. Além disso, a identificação de *erros* dos maquinistas fundamentou uma metodologia de pontuação negativa para as infrações cometidas, que uma vez inseridas na “carteira funcional” do

¹¹ As metas se referem a quando e como os inspetores deviam avaliar os maquinistas: a cada mês aplicar o teste de desempenho em todos os maquinistas; a cada três meses realizar pelo menos o acompanhamento de uma viagem de todos os maquinistas; a cada quatro meses fazer pelo menos a leitura de um gráfico de viagem de cada maquinista; a cada mês reaplicar todos os testes negativos do mês anterior; aplicar 30% dos testes durante a noite e 30% no fim de semana; 10% dos testes de desempenho devem ser negativos; entre outros. Cabe ressaltar que os inspetores também eram avaliados pela gerência da ferrovia quanto ao cumprimento dessas metas, sendo acompanhados em reuniões semanais.

maquinista traduziam-se em critérios de “correção” de acordo com uma pontuação preestabelecida, conforme apresentamos no Quadro 1.

Pontuação Negativa	Consequências para o Maquinista
12 pontos	Treinamento nos itens insatisfatórios, seguido de provas (Regulamento de Operação Ferroviária, padrões operacionais, regulamentos específicos, circulares, instruções e boletins de serviços – com nota mínima de 80%) aplicadas pelo inspetor até ao final do mês subsequente ao mês do acúmulo da pontuação.
18 pontos	Treinamento nos itens insatisfatórios, seguido de provas (Regulamento de Operação Ferroviária, padrões operacionais, regulamentos específicos, circulares, instruções e boletins de serviços – com nota mínima de 80%); acompanhamento de uma viagem técnica pelo inspetor e participação do maquinista em uma reunião semanal da supervisão, até ao final do mês subsequente ao mês do acúmulo da pontuação.
25 pontos	Treinamento nos itens insatisfatórios, seguido de provas (Regulamento de Operação Ferroviária, padrões operacionais, regulamentos específicos, circulares, instruções e boletins de serviços – obter nota mínima de 80%); acompanhamento de uma viagem técnica e em duas escalas consecutivas pelo inspetor (com emissão de relatório) até ao final do mês subsequente ao mês do acúmulo da pontuação; reciclagem no Centro de Engenharia Logística da Ferrovia (refazendo toda a parte teórica ou operacional), num prazo de 90 dias.
30 pontos	Decisão gerencial sobre o profissional (afastamento da função ou demissão), até ao final do mês subsequente ao mês do acúmulo da pontuação.

Quadro 1 – Despontuação e consequências para o maquinista.

Fonte: Informações Operação Belo Horizonte (2014).

Portanto, esse modelo “pedagógico punitivo” assinalava que o controle do trabalho pelo erro possibilitava aprimorar a capacitação dos maquinistas através de um *comportamento normatizado*, o que, numa lógica retilínea, potencializava a gestão da saúde e segurança na rotina sobre os trilhos. Tal contexto nos permitiu repensar as contradições do trabalho como princípio educativo, colocando uma lupa sobre os impactos contraproducentes na/ para a atividade dos maquinistas, mas ao mesmo tempo revelar as dimensões da produção de competências nessa experiência de trabalho.

As contradições dos mecanismos de controle dos maquinistas: a punição do erro e o ganho da experiência

Os pontos de vista dos 21 maquinistas que participaram da nossa pesquisa nos permitiram perceber que a ferramenta de gestão utilizada pela empresa, embora com finalidades de eficiência, segurança e rentabilidade,

não considerava a complexidade das condições reais de desempenho da atividade. Tal ferramenta constituía-se, assim, em um dos elementos que configurava a penosidade no seu trabalho, fundamentalmente por serem colocados com frequência frente a injunções paradoxais, sem, contudo, terem a possibilidade de ser ouvidos e de contribuir para a transformação do seu processo de trabalho.

A estrutura e as formas de aplicação dos instrumentos de avaliação infligiam aos maquinistas, de um lado, uma punição ao erro de maneira despótica e ilógica produzindo um massacre da autonomia e falta de reconhecimento profissional; por outro lado, esse contexto de trabalho os convocava ao “uso de si” (SCHWARTZ, 2000), requerendo que cada maquinista tecesse suas escolhas no curso da ação, resultando assim em ganhos de experiência profissional. Os excertos de partes das verbalizações dos maquinistas sobre os instrumentos de avaliação, inseridos no texto a seguir, revelam esse caráter contraditório do trabalho como princípio educativo:

a) Teste de desempenho: foi consenso entre os maquinistas entrevistados que as normas orientavam o trabalho oferecendo segurança e limites, mas, por outro lado, não era exequível cumprir as mais de 400 normas prescritas que envolviam as do ROF e os diversos Procedimentos de Operação relativos às especificidades da região e do trecho em Belo Horizonte.¹²

¹² A operação da ferrovia na região metropolitana de Belo Horizonte constitui-se em um importante trecho de circulação de trens, uma vez que sua posição geográfica é ponto de articulação com outras ferrovias (carga e transporte de pessoas), centralizando parte do sistema logístico da empresa. Essa região possui especificadas, tais como: a estrutura do trecho apresenta uma parte onde existem duas linhas de circulação (permitindo que trens possam subir e descer em sentidos contrários ao mesmo tempo) e outra parte (grande extensão) que é composta por apenas uma “linha singela”, que permite somente a passagem de trens em uma direção de cada vez (subir ou descer); numa das partes do trecho existe um túnel de longa extensão (cerca de 3 mil metros) que não oferece boas condições de espaço, iluminação, ventilação e comunicação; a estrutura das vias são construções antigas e, embora passem por manutenções e investimentos em obras de reestruturação, não oferecem as condições ideais para que os trens modernos dessa ferrovia possam utilizar sua potência real; há muitas áreas de habitação que margeiam os seus trilhos e várias “passagens de níveis” (cruzamentos da linha do trem com ruas e pontos de acesso à cidade) por onde transitam pedestres e veículos de transportes; existe a

Essa condição facilitava para que os inspetores encontrassem infinitos erros (por exemplo, relativos ao uso de equipamentos de proteção individual, à interação no sistema presente no trem OBC¹³ ou MCI¹⁴, às conversas no rádio do trem etc.), aumentando assim as possibilidades de atingir as metas de punição, o que alimentava a ferramenta de gestão. Além disso, devido ao fato de a avaliação poder ser realizada pelo inspetor em qualquer local e sem o conhecimento prévio dos maquinistas, estes declararam ser uma avaliação abusiva, sobretudo porque prevalecia o poder da hierarquia sem margem de defesa, cujo resultado sempre gerava uma “negativa”. Um dos maquinistas relatou:

Somos presa fácil, é só o inspetor ficar ali, ó, de mutuca quando ele precisa, e sempre vai encontrar o que procura, porque a gente não consegue cumprir tanta regra ali, ó... na risca o tempo todo (Bernardo).

Os maquinistas também referiram que detalhes insignificantes representavam motivos de negativa, o que acabava por gerar insatisfação pela forma infantil como eram tratados, pois os erros apontados na maioria das vezes não impactavam em nada a condução. Alguns exemplos foram apontados por eles:

Serra do Mourão Azul, trecho constituído de área inclinada com curvas, onde são necessários procedimentos específicos para a operação do trem (referentes à restrição de velocidade, à proibição de paradas e arrancadas em determinados trechos etc.).

¹³ Tipo de equipamento com computador de bordo que configura a velocidade máxima do trem (ex.: 40 km/h), mas que durante todo o percurso da condução do maquinista vai apontando as restrições do trecho e indicando a velocidade a ser cumprida (ex.: a 1.000 m, a restrição da velocidade é 30 km/h, e, se o maquinista não aplicar a velocidade desejada, o sistema vai informando que parará o trem).

¹⁴ Tipo de equipamento de bordo que configura a velocidade máxima que o trem pode assumir (ex.: 50 km/h), mas que durante a condução não aponta nem reduz a velocidade a ser cumprida em todo o percurso, prevalecendo assim a escolha do maquinista em eleger a velocidade diante das restrições que se apresentam no trecho (ex.: a 2.000 m, a velocidade é de 25 km/h, mas, se o maquinista optar por continuar, digamos, com 50 km/h, o sistema permite até determinado tempo e depois, sem avisar, para automaticamente o trem).

Já tive negativo porque tirei o abafador (de ouvido) rapidinho, só para limpar o suor. O inspetor estava comigo na viagem e me viu usando o tempo todo, é covardia mesmo! (Gabriel – maquinista).

Eu perdi um ponto porque estava falando no rádio e esqueci de falar o câmbio no final de uma conversa. Mas, pô, eu já tinha rodado o dia inteiro e falei em todas as outras vezes. Tô muito chateado porque só por causa de bobeira agora já vou ficar com 18 pontos, daqui a pouco me mandam embora (João – maquinista).

Desta forma, esse critério de avaliação impunha uma punição exaustiva face ao menor deslize dos maquinistas frente às normas. Contudo, na observação da atividade e no diálogo com esses profissionais, verificamos que mesmo em face à normatização excessiva e ao sistema de controle punitivo, alguns maquinistas acabavam por desenvolver estratégias que se traduziam em ganho de experiência na condução, conforme o exemplo do maquinista Honório, que adotou referências a partir da geografia no trecho para controlar a velocidade do trem, ter eficiência na condução e evitar punições:

O MCI exige mais manha para conduzir, se dum lado ele te alivia porque não fica no seu pé monitorando [referindo-se à velocidade do trem] o tempo todo, de outro aumenta o desafio, pois a gente apanha muito até ter aquela coisa de saber o detalhe do trecho: ó, depois da curva da serra põe dois pontos, ó, na descida perto do viaduto tem que ganhar velocidade, senão o trem não vence o morro que vem na frente. Isso faz muita diferença para dominar a composição e ter segurança. Essa coisa de ter alguns pontos que me guiam no trecho acho que facilita não só para a condução, mas acaba ajudando a não ser penalizado; acaba que isso meio que automatiza ter o que é correto, entende? (Honório – maquinista).

b) Acompanhamento da viagem: de acordo com os maquinistas, essa avaliação podia ser realmente um momento de ensino-aprendizagem, um importante espaço para troca de experiências, pela oportunidade de diálogo, pelas explicações que se colocavam diante das situações vivenciadas; contudo, relataram que, nessa direção, isso ocorria com pouca frequência devido à variação do interesse de cada inspetor, já que na maioria das vezes a motivação central consistia na meta de encontrar erros:

Esta avaliação, acho boa, ela tira dúvida. O inspetor já me mostrou, por exemplo, que, quando eu tirei um ponto brusco, deu choque nos vagões, um vagão bateu no outro, entendeu? Vi então ali, na prática. O problema é quando o inspetor mal conversa, vai vendo erro até onde não tem. Você não pode fazer nada, isso é duro de aguentar! (Sidney – maquinista).

A insatisfação entre os maquinistas relacionava-se ao caráter punitivo da avaliação, quando dar nota ao erro não resultava em melhorias e aprendizado, configurando apenas um meio de atingir metas:

Para alterar o ponto de freio de um pro outro, a gente tem que esperar 20 segundos, aí o inspetor me disse que esperei só 18 segundos e me deu um negativo. Ora, essa precisão é demais, a cabeça dele não conta igual a minha, e isso não interfere em nada, pois a aplicação da minha programação estava toda certinha (João – maquinista).

Assim, os maquinistas sentiam-se desestimulados pela falta de critérios para apontar os erros:

Aqui a gente nunca para de aprender. Não me importo com esta avaliação, pois ela até mostra o erro e ensina. Só penso

que dar nota para o erro, isso não nos ajuda em nada; pelo contrário, só desestimula. A gente se sente desvalorizado, essa avaliação aqui trata a gente igual criança, coloca a gente de castigo por nada, a troco de meta [...] isso estressa muito o dia a dia, desgasta todo mundo (Frederico – maquinista).

Aqui o negócio é o seguinte, conhece aquele ditado... você pode fazer tudo certo nas dez horas de trabalho, aí não recebe nada, nem elogio, nem dinheiro, nem valor. Mas, se no último segundo da sua jornada, se eles acharem um errinho, pode ser qualquer coisa, se for para cumprir a meta deles, o maquinista tá no sal, e aí é como se você não tivesse feito nada de bom naquele dia (Felisberto – maquinista).

c) Análise do gráfico de registro da viagem: com referência a essa avaliação, os maquinistas relataram que o fato de a análise do gráfico ser realizada de forma isolada pelo inspetor tendia sempre a uma interpretação negativa, já que o objetivo era encontrar o erro. Referiram que o registro realizado não expunha as situações que se apresentaram no trecho e consideravam que, se essa análise fosse feita em conjunto para interface de informações, poderia resultar em orientação para mostrar os problemas que de fato ocorriam na operação:

O inspetor me deu negativa porque viu no gráfico velocidade errada, aí eu expliquei que a máquina já tinha apresentado problema, mas mandaram eu seguir viagem. Falei para ele: “Olha na conversa do rádio que tava registrado isso... e eu tava com um trem com poucos vagões, tava patinando, e joguei areia, aí subi a 10,2, e a máquina tava com problema”. Eu falei isso com ele, mas não adiantou nada, tive que assinar e assumir o que não fiz. Mas aí outro dia o Rivaldo [outro maquinista] pegou a mesma máquina e falei para ele que tava com problema e acabou que depois ele também teve negativa, mas aí tivemos uma discussão com o nosso inspetor e falamos que era injusto pagarmos pelo problema da máquina e aí ela

[refere-se à máquina, ou seja, à locomotiva] *acabou indo para a manutenção. Nós ficamos com a negativa, mas pelo menos evitamos que outro colega também fosse penalizado do mesmo jeito* (Ítalo – maquinista).

Embora os maquinistas não tivessem um espaço institucionalizado para sinalizar os fatos concretos que ocorriam durante a rotina sobre os trilhos, aproveitavam os pequenos espaços de interface com os colegas (tais como a troca de turno, a roda de conversa no café, a troca de equipagem¹⁵ etc.) para transmitir informações e/ou experiências como estratégia de auxiliar a condução, antecipar problemas e tentar evitar penalizações.

As facetas da penosidade no trabalho dos maquinistas

Examinar as implicações que as transformações políticas, econômicas e sociais impuseram no setor ferroviário no Brasil, no transporte de cargas, incluindo as intensas modificações no trabalho do maquinista, remete-nos à necessidade de ampliar o debate sobre as relações entre saúde e trabalho sustentado no conhecimento das situações concretas em que atividade é desenvolvida. Acreditamos que essa perspectiva de análise da atividade contribui para o desvelar da evolução dos fatores e de seus efeitos na vida de quem trabalha, auxiliando na compreensão do que está em jogo nas evoluções do mundo laboral, produzindo conexões de saberes sobre o trabalho e, deste modo, apoiando a construção do conhecimento e a procura de formulações de alternativas.

O encontro com os protagonistas do nosso estudo – os maquinistas – permitiu que nos aproximássemos do contexto do trabalho e situássemos o *debate de normas* inscritas no seio do sistema ferroviário de transporte de cargas nessa ferrovia em Minas Gerais, revelando que as condições do

¹⁵ Momento em que um maquinista está no trecho dentro do trem e encerra a sua jornada de trabalho; quando espera outro maquinista para passar o trem, para que este o assuma e siga viagem.

trabalho real se traduziam em fatores de penosidade no cotidiano laboral de tais trabalhadores. Esse fatores se ocultavam nas lacunas invisíveis entre o trabalho prescrito e o real, se esculpiam nos aspectos técnico-organizacionais da ferrovia e atravessavam normas, hierarquias, gestão do risco e valores, os quais anunciaram a ausência de reconhecimento das condições em que trabalhavam os maquinistas, bem como de sua valorização no processo de trabalho.

Os mecanismos de controle da atividade e a hierarquia de poder conferida pela ferramenta de gestão aos inspetores impunham aos maquinistas inúmeras possibilidades de erros, visto ser impossível e invivível (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010) cumprir todas as normas prescritas para a operação. Essa situação fragilizava os coletivos de trabalho, ficando os maquinistas sós, sem margens de manobras e mais expostos à dificuldade da gestão dos imprevistos de várias ordens que interferiam continuamente no seu processo produtivo.

A avaliação de desempenho e competência, cujo caráter punitivo, centrado no “reconhecimento do erro”, analisava as situações de forma estanque, sem considerar o contexto situado e a complexidade da atividade, levava os maquinistas a serem punidos por *deslizes ínfimos* em relação às normas operacionais, “erros” que muitas vezes não impactavam a condução do trem nem os resultados para a ferrovia, mas estes alimentavam as metas da ferramenta de gestão da empresa. Tal sistema reforçava o sentimento de injustiça e desvalorização do trabalho do maquinista e consistia num controle aparente e ineficaz, pois, além de gerar situações de conflito e de contradição para os trabalhadores, acabava por impactar os resultados da empresa: a avaliação do “erro” impedia a troca de experiências entre os maquinistas e inspetores, promovia a desconstrução do coletivo do trabalho, limitava as oportunidades efetivas de ampliar o conhecimento para a condução do trem e reduzia as margens de segurança na operação.

Além disso, a perda do profissionalismo, expressa pelos maquinistas pelo sentimento de desvalorização no contexto de trabalho, sobretudo pelas formas de controle da atividade pelo erro, indicava uma ausência de reconhecimento enquanto profissional e os expunha a uma condição de

trabalhar com “medo”; medo de cometer erros e de ser “desqualificado”, gerando uma constante pressão de perda salarial e instabilidade no emprego, constituindo-se em uma *penosidade* que feria a sua dignidade no trabalho. A ausência de um espaço que lhes permitisse dialogar, argumentar ou mostrar suas dificuldades apresentava-se como uma fonte de insatisfação no trabalho.

Dessa forma, verificamos que as condições laborais atravessavam a atividade de trabalho e suscitavam questionamentos em torno das condições de trabalho em que acabavam por trabalhar os maquinistas, pois evidenciavam a existência de problemas que colocavam em cheque as opções técnico-organizacionais assumidas pela empresa, requerendo maior atenção para (re)orientar possíveis intervenções.

Por outro lado, os caminhos percorridos nos trilhos da ferrovia também nos permitiram verificar que mesmo frente a tal contexto de trabalho os maquinistas conseguiam extrair ganhos de competências e saberes que funcionavam como uma força de superação para conduzir-se a si mesmo nesse cenário, determinando uma resignação em nome de valores de uma cultura profissional e da sua própria sobrevivência. As estratégias e modos operatórios construídos pelos maquinistas denotam que o agir na experiência do trabalho real também permite um efetivo aprendizado e a formação de novas subjetividades.

Referências

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRANSPORTES (CNT). *O sistema ferroviário brasileiro*. Brasília, DF: CNT, 2013.

Cunha, Daisy Moreira (Coord.). *Conexões de saberes sobre trabalho: saúde e segurança na mineração*. Belo Horizonte: UFMG, 2010. Projeto de pesquisa.

DANIELLOU, François (Org.). *L'ergonomie en quête de ses principes: débats épistémologiques*. Toulouse: Octarès Editions, 1996.

GUÉRIN, François *et. al.* *Compreender o trabalho para transformá-lo*. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Transporte ferroviário de cargas no Brasil: gargalos e perspectivas para o desenvolvimento econômico e regional. *Comunicados do IPEA*, n. 50, 2010. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/100519_comunic50.pdf. Acesso em: 25 mar. 2015.

DEPARTAMENTO RECURSOS HUMANOS FERROVIA BELO HORIZONTE. *Notas reunião de trabalho*. Belo Horizonte, 2014.

Rabelo, Laís Di Bella Castro. Esse trem de fiscalização... o trabalho dos inspetores ferroviários em Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

SCHWARTZ, Yves Raymond. Ergonomie, philosophie et exterritorialité. In: DANIELLOU, François (org.). *L'ergonomie en quête de ses principes: débats épistémologiques*. Toulouse: Octarès Editions, 1996. p. 141-182.

SCHWARTZ, Yves Raymond. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, v. 19, n. 65, p. 101-139, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 ago. 2017.

SCHWARTZ, Yves Raymond; DURRIVE, Louis (org.). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. 2 ed. Niterói: Editora da UFF, 2010.

SCHWARTZ, Yves Raymond. Trabalho e usos de si. *Pro-Posições*, v. 1, n. 5, p. 34-50, julho, 2000.

Schwartz, Yves Raymond; Cunha, Daisy Moreira. A formação humana entre o conceito e a experiência do conceito de trabalho: elementos para uma pedagogia da atividade. *Trabalho & Educação*, v. 15, n. 1, p. 87-90, 2006.

VELASCO, Luciano Otávio Marques de; LIMA, Erikson Teixeira; SOUZA, Rosane M. A. Trindade de. *Ferrovias: privatização e regulação*. Informe Infraestrutura BNDES, 1998.

WISNER, Alain. *Por dentro do trabalho: ergonomia, método e técnica*. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

PROCESSO DE TRABALHO E DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UMA REGIÃO DO RIO GRANDE DO SUL

CAROLINA BARBOSA DA SILVA
JANINE KOEPP
SUZANE BEATRIZ FRANTZ KRUG

Introdução

A temática da saúde na escola vem recebendo importante atenção de diversos órgãos internacionais, em especial da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), o que confirma a sua relevância em âmbito mundial. No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 e integra uma política de governo voltada à intersetorialidade que atende aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde, como parte de uma formação ampla para a cidadania, promovendo a articulação de saberes e a participação dos alunos, dos pais, da comunidade escolar, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, ao tratar a saúde e educação de forma integral (FERREIRA *et al.*, 2014; CARVALHO, 2015; SANTOS, 2005).

As políticas de saúde, no contexto brasileiro, têm reconhecido a necessidade de atuação não somente do setor saúde, mas também como o resultado de ações articuladas entre diversos setores da sociedade, tornando a intersetorialidade uma condição para a prática de ações de promoção da saúde – declarada como uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde e reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012; FARIAS *et al.*, 2016).

O PSE contribui para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde mediante articulação das escolas públicas com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes de Saúde da Família (ESF's). É também utilizado como ferramenta para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação (CARVALHO, 2015). As ações do PSE são realizadas pelas ESF's, indispensáveis para a sua efetivação, ao se observar que a singularidade do programa é ter sido implementado segundo o modelo brasileiro de atenção primária à saúde. As ações são produzidas em territórios determinados, de acordo com a área de abrangência das ESF's, estimulando a criação de vínculos entre os serviços públicos da saúde e da educação. O programa prevê que, gradativamente, as novas ações de saúde escolar deverão ser introduzidas ao Projeto Político-Pedagógico (PPP) das escolas. Dessa forma, o PSE constitui uma possibilidade de fortalecimento da integração do trabalho entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade e a corresponsabilização entre esses setores, habituados a trabalhar isoladamente (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; SILVA, 2014).

Assim, considerando as características e demandas regionais que requerem abordagens diferenciadas no desenvolvimento de ações relacionadas ao trabalho dos profissionais de saúde e educação junto ao programa, o objetivo deste estudo foi analisar o processo de trabalho e desenvolvimento do PSE em municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Método

Trata-se de uma pesquisa exploratória do tipo misto (quantitativa e qualitativa) que buscou descrever e analisar o desenvolvimento, as ações e as interações referentes ao PSE. Foi realizada em dez municípios de abrangência da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul, localizados na região central do estado. Essa região é composta por 13 municípios e possui uma população de 345.317 habitantes, segundo dados do Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A 13ª Coordenadoria Regional de Saúde é composta por 51 unidades de Estratégia de Saúde da Família, que oferecem cobertura a 349 escolas municipais e estaduais.

A amostra total do estudo foi composta por 131 sujeitos divididos em cinco grupos envolvidos no PSE que representam cada esfera da proposta deste programa. Os grupos foram denominados da seguinte forma: Grupo 1 (G1), composto por Gestores de Saúde e Educação; Grupo 2 (G2), formado por profissionais da educação; Grupo 3 (G3), constituído por profissionais da saúde; Grupo 4 (G4), composto por pais de alunos; e Grupo 5 (G5), formado por alunos. No entanto, 16 sujeitos foram excluídos do estudo, devido à dificuldade de acesso e de comunicação para aplicação das entrevistas, totalizando, assim, 115 sujeitos.

Primeiramente, foi aplicado um estudo-piloto com representantes de cada segmento para avaliação dos instrumentos de coleta de dados quanto a sua apresentação e compreensão, havendo necessidade de algumas alterações. Foram utilizados dois instrumentos em momentos distintos: um questionário (G1, G2 e G3) e uma entrevista semiestruturada (G4 e G5), gravada em mídia digital mediante consentimento prévio e transcrita em sua íntegra.

Os dados quantitativos dos questionários foram analisados através de frequências absolutas e relativas, e as informações qualitativas das entrevistas semiestruturadas foram exploradas por meio da Análise de Conteúdo, com apresentação de trechos das entrevistas realizadas. Conforme preconiza a Análise de Conteúdo, no presente estudo cumpri-

ram-se as seguintes etapas: pré-análise com leitura compreensiva dos textos transcritos; exploração do material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da elaboração de categorias de análise e agrupando trechos de depoimentos significativos; tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (MINAYO, 2010). Esse processo culminou na elaboração de três categorias temáticas: Desenvolvimento, Vulnerabilidades e Entraves; Interações Sociais e Institucionais; Ações em Saúde nos Territórios do PSE.

Em cumprimento aos requisitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), sob o protocolo 1.936.859, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os menores de 18 anos, o Termo de Assentimento. Para garantir o anonimato dos participantes, as falas foram identificadas com letras acompanhadas da numeração por grupos.

Resultados e discussão

A partir dos resultados obtidos, verificou-se nos grupos G1, G2 e G3 o predomínio do sexo feminino (69,2%) e o Ensino Superior como nível de escolaridade (78%), com a maioria dos integrantes do estudo atuando na área da educação (44%). Além disso, observou-se uma média de idade de 39,68 anos e tempo de trabalho maior que cinco anos.

Os G4 e G5, formados por pais e alunos, respectivamente, totalizaram 22 sujeitos. Foram respondentes 10 pais (83%), entre eles homens (30%) e mulheres (70%), sendo seis pais de alunos do Ensino Médio e quatro do Ensino Fundamental. Os alunos do G5 totalizaram 100% da amostra, com 12 sujeitos (45% do sexo feminino e 55% do sexo masculino). Os alunos correspondiam ao Ensino Fundamental (50%) e Ensino Médio (50%) de duas escolas selecionadas localizadas nos municípios com maior número de habitantes da região.

Desenvolvimento, vulnerabilidades e entraves

Esta categoria temática foi constituída com o intuito de compreender o processo de trabalho e o desenvolvimento do PSE nos municípios estudados, com base nas vulnerabilidades de cada território, seus entraves e dificuldades para o andamento das ações nas escolas, além de sua importância e credibilidade enquanto programa. No que tange ao conhecimento acerca do desenvolvimento do PSE, obtiveram-se respostas positivas (64,8%) nos três grupos respondentes do questionário, G1, G2 e G3, destacando que, dentre os grupos, os profissionais da saúde referiram em maior número conhecer seu desenvolvimento (71,9%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Conhecimento sobre o desenvolvimento do programa

	G1 n (%) N = 21	G2 n (%) N = 38	G3 n (%) N = 32	Total n (%) N = 91
Sim	10(47,6)	26(68,4)	23(71,9)	59(64,8)
Não	-	-	1(3,1)	1(1,1)
Em parte	11(52,4)	12(31,6)	8(25,0)	31(34,1)

Fonte: elaborada pelas autoras (2017).
G1: Gestores da Saúde/Educação; G2: Profissionais da Educação; G3: Profissionais de Saúde.

Nas falas referentes às vulnerabilidades do território, pais e alunos descreveram situações como o uso de álcool e outras drogas, gravidez na adolescência e as infecções sexualmente transmissíveis (IST's) como as mais importantes na abrangência da escola e da ESF:

Aqui na escola tem muitas doenças sexualmente transmissíveis. É comum as meninas engravidarem e fazerem abortos escondidos, mas não temos coragem de falar em casa, e às vezes a escola é o único local que a gente tem liberdade para falar esses assuntos, a mesma coisa em relação a droga, quando a gente usa (A9).

Desestrutura familiar, violência doméstica, tem muita coisa acontecendo, a pedofilia, temos muito medo, minha filha conta que tem professor que dá em cima de alunas, isso é pedofilia, o mundo tá virado. São tantas vulnerabilidades... (P9).

Tem-se conhecimento de que a adolescência é um período crítico para o desenvolvimento de competências pessoais e interpessoais, aquisição de habilidades para atuar e tomar decisões. O uso de drogas nessa fase da vida é arriscado, propiciando situações de violência, sexo sem preservativo ou compartilhamento de seringas e outros materiais que podem transmitir IST's (FARIAS *et al.*, 2016; GIACOMOZZI *et al.*, 2012). A partir dessas considerações, a família e a escola são fontes primárias responsáveis pelo desenvolvimento, formação e proteção das crianças e adolescentes. Ações como a prevenção contra o consumo de álcool e outras drogas são essenciais (BRUSAMARELLO *et al.*, 2008).

Um estudo referente a vulnerabilidade, uso de álcool e outras drogas relacionadas a estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis (SC) demonstrou a importância em se valorizar os laços familiares, pois estes se mostraram fator protetor em relação ao uso de álcool ou outras drogas na vida dos estudantes (GIACOMOZZI *et al.*, 2012). Sendo assim, ações em educação em saúde nas escolas devem valorizar tais aspectos, como na pesquisa de Penso e colaboradores (2013), realizada no Distrito Federal, em escolas que aderiram ao PSE, que demonstrou a necessidade de abordar com os estudantes as questões de vulnerabilidades. Observa-se, ainda, que ações de promoção da saúde com adolescentes mais jovens são importantes, visto que dados

referentes ao início do uso de álcool ou de outras drogas revelam uma precoce exposição (GARCIA *et al.*, 2015).

Outras vulnerabilidades desveladas nas falas principalmente de pais referem-se à violência doméstica e desestrutura familiar. Esses dados são similares a um estudo realizado no município de Fortaleza com duas equipes de ESF's atuantes no PSE em territórios de abrangência de escolas que pactuaram sua participação no programa em que as principais vulnerabilidades foram a violência, problemas de estrutura familiar, uso de drogas, estupro e infecções sexualmente transmissíveis. Considera-se que o adoecimento crônico e psicossocial desvela diferentes necessidades da população, sendo importante a instrumentalização para o processo de cuidado e vida saudável com ações amplas de promoção da saúde na comunidade (FREITAS, 2015).

Portanto, a escola não consegue isoladamente trabalhar com os aspectos de promoção de saúde e prevenção, pois estes estão intrinsecamente ligados a hábitos e cultura familiar do adolescente. Por isso, se faz importante articular esse trabalho junto à Estratégia de Saúde da Família, para que se possa envolver toda a comunidade nessa reflexão em busca de uma melhoria da qualidade de vida dos estudantes (GIACOMOZZI *et al.*, 2012). As vulnerabilidades que afetam as crianças e adolescentes podem ser elencadas com o auxílio dos relatórios das unidades de saúde, do censo escolar, das comunidades e das secretarias de Saúde e Educação. Essas informações contribuem para o fortalecimento do trabalho no PSE local (FERREIRA *et al.*, 2014).

Trabalhar as vulnerabilidades é necessário, desafiador e, por vezes, desmotivador. Elas tocam a essência do ser humano e desencadeiam sentimentos muitas vezes não experimentados. Essas emoções fazem com que o enfrentamento dos problemas sociais mobilize o “sentimento interno” de cada trabalhador, exigindo muita dedicação e perseverança dos trabalhadores da educação e da saúde para garantir um mínimo de qualidade de vida para essas crianças e adolescentes. Para que as vulnerabilidades possam ser enfrentadas de forma efetiva e gradual, é necessário que as ações em saúde escolar sejam incorporadas ao PPP das escolas, fortalecendo, assim, a regularidade nas ações de saúde na escola (FERREIRA *et al.*, 2014).

Entende-se, a partir desses aspectos elencados, quanto à priorização de vulnerabilidades dos territórios e ações intersetoriais, que a forma de trabalho proposta pelo PSE transpõe o modelo de assistência de saúde biomédico, direcionando a sua ação para a promoção e prevenção da saúde das crianças e adolescentes de acordo com as necessidades específicas de cada localidade, definidas coletivamente pelos alunos, pais, comunidade, professores, gestores e profissionais da saúde (FERREIRA *et al.*, 2014).

Foram citadas como dificuldades do programa o desinteresse dos profissionais da saúde e da educação em participar das ações nas escolas, sendo essa a principal dificuldade encontrada na política intersetorial. Tal obstáculo surge à medida que os representantes setoriais trazem para os diferentes espaços de negociação uma agenda definida e não abrem espaço para atividades do programa (FERREIRA *et al.*, 2014; PENSO *et al.*, 2013):

[...] é uma pena que tudo não passa de fogo de palha, pois criam os projetos, mas os próprios profissionais não apoiam e não dão continuidade(P4).

Não há parceria entre saúde, educação e os pais dos alunos, se houvesse, o programa teria um melhor desenvolvimento e efetividade! (P8).

Segundo estudo realizado em uma capital da Região Nordeste do Brasil que avaliou a implementação do PSE para a execução das atividades entre escolas e unidades de saúde, além do planejamento compartilhado, diferentes fatores influenciaram de forma positiva ou negativa nessa implementação. Entre esses fatores estão as características da comunidade escolar, demandas da escola e da unidade de saúde, perfil das equipes do PSF, perfil do território, empenho das pessoas envolvidas, condições oferecidas para a execução do trabalho, calendários de atividades oficiais de cada unidade, entre outros (FREITAS, 2015).

Para a promoção da saúde na escola, os principais desafios descritos pelo Ministério da Saúde são a integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares, a instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da ESF para apoiar e fortalecer as iniciativas, a identificação e a vigilância de práticas de risco, o monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar (SILVA *et al.*, 2015). No entendimento do Ministério da Saúde, o alcance dos objetivos do PSE é dependente de uma educação integral que abranja proteção, atenção e pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Dessa forma, os gestores também devem ser considerados fundamentais para coordenar ações intersetoriais, tendo em vista que no nível local é possível ter domínio de problemas de sua realidade e, por esse motivo, se encontram meios mais fáceis de buscar soluções próprias (FERREIRA *et al.*, 2014).

Interações sociais e institucionais

No âmbito das interações do programa, verificou-se um número expressivo de respostas quanto ao vínculo da comunidade e do ESF (84,6%), sendo que a Associação de Pais e Mestres ganha destaque nessa articulação (34,3%), tornando-se ator principal para o desenvolvimento dessa ação, conforme explicitado na Tabela 2.

Tabela 2 – Interações sociais e institucionais do programa

	G1 n (%) N = 21	G2 n (%) N = 38	G3 n (%) N = 32	Total n (%) N = 91
Interação entre comunidade/ESF				
Sim	16(76,2)	34(89,5)	27(84,4)	77(84,6)
Não	1(4,8)	-	-	1(1,1)
Não sei	4(19,0)	4(10,5)	5(15,6)	13(14,3)
Outras instituições				
Igreja	1(3,0)	3(4,2)	3(4,8)	7(4,2)
Associação de pais e mestres	9(27,3)	31(43,7)	17(27,4)	57(34,3)
Associação de moradores	9(27,23)	17(23,9)	22(35,5)	48(28,9)
Outras	14(42,4)	20(28,2)	20(32,3)	54(32,5)

Fonte: elaborado pelas autoras. (2017).
G1: Gestores da Saúde/Educação; G2: Profissionais da Educação; G3: Profissionais de Saúde.

O PSE é uma proposta nova que tem grandes perspectivas de avanço, pois rompe a barreira da setorialidade para buscar o bem-estar do indivíduo e da comunidade pertencente a um local específico, por meio da promoção e prevenção de agravos e educação em saúde. Também se destaca por articular os diferentes atores no planejamento, execução e avaliação de ações que tenham impacto positivo nas condições de vida não só do escolar, mas de todo o meio (FARIAS *et al.*, 2016; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009).

Assim, é notório que muitas das ações necessárias para a consolidação do PSE envolvem instâncias que se encontram fora do setor saúde. A intersetorialidade é essencial para atuar sobre questões estruturais da sociedade que interferem no processo saúde-doença-cuidado. Ressalta-se que cada interação tende a apresentar uma função individual própria, construída de maneira gradual e conjunta, cabendo às instituições e pessoas envolvidas uma devoção para atingir os objetivos previstos.

Se todos se engajassem nestas causas, o Brasil seria bem melhor, nossa educação, saúde e o futuro das nossas crianças também... (P6).

A escola é vista como um ambiente de importantes interações sociais entre professores, alunos, familiares e profissionais de saúde, onde surgem as diversas demandas e necessidades em seu contexto mais amplo. Conforme recomenda o PSE, as equipes de saúde da família deverão realizar visitas periódicas às escolas, visando avaliar as condições de saúde dos educandos, proporcionando, dessa forma, o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, conforme as necessidades locais. Para todo e qualquer programa, em especial para aquele do qual tratamos (PSE), a proposta é ampliar o debate e expor novas possibilidades de encontros entre as políticas, principalmente entre os interessados, tais como gestores escolares e gestores das UBS, e toda a população que tem direito a esse programa, vislumbrando a quebra dos limites e barreiras na execução e implementação, melhorando a interação entre todas as esferas (SANTOS, 2005; SILVA, 2014).

Dessa forma, a intersectorialidade deve ser pautada no diálogo entre a saúde e a educação, dividindo a responsabilidade na elaboração e implementação das ações, bem como na avaliação dos resultados. Essas questões mencionadas reforçam a capacidade de trabalho intersectorial, com envolvimento e participação de todos (FERREIRA *et al.*, 2014). A intersectorialidade é a mais rica forma de interdisciplinaridade contribuindo para o sucesso do trabalho, o que não é diferente no PSE impactando na atenção primária à saúde (FERNANDES; BACKES, 2010). A triste realidade do aumento da violência, das desigualdades sociais e do início precoce do uso de drogas e exposições sexuais violentas e desprotegidas traz a obrigatoriedade de ações que se sustentam na intersectorialidade, para, assim, inserir-se no vulnerável contexto escolar (CALVACANTI *et al.*, 2015).

O nivelamento técnico conceitual entre os diferentes profissionais que atuam no PSE é outra estratégia a ser desenvolvida para o fortalecimento da intersectorialidade e consequentemente do trabalho. No entanto, não se deve esquecer a importância da participação efetiva dos pais e alunos na definição de prioridades a serem adotadas pelo PSE (FERREIRA *et al.*, 2014). A educação em saúde é um “ato de criar e transformar”, sendo totalmente adaptável à realidade da saúde e educação brasileira, pois, como preconiza o PSE, o processo de promoção e prevenção da saúde nas escolas não é um processo fechado, mas adaptável de acordo com a realidade local, para assim poder criar possibilidades de transformação sensíveis ao contexto imposto. Tudo isso só é possível através de um árduo trabalho que envolva a intersectorialidade e a interdisciplinaridade (FERNANDES; BACKES, 2010).

Ações em saúde nos territórios do PSE

Quanto às ações em saúde no ambiente escolar, nota-se que são desenvolvidas, em sua maioria, baseadas nas vulnerabilidades e demandas advindas dos territórios (48,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Subsídios para o desenvolvimento das ações em saúde do programa

	G1 n (%) N = 21	G2 n (%) N = 38	G3 n (%) N = 32	Total n (%) N = 91
Diretrizes do programa	7(26,9)	23(37,7)	20(40,0)	50(36,5)
Vulnerabilidades	14(53,8)	26(42,6)	27(54,0)	67(48,9)
Outras	5(19,2)	12(19,7)	3(6,0)	20(14,6)

Fonte: elaborado pelas autoras. (2017).

G1: Gestores da Saúde/Educação; G2: Profissionais da Educação; G3: Profissionais de Saúde.

A implementação do programa prevê a realização de diversas ações articuladas pelas equipes de saúde e de educação com o objetivo de garantir atenção à saúde e educação integral para os estudantes da rede básica de ensino (FREITAS, 2015; GIACOMOZZI *et al.*, 2012; SANTOS; SANTOS; GOMES, 2015). Para tal, as ações do PSE devem ser contempladas conforme as necessidades dos alunos, desde que preconizadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com as temáticas componentes do programa (FERREIRA *et al.*, 2014). Sendo assim, o estudo identificou que ações em educação em saúde nas escolas devem valorizar aspectos como a relação entre pais e comunidade, para a aplicação dos componentes nas escolas e unidades de saúde:

[...] deve haver entrosamento da saúde com a educação, pais e comunidade dos bairros para saber quais são as necessidades, e daí traçar um plano das ações mais importantes, e que realmente os alunos precisam! (A12)

No Componente I do programa, a ação mais desenvolvida pelos grupos foi avaliação da saúde bucal (17,9%); quanto ao Componente II, destacam-se ações de segurança alimentar, saúde/prevenção sexual, promoção de atividade física e saúde/prevenção do uso de álcool e outras drogas. Em relação ao Componente III, a maioria dos sujeitos indicou que a educação permanente e as capacitações para as equipes de saúde estão sendo ou já foram executadas. Ressalta-se que cada componente corresponde a uma área temática do programa, como: Componente I - Avaliação das Condições de Saúde; Componente II - Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos; Componente III - Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola e Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes.

Tabela 4 – Ações desenvolvidas segundo componentes do programa

	G1 n (%) N = 21	G2 n (%) N = 38	G3 n (%) N = 32	Total n (%) N = 91
Ações do Componente I				
Avaliação antropométrica	14(14,4)	35(17,3)	27(16,9)	76(16,5)
Atualização do calendário vacinal	19(19,6)	32(15,8)	23(14,4)	74(16,1)
Deteção precoce de HAS	4(4,1)	2(1,0)	4(2,5)	10(2,2)
Deteção de agravos à saúde	7(7,2)	15(7,4)	10(6,2)	32(7,0)

Avaliação oftalmológica	4(4,1)	9(4,5)	6(3,7)	19(4,1)
Avaliação auditiva	4(4,1)	6(3,0)	8(5,0)	18(4,0)
Avaliação nutricional	15(15,5)	32(15,8)	29(18,1)	76(16,5)
Avaliação da saúde bucal	17(17,5)	35(17,3)	30(18,7)	82(17,9)
Avaliação psicossocial	13(13,4)	36(17,8)	23(14,4)	72(15,7)
Ações do Componente II				
Ações de segurança alimentar	19(20,4)	36(19,3)	27(19,3)	82(19,5)
Promoção de atividade física nas escolas	15(16,1)	35(18,7)	27(19,3)	77(18,3)
Saúde e prevenção sexual nas escolas	20(21,5)	33(17,6)	29(20,7)	82(19,5)
Saúde e prevenção do uso de álcool e outras drogas	18(19,4)	32(17,1)	27(19,3)	77(18,3)
Promoção da cultura da paz e prevenção das violências	12(12,9)	26(13,9)	18(12,9)	56(13,3)
Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	9 (9,7)	25(13,4)	12(8,5)	46(11,0)

Ações do Componente III				
Educação permanente/ capacitação das equipes de saúde	14(66,7)	22(57,9)	17(53,1)	53(58,2)
Registro das ações				
Ficha de Atividade Coletiva do Sistema e e-SUS	8(26,7)	6(13,0)	29(43,9)	43(30,3)
Sistema de monitoramento vigente	5(16,7)	6(13,0)	15(22,7)	26(18,3)
Outros sistemas de registros	17(56,6)	34(73,9)	22(33,3)	73(51,4)

Fonte: elaborado pelas autoras (2017).
G1: Gestores da Saúde/Educação; G2: Profissionais da Educação; G3: Profissionais de Saúde.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

É importante lembrar a importância de as ações serem desenvolvidas de modo mais articulado possível, de forma que possam aproximar profissionais, estudantes e comunidade entre si, respeitando os saberes da população. O papel inerente da família no PSE é crucial para atender as necessidades de utilização de serviços de saúde, que propiciam o adequado planejamento das políticas públicas na área.

O PSE altera a forma tradicional com que a saúde na escola era abordada. Anteriormente, as ações estavam centradas na vacinação, atendimentos e palestras dos profissionais de saúde, assim, a resolução de problemas evidenciados na comunidade escolar não fazia parte dos seus objetivos pedagógicos (CALVACANTI *et al.*, 2015). No entanto, o PSE ainda necessita superar a educação em saúde do tipo “depositária e vertical”, para de fato planejar transformações positivas que fortaleçam e incentivem a participação ativa de todos os envolvidos (FERNANDES; BACKES, 2010). A articulação entre o PSE e o ESF surge com a proposta de buscar formas emancipatórias de promoção e prevenção da saúde através do contexto escolar, rompendo com o caráter assistencialista, englobando muito mais do que os hábitos de higiene e alimentares. Destaca-se a necessidade de melhorar a participação social, do setor público e o empoderamento dos envolvidos, para atingir os avanços necessários.

Considerações finais

O PSE é considerado fundamental para promover a integração dos setores de saúde e educação, a fim de gerar mudanças significativas na relação entre escolas e comunidade, professor e aluno. Considerando a importância da escola como espaço para o desenvolvimento da saúde, autoestima, comportamento e habilidades para a vida de seus alunos, funcionários e comunidade, certamente é o ambiente apropriado para a formação de hábitos alimentares saudáveis e a construção da cidadania. As crianças e adolescentes, através desse programa, desenvolvem a capacidade de ter uma visão sobre a prevenção em saúde dentro do ambiente escolar, visto que educação e saúde no Brasil são direitos de todos os brasileiros.

O levantamento das ações permitiu conhecer a realidade do programa na região estudada, realidade esta baseada nas vulnerabilidades do território, comunidade e bairro, como ficou evidenciado na análise de dados. Com o intuito de descrever as ações e estrutura do programa nas

ESF's e escolas que aderiram ao PSE, propõem-se ações de socialização de experiências na região, além da ampliação do discurso do PSE.

Este estudo evidenciou que nos municípios da 13ª CRS que aderiram ao PSE os profissionais da educação e saúde conhecem o programa e dispuseram-se em contribuir de forma positiva no desenvolvimento das ações referentes aos seus componentes. No que tange à intersetorialidade, a Associação de Pais e Mestres e a Associação de Moradores dos bairros foram apontadas como instituições apoiadoras do programa para a aplicação das ações nas escolas e como incentivadoras das práticas de promoção da saúde.

Entende-se, a partir dos aspectos elencados nos resultados do estudo, que o processo de trabalho do PSE transpõe o modelo de assistência de saúde biomédico, direcionando suas ações para a promoção de saúde e prevenção de doenças das crianças e adolescentes, de acordo com as necessidades específicas de cada território, definidas coletivamente pela comunidade escolar. Diante do exposto, constatamos que o PSE é de suma importância no que diz respeito à melhora da qualidade de vida dos educandos e de suas famílias, contribuindo para o desenvolvimento de indivíduos conscientes da sua cidadania.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série Educação Legislação em Saúde).

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE. Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm. Acesso em: 11 jun. 2018.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n1/v4n1a04.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2017.

CALVACANTI, P. B. *et al.* Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, vol. 14, n. 2, p. 387-402, agosto-dezembro 2015. Disponível em: <http://revista-seletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728/13961>. Acesso em: 14 mar. 2017.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n4/0103-7331-physis-25-04-01207.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

FARIAS, I. C. V. *et al.* Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 261-267, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0261.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

FERNANDES, M. C. P; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, vol. 63, n. 4, p. 567-573, julho-agosto 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.

FERREIRA, I. R. C. *et al.* Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p. 61-76, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v19n56/v19n56a04.pdf>. Acesso em: 24 maio 2017.

FREITAS, Marize Marques de. Avaliação do Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito da Secretaria Executiva Regional V, Fortaleza, CE (2009 a 2012). 126 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

GARCIA, E. L. *et al.* Família e uso de crack: (re)inscrevendo sentidos no cenário social contemporâneo. *Revista Jovens Pesquisadores*, Santa Cruz do Sul, v. 5, n. 2, p. 75-87, 2015. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/5814/4317>. Acesso em: 15 fev. 2016.

GIACOMOZZI, A. I. *et al.* Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 612-622, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/o8.pdf>. Acesso em: 11 maio 2018.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/21.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

PENSO, Maria Aparecida *et al.* A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 542-553, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a23.pdf>. Acesso em: 12 maio 2018.

SANTOS, Débora de Souza. Ações intersetoriais de educação e saúde: entre teoria e prática. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2005.

SANTOS, Neudivania Paula; SANTOS, Maria Verônica da Silva; GOMES, Maria Amábia Viana. Implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE) em uma escola no município de Marechal Deodoro, Alagoas. In: CONGRESSO DE INOVAÇÃO PEDAGÓGICA, 2015, Arapiraca. *Anais [...]*. Arapiraca: Ed. Universidade Federal de Alagoas, 2015. p. 1-15.

SILVA, Júnior Aristides José da. Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais. *Interface*, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 799, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-18-51-0799.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2018.

SILVA, R. M. da *et al.* School Health Program: A Course Analysis. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 8, n. 2, p. 297-306, 2015.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: DESAFIOS EMERGENTES FRENTE ÀS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO CAPITALISTA

ANDREZA LEGRAMANTI GOMES
CAMILO DARSIE DE SOUZA

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE) teve início em 2007, em todo o território nacional, por meio de parceria estabelecida entre os Ministérios da Educação e da Saúde. Sua finalidade é contribuir para a formação integral dos estudantes da Educação Básica tendo em vista, para além dos tradicionais temas escolares, os preceitos da Saúde.

Assim, emergiram estratégias de aproximação das ações desenvolvidas no âmbito da Saúde Pública àquelas desempenhadas no campo da Educação, conforme previsto pelas políticas públicas nacionais e internacionais. O PSE, portanto, visa à articulação permanente entre os profissionais da Educação e da Saúde, de modo a considerar ambas as áreas desde o planejamento até a execução e a avaliação das atividades desenvolvidas nos contextos escolares.

Partindo disso, a Educação Permanente em Saúde (EPS), conceito e prática sustentadora das ações de Educação em Saúde brasileiras, é apre-

sentada como essencial para o êxito do desenvolvimento do Programa. Pensar a partir da EPS significa entender que as diferentes demandas em saúde, emergentes do cotidiano dos trabalhadores e usuários, configuraram-se como desencadeadoras de processos de educação.

Vale destacar o pensamento de Ceccim (2005a, 2005b) quando argumenta que a EPS se dá por meio de movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde que resultam da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde. Deste modo, o PSE se desdobra como uma importante ferramenta de educação, tanto para os estudantes e profissionais da Educação Básica quanto para os profissionais da saúde que desempenham atividades nessa modalidade.

Assim, considerando os processos de organização do trabalho no contexto do capitalismo, o objetivo do estudo foi analisar como se dá a formação dos trabalhadores da saúde engajados no desenvolvimento das atividades cotidianas em ambientes escolares de um município de médio porte do Vale do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul.

Para tanto, a pesquisa foi desenvolvida sob a ótica da metodologia de estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, envolvendo oito trabalhadoras atuantes no PSE no município, quatro delas da área da Educação, e as outras da área da Saúde. Após aprovação do projeto de pesquisa, pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul¹, as informações foram obtidas nos meses de agosto e setembro de 2015, a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas no local de trabalho, considerando as definições aprovadas pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados coletados foram organizados e compilados segundo os pressupostos de Bardin (1977), seguindo os três polos cronológicos: pré-análise, explo-

¹ CAEE 43399414.0.0000.5343.

ração do material e tratamento dos resultados e, por último, inferência e interpretação. Tal investida se estabeleceu a partir da noção de que, apesar de as políticas públicas apresentarem metas que seriam benéficas à população, muitas vezes as condições de trabalho e de recursos financeiros e humanos modificam os rumos das ações propostas.

As informações que sustentam as discussões que seguem surgiram por meio de reuniões realizadas com representantes das Unidades Escolares e das Unidades de Saúde engajadas no projeto. Entendemos que os depoimentos destas trabalhadoras nos ajudam a compreender as fragilidades do PSE quando associado às condições de trabalho dos profissionais inseridos no contexto do capitalismo. Deste modo, conforme apresentado na sequência, tanto a falta de condições para a formação dos profissionais envolvidos no processo quanto a dificuldade de tempo para realização e unificação das ações se tornaram destacados obstáculos.

A formação no trabalho e para o trabalho no PSE

A importância da formação para o exitoso desenvolvimento do PSE é apresentada no instrutivo “Passo a passo PSE Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersetorialidade” (BRASIL, 2011) e exposta no terceiro dos três componentes essenciais do Programa: componente I – avaliação clínica e psicossocial; componente II – promoção e prevenção à saúde; e componente III – formação.

Ainda, é argumentado no documento: “o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente” (BRASIL, 2011, p. 18). Esse processo de formação é de suma importância para a realização das atividades cotidianas das trabalhadoras entrevistadas, uma vez que a formação inicial delas precede a implantação do PSE em até 28 anos, período em que os currículos evoluíram e as prioridades mudaram.

Entretanto, as trabalhadoras possuem uma mesma perspectiva em relação à não existência de formação para a Educação em Saúde.

A Lei de Diretrizes e Bases nº 5.692 inseriu a Educação em Saúde no contexto escolar, já na década de 70, na disciplina de educação física, desportiva e recreativa escolar. Contudo, em 1977, o Parecer do Conselho Federal de Educação nº 2.264/74 ressaltou a importância da Lei nº 5.692 em relação ao programa de saúde, estabelecendo que a aprendizagem deveria se processar, prioritariamente, por meio de ações e não de explanações, portanto, em todas as disciplinas.

Se considerarmos a educação “um processo permanente que busca alternativas e soluções para os problemas de saúde reais vivenciados pelas pessoas e grupos em suas realidades” (FARAH, 2003, p. 325), necessitamos ponderar sobre a formação dos profissionais envolvidos cotidianamente nesse processo de trabalho que, quanto mais complexo e menos sistematizado for, oferece maior dificuldade para se refletir sobre ele (FARIA, 2009, p. 21).

Paralelamente, a extensa relação de tarefas inerentes às atividades principais, quando adicionada às ações propostas pelo PSE, sobrecarrega as profissionais que participaram desta pesquisa e compromete diretamente os processos de formação no e para o trabalho, ao passo que “a evolução rápida do mundo exige contínua atualização dos saberes” (GUIMARÃES; MARTIN; RABELO, 2010, p. 25).

Nesse contexto, o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o PSE, prevê que, para a ideal execução do Programa, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto, subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do Programa. Isso deve ocorrer por meio de cinco estratégias: 1) Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial, realizada através de oficinas, ensino a distância e apoio institucional da esfera federal aos estados e municípios e dos estados aos municípios; 2) Formação de Jovens Protagonistas para o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (PSE/SPE) tendo em vista a metodologia de educação de pares, que propiciará a valorização do jovem como protagonista na defesa dos

direitos à saúde; 3) formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao PSE fazendo uso de atividades de Educação Permanente que envolvam professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais das escolas e das equipes de Saúde da Família; 4) Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, na modalidade EAD, com duração de 120 horas e certificação expedida pela Universidade de Brasília (UnB), realizado através de parceria entre a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), Secretaria de Educação Básica (SEB/MEC), Secretaria de Educação a Distância (SEED/MEC) e Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD/MEC); 5) Rede Universidade Aberta do Brasil a partir de parceria entre o Ministério da Educação e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com a criação da Rede de Educação para a Diversidade.

O objetivo da Rede é estabelecer grupo permanente de instituições públicas de educação superior dedicadas à formação continuada, semipresencial, de profissionais da rede pública da educação básica e da atenção básica em saúde (BRASIL, 2011, p. 19).

Assim, segundo o instrutivo do Ministério da Saúde (MS), para os Profissionais do PSE essas ações de Educação Continuada devem se fazer presentes por meio do curso de especialização “formação em educação e saúde”:

Trata-se de um curso de formação continuada para professores, gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE). A carga horária total é de 180 horas. O curso pretende atingir: todas as prefeituras municipais que aderirem ao PSE que possibilitarem algum tipo de acesso à internet banda larga, seja na própria

Secretaria de Educação, em polos da Universidade Aberta do Brasil (UAB), com computadores disponíveis para usuários da rede de ensino e profissionais da ESF (BRASIL, 2011, p. 19).

Considerando as entrevistas realizadas e tendo em vista que apenas um profissional de cada equipe participou do curso, os conhecimentos construídos deveriam ser repassados às equipes por meio da prática de multiplicadores. Porém, a coordenadora municipal afirma que os momentos de capacitações são insuficientes e isolados, geralmente encaminhados para serem realizados via EAD, conforme a disponibilidade de tempo das profissionais.

Uma vez que a sobrecarga de trabalho é extensa, o fator tempo, que aparece como determinante do processo de trabalho, influencia também os processos de aprendizagem das trabalhadoras. Assim, a participação nesses cursos é exígua, conforme demonstra a fala de uma das entrevistadas:

Eu acho que a maior dificuldade é o tempo. Porque boa vontade todo mundo tem. A maioria dos que estão aqui já trabalham há anos em Saúde Coletiva, é mais a questão do tempo mesmo de conseguir dar conta de tudo.

Diante de tais questões, salientamos que o PSE ainda é considerado como uma atividade secundária, cujo direcionamento de verbas e organização do cronograma não condizem com a proposta inicial. De certo modo, tal situação prejudica, de um lado, a implementação e fluidez das atividades do Programa e, de outro, as metas desejadas pelos gestores nacionais no que se refere ao fortalecimento do processo de educação em saúde.

A organização e as condições de trabalho

A organização do processo de trabalho e as condições de trabalho a que as profissionais entrevistadas estão submetidas, de acordo com seus

depoimentos, refletiram a realidade vivenciada no contexto capitalista em que “a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho” (MARX, 2011, p. 211). Essa assertiva retrata o trabalho em educação e em saúde, ocupações socialmente centrais, que fazem parte do chamado setor de serviços, ou setor terciário da economia, no qual “o produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade” (PIRES, 1999, p. 29). Sendo assim, entende-se que o produto é gerado e consumido ao passo em que é produzido, comprometendo sua adequada valorização.

Dito isso, é importante ser destacado que, de acordo com as entrevistadas, as atividades desempenhadas não geram, na maioria das vezes, materialidades que possam ser entendidas como produto. Pelo contrário, as investidas visam alterar e potencializar modos de vida, condutas e conhecimentos que se manifestam em dinâmicas do cotidiano e, portanto, dificilmente podem ser mensurados. Outro ponto interessante é o fato de que, muitas vezes, as atividades são divididas de acordo com as especialidades dos profissionais e isso fragmenta as possíveis quantificações que poderiam ser feitas.

É relevante se levar em conta que o “mundo do trabalho” passou por uma série de transformações que tiveram início com a cultura da subsistência e culminaram na alienação do sujeito trabalhador, expressa nas áreas da educação e da saúde, principalmente no que diz respeito à fragmentação do processo de trabalho. Com o intuito de otimizar o tempo de trabalho dos trabalhadores, as atividades são compartimentalizadas em tarefas extraordinariamente simples, decompondo o processo de trabalho para maximizar os lucros, como tudo no sistema capitalista. Assim, tendo em vista as práticas e as normas de gestão e de organização do trabalho, busca-se ampliar a eficiência e a imputabilidade.

A fragmentação do processo de trabalho e a vasta demanda de atendimentos, tanto na área de educação quanto na de saúde, mencionadas amplamente durante as entrevistas, refletem essa realidade. Ainda que o Decreto Presidencial nº 6.286 de 2007, que institui o PSE, considere que as equipes participem das atividades do Programa, e não um profissional isoladamente, na realidade investigada o planejamento e a organização

das atividades a serem realizadas ficam centrados na Unidade de Saúde, na equipe de saúde bucal e nas unidades escolares, fazendo com que as ações sejam consideradas separadamente. Além disso, um dos pontos centrais do PSE, a participação de professores, responsáveis por transversalizar os conhecimentos, não ocorre como previsto.

A ausência dos professores, explicada pela carga horária de 40 horas semanais em sala de aula, demonstra que, embora o PSE objetive a integração entre educação e saúde, não é possível efetivá-la de fato entre todos os profissionais. A necessidade de cumprimento de currículo proposto pela Lei nº 9.394/1996, Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), compete diretamente com as atividades do PSE, uma vez que as disciplinas ainda não conseguiram englobar, de fato, o Programa.

Na Unidade de Saúde, a situação é análoga, pois a demanda de trabalho dos profissionais impede a participação de forma significativa de toda a equipe. A “falta de tempo” foi referida como a principal condicionante para a não participação das demais trabalhadoras. No caso do serviço odontológico, por exemplo, de acordo com os depoimentos, as práticas educativas são suprimidas em lugar dos atendimentos que ocupam agenda do profissional responsável.

Muitas tarefas do Programa são desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que, embora também tenham uma extensa relação de atividades a serem realizadas, possuem um maior vínculo com a comunidade. Entretanto, uma vez que esses profissionais não possuem formação de nível técnico ou superior para trabalhar com esses assuntos e há sobrecarga de trabalho em muitas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as atividades ficam centradas, quase que exclusivamente, nas Unidades Escolares, onde os estagiários dos diversos cursos de graduação tornam-se aliados na realização delas e constituem-se em fontes renováveis de conhecimento.

De acordo com uma das entrevistadas, orientadora de uma das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF):

[...] a gente realmente aprende. [...] com os acadêmicos novos, que sempre vêm com alguma ideia diferente, que acrescenta. A gente precisa muito do que vem de fora pra gente não ficar tão bitolada aqui, senão a gente fica sempre na mesmice.

Na mesma direção, outra orientadora de EMEF ressalta:

Com colegas, na prática do dia a dia, nós aprendemos uma com a outra. Porque no momento que eu sempre faço uma troca eu já penso: ah! Eu posso fazer assim, eu posso fazer diferente, entende? Então, é um constante aprender.

Paralelamente, o número de educandos envolvidos no Programa, frente ao reduzido número de profissionais para atendê-los, também aparece como balizador para a realização das atividades. O fator tempo é um aspecto condicionante das atividades a serem realizadas pelas trabalhadoras, limitando o desenvolvimento das ações e comprometendo, desse modo, a adequada concretização do Programa.

As atividades encontram-se amplamente fragmentadas e a sobrecarga a que as trabalhadoras estão submetidas, devido à inserção das atividades do PSE sem ampliação da equipe de trabalho, resulta num trabalho extenuante.

Nesse contexto de lutas e debates entre capital e trabalho, essas dificuldades estruturais descritas pelas trabalhadoras de ambas as áreas, aliadas ao fato de o produto oriundo do trabalho ser algo não material, subjetivo, invisível aos olhos de grande parte da sociedade, comprometem a organização social do trabalho na medida em que os trabalhadores ficam “submetidos a pressões físicas e psíquicas, seja pela ação direta das cargas de trabalho, seja pelas condições no ambiente.. (LEOPARDI, 1999, p. 49).

Considerações finais

As condições de trabalho às quais as entrevistadas estão submetidas consistem no principal condicionante das ações realizadas, bem como dos processos de formação no trabalho. A sobrecarga de trabalho, oriunda do processo capitalista e revelada pelas trabalhadoras, em virtude da extensa relação de tarefas inerentes às suas atividades principais, quando adicionada às ações propostas pelo PSE, impede a realização não somente de todas as atividades propostas pelo Programa como também de algumas atividades intrínsecas à sua contratação profissional.

O embate entre as atividades principais dessas profissionais e aquelas propostas pelo PSE é constante, tanto nas Unidades Escolares quanto nas Unidades de Saúde. A ampla relação de atividades das profissionais na rede pública de saúde, a quem cabe a prevenção de agravos, a promoção da saúde e as ações de controle e tratamento de doenças, disputa o tempo de trabalho com as ações propostas pelo PSE. Como tais ações são realizadas na maioria das vezes no ambiente escolar, as trabalhadoras precisam encontrar brechas em suas agendas para planejarem as atividades e se deslocarem às escolas para desenvolvê-las.

Na rede pública de ensino, a conjuntura é análoga. O currículo escolar não absorve as atividades do Programa, uma vez que ainda não se obteve o adequado entrelaçamento entre as atividades previstas em tal currículo e as propostas pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. A quantidade de alunos a ser atendida pelas entrevistadas e a ausência de ampliação do número de profissionais, aliadas à extensa relação de atividades burocráticas subordinadas às profissionais da educação e da saúde, também aparecem como aspectos fundamentais para a sobrecarga de trabalho e consequente interferência na realização das atividades.

Acreditamos que, se houvesse profissionais responsáveis exclusivamente pela organização e aplicação das atividades previstas pelo Programa, a sobrecarga dos demais profissionais envolvidos seria amenizada. Tais profissionais poderiam resolver os problemas administrativos, esquadri-

nhar informações a respeito do PSE, divulgar o Programa, incentivar a participação da comunidade, oferecer um suporte técnico às unidades de saúde e escolares, promover capacitações, captar parceiros para o Programa, entre tantas outras atividades que sobrecarregam as profissionais rotineiramente nas unidades de saúde e escolares.

Uma vez que a EPS ainda não alcançou os patamares almejados e as profissionais envolvidas no estudo relacionam essas dificuldades às condições do processo de trabalho, as trabalhadoras desenvolveram alternativas para suprir as carências nos processos de formação, adaptando-se à realidade através desses dispositivos descritos por Miccas e Batista (2014) como fundamentais para aprender “no trabalho” e “para o trabalho”.

Referências

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer CFE nº 2.264/74. Brasília, DF, 1974.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº. 5.692, de 11 de agosto de 1971. Brasília, DF, 1971.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Instrutivo PSE/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passeo_pse.pdf. Acesso em: 19 jun. 2014.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, v. 9, n. 16, p. 161-178, set. 2004/fev. 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2017.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>. Acesso em: 18 out. 2018.

FARAH B. F. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Rev APS*, v. 6, n. 2, p. 123-125, 2003.

FARIA, H. *Processo de trabalho em saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG: Coopmed, 2009.

GUIMARÃES, E. M. P.; MARTIN, S. H.; RABELO, F. C. P. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. *Ciência e Enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 25-33, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200004>. Acesso em: 13 out. 2014.

LEOPARDI, M. T. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: UFSC, 1999.

MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170-185, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100170. Acesso em: 13 out. 2014.

PIRES, D. P. de. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: UFSC, 1999.

ENFERMAGEM E CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE: SABERES FORMAIS E DA EXPERIÊNCIA PARA UM CUIDADO SEGURO

LAÍSA XAVIER SCHUH
SUZELINE FERREIRA

Introdução

O cenário atual das instituições de saúde é composto por uma série de fatores em constante mutação e a busca por qualidade e segurança na assistência em saúde tem sido um diferencial. O campo da segurança do paciente, incorporado ao avanço no cuidado, passou a ser motivo de preocupação e discussão mundial a partir da década de 2000, com a publicação do relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, do Institute of Medicine dos Estados Unidos da América. Erros relacionados com a assistência à saúde foram divulgados, o que alavancou a discussão e os investimentos em pesquisas sobre o tema a partir desse marco (MUNHOZ *et al.*, 2018; WEGNER *et. al.*, 2016).

No Brasil, o tema passou a ser debatido a partir do lançamento do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, com estratégias de monitoramento e vigilância dos incidentes no cuidado à saúde (REBRAENSP, 2013; BRASIL, 2013, 2014). Uma assistência insegura, além dos gastos excessivos com a

manutenção dos sistemas de saúde, gera importante morbimortalidade que poderia ser evitável (GONÇALVES; SIQUEIRA; CALIRI, 2017). Nesse aspecto, a segurança do paciente passa a ser um elemento crítico da qualidade da prestação de cuidados em saúde, tornando crescente o reconhecimento da importância de se estabelecer uma cultura de segurança.

A complexidade da assistência à saúde com sofisticadas intervenções, equipamentos, novas tecnologias, quantidade de profissionais de saúde disponíveis para prestar o cuidado, demandas excessivas de pacientes e deficiências de infraestrutura e de gestão predispõe ao erro humano e, conseqüentemente, aos riscos de eventos adversos na assistência ao usuário dos serviços de saúde.

Nesse contexto estão inseridos os trabalhadores da área da enfermagem, os principais responsáveis pelo cuidado diário do paciente. A enfermagem ocupa um espaço de destaque nas instituições de saúde, pois atua durante 24 horas na assistência. Assim, torna-se uma das categorias profissionais mais suscetíveis aos eventos adversos durante sua jornada de trabalho, ou seja, incidentes que podem acontecer durante a assistência à saúde e resultam em dano ao paciente, o qual pode ser de natureza física, social e/ou psicológica (GOMES *et al.*, 2017).

O maior desafio dos especialistas em segurança do paciente, que buscam a redução dos eventos nas instituições de saúde, tem sido a assimilação, por parte dos dirigentes, de que a causa dos erros e eventos adversos é multifatorial e que os profissionais de saúde estão suscetíveis a cometer eventos adversos quando os processos técnicos e organizacionais são complexos e/ou mal planejados (HERR; AOZANE; KOLANKIEWICZ, 2015, p. 2303).

Como profissionais enfermeiras, destacamos que há vários desafios para as instituições de saúde quando se trata do assunto relacionado à segurança dos seus clientes. Deste modo, estudar a temática de segurança

do paciente traz a oportunidade de conhecer tudo o que se pode fazer para interferir positivamente no atendimento prestado; em contrapartida, não conhecer a temática pode prejudicar o planejamento da assistência de enfermagem e, assim, a qualidade do cuidado.

Nesse sentido, são necessárias ações educativas para aprimoramento dos conhecimentos desses profissionais no âmbito do trabalho, justificando-se assim a importância da Educação Permanente em Saúde (EPS), aliada aos conhecimentos formais trazidos por cada indivíduo e em consonância com os saberes acumulados por experiências pessoais e profissionais.

A EPS é entendida como uma estratégia que possibilita a produção de conhecimento que ocorre no cotidiano dos serviços, tendo como base os problemas vivenciados pelos diferentes atores envolvidos no trabalho em saúde, a saber: profissionais, gestores e usuários (BRASIL 2007 *apud* COSTA *et al.*, 2018, p. 40).

No decorrer da prática laboral, percebemos a educação em saúde, especificamente na área da enfermagem, como objeto de grandes transformações, visando à máxima competência profissional, sob influência de condições sociopolíticas e culturais em épocas distintas. Na medida em que as relações interpessoais contribuem na assistência em saúde, nos diferentes níveis de complexidade, o enfermeiro torna-se um agente de mudanças, tido como um disseminador acerca do tema “Segurança do Paciente”, dentro das equipes multiprofissionais, visto que todos os profissionais da área da saúde atuam com o mesmo propósito: a excelência no processo de cuidar (FERLA, 2013).

No entanto, o foco principal dessas práticas educativas proporcionadas pelas instituições de saúde aos seus funcionários é o aperfeiçoamento das práticas de trabalho, que ocorrem sem levar em consideração a expectativa desses colaboradores, ocasionando dificuldade de adesão. Por outro lado, quando a perquirição por aperfeiçoamento parte exclusivamente do profissional, normalmente acontece a busca por formação fora do ambiente de trabalho, sendo desencadeada por meio da criação de vínculo com ins-

tituições de ensino. Nesses casos, o indivíduo tende a buscar informações sobre áreas específicas com as quais ele tem mais afinidade, não sendo, necessariamente, a sua área de atuação e/ou a área com maior necessidade de aperfeiçoamento. Mais uma vez, portanto, ocorre um desencontro entre as necessidades e expectativas do empregado e do empregador.

Em face dessas considerações, este capítulo visa abordar as implicações dos saberes formais e experienciais utilizados pelos profissionais de saúde no cotidiano laboral que favoreçam o desenvolvimento e o fortalecimento da Cultura de Segurança do Paciente.

Metodologia

Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica, do tipo narrativo, baseado em publicações acerca da temática descrita. As revisões narrativas são “publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual” (ROTHER, 2007). As revisões bibliográficas, também conhecidas por narrativas, são fundamentadas em uma descrição simplificada de pesquisas e informações sobre determinado tema, com o propósito de fomentar teoricamente os trabalhos científicos (LACERDA; COSTENARO, 2015).

Para a obtenção dos resultados, foi realizada uma busca no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO), nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2019. Como estratégia de busca avançada, utilizou-se o cruzamento entre os descritores controlados “segurança do paciente” AND “enfermagem”.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados em português, inglês e espanhol, disponíveis em texto completo, nos últimos cinco anos (2013-2018), sendo o marco inicial sustentado pela PNSP, desenvolvida com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os

estabelecimentos de saúde do território nacional (BRASIL, 2013). Os critérios de exclusão foram artigos que não responderam à questão de revisão.

O estudo embasou-se, também, em documentos governamentais sobre Segurança do Paciente e consistiu em pesquisas na literatura sobre as temáticas Educação, Trabalho, Saberes e Segurança do Paciente. Por meio das informações encontradas, foi possível dividir a discussão dos dados em três tópicos relevantes: a) a segurança do paciente e as práticas de enfermagem; b) enfermagem e cultura de segurança do paciente; c) contribuições dos saberes formais e da experiência para a segurança do paciente.

A segurança do paciente e as práticas de enfermagem

Em todos os níveis de atenção à saúde – primário, secundário e terciário –, a segurança é um princípio básico e requisito para a qualidade do cuidado e da assistência prestada. A enfermagem é uma categoria profissional que presta assistência direta e contínua aos clientes dos serviços de saúde; portanto, está relacionada fortemente com as questões de segurança, o que a torna privilegiada no trabalho de redução de incidentes que possam atingir seus clientes, além de detecção de riscos e realização de ações necessárias para minimizar ou evitar o dano (SILVA *et. al.*, 2016).

Conforme Teresinha da Rosa e colaboradores (2015, p. 38):

Realizar os procedimentos seguros e adequados às necessidades dos pacientes hospitalizados, objetivando alcançar os melhores resultados, são princípios que qualificam o cuidado de enfermagem e direcionam a prática baseada em evidência com ética e compromisso profissional.

Visto que a enfermagem possui destaque nos processos que objetivam segurança e qualidade aos seus pacientes, estratégias para segurança do paciente são condições fundamentais para que organizações elaborem

planos locais de qualidade, segurança e políticas de estímulo ao uso de protocolos e diretrizes. De acordo com a Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013, as estratégias de implementação da PNSP são: 1) preparação e apoio à prática de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; 2) promoção de processos de habilitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente; 3) inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade referentes à segurança do paciente; 4) implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade; 5) implementação sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes; 6) promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual; 7) articulação com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de nível técnico, superior e de pós-graduação.

Entre as ações desenvolvidas pelo Programa, ganha destaque a elaboração de seis Protocolos de Segurança do Paciente com foco nos problemas de maior incidência que, por duas questões básicas, motivaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a elegê-los: o pequeno investimento necessário para sua implantação e a ocorrência frequente de eventos adversos decorrentes da falta de prática dos protocolos, sendo eles: Os protocolos são: 1) identificar corretamente o paciente; 2) melhorar a comunicação entre profissionais de saúde; 3) melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; 4) assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) higienizar as mãos para evitar infecções; 6) reduzir o risco de quedas e úlceras por pressão (BRASIL, 2014).

Na medida em que as instituições governamentais e de saúde se esforçam continuamente para melhorar e adquirir a excelência do cuidado, o trabalho realizado pelas equipes de saúde e especificamente de enfermagem torna-se exigente, sobrecarregado e difícil. Assim, tais equipes precisam desenvolver o labor cotidiano atentando para as questões de segurança do paciente e buscando as melhores práticas. Os desafios são frequentes e, nesse contexto, nos deparamos com o profissional de saúde que não foi preparado para lidar com seus insucessos e erros.

O documento de referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente (2013, p. 16) enaltece que “não se pode organizar os serviços de saúde sem considerar que os profissionais vão errar. Errar é humano. Cabe ao sistema criar mecanismos para evitar que o erro atinja o paciente”. Os profissionais de saúde envolvidos no erro sentem-se culpados, manifestando reações emocionais e sofrimentos psíquicos. Fonseca, Peterlini e Costa (2014, p. 32) afirmam que:

Diante desta problemática, é fundamental a compreensão dos sentimentos vivenciados pelos profissionais frente à situação de erro, para que seja possível agir preventivamente e, principalmente, oferecer a ajuda adequada ao profissional, de modo a tornar o ocorrido menos danoso para ambas as partes (profissional e paciente).

Instituições hospitalares, ao reconhecerem e valorizarem os sentimentos e as emoções decorrentes dos erros, abrem espaço para o fortalecimento do vínculo com os profissionais, que se sentirão amparados e respaldados para busca de soluções e registro dos eventos ocorridos. Faz-se necessária uma alteração cultural em nossa sociedade, começando pela mudança de cultura de segurança.

Enfermagem e cultura de segurança do paciente

As instituições de saúde estão cuidando de pessoas com processos de doença, tratamentos e tecnologias cada vez mais complexos, o que exige maiores esforços em direção a um grande sistema de cultura de segurança do paciente (FERMO *et. al.*, 2015, p. 1140).

Atualmente, para garantia de um cuidado qualificado, a segurança do paciente torna-se um componente fundamental nas instituições de saúde. Diante de procedimentos e tratamentos complexos, o que potencializa a chance de ocorrer danos, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente (PAESE; SASSO, 2013; TOSO *et. al.*, 2016).

O termo “cultura de segurança” tem sua origem em outras áreas, como aviação e energia nuclear, nas quais o trabalho caracteriza-se pela complexidade e pelo risco. O termo difundiu-se a partir do acidente nuclear de Chernobyl, em 1986, considerado o pior acidente na história da geração de energia nuclear, sendo atribuída como principal causa do acidente uma “cultura de segurança fraca”. Na área da saúde, o termo cultura de segurança ainda está em construção, porém o PNSP a define como uma cultura em que todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança e pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança (REBRAENSP, 2013).

Assim, a cultura pode ser determinada por um conjunto de valores, atitudes, percepções, experiências e práticas que norteiam as ações de um grupo de trabalho. “A cultura de segurança é compreendida como um

fator de desempenho, formação e comportamentos dos profissionais da saúde que os faz visualizar a segurança do paciente como uma de suas prioridades” (FERMO *et al.*, 2015, p. 1140). A enfermagem, responsável pela interlocução entre o sistema e o paciente, está diretamente vinculada ao cuidado seguro e caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários na sua atividade laboral.

Entende-se que a situação de erro poderá ocorrer no cotidiano do cuidado de enfermagem seja por imperícias, negligências, imprudências, omissões e que esses erros, muitas vezes, independem da excelência da qualificação do profissional da saúde. Todavia a segurança do paciente é uma responsabilidade legal da enfermagem em garantia à atenção integral do cuidado (WACHTER 2010 *apud* TERESINHA DA ROSA *et al.*, 2015, p. 39).

A cultura da segurança reflete essencialmente as atitudes gerenciais e do trabalhador e valores relacionados para a gestão do risco e da segurança. Porém, para uma cultura de segurança sólida é necessária uma comunicação aberta entre gestores e equipes de saúde, incluindo debates, análises dos eventos adversos e, assim, aprendizados com os erros ocorridos. Nesse contexto, é importante citar a atuação da Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), constituída em 2008, como uma estratégia de vinculação, cooperação e sinergia entre as instituições, organizações e pessoas interessadas no desenvolvimento dos cuidados de saúde, gestão, pesquisa e educação permanente em enfermagem, contribuindo para promoção e proteção da saúde humana, com base na convicção de que a contribuição dos enfermeiros é imprescindível para o desenvolvimento sustentável das nações (BRASIL, 2014;).

Paese e Sasso (2013, p. 309) ressaltam que

[...] a qualidade da assistência ao paciente resulta a partir de um atendimento seguro, e, para isso, é necessária uma cultura de segurança estabelecida. Essa cultura envolve o comprometimento da instituição e de seus gestores em identificar a necessidade da cultura de segurança e estabelecê-la como eixo norteador de sua organização, além de envolver-se com as situações cotidianas e buscar conhecer as dificuldades e desafios que o prestador do cuidado direto enfrenta diariamente, para, assim, criar um canal de comunicação efetivo com os níveis hierárquicos e permitir a construção da confiança entre todos os envolvidos.

A cultura punitiva evidencia um modelo de gestão em que a causa do erro é atribuída somente ao profissional, não considerando os sistemas, os processos e as estruturas de trabalho. Gradualmente, porém, as instituições de ensino e prestadoras de serviço começam a estudar e promover a segurança do paciente, objetivando substituir a cultura de culpa dos profissionais que erram pela cultura educacional, aliada aos conhecimentos formais trazidos por cada indivíduo em consonância com os saberes acumulados por experiências pessoais e profissionais. Diminuir a probabilidade de eventos adversos (EA) nos ambientes de saúde requer mudança de paradigmas e de cultura, sendo necessário constituir um elo entre os resultados da assistência prestada ao paciente e a cultura de segurança.

Contribuições dos saberes formais e da experiência para a segurança do paciente

Neste tópico iremos abordar mais detidamente os saberes formais e da experiência no cotidiano dos profissionais de enfermagem. Para tal, se faz importante discorrermos brevemente sobre o ambiente de trabalho em saúde, espaço este onde ocorre a relação entre os conhecimentos em questão.

Dentro dos estabelecimentos de saúde, se percebem muitos tipos de relações singulares, por exemplo, entre colegas de trabalho, da mesma classe (enfermagem) e/ou equipe multidisciplinar, com pacientes e com familiares/acompanhantes.

[...] no processo de trabalho em saúde não há uma finalidade específica para o trabalho de cada profissional. A finalidade do trabalho em saúde é recriada pelo profissional ou grupo de profissionais envolvidos no processo, que travam relações entre si para a realização desse trabalho e a concretização dessa finalidade. Isso equivale dizer que o prevenir e curar doenças é apropriado e construído de forma diferenciada pelo trabalhador da equipe. Consequentemente, os meios de trabalho e o(s) objetivo(s) de trabalho serão consumidos e manipulados seguindo a finalidade coletiva, porém, conforme abordagem particular (GEOVANINI *et al.*, 2002, p. 157).

A diversidade de profissionais e de áreas de conhecimento confirma a complexidade desse tipo de serviço. Ao entrarem nas instituições de saúde, pacientes e familiares deparam-se com essa realidade durante atendimentos realizados em ambientes dinâmicos e por meio de interações com equipe, estrutura, equipamentos, processos e procedimentos. Nesses momentos, os conhecimentos científicos e a habilidade técnica precisam ser colocados em prática, num contexto em que se exige tomada de decisão rápida pelos profissionais. Geralmente os desfechos são satisfatórios, mas eventos indesejados podem ocorrer (HARADA *et al.*, 2016).

Com todo esse cenário e a diversidade de elementos interativos e dinâmicos, como garantir a segurança necessária para a assistência à saúde de qualidade? Entendemos que as relações entre educação e trabalho por intermédio das práticas educativas dentro das instituições de saúde são o caminho para dar conta dessa exigência.

Atualmente, as capacitações e/ou treinamentos são realidades constantes nas instituições de saúde, principalmente nos hospitais. No entanto, percebe-se, muitas vezes, a dificuldade de adesão dos profissionais a esses momentos de aprendizado. Nesse sentido, é importante promover um ajuste entre as expectativas da empresa e dos trabalhadores.

As organizações investem no desenvolvimento dos profissionais para um desempenho adequado da função, o que facilita o alcance dos objetivos e dos resultados pretendidos pela organização. Por outro lado, os objetivos pessoais são, em parte, atingidos, pois o aumento da qualificação implica maior competitividade profissional no mercado de trabalho, além de proporcionar ao indivíduo maior satisfação no trabalho, uma vez que percebe sua contribuição nos resultados obtidos (GONÇALVES, 1998 *apud* KURCGANT, 2005, p. 139).

A Política Nacional de Educação Permanente orienta a organização de treinamentos que busquem aproximar, nas ações educativas, as características específicas da instituição e a realidade dos profissionais, conforme expresso no Art. 1, parágrafo único:

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2009, p. 8).

Ao trazermos a reflexão sobre práticas educativas para a formação dos profissionais em saúde, é importante contextualizarmos o “fazer” da enfermagem em um cenário de constante mutação tecnológica. Técnicas cirúrgicas avançadas, tratamentos menos invasivos, diagnósticos preco-

ces, equipamentos de última geração, entre outros, estão associados ao processo de restabelecimento do ser humano em conjunto com o cuidado prestado pela enfermagem. Mas como acompanhar isso?

[...] existe a necessidade de que seja contemplado nos programas de capacitação da equipe multiprofissional o treinamento prático para utilização de equipamentos presentes no serviço, assim como para os novos equipamentos que forem adquiridos. Observa-se que os profissionais, de modo geral, não conseguem acompanhar, na prática, a evolução do conhecimento nessa área, no mesmo compasso da tecnologia, uma vez que estes avanços vêm crescendo de forma acelerada, com o desenvolvimento de equipamentos cada vez mais complexos, dificultando, desse modo, o processo de aprendizado (HARADA *et al.*, 2016, p. 38).

O trabalho da enfermagem (e da área da saúde) possui, de um lado, o profissional antigo, com experiência, o qual, no entanto, não tem habilidade para o trabalho com as novas tecnologias; de outro lado, o jovem recém-formado, com destreza e habilidade, mas sem experiência com sintomas, reações e fisiopatologia. Ambos compartilham o mesmo ambiente de trabalho e participam em conjunto dos momentos de aprendizado oferecidos.

Nesse contexto, os ambientes laborais também se configuram espaços para o desenvolvimento de educação não formal. A aprendizagem ocorre na medida das interações entre os trabalhadores, quando surgem dúvidas frente aos inúmeros imprevistos e inovações na forma de trabalhar. Conforme Gadotti (2005, p. 3),

[...] a educação não-formal designa um processo de formação para a cidadania, de capacitação para o trabalho, de organização comunitária e de aprendizagem dos conteúdos escolares em ambientes diferenciados. Por isso ela também é muitas vezes associada à educação popular e à educação comunitária.

Um dos fatores que personalizam o tipo de assistência prestada e a torna individualizada é a experiência do profissional que a executa. O profissional assume que não executa a diretriz na íntegra quando age com base na sua experiência. Desta forma, o trabalho prescrito, embasado em saberes formais, é ajustado em função dos saberes provenientes da experiência de cada indivíduo. Na prática assistencial da enfermagem, o conhecimento tácito (do indivíduo, proveniente da experiência) assume proporção importante no desempenho de atividades dos profissionais:

O conhecimento tácito é altamente pessoal e difícil de formalizar, o que dificulta sua transmissão e compartilhamento com outros. Conclusões, *insights* e palpites subjetivos incluem-se nessa categoria de conhecimento. Além disso, o conhecimento tácito está profundamente enraizado nas ações e experiências de um indivíduo, bem como em suas emoções, valores ou ideais (NONAKA; TAKEUCHI, 1997, p. 7).

Compreende-se, então, a dificuldade do profissional de enfermagem, acostumado com seus afazeres diários essencialmente práticos, de transmitir e compartilhar oralmente suas habilidades, como se o conhecimento fosse intrínseco ao trabalho, sendo difícil enxergá-lo como saber. No entanto, para Nonaka e Takeuchi (1997, p. 67),

[...] o conhecimento tácito e o conhecimento explícito não são entidades totalmente separadas, e sim mutuamente complementares. Interagem um com o outro e realizam trocas nas atividades criativas dos seres humanos. Nosso modelo dinâmico da criação do conhecimento está ancorado no pressuposto crítico de que o conhecimento humano é criado e expandido através da interação social entre o conhecimento tácito e o conhecimento explícito.

No ambiente das instituições de saúde, corriqueiramente ocorrem acontecimentos imprevisíveis. Dentro do hospital, não conseguimos antecipar e prever a grande maioria das situações, fato este que exige da equipe, além do conhecimento científico necessário, a aplicação de normas preestabelecidas e a experiência adquirida por todos os envolvidos. Para Vendramini (2006, p. 126), a experiência “compreende a resposta mental e emocional, seja de um indivíduo ou de um grupo social, a muitos acontecimentos inter-relacionados ou a muitas repetições do mesmo tipo de acontecimento”.

Nonaka e Takeuchi (1997, p. 9) afirmam que “de fato, o aprendizado vem da experiência direta. A criança aprende a comer, andar e falar através da tentativa e erro; aprende com o corpo, não apenas com a mente”. Assim, o trabalho se constitui como fonte de aprendizagem por intermédio de uma construção individual e coletiva. Muitos dos saberes conhecidos são gerados pelo convívio na prática do trabalho; são socializados e reinventados no exercício laboral.

A experiência é obtida quando os conhecimentos das situações que envolvam a prática profissional são refinados, reavaliados e aprimorados, a partir do estudo de teorias ou princípios, ou ainda por meio da participação ativa nos processos cognitivos que envolvem o fazer da profissão. A *expertise* profissional é o resultado da acumulação individual de conhecimento e habilidades advindos da experiência. Assim, profissionais com formações acadêmicas similares podem apresentar vários níveis de *expertise* e, desse modo, um recém-formado e um profissional com 20 anos de prática profissional podem ter a mesma formação formal, mas apresentam distintas características de experiência e *expertise* (HARADA *et al.*, 2016, p. 10).

Percebe-se, assim, a necessidade do movimento dos conhecimentos entre colaboradores jovens e experientes. Em determinadas ocasiões, o profissional recém-ingresso de cursos de formação, dotado do saber for-

mal, ao executar técnicas e procedimentos o faz proporcionando menos segurança aos pacientes do que o colega experiente. Por outro lado, é equivocada a postura, por vezes manifestada, de “autossuficiência” do profissional com anos de experiência, o que pode levá-lo a pensar que já sabe de tudo e assim apresentar resistência às inovações.

No cotidiano do trabalho em saúde, e especificamente na enfermagem, a necessidade de aplicação da experiência é comum e rotineira. A relação entre teoria e prática acontece no desenvolvimento das atividades e procedimentos durante todo o período de trabalho e vai sendo aprimorada nas trocas de conhecimento entre os membros da equipe.

Considerações finais

Gradativamente, porém mais lentamente do que gostaríamos, tem se percebido a disseminação da cultura de segurança do paciente entre os estabelecimentos de saúde, profissionais da área e população em geral. Serviços de saúde vêm desenvolvendo ações que promovam a cultura de segurança do paciente com o objetivo de proporcionar um cuidado digno e qualificado, diminuindo custos e assegurando a satisfação dos seus pacientes. Quando a segurança é estabelecida como um processo cultural, ocorre maior consciência profissional quanto à cultura de segurança do paciente e ao compromisso ético do gerenciamento de riscos e eventos adversos para o paciente e para o trabalhador.

Estudos e aprofundamentos sobre o tema são realizados neste momento em nível mundial, colaborando com o avanço nas pesquisas de cuidado à saúde e contribuindo para a melhoria da assistência prestada. Porém, mesmo com os progressos nas instituições de saúde, pacientes ainda estão expostos a diferentes riscos quando submetidos a cuidados, principalmente em ambientes hospitalares.

As equipes de enfermagem compõem o maior grupo de recursos humanos hospitalares e, na maioria das vezes, são responsáveis diretas pela assistência ao paciente. Desta forma, não é possível refletir sobre a

temática sem analisar e compreender o processo de trabalho em que a equipe de enfermagem está inserida.

Avançar neste tema é desafiador para todos os envolvidos na prestação do cuidado em saúde. No entanto, acreditamos que as instituições devam repensar, junto aos seus profissionais, em especial a equipe de enfermagem, em seus processos assistenciais, a utilização cotidiana de diferentes tipos de saberes, assim como a articulação entre os conhecimentos formais e os conhecimentos da experiência nas atividades profissionais para um cuidado seguro. Importante destacar a atuação dos órgãos não governamentais como a REBRAENSP e o desempenho dos Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) de cada instituição de saúde, atuando como espaços de educação não formal e, conseqüentemente, sendo propulsores dessa cultura.

Por fim, reconhecemos a necessidade de um trabalho em equipe em que os erros possam ser debatidos, analisados e reparados, permitindo o reconhecimento das potencialidades e das fragilidades envolvidas em todo o processo de cuidar.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prto529_01_04_2013.html. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 05 mar. 2019.

COSTA, M. A. R. *et al.* Educação permanente em saúde e interface com a gestão do cuidado. *Revista Sustinere*, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 37-51, jul. 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/30708>. Acesso em: 30 nov. 2018.

FERLA, J. B. da S. Ênfase nas relações interpessoais na formação do enfermeiro sob o paradigma ético-humanista. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-657, 2013.

FERMO, V. C. *et al.* Cultura de segurança do paciente em unidade de Transplante de medula óssea. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 68, n. 6, p. 1139-1146, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000601139&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jan. 2017.

FONSECA, A., PETERLINE, F. L., COSTA, D. A. *Segurança do paciente*. São Paulo: Martinari, 2014.

GADOTTI, M. *A questão da educação formal/não-formal*. Droit à l'éducation: solution à tous les problèmes ou problème sans solution? Institut International des droits de L'enfant (IDE): Sion (Suisse), p. 1-11, 2005. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5445484-A-questao-da-educacao-formal-nao-formal.html>. Acesso em: 15 jun. 2018.

GEOVANINI, T. *et al.* *História da enfermagem: versões e interpretações*. 2. Ed. Rio de Janeiro: RevinterLtda, 2002.

GOMES, A. T. L. *et al.* A segurança do paciente nos caminhos percorridos pela enfermagem brasileira. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 70, n. 1, p. 146-154, fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100146&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2018.

GONÇALVES, N.; SIQUEIRA, L. D. C.; CALIRI, M. H. L. Ensino sobre segurança do paciente nos cursos de graduação: um estudo bibliométrico. *Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-5, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15460/22014>. Acesso em: 15 maio 2018.

HARADA, M. J. C. S. *et al.* *O erro humano e a segurança do Paciente*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.

HERR, G. E. G.; AOZANE, F.; KOLANKIEWICZ, A. C. B. Segurança do paciente: uma discussão necessária. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, (Supl. 3), jun. 2015, p. 2300-2310. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5560284.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2016.

KURCGANT, P. (Coord.). *Gerenciamento em enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LACERDA, M. R; COSTENARO, R. G. S. *Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática*. Porto Alegre: Moriá, 2015.

MUNHOZ, O. L. *et al.* Estresse ocupacional e cultura de segurança: tendências para contribuição e construção do conhecimento em enfermagem. *ABCS Health Sci.*, v. 43, n. 2, p. 110-116, 2018. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/991/811>. Acesso em: 24 mar. 2019.

NONAKA, I., TAKEUCHI, H. *Criação de conhecimento na empresa: como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

PAESE, F.; SASSO, G. T. M. D. Patient safety culture in primary health care. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 302-310, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2016.

REBRAENSP. *Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde*. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013.

REBRAENSP. Informações sobre a rede brasileira de segurança do paciente. Disponível em: <www.rebraensp.com.br>. Acesso em: 05 fev. 2019.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

SILVA, A. T. *et al.* Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente no cenário brasileiro. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 292-301, dez. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400292&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2019.

TEREZINHA DA ROSA, R. *et al.* Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. *Cienc. enferm.*, Concepción, v. 21, n. 3, p. 37-47, dic. 2015. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 15 dez. 2017.

TOSO, G. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente em instituições hospitalares na perspectiva da enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 37, n. 4, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000400405&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 mar. 2019.

VENDRAMINI, C. R. A contribuição de E. P. Thompson para a apreensão dos saberes produzidos no/do trabalho. São Leopoldo, *Educação Unisinos*, v. 10, n. 2, p. 123-129, maio/ago. 2006.

WEGNER, W. *et al.* Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 maio 2018.

PARTE 3

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E LUTAS PELA
MANUTENÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO DOCENTE**

ESTRATÉGIAS DO “CHÃO DA ESCOLA”: O EMPREGO DE MECANISMOS QUE VISAM EVITAR OU ATENUAR O SOFRIMENTO MENTAL NO TRABALHO DOCENTE

MARLON FREITAS DE CAMPOS

É possível percebermos nos últimos anos uma crescente atenção à saúde de professores e professoras, o que se observa tanto pelo aumento no número de pesquisas na área quanto por matérias que têm recebido destaque também nas mídias. Nem sempre presente, porém – embora provavelmente mais abordada nas pesquisas do que nas matérias –, é a articulação de casos de sofrimento e adoecimento de docentes com seu trabalho, as condições em que se executa e como se organiza. Em síntese, embora cresça o interesse pela temática da saúde mental docente, tal discussão ainda precisa ser ampliada tanto por sua importância e complexidade, que demandam aprofundamento e atualização, quanto pela busca necessária e incessante de articulação das discussões entre as partes e o todo, o específico e o global, o individual e o coletivo.

A temática deste capítulo, nesse sentido, não nasce isolada, mas compõe um encadeamento de reflexões que têm como grande tema a saúde docente. Nesse tema podemos dizer que há outras questões mais específicas. Uma delas é a do trabalho docente, tendo em vista que o trabalho necessariamente afeta a saúde de quem o executa (DEJOURS, 1992, 1999). Outra é o que poderíamos chamar, tomando a Psicodinâmica do Trabalho como referência, de dinâmica de prazer e sofrimento. Utilizaremos essa expressão compreendendo que o

trabalho, de forma ambivalente, não se resume aos seus aspectos negativos, propiciando, também, vivências de prazer. O terceiro aspecto relativo à saúde docente diz respeito aos casos de adoecimento, sobre os quais diversos estudos destacam as questões relativas à saúde mental como especialmente preocupantes entre os professores e professoras.

Por fim, compreender os impactos do trabalho na saúde mental de quem o executa nos conduz à indagação semelhante à de Dejours (1999), que se perguntava como a maioria dos trabalhadores consegue não enlouquecer apesar das pressões do trabalho. O mesmo autor é quem elabora o conceito de “estratégias de defesa”, que, resumidamente, podemos apresentar como mecanismos psicológicos e comportamentais desenvolvidos por trabalhadores na busca pela preservação de sua saúde mental. Tais estratégias, no que se refere à categoria docente, são ainda menos estudadas do que os tópicos citados anteriormente.

Assim, retomaremos adiante cada um destes quatro pontos que nos parecem fundamentais: trabalho docente; prazer e sofrimento; adoecimento docente; e estratégias desenvolvidas. Sendo nosso tema central, daremos ênfase ao último ponto, articulando a discussão teórica aos relatos de docentes entrevistados em pesquisa já concluída, com o objetivo de analisar e compreender os mecanismos empregados por docentes no “chão da escola” que visam evitar ou atenuar o sofrimento mental relacionado ao trabalho.

Organização do trabalho e saúde docente

A forma como se organiza o trabalho, de modo geral, e o trabalho docente, em particular, e suas transformações invariavelmente afetam a vida de quem trabalha, com consequências que ultrapassam o espaço laboral. No que diz respeito à saúde, autores como Dejours (1999) e Seligmann-Silva (1997) convergem ao afirmarem que o trabalho jamais é neutro e tanto pode fortalecer quanto degradar os indivíduos, a ponto de favorecer o aparecimento de diferentes patologias.

Se a tendência degradante não é uma fatalidade inerente ao ato de trabalhar, sendo possível a produção de prazer e promoção da saúde, os dados, por outro lado, não deixam de preocupar. A Organização Internacional do Trabalho estima que mais de 2 milhões de pessoas morrem anualmente em consequência de doenças ou acidentes relacionados ao trabalho (OIT, 2013). No Brasil, o boletim da Coordenação-Geral de Monitoramento por Incapacidade (BRASIL, 2014), ligada ao Ministério da Previdência Social, destaca três grupos de doenças com maior ocorrência na concessão do benefício Auxílio-Doença: as causas traumáticas, como fraturas; os distúrbios osteomusculares, como lesões; e os transtornos mentais, como os de humor. Tal publicação vai ao encontro do Manual sobre Doenças Relacionadas ao Trabalho, que no início dos anos 2000 já indicava, a partir das mudanças em curso no mundo do trabalho, o crescimento das LER/DORT¹ e do estresse e fadiga física e mental, entre outras formas de sofrimento relacionadas ao trabalho (BRASIL, 2001).

Tais dados evidenciam que se o sofrimento e adoecimento relacionados ao trabalho não são, como afirmamos antes, uma fatalidade ontológica do trabalho, parecem ser, infelizmente, uma realidade histórica. Ou seja, há uma diferença entre o que pode ser considerado uma “essência” do trabalho e as suas mutáveis formas históricas, de modo que, desde a perspectiva materialista histórica, podemos afirmar que o fundamental do trabalho é a capacidade, genuinamente humana, de transformar a natureza de forma planejada (ENGELS, 2013). É pelo trabalho que se produz o modo como se vive coletivamente. Ao mesmo tempo, a forma pela qual se produz depende das condições encontradas. Isto é, depende do tempo e do espaço em que se produz. Desse modo, o trabalho é ontológico e histórico, assumindo diferentes significados dos primórdios até os dias atuais, sendo condicionante dos sujeitos, mas também produzido por eles.

¹ Lesões por Esforço Repetitivo (LER), também designadas por “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho” (DORT).

Tratamos aqui, portanto, do trabalho em determinado contexto: sob o modo de produção capitalista, sob impactos de transformações no interior desse sistema e localizado em um país de capitalismo dependente. Um trabalho que, além de ser a forma como os sujeitos imprimem sua marca no mundo, é um mediador social e assume fundamental importância por seu valor econômico (que garante a subsistência) e por seu aspecto cultural e simbólico, sendo essencial na constituição da subjetividade, determinante do modo de vida e da saúde física e mental (BRASIL, 2001). Tratamos aqui, mais precisamente, do trabalho docente, ou seja, de uma atividade que sofre, em geral, dos mesmos impactos do “mundo do trabalho”, mas que, sendo um trabalho em educação, contém características particulares.

As mudanças que sofre a educação e, conseqüentemente, o trabalho docente, no capitalismo, correspondem, em grande medida, às necessidades do capital, conformando o que poderia ser chamado de “concepção produtivista de educação” (SAVIANI, 2005, p. 22). Saviani (2005) afirma que, sob essa perspectiva, a educação passa a ser considerada um bem de produção e, assim, por motivos econômicos, seu investimento ganha novo grau de importância. Dessa forma, a tarefa da educação, no período entre 1950 e 1970, na realidade brasileira, passa a ser a de corresponder às exigências do taylorismo-fordismo através da “pedagogia tecnicista”, a ponto de “transportar para as escolas os mecanismos de objetivação do trabalho vigentes nas fábricas” (SAVIANI, 2005, p. 23).

Mais recentemente, a partir da crise da economia capitalista aberta na década de 1970, o trabalho passa a ser reorganizado buscando a retomada das taxas de lucro do taylorismo-fordismo, o que apresenta novas necessidades à educação. É nesse contexto que, na década de 1980, passam a ser implementadas as reformas educativas neoliberais que, inspiradas nas transformações do modelo fabril japonês, buscam “flexibilizar e diversificar a organização das escolas e o trabalho pedagógico, assim como as formas de investimento” (SAVIANI, 2002, p. 23). Nesse sentido, passam a ser implementadas mudanças na administração pública que vão ao encontro dos preceitos da reestruturação do trabalho colocados pelo toyotismo.

Dessa maneira, passa a ganhar força internacionalmente a *New Public Management*, uma corrente da administração que propunha a racionalização da administração estatal a partir da utilização de ferramentas comuns no setor privado. Essa nova corrente, sob o pretexto de “modernização” da administração pública – que na verdade significa a aplicação de formas de controle características do setor privado –, atribui um papel central às avaliações, partindo de quatro pressupostos:

a produção de serviços públicos é mensurável; b) sua mensurabilidade se constitui graças a ferramentas específicas cuja validade deve ser cientificamente testada; c) os servidores públicos devem prestar contas de suas ações aos gestores e/ou aos cidadãos; d) a organização pública deve ser regulada por resultados e não mais por meios procedimentais orientados com base na disponibilização de recursos. (ALVES, 2016 p. 194).

Esse controle, no Brasil, se efetiva através dos parâmetros curriculares nacionais e das diretrizes curriculares do Ensino Médio, orientados pela empregabilidade (CATTANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2001), pelo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e pelas avaliações externas, como o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), a Prova Brasil, o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), entre outras, que a um só tempo indicam os caminhos que devem ser percorridos pelas instituições de ensino e avaliam seus resultados.

Como anunciamos na introdução deste capítulo, consideramos necessário compreender as questões “macro”, que muito frequentemente ajudam a entender o que se passa no local, no “chão da escola”, onde se efetiva a prática do trabalho docente. Para Bernardes (2012), por exemplo, as avaliações externas impactam o trabalho docente na medida em que limitam a autonomia e a criatividade do professor, tendo em vista que o resultado nessas provas, cujo conteúdo e forma de abordagem são determinados por terceiros, torna-se o principal balizador da “qualidade” do ensino.

Outro fenômeno perceptivelmente problemático para o desempenho do trabalho docente é o sentimento de desvalorização (NEVES; BRITO; ATHAYDE, 2014), que perpassa a questão da defasagem salarial e o desprestígio social da atividade. Cabe destacar que no Estado do Rio Grande do Sul os salários do magistério estadual não apenas estão congelados desde o fim de 2014 (até, pelo menos, o início de 2019), o que gera um achatamento salarial, como seu pagamento tem se dado de forma escalonada. Como veremos adiante, o sentimento de não reconhecimento pelo trabalho tem grande impacto na saúde mental, mas, para mais, a questão salarial aparece como uma das responsáveis pela sobrecarga de trabalho, uma vez que obriga, para obtenção de uma renda adequada às necessidades mínimas dos trabalhadores, à integração de jornadas que não raramente chegam a 60 horas semanais.

Se a integração de jornadas aparece como um dos fatores de sobrecarga de trabalho, é certo que não é o único. Mesmo que a jornada formal de trabalho da maioria dos professores e professoras seja de 40 horas semanais, há evidentes agravantes, como o trabalho doméstico, que, como se sabe, ainda é, em maior parte, exercido pelas mulheres, o que amplia a jornada de trabalho da grande maioria dos trabalhadores da educação, que é do sexo feminino. Ao mesmo tempo, o trabalho docente não se limita às atividades desenvolvidas em interação com os alunos. Faz parte dele, ainda, a preparação das aulas, correções das atividades, reuniões e atualização ou formação, demandas que inevitavelmente invadem a vida privada (o “trabalhar em casa”) (BARBOSA, 2011).

Por último, podemos destacar como fator de sobrecarga as novas exigências do trabalho docente, que vão desde a utilização de ferramentas tecnológicas e atividades burocráticas até o suprimimento da carência de outros profissionais na escola, como psicólogo, assistente social, entre outros (OLIVEIRA, 2004). Essas demandas adquiridas, ao mesmo tempo que sobrecarregam os professores e professoras, podem provocar um sentimento de desprofissionalização, ou seja, a perda da identidade

profissional a partir do distanciamento das atividades que caracterizam a profissão em função das demais.

Ainda que de forma resumida, buscamos, até aqui, destacar a discussão acerca do trabalho docente a fim de evidenciar algumas características que impactam a saúde mental de professores e professoras. Embora, acreditemos, grande parte do professorado possa reconhecê-las, é certo que nem todos as consideram tão graves ou geradoras de sofrimento. Em parte, essa diversidade na relação trabalho-saúde mental é explicada pelas próprias estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores, tema que abordaremos ainda neste capítulo. Entretanto, cabe alertar que esse tipo de discussão jamais poderá buscar a generalização, sendo possível que um mesmo fato gerador de sofrimento para uns seja até mesmo desejável para outros.

Como já destacamos, o trabalho jamais poderá deixar de provocar algum tipo de impacto à saúde mental de quem o executa. Isso se dá porque, mesmo nas atividades aparentemente mais mecânicas, o trabalhador é convocado (explicitamente ou não) a envolver sua inteligência, suas emoções e sua subjetividade na execução do trabalho. Isso acontece na medida em que, embora quase todas as profissões tenham um conjunto de normas instituídas sobre a atividade a ser desempenhada, o real do trabalho exige resolver uma série de imprevistos e contratempos. Exige ajustes, que são fugas das regras (ou ir além delas), não para “não trabalhar”, e sim para tornar o trabalho possível. No trabalho real, o trabalhador envolve sua inteligência e criatividade, ao mesmo tempo que se depara com situações difíceis e conflitivas, experimentando vivências afetivas muitas vezes desagradáveis (DEJOURS, 2013). É esse envolvimento subjetivo, por meio da inteligência, da criatividade e das emoções, que Dejours (1992) chama de sofrimento. O que significa dizer que há, no trabalho, certa vivência de sofrimento não patológica, que poderá ser revertida em vivências de prazer.

Essa adaptação à nova realidade pode acontecer em um trabalho fabril em que determinada peça chega ao operário com um pequeno dano, requerendo habilidade do trabalhador na montagem, ou em uma escola, quando, por exemplo, algum acontecimento ganha grade atenção

dos alunos, tornando-se o foco principal dos estudantes, demandando do professor habilidade de dialogar (quando possível) entre o acontecimento e o conteúdo específico da disciplina. Em qualquer dos casos, o trabalhador envolverá sua inteligência, mas significará, também, uma profunda experiência afetiva (DEJOURS, 2013).

Dinâmica de prazer e sofrimento no trabalho docente

Como destacamos na introdução deste capítulo, o tema demanda constante articulação entre o geral e o específico. Ao mesmo tempo que os “rearranjos” do trabalho só são visíveis a partir de um olhar para o cotidiano de trabalho, ele é insuficiente sem a percepção dos aspectos políticos e econômicos que o condicionam. Ou seja, no “chão” do local de trabalho é onde ele acontece realmente, porém, se dá a partir de determinações anteriores fundamentais, como a organização do trabalho, responsável por definir, a partir de determinadas concepções, os conteúdos de determinada atividade e sua divisão entre os trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Compreendemos, assim, que no modo de produção capitalista a organização do trabalho é determinada predominantemente para manutenção desse sistema. Isso significa que, em que pese a luta dos trabalhadores em defesa de seus interesses de classe, as transformações na forma como se organiza o trabalho estão, em maior medida, afinadas aos interesses desse modo de produção. Assim, as transformações do trabalho, em geral, e do trabalho docente, em específico, não têm apontado para um trabalho radicalmente diferente, mas são mudanças epidérmicas que, na maioria dos casos, mesclam aspectos do modelo flexível japonês com características do período anterior, cuja marca é a rigidez fordista.

Tratar da organização do trabalho é extremamente pertinente para a compreensão das vivências de prazer e de sofrimento, visto que, conforme já destacamos, o trabalho tem potencialidade de despertar ambos os sentimentos. Nesse sentido, conforme Dejours (2013), é a forma como o

trabalho está organizado que facilitará e propiciará ou não que a vivência do sofrimento seja revertida em prazer.

O autor explica esse fenômeno articulando o conceito psicanalítico de sublimação² à organização do trabalho. Dejours (2013) aponta, por exemplo, que um dos níveis de sublimação, cuja organização do trabalho pode ou não permitir, está vinculado à relação com o outro, uma vez que a entrega ao trabalho e o envolvimento subjetivo geram uma expectativa de reconhecimento externo. Assim, a dedicação às atividades do trabalho que requisitaram, às vezes quase à exaustão, o envolvimento emocional e cognitivo do trabalhador espera (nem sempre conscientemente) uma espécie de retribuição – sobretudo simbólica. Esse julgamento externo sobre o trabalho é determinante na realização do sujeito e na constituição da identidade, por isso, um dos pilares da saúde mental do trabalhador (DEJOURS, 2013; LIMA, 2013).

Nessa perspectiva, o envolvimento da subjetividade do professorado nas atividades de trabalho – como no planejamento das aulas, na correção das provas, nos imprevistos do real do trabalho em sala de aula, entre outros, implica, necessariamente, determinado nível de sofrimento. O reconhecimento, por sua vez, faz com que este sofrimento ganhe razão. Nas palavras de Dejours (1999, p. 34), “quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido”. De tal modo, valorização da dedicação do trabalhador é fundamental para que o sofrimento possa ser revertido em prazer.

² O autor explica desde a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho a sublimação decomposta em três níveis. O primeiro nível implica, sobretudo, uma relação do sujeito consigo próprio, em que a dimensão corporal do trabalho convoca a participação da subjetividade. Nesse sentido, o trabalho age sobre algo externo ao indivíduo, mas ao mesmo tempo trabalha sobre ele (trabalho – Arbeit), modificando o próprio agente. No segundo nível, o que está em jogo é uma relação com o outro, já que gera expectativa de um reconhecimento externo. Esse reconhecimento está diretamente relacionado à identidade e graças a ele parte do sofrimento é transformado em prazer. No terceiro nível há uma relação com a ética e a cultura, quando os trabalhadores precisam aplicar seu zelo em algo que reprovam moralmente. Esse caso gera um outro tipo de sofrimento, “o do sofrimento ético”. Assim, o trabalho pode fortalecer a saúde mental quando se abre à sublimação ou, por outro lado, degradar a saúde mental ao negar os diferentes tipos de sublimação.

Esse reconhecimento pode envolver o retorno dos próprios estudantes sobre o trabalho executado, o reconhecimento social de seu trabalho, o suporte e admiração dos pares e da chefia e, claro, algo indispensável na sociedade em que vivemos: a retribuição material na forma de salário pelas mantenedoras. Esse conjunto de aspectos, entre outros, promoverá ou não um sentimento de reconhecimento e valorização que faz do trabalho fonte predominante de prazer ou de sofrimento. Assim, em última instância, o reconhecimento pode dar sentido não apenas ao sofrimento, mas ao próprio trabalho.

No que se refere a esse tema, pesquisas convergem ao apontar a existência entre o professorado de um sentimento de ausência de reconhecimento pelo seu trabalho (MORAES, 2005; NEVES; SELIGMANN-SILVA, 2006; CAMPOS, 2018), realidade que pode ser um dos principais provocadores do sofrimento docente. Ao mesmo tempo, é preciso reconhecer que esse não é o único fator. A já mencionada intensificação e precarização do trabalho aparece associada a diversos agravos à saúde mental de professores e professoras, como o Humor Depressivo-Ansioso e a sensação de perda de energia (CPERS-SINDICATO *apud* LEAL; CARDOSO, 2015).

As fontes de angústia e sofrimento, podemos dizer ainda, não se resumem a características normalmente mais evidentes como as supracitadas sobrecarga e ausência de reconhecimento. Estão, muitas vezes, encobertas em uma dinâmica de trabalho que é considerada “natural”, de forma que não se adaptar a ela passa a ser compreendido como uma fraqueza individual, e não um problema institucional. Entre essas fontes menos perceptíveis de angústia e sofrimento, Dejours (1999) destaca o “medo da incompetência”, isto é, a angústia proveniente do julgamento externo e da dúvida sobre a capacidade de desempenhar suas atividades de forma satisfatória. No contexto docente, essa angústia pode aparecer relacionada ao mau desempenho dos estudantes nas avaliações, por exemplo, ou mesmo no desinteresse pela matéria.

A principal questão acerca do medo da incompetência, nesse contexto, é que, muitas vezes, não é possível determinar se a responsabilidade é, de fato, do trabalhador. A partir do exemplo colocado, uma série de fatores

poderiam ter interferência nos “maus resultados”, como a estrutura da escola, o acesso aos materiais didáticos, a realidade em que os educandos estão inseridos e sua dinâmica de vida, entre muitos outros. Porém, avaliações (formais ou não) que desconsideram a diversidade e as especificidades do processo educativo estão tão “normalizadas” que podem gerar medo do julgamento externo, tornando-se um fator de extremo sofrimento.

No mesmo sentido, e ainda tratando de fontes de angústia menos perceptíveis, poderíamos assinalar, também em acordo com Dejours (2013), o “sofrimento ético”. Este, por sua vez, corresponde ao sofrimento oriundo do sentimento de traição de si mesmo, dos valores e convicções que o trabalhador carrega. Isso pode acontecer em situações em que o trabalhador é obrigado, pelas contingências, a realizar uma atividade que, pela forma ou conteúdo, contraria suas crenças. Por exemplo, é possível que um professor ou professora tenha determinadas concepções a respeito de uma “boa aula” e defenda com afinco que aquele método seja mais adequado. Entretanto, na dinâmica real do trabalho, ele ou ela pode ser obrigado a abandoná-lo por um método mais simples para que a preparação das aulas caiba em sua escassa disponibilidade de tempo. De tal modo, a opção pelo viável poderia significar uma traição das próprias convicções, geradora de sofrimento.

Destacamos uma série de aspectos relacionados às condições e à organização do trabalho que podem ser geradores de sofrimento. Todos esses fatores podem ou não desencadear uma “ruptura do equilíbrio psíquico” (DEJOURS, 1999, p. 35), a depender, como já mencionamos, da própria organização do trabalho e das estratégias de defesa empregadas pelos trabalhadores docentes na preservação de sua saúde mental. Quanto maior for o grau de agressão provocado pelo trabalho à saúde mental, tanto mais os trabalhadores dependem de estratégias para manter a “normalidade”. O que vemos, no entanto, é que, apesar dos esforços para a preservação da saúde mental (os quais, em muitos casos, os trabalhadores sequer chegam a reconhecer como tais), os dados de adoecimento mental de professores e professoras são bastante preocupantes.

Adoecimento docente: a questão da saúde mental em evidência

Conforme discutimos até aqui, o trabalho é, ao mesmo tempo, fonte de angústias e de prazeres. É certo, também, que crescem nos últimos anos os indícios de agravos à saúde mental de professoras e professores em função do trabalho. Podemos afirmar ainda que, se nem todo sofrimento se desdobra em um transtorno mental ou comportamental, a saúde docente, em grande medida, tem chamado atenção pelo grande número de professores mentalmente adoecidos.

Diversos estudos analisam dados de afastamento do trabalho para tentar dimensionar a gravidade dos impactos à saúde mental do professorado. Partindo desse método, Neves, Brito e Athayde (2014) apontam que os transtornos mentais e comportamentais figuraram como principal diagnóstico responsável pela concessão de licença-saúde para professores e professoras de João Pessoa (PB) em 2003, representando quase 17% dos casos. O mesmo aparece nos estudos de Vieira (2010) e Gasparini, Barreto e Assunção (2005), analisando, respectivamente, os afastamentos de professores de escolas municipais de Pelotas (RS) em 2006 e 2007 e trabalhadores da educação municipal de Belo Horizonte (MG) de 2001 ao início de 2003.

Analisando os dados de afastamento abordados em trabalhos da área, é possível perceber que a situação da saúde mental docente é alarmante. Esses dados, contudo, ainda não são capazes de dar conta da complexidade do sofrimento docente. Como discutimos anteriormente, nem sempre o sofrimento configura o aparecimento de patologias, já que contra ele o trabalhador aplica estratégias de defesa. Porém, mesmo nos casos em que o sofrimento apresenta tal gravidade que demanda dos trabalhadores afastamento da escola, nem sempre chegam ao órgão responsável pela concessão da licença – às vezes o afastamento é negociado diretamente com a direção da escola, por exemplo (NEVES; SELIGMANN-SILVA, 2006) – e, quando chegam a procurá-lo, o benefício nem sempre é concedido pela equipe médica.

No Estado do Rio Grande do Sul, um estudo divulgado pelo CPERS-Sindicato (entidade que representa a categoria dos educadores da rede pública estadual) e abordado por Leal e Cardoso (2015) revela que a situação dos educadores da rede pública estadual é preocupante. Os dados mostram que quase metade dos profissionais de educação pode estar com algum transtorno psíquico e que:

[...] 72,5% dos trabalhadores dizem se sentirem nervosos, tensos ou preocupados; 51,1% têm sensações desagradáveis no estômago; 49,3% dormem mal; 49% têm dores de cabeça frequentes; e 47,3% cansam-se com facilidade. Além disso, 4,5% dos participantes da pesquisa (143 pessoas) já tiveram desejo de acabar com a própria vida (LEAL; CARDOSO, 2015, p. 165).

O que o estudo revela, nesse sentido, são diferentes sinais e sintomas acusados pelos próprios trabalhadores que implicam na saúde do professorado. Em afinidade com essa perspectiva, Neves e Seligmann-Silva (2006, p. 69) apontam características comuns entre professores e professoras como “desânimo, fadiga, frustração, depressão, impotência, insegurança em realizar as atividades cotidianas, manifestações de irritação, angústia e, até mesmo, sensação de enlouquecimento”. Cabe destacar que, embora esses sintomas não cheguem, necessariamente, a desencadear transtornos mais graves, não significa que não sejam importantes sinais. Há neles pelo menos dois aspectos que merecem atenção: primeiro, porque interferem no desempenho profissional desses trabalhadores; segundo, porque, se esses sintomas não chegam a implicar afastamento, tais questões tendem a ficar sem reconhecimento e sem soluções, podendo, inclusive, serem agravadas com o tempo.

Se, por um lado, é certo que os dados de adoecimento na categoria docente são alarmantes, de outro não se pode negar que na maioria dos casos os trabalhadores não chegam a “adoecer”. Ou seja, os sintomas que apresentam, ora de forma mais evidente, ora velada, não se en-

quadram e não se revelam enquanto patologia. “Como conseguem os trabalhadores não enlouquecer, apesar das pressões que enfrentam no trabalho?”, pergunta Dejours (1999, p. 36). Isso se explica, segundo ele, pelo desenvolvimento das “estratégias defensivas” aplicadas visando evitar ou diminuir o sofrimento.

Estratégias do “chão da escola”: buscando evitar ou atenuar o sofrimento

Se, como temos demonstrado até aqui, são inúmeras as formas de sofrimento relacionadas ao trabalho, os dados de patologias (o sofrimento patogênico) só não são maiores porque os trabalhadores travam intensa luta pela manutenção da “normalidade”. Essas lutas não se dão apenas no campo das reivindicações politicamente organizadas, mas também, e talvez principalmente, no próprio cotidiano de trabalho. Acontecem, na maioria das vezes, em formas que sequer são planejadas e conscientes, e podem ser coletivas ou individuais. Assim como o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, os trabalhadores nunca são passivos frente ao trabalho.

Dejours (1999, 1992) salienta que as estratégias de defesa desenvolvidas pelos trabalhadores cumprem um papel complexo. Ao mesmo tempo que servem à manutenção do equilíbrio psíquico frente às pressões do trabalho, podem representar uma armadilha que permite “tolerar o intolerável”. Ou seja, permitem ao trabalhador sujeitar-se e até considerar normais situações de trabalho degradantes que, de diferentes formas, atacam a integridade do sujeito que trabalha.

São variadas formas de defesa que os trabalhadores desenvolvem buscando a preservação da saúde mental contra os efeitos agravantes provocados pela organização do trabalho. Tal mecanismo é mobilizado pelo trabalhador ou trabalhadora na tentativa de “modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer” (MENDES, 1995, p. 38). Segundo Mendes (1995), trata-se de um processo exclusivamente mental que não altera a realidade patogênica imposta pela organização

do trabalho. Seligmann-Silva (2011, p. 368), por sua vez, destaca que as defesas têm como função “evitar ou tornar suportável o sofrimento” e, em geral, não provocam transformações naquilo que o gera.

A fim de tornar mais vívida a discussão acerca das estratégias desenvolvidas, tomaremos como ponto de ancoragem dela alguns relatos de professores e professoras participantes de pesquisa³ recentemente concluída (CAMPOS, 2018). Assim, temos como pretensão amparar o debate não apenas nos marcos teóricos mas também práticos, a partir de estratégias desenvolvidas pelo professorado no cotidiano de trabalho, no “chão da escola”. Foram entrevistados sete trabalhadores docentes da rede pública estadual do Rio Grande do Sul atuantes na cidade de Pelotas, sendo seis mulheres e um homem, que aceitaram compartilhar suas experiências acerca do trabalho docente, das quais, aqui, optamos pelo recorte das estratégias de defesa.

Podemos identificar, a partir do relato das professoras e do professor participantes desta pesquisa, diferentes estratégias, tais como a negação, a autorrepressão, a rotinização, as faltas e a mudança de função. Seligmann-Silva (2011, p. 368) afirma que algumas das defesas elaboradas pelos trabalhadores se dão através de mecanismos psicológicos que “surtem num *continuum* que vai do nível inconsciente ao consciente”.

³ No estudo, optamos pela metodologia qualitativa, tendo como técnica principal as entrevistas semiestruturadas. Com a devida autorização dos(as) participantes, as entrevistas tiveram o áudio gravado e posteriormente foram transcritas e analisadas pelo método da análise de conteúdo. Cabe destacar, ainda, que desde o princípio tomamos os devidos cuidados éticos no desenvolvimento da pesquisa: os(as) participantes, quando convidados a participar, eram informados de que se tratava de uma pesquisa de dissertação de mestrado ligada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), sob orientação do Prof. Dr. Moacir Fernando Viegas, com a temática “Trabalho Docente e Saúde Mental”; eram informados também de que a participação era voluntária e a identidade dos participantes, na dissertação e em eventuais publicações, seria mantida em sigilo; nos casos em que o convite fora aceito, essas informações foram reforçadas previamente à entrevista, os(as) participantes eram consultados sobre a gravação em áudio e informados de que poderiam, a qualquer momento e sem qualquer prejuízo, reconsiderar sua participação. Os(as) participantes também receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constavam as informações supracitadas e os contatos do pesquisador e orientador.

A negação e a autorrepressão, nesse sentido, são identificadas na obra de Seligmann-Silva (2011) como parte dos mecanismos psicológicos de defesa contra o sofrimento mental. No estudo da autora, a negação está associada à repressão do medo ante a exposição do risco físico dos trabalhadores industriais que relatam preferir “não pensar” sobre os riscos a que estão expostos para “não enlouquecerem”. Entre as professoras participantes de nosso estudo, o que podemos identificar é a negação de pensar sobre o próprio sofrimento como mecanismo de defesa que lhes possibilita continuar trabalhando. Uma das professoras, ao tratar do tema das faltas e licenças de colegas por motivo de saúde, afirma: “Eu sou muito danada comigo. Eu, por exemplo, quando estou [adocendo], eu não penso sobre, eu vou pensar sobre tudo isso depois” (LLC). Ao encontro desta, outras professoras indicam que “não sentem” ou que “não pensam” sobre os sintomas, o cansaço e o sofrimento, enquanto estão na escola.

A autorrepressão está, assim, bastante próxima à negação, também configurando um mecanismo psicológico de defesa adotado pelas docentes, porém, nesse caso, de forma consciente (SELIGMANN-SILVA, 2011). A autorrepressão está associada à autocensura à expressão de sentimentos negativos. Deste modo, as professoras relatam adotar como estratégia evitar conflito, reprimindo, assim, também os sentimentos de irritação e frustração. Segundo Seligmann-Silva (2011, p. 379):

A autorrepressão, impedindo a manifestação por palavras ou ações, faz com que a irritação seja interiorizada. A tensão aumenta, podendo fluir psicossomaticamente e contribuir de maneira importante para a constituição de doenças psicossomáticas e distúrbios psíquicos. A sociabilidade acaba prejudicada, alterando relacionamentos interpessoais no local de trabalho.

O mecanismo de autorrepressão assume, desta forma, papel contraditório: ao mesmo tempo que busca reprimir sentimentos negativos e evitar conflitos para representar o autocontrole emocional frente aos

colegas ou alunos, pode acabar contribuindo para deteriorar as relações pessoais. Ainda, o mecanismo que tem como função a preservação da saúde mental pode acabar conduzindo, ao longo do tempo, ao adoecimento psicossomático, revelando, assim, tratar-se de uma estratégia complexa que pode ter resultado inverso ao esperado.

Sendo as relações afetivas mediadoras da atividade docente, elas podem, a partir de condições favoráveis, facilitar a transformação do sofrimento em prazer. Ao mesmo tempo, porém, também é possível que essas relações desencadeiem ansiedade, o que pode ter como resposta, conforme Neves, Brito e Athayde (2014), não apenas o desenvolvimento de sentimentos negativos – que por vezes são reprimidos – mas também o “desinvestimento” afetivo no trabalho. Desta forma, as professoras passam a envolver-se emocionalmente pouco com o trabalho como estratégia defensiva para evitar o sofrimento. Os autores supracitados, entretanto, destacam que o desengajamento se associa, entre as professoras participantes do estudo por eles desenvolvido, a uma dimensão cognitiva, em que “as professoras recorrem a certo grau de desempenho rotineiro, que funciona como defesa diante da demanda da permanente atualização dos conteúdos a serem ministrados” (NEVES; BRITO; ATHAYDE, 2014, p. 262), configurando, assim, um desinvestimento cognitivo-afetivo como estratégia defensiva.

Os relatos de desempenho “rotinizado” são facilmente identificados entre as professoras que entrevistamos quando descrevem seu cotidiano de trabalho. Nas palavras de duas delas:

Na segunda-feira mesmo que eu dou os três turnos, chega lá no final do dia já é automático, já, o que sai. Tu vais explicando já automático, assim, depois de tanto que tu já explicaste o dia inteiro, então eu não tenho tempo para parar (VPF).

[...] mas é isso, a gente acaba indo no roldão. Roldão não é nem da tua época, mas tu acabas indo no rolo, no rolo compressor, entendeu? Tu vais fazendo, tu vais fazendo. Acho que um pouco

isso, assim, mas especificamente uma estratégia... é isso que eu percebo em mim (LLC).

A rotinização, assim, aparece como resultado da alta carga de trabalho que torna o desinvestimento cognitivo necessário, ao mesmo tempo que assume a função de defesa do aparelho psíquico na medida em que atua na minimização dos impactos dessa intensificação sobre o trabalhador. As estratégias de defesa, desse modo, variam entre estratégias psicológicas e comportamentais cuja característica central é a aplicação para redução dos impactos negativos à saúde mental de quem trabalha.

Outra estratégia assumida pelas trabalhadoras para evitar o processo de adoecimento é a mudança de função. Uma das professoras entrevistadas em nossa pesquisa relata que o excesso de carga de trabalho contribuiu para a ocorrência de uma crise aguda de enxaqueca e, por orientação médica, ela precisou reorganizar o trabalho de forma que diminuísse suas exigências. Desse modo, optou por aceitar o convite para assumir a coordenação pedagógica em lugar do trabalho como professora de turma de alfabetização. Esse caso aproxima-se enquanto estratégia de defesa do que Neves, Brito e Athayde (2014, p. 264) descrevem como desvio de função, já que ambos configuram a mobilização de “recurso individual utilizado pelas professoras na tentativa de escapar de um tipo de trabalho que está afetando sua saúde”.

Já mencionamos que muitas vezes os professores necessitam de afastamento das atividades de trabalho para tratamento de saúde. Entretanto, em outros casos, pequenos afastamentos podem configurar uma estratégia para evitar maior degradação do estado de saúde. Nas palavras da professora LLC: “A falta, o não ir à escola, o adoecimento, também é uma estratégia de sobreviver a toda essa pressão, né?”. Neves, Brito e Athayde (2014, p. 263) destacam, nessa perspectiva, “que essas curtas ausências terminam por atenuar a possibilidade de que as professoras adoeçam, evitando que elas realmente se ausentem por mais tempo da profissão”, de forma que as professoras “faltam para não faltar”. Ou seja, as faltas ou os curtos afastamentos a partir de

atestados médicos, muitas vezes negociados diretamente com a direção da escola, configuram uma estratégia de defesa contra maiores agravos, o que não quer dizer que resolvam permanentemente o sofrimento docente. Pelo contrário, o “faltar para não faltar”, no máximo, ajuda a recuperar o fôlego para a manutenção das atividades e retomada da luta pela preservação da saúde mental e contra os efeitos deletérios do trabalho.

Desse modo, podemos afirmar que o conjunto de estratégias apresentadas, entre outras elaboradas diariamente pelos trabalhadores e trabalhadoras da educação, tem contribuído com a preservação da saúde mental frente a uma organização do trabalho que cada vez mais tem colaborado para vivências de sofrimento. Tais estratégias, por sua vez, não representam uma solução final, já que, em geral, não alteram a lógica e as condições de trabalho que provocam o sofrimento e adoecimento docente. Assim, conhecer e reconhecer as estratégias empregadas não significa assumir que cada trabalhador possui em si a “imunidade” que lhe garante o bem-estar psíquico, e sim serve para alertar que se os impactos não são ainda mais devastadores é porque os trabalhadores e trabalhadoras travam intensa (e silenciosa) luta pela saúde. Dessa forma, identificar as causas do sofrimento e adoecimento visando à construção de um trabalho em educação garantidor da saúde é tarefa imediata de pesquisadores comprometidos, do Estado, da categoria e do conjunto da sociedade.

Referências

ALVES, Wanderson Ferreira. Avaliar e gerir: força e miséria de um ideário presente nas políticas educacionais contemporâneas. *Revista Brasileira de Educação*, v. 21, n. 64, p. 189-207, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782016000100189-&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2019.

BARBOSA, Andreza. *Os salários dos professores brasileiros - implicações para o trabalho docente*. 208 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2011.

BERNARDES, Adilson Toledo. A precarização do trabalho docente no ensino público estadual do estado de São Paulo e a territorialização do capital na educação: uma análise a partir de ourinhos. In: JORNADA DO TRABALHO, 13., 2012, Presidente Prudente. *Anais Eletrônicos* [...]. Presidente Prudente, 2012. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/jtrab/n1/40.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Coordenação-Geral de Monitoramento Benefício por Incapacidade – CGMBI/DPSSO/SPS/MPS. *Informe Especial por Ocasão do Dia Mundial em Homenagem às Vítimas de Acidente do Trabalho*. Brasília, DF: MPS, 2014. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2014/04/I-Boletim-Quadrimestral-de-Benef%C3%A9cios-por-Incapacidade1.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho*: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2001.

CAMPOS, Marlon Freitas de. *Trabalho docente e saúde mental*: um estudo com professores e professoras da rede pública estadual. 110 f. (Mestrado em Educação) – Departamento de Ciências, Humanidades e Educação, Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2018.

CATTANI, Afrânio Mendes; OLIVEIRA, João Ferreira; DOURADO, Luiz Fernandes. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil. *Educação & Sociedade*, São Paulo, ano XXII, n. 75, p. 67-83, ago. 2001.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 1992.

DEJOURS, Christophe. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS, Christophe. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, v. 09, n. 33, p. 09-28, 2013.

ENGELS, Frederick. Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: ANTUNES, Ricardo. *A dialética do trabalho*: escritos de Marx e Engels. São Paulo: Expressão Popular, 2013. P. 13-29.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 31, n. 02, p. 189-199, maio/ago. 2005.

LEAL, Caren Luyara; CARDOSO, Eduardo Schiavone. Contribuições à análise das condições de trabalho e saúde dos professores de geografia do ensino básico público de Santa Maria, RS. *Revista Formação*, v. 01, n. 22, p. 156-175, 2015.

LIMA, Suzana Canez da Cruz. Reconhecimento no Trabalho. In: CATTANI, Antônio David. *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Porto Alegre: UFRGS, 1997, p. 351-355.

MENDES, Ana Magnólia Bezerra. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 13 mar. 2019.

MORAES, Rosângela Dutra. Prazer e sofrimento no trabalho docente: um estudo com professoras de ensino fundamental em processo de formação superior. *Rpot*, v. 05, n. 01, p. 159-180, jan./jun. 2005.

NEVES, Mary Yale; BRITO, Jussara; ATHAYDE, Milton. Mobilização das professoras por saúde. In: GLINA, Débora Miriam Raab; ROCHA, Lys Esther (org.). *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2014. P. 248-270.

NEVES, Mary Yale; SELIGMANN-SILVA, Edith. A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 6, n. 1, p. 63-75, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n1/v6n1a06.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. A reestruturação do trabalho docente: precarização e flexibilização. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 89, p. 1127-1144, 2004.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Bureau Internacional do Trabalho. *A prevenção das doenças profissionais*. Genebra: OIT, 2013. Disponível em: http://www.dnpst.eu/uploads/relatorios/safeday_pt_2013.pdf. Acesso em: 16 mar. 2019.

SAVIANI, D. Transformações do capitalismo, do mundo do trabalho e da educação. In: LOMBARDI, J.C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (org.). *Capitalismo, trabalho e educação*. 3. Ed. Campinas: Autores Associados; Histedbr, 2005. P. 13-24.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 95-109, 1997.

SELIGMANN-SILVA, Edith. A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. *Estud. Pesqui. Psicol.*, v. 6, n. 1, p. 63-75, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n1/v6n1a06.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

SELIGMANN-SILVA, Edith. *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

VIEIRA, Jarbas Santos. Constituição das doenças da docência (ealiza). In: REUNIÃO DA ANPED, 33., 2010, Caxambu. *Anais[...]*. Caxambu: ANPED, 2010. Disponível em: <http://33reuniao.anped.org.br/33encontro/app/webroot/files/file/Trabalhos%20em%20PDF/GT09-6700--Int.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020

TRABALHO INVISÍVEL: ATIVIDADES EXTRAJORNADA DE PROFESSORES NO CONTEMPORÂNEO

YOHANNA BREUNIG
KARINE VANESSA PEREZ

Introdução

O trabalho é uma atividade que se faz presente na vida das pessoas desde os primórdios da humanidade, já que era por meio da caça e da construção de moradias que se tornava viável a sobrevivência da espécie. Com o passar do tempo e a compreensão de que a partir do trabalho poderiam ser feitas trocas de alimentos, materiais e outros mantimentos, o trabalho foi assumindo uma posição com maior significado, até que, com a circulação do capital e a criação da moeda, tornou-se ainda mais central e necessário à subsistência dos sujeitos, não só por uma questão de sobrevivência mas também por uma necessidade social (MARX; ENGELS, 1994; ALBORNOZ, 1994).

Neste sentido, pode-se afirmar que, além de sua importância como fonte de renda, o trabalho é considerado um meio de inserção social, fazendo com que o trabalhador sinta-se parte da sociedade ao possuir um emprego e uma ocupação (HELOANI; LANCMAN, 2004). Por meio do trabalho e das relações estabelecidas nesse contexto, o sujeito vai constituindo e transformando sua identidade e subjetividade, visto que assim

como ele é capaz de influenciar, também é influenciado pelo meio onde está inserido. O trabalho, portanto, possui um significado não apenas para a realização do serviço mas também pessoal e coletivo (DEJOURS, 1999).

Todavia, na atualidade vivencia-se uma intensificação das atividades profissionais nos mais diversos contextos, visto que a aceleração da produção no sistema capitalista habita a vida dos trabalhadores. Tal intensificação não é novidade no mundo do trabalho quando se considera que desde o período em que predominavam os modos de produção taylorista e fordista já começara a haver maior pressão por produtividade e produção em massa, intensificando o trabalho realizado em fábricas. Desse modo, os trabalhadores eram desprovidos do tempo de descanso, adquirindo ritmos automáticos semelhantes às máquinas (GORZ, 1980).

Acrescenta-se a isso o fato de que os empregadores não costumavam se importar com os aspectos físicos e psicológicos de seus trabalhadores. O que lhes interessava era a produtividade e os lucros que poderiam obter. Somente a partir da implementação do toyotismo é que começou a haver uma pequena preocupação com a subjetividade do trabalhador, tornando-o mais envolvido com os objetivos da empresa. Contudo, as pressões e intensificações no trabalho continuaram a crescer, assim como a instabilidade advinda da reestruturação produtiva, presente no Brasil a partir da década de 1990 (OLIVEIRA; PIRES, 2014).

Nesse período o mercado de trabalho flexível passou a exigir dos trabalhadores versatilidade e polivalência, aliadas a proatividade e envolvimento físico, cognitivo e emocional para desenvolver o trabalho. A introdução de novas tecnologias veio a incrementar o processo de trabalho e a sua produtividade, mas o uso da subjetividade dos trabalhadores também passou a fazer parte da organização do trabalho, em que, cada vez mais, era exigido não apenas um trabalho mecanizado mas também intelectual (DAL ROSSO, 2008).

Essa lógica produtivista, orientada pela rapidez e por uma carga de trabalho excessiva, também faz parte do cotidiano dos professores que atuam seja na Educação Básica, seja no Ensino Superior. Isso pode ser evidenciado a

partir da reestruturação anteriormente referida, cujas mudanças repercutiram direta e indiretamente no campo educacional. Nesse sentido, houve uma expansão mercantil da educação, em que o papel entre esta e o Estado foi redefinido, tornando seu vínculo mais empresarial (OLIVEIRA; PIRES, 2014).

Tanto nas escolas quanto nas universidades passou a ser redobrada a pressão para prepararem futuros trabalhadores com competências e habilidades para atuarem no mercado de trabalho, o que exige até hoje maior qualificação, busca por novos métodos de ensino e constante aperfeiçoamento. O trabalho tornou-se mais intenso e novas funções foram incrementadas sem que o salário aumentasse proporcionalmente. O que elevou foi o tempo dispendido para atividades laborais, muitas vezes realizadas fora da jornada de trabalho (OLIVEIRA; PIRES, 2014).

Em relação às escolas, Oliveira (2004) refere que o trabalho docente passa a compreender mais do que apenas a atividade em sala de aula. Exige-se do professor a participação na gestão da escola, relativa a maior dedicação ao planejamento, inserção na elaboração de projetos, discussões coletivas concernentes ao currículo e avaliação, entre outras atividades que intensificam o seu trabalho e minimizam o tempo que antes era dedicado basicamente ao planejamento das aulas (OLIVEIRA, 2004).

Muitas semelhanças são encontradas no trabalho docente no Ensino Superior, em que os profissionais se deparam com a intensificação de suas tarefas, com a diferença de que aos professores universitários costuma-se acrescentar ainda atividades realizadas via internet e outras tecnologias, incluindo o uso de redes sociais e aplicativos, que antes costumavam ser efetivadas por técnicos administrativos. Exemplos disso são as planilhas on-line de preenchimento de notas e presença de alunos, a apresentação do programa das disciplinas de modo on-line, cujos objetivos e atividades estejam descritos com rigor, entre outras funções para as quais eles precisam, muitas vezes, fazer capacitações para aprenderem a utilizar o sistema informacional. Tudo isso sem que tais atividades sejam computadas em sua carga horária de trabalho (SILVA JR.; SGUISSARDI; SILVA, 2010; MANCEBO, 2011).

Ao mencionar a intensificação do trabalho, adota-se aqui a concepção proposta por Dal Rosso (2008), que diz respeito à quantidade de energia (física, intelectual e emocional) que o trabalhador dispense para que seu trabalho seja efetivo, visto que a intensidade centra-se no próprio trabalhador, tanto individual quanto coletivo, independente dos meios de produção. A intensidade do trabalho é compreendida, no capitalismo contemporâneo, em termos de resultados do trabalho, os quais devem ser tanto quantitativos como qualitativos. Exige-se ampla dedicação e dispêndio de energia por parte dos docentes, que precisam dar conta do *plus*, ou seja, das tarefas adicionais ou mais complexas que exigem maior tempo de realização. Comumente isso resulta em maior fadiga e desgaste vivenciados pelos profissionais, causando efeitos pessoais na sua saúde física e psíquica, além de interferir no seu campo relacional (DAL ROSSO, 2008).

A principal diferença entre a intensificação que ocorria no trabalho antigamente e a que está presente atualmente é que antes ela sucedia-se dentro do próprio tempo destinado ao trabalho, pertencia às horas estipuladas para o trabalho de cada trabalhador, sendo suas tarefas mais intensas dentro da própria jornada de trabalho. O que acontece atualmente é que há uma intensificação das tarefas que extrapola a jornada prevista.

No caso dos professores, esse fenômeno é muito perceptível, já que é possível evidenciar o montante de trabalho que os profissionais costumam levar para terminar em casa, o que indica que não há como fazê-lo dentro de suas horas de expediente. Ou seja, a intensificação do trabalho, nesse caso, é percebida através do trabalho extrajornada, o qual comumente se torna um trabalho invisível aos outros, mas que gera grande sobrecarga aos docentes. Assim, eles precisam organizar o seu tempo para conseguirem realizar as tarefas pendentes em casa, abrindo mão, muitas vezes, do seu tempo de lazer e demais atividades da vida privada. Todos esses fatores causam sofrimento a esses profissionais, resultando em possível desmotivação, quando não conseguem atingir os seus objetivos, podendo levar, em última instância, ao adoecimento (MANCEBO; GOULART; DIAS, 2010; PEREZ, 2016).

Conforme Perez (2016), o trabalho extrajornada, nomeado pela autora de jornada de trabalho estendida, pode ser definido como aquele que ultrapassa a carga horária estipulada ao trabalhador pelo empregador. Isso significa que o profissional é remunerado para trabalhar determinada quantidade de horas, mas por diferentes razões acaba tendo que trabalhar além disso (dentro ou fora do local de trabalho), sem receber um salário maior. Em relação aos docentes, a autora complementa que a jornada de trabalho estendida:

Refere-se ao tempo extraclasse que o professor não é pago, mas precisa trabalhar para “dar conta” das atividades que envolvem o cotidiano docente, como planejamento e preparação de aulas, correção de trabalhos e provas, orientações aos alunos, que podem ocorrer de diversas formas, mas especialmente por meio das novas tecnologias de informação, entre outras tarefas (PEREZ, 2016, p. 2).

Não são raras as pesquisas (APPLE, 1989; OLIVEIRA, 2006; PEREZ, 2012, 2016; BREUNIG; PEREZ, 2017) que retratam, em diferentes épocas, tal intensificação do trabalho, permeada pela extrajornada, em que o professor é obrigado a levar trabalho para casa ou a realizá-lo antes do início das aulas ou nos intervalos, a fim de dar conta de tantas demandas, sem, contudo, receber um adicional no salário. Ademais, os docentes frequentemente precisam lidar com o aumento da produtividade e com a intensificação das tarefas em meio a condições de trabalho precárias, principalmente quando se trata de escolas ou universidades públicas, em que há baixos investimentos em infraestrutura.

Ainda assim, os professores não são isentos da cobrança por um trabalho impecável e por frequentes qualificações para melhor desempenharem o seu trabalho, sendo constantemente responsabilizados pelos sucessos e fracassos seus e de seus alunos (LEDA, 2006). Garcia e Anadon (2009, p. 83) acrescentam o quanto essa intensificação acaba

sendo confundida com o profissionalismo, “sentimento este que é estrategicamente mobilizado pelas exigências oficiais de profissionalização docente e pelo apelo a uma ética de autorresponsabilização moral e individual pelo sucesso da escola [e da universidade]”.

Isso faz com que os próprios docentes cobrem de si mesmos uma dedicação que muitas vezes vai além do que podem desempenhar, resultando em frustração quando não conseguem fazê-lo. Deste modo, a partir desta contextualização inicial, a escrita deste capítulo pretende discutir o fenômeno da carga horária extrajornada de trabalho a partir da vivência docente relativa ao trabalho educacional no contemporâneo, buscando correlacionar as experiências ocorridas no nível básico e nível superior.

Percurso metodológico

Este capítulo é composto por uma revisão bibliográfica realizada através de busca no banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como em anais de eventos da área do trabalho (principalmente relativos às temáticas da psicologia e da educação). Entre as palavras-chave pesquisadas, encontram-se: trabalho docente; jornada de trabalho; trabalho extrajornada; e sobrecarga de trabalho. Entretanto, não se pretende, aqui, fazer uso de uma pesquisa bibliográfica exclusivamente, já que esta serviu mais como base para as discussões posteriores fomentadas por duas pesquisas de campo realizadas com professores de nível básico e de nível superior (PEREZ, 2012; BREUNIG; PEREZ, 2017).

Trata-se de duas pesquisas independentes efetuadas com docentes da rede pública e da rede privada de ensino do Estado do Rio Grande do Sul, sendo uma fruto de um trabalho de conclusão de curso, abrangendo professores de escolas estaduais, e a outra se originou de uma dissertação de mestrado, cujos participantes foram docentes que atuam em universidades privadas. É importante salientar que as duas pesquisas partem do referencial teórico e metodológico da Psicodinâmica do Trabalho (PdT), que tem como foco os coletivos de trabalhadores. Tal perspectiva busca transformar a organização

do trabalho a partir da construção de espaços de fala e escuta que mobilizem a dimensão subjetiva dos trabalhadores na busca de mudança em relação àquilo que faz sofrer no trabalho. Parte do pressuposto de que as vivências no âmbito profissional são compostas por uma dinâmica entre o prazer e o sofrimento relativo ao trabalho (DEJOURS, 1992, 1999).

A pesquisa realizada com professores de escolas estaduais contou com oito participantes, enquanto a pesquisa voltada ao contexto universitário envolveu 18 docentes. Nos dois estudos a estratégia de levantamento de informações principal foi a entrevista semiestruturada realizada de modo individual, sendo que a análise se deu à luz da PdT. Além disso, as autoras fizeram uso de diários de campo e pesquisa bibliográfica com o intuito de aprofundar a discussão e se aproximar ainda mais da dimensão vivida pelos entrevistados (PEREZ, 2012; BREUNIG; PEREZ, 2017). Ambas as pesquisas foram submetidas ao Comitê de Ética em Pesquisa e receberam aprovação. O projeto de pesquisa de dissertação (PEREZ, 2012) foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e recebeu o Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) sob o número 2011013. Já o projeto de pesquisa de monografia (BREUNIG; PEREZ, 2017) foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e recebeu o CAAE sob o número 62725216.2.0000.5343.

Implicações das atividades extrajornada na subjetividade dos docentes

A forma como o sistema educacional vem se organizando nas últimas décadas tem sofrido importantes impactos, especialmente em função da aceleração do trabalho. Há, de modo generalizado, uma tendência em focar no trabalho *in loco*, nas tarefas em sala de aula, fazendo com que as atividades do “antes e depois” do momento frente aos alunos sejam feitas em períodos extrajornada, o que não é contabilizado nas horas de trabalho nem remunerado e, por consequência, passa a não ser reconhecido.

Um dos fatores que provocaram a intensificação do trabalho docente foi a inclusão das tecnologias digitais que permitem acesso do professor às suas atividades, que antes ficavam restritas ao espaço físico educacional (MANCEBO; GOULART; DIAS, 2010). Alimentar as plataformas virtuais, responder e-mails e mensagens via redes sociais tornaram-se atividades semanais, quando não diárias. Tal situação pode ser verificada no relato a seguir de docentes de nível superior (PEREZ, 2012, p. 159):

[...] então tu tem que, acho que a palavra-chave que eu traduzo é flexibilidade, tem que ser flexível, tem que dar conta de algum jeito, tu tem uma tarefa, como tu vai fazer isso compete a ti e não à instituição [...].

[...] a gente não ganha hora-aula, por exemplo, pra botar todo o material, todas as aulas no portal, e a gente é obrigado no início do ano, por exemplo, as férias de julho, não é férias, porque os quinze dias de férias, de um mês de férias, a gente fica 15 dias em função de botar a aula no portal, de preparar a aula [...].

Isso significa que muito do trabalho docente é realizado em casa, fora da carga horária contabilizada pela jornada de trabalho. O tempo que deveria ser utilizado para descanso, lazer e ócio é ocupado por tarefas relacionadas à universidade, ou seja, ao trabalho (MANCEBO; GOULART; DIAS, 2010). Desse modo, é possível perceber que as novas tecnologias (acesso a e-mails, redes sociais, como o WhatsApp, e a própria plataforma institucional virtual), apesar de trazerem muitos benefícios e facilitarem o acesso, acabam por aumentar o tempo de trabalho e o envolvimento com este.

E-mails a serem respondidos, celulares que tocam em casa e computadores portáteis garantem que o trabalho acompanhe o professor, para além dos muros da universidade, nos momentos institucionalmente destinados ao descanso e lazer. O professor vai fisicamente para casa, mas o dia de trabalho não termina, pois as inovações tecnológicas possibilitam a

derrubada das barreiras entre o mundo pessoal e o mundo profissional (MANCEBO, 2007, p. 77).

Em uma das pesquisas realizadas pelas autoras com docentes de escolas públicas, o trabalho extrajornada também se faz presente durante as entrevistas, em que os professores enunciam a falta de tempo para organizar todo o material para as aulas (elaborar atividades, planejar o conteúdo, corrigir provas) na escola, tendo que levar trabalho para casa (BREUNIG; PEREZ, 2017). As professoras de unidocência (que lecionam para as séries iniciais) referiram sentir falta de terem hora-atividade para preparar suas aulas, visto que por serem unidocentes elas ganham uma porcentagem a mais no seu salário e, em contrapartida, não possuem nenhuma folga semanal. Contudo, essa porcentagem salarial maior não compensa o tempo dispendido para dar conta das tarefas laborais fora da jornada de trabalho. Isso fica evidente nos comentários a seguir de duas das docentes entrevistadas (BREUNIG; PEREZ, 2017, p. 49):

[...] a gente não tem hora-atividade no Estado [...] não tem uma folga. Então assim ó, o planejamento acaba ficando pra casa ou nos intervalos [de almoço] acabo ficando na escola, saio pra comer alguma coisa, mas volto. Então meus planejamentos normalmente são na escola, nesse intervalo, e em casa, óbvio, né, final de semana e tudo. Então assim ó, é uma rotina bastante corrida.

[...] tem muita coisa que a gente tem que fazer além do que a gente faz aqui na escola. Tipo, eu tenho muita coisa que eu levo pra casa, pra fazer em casa.

Já os professores que ministram aula nas séries finais do Ensino Fundamental e para o Ensino Médio possuem horários destinados à hora-atividade, o que não quer dizer que não fiquem similarmente

sobrecarregados com suas atividades, visto que muitas vezes também levam trabalho para casa. Estudos anteriores (BRITO *et al.*, 2001; NEVES *et al.*, 2011) também referem a sobrecarga de trabalho exercida pelos docentes, em que as condições de trabalho são adversas, indo além dos limites da jornada de trabalho e extrapolando o espaço interno da escola, o que remete, novamente, ao trabalho extrajornada. Uma das docentes universitárias entrevistadas na pesquisa de Perez (2012, p. 159) refere:

[...] o drama de ter que responder e-mail todos os dias, agora não, não é só e-mail, tem as redes sociais que tu tem que manter atualizadas, [...] então de alguma forma tu acaba indo por sugestão, tu acaba fazendo, mas é uma prisão, né, porque daí tu sai do trabalho, tu chega em casa e continua trabalhando...

Assim, observa-se que o tempo no trabalho e o fora dele misturam-se; quando este último não passa a ser quase inexistente (MANCEBO; GOULART; DIAS, 2010). O professor vai para casa, mas o trabalho vai com ele: no espaço doméstico ele é “convocado” subjetivamente a cumprir com as atribuições que não são possíveis de ser concluídas no seu local de trabalho. Em virtude das atividades profissionais, a família, o descanso, o ócio e o lazer ficam em segundo plano.

Com certa ironia, em 2011 o Sindicato dos Professores do Ensino Privado do Rio Grande do Sul (SINPRO/RS) promoveu uma campanha chamada “Domingo de Greve”, que buscava promover uma reflexão social a respeito do trabalho extraclasse dos professores. A favor do descanso e do tempo livre “pelo menos no domingo”, a campanha representou a indignação dos docentes em ocupar o seu tempo livre com correções de provas, planejamento de atividades, projeto e aulas, além das diversas tarefas burocráticas demandadas pelas instituições de ensino. De modo provocante, fez a sociedade e, em especial, os professores pensarem sobre o tempo despendido de trabalho que vai muito além do que é remunerado (Sindicato dos Professores do Ensino Privado do Rio Grande do

Sul, 2011). Essa indignação pode ser percebida no relato de um professor universitário (PEREZ, 2012, p. 160):

[...] isso tem que mudar, o professor não pode ser um simples empregado que vai e volta, porque a gente leva um horror de trabalho para casa e a gente não ganha para isso, não tem como não levar trabalho para casa, é impossível isso, então isso eu acho muita exploração.

Ocupando até mesmo o domingo para trabalhar em casa, o que é incorporado na rotina familiar e na vida dos professores como algo cotidiano, essa prática passa a ser invisibilizada e, assim, não é representada fidedignamente nas estatísticas relativas à real dedicação exigida para desempenhar o trabalho docente, que passa a ser visto apenas como aquilo que está prescrito.

Além de ocupar o tempo de descanso fora do espaço físico da instituição, os professores costumam usar os intervalos de trabalho para dar conta das atividades profissionais. Não é raro o uso do horário de almoço, entre outras pausas na jornada, para desenvolver tarefas laborais, conforme podemos observar nos comentários a seguir (PEREZ, 2012, p. 159-160).

Quando eu chego lá à 1h30min, eu não levanto nem pra comer, eu não faço intervalo, eu como, eu levo coisas, ou busca com colegas, vai buscando o que as pessoas têm nas gavetas, porque eu não faço intervalo, eu toco direto até às 10 da noite, que é o horário que encerra [...].

[...] então o meu dia a dia de trabalho lá é assim, eu entro 7h40 e não tenho hora para sair...

[...] o meu dia a dia é extremamente corrido, não sobra lugar na agenda assim, é extremamente fechada, então até os dias, os horários pra ir no bar, ah, tem dias que eu sei que eu vou ter

que trazer comida de casa, porque eu sei que não tenho tempo pra ir no bar e parar uma meia hora pra espalhar... então na verdade é uma carga horária de 60 horas por semana, sendo 20h extraoficial [...].

É relevante salientar que a carga de trabalho desenvolvida em momentos extrajornada é percebida como invisível não só pela sociedade de um modo generalizado como também pela gestão, já que não é proporcionalmente remunerada. Tal situação pôde ser notada inclusive por alguns entrevistados (PEREZ, 2012, p. 160-161):

Eu acho que a maior dificuldade é a disponibilidade de tempo, formalização do tempo fora sala de aula, como formalizar horas de preparo de material, de correção, deveria ter isso, isso é o maior problema, com certeza, não tem visibilidade, né, o que a gente faz em casa isso não aparece, que aquilo que eu disse que parece espontâneo, o trabalho aparece pronto, então tá tudo certo, então isso é o maior problema [...].

[...] e eu acho que hoje tem uma questão muito significativa assim do tempo que a gente vive, assim da sociedade contemporânea, que é a questão de que, claro, o professor já é um sujeito que tem um tempo além daquele tempo na Instituição, por isso que eu brinquei das 40 horas, mas na verdade não são 40 horas, que a gente trabalha em casa e além de trabalhar em casa naquilo que tu te programa, tu tem que responder e-mails, os alunos te solicitam, e tu tem que dar esse retorno pra eles [...].

Considerando todas as tarefas e atravessamentos que compõem a rotina de trabalho dos docentes, compreende-se que é necessário grande envolvimento e empenho para cumprir suas atribuições, sendo esta uma rotina considerada cansativa por eles. Guedes (2014) considera que a falta de tempo decorrente da carga horária excessiva e do trabalho extrajornada é um elemento desmotivador aos professores, os quais podem

inclusive preparar suas aulas com menos entusiasmo, deixando de elaborar atividades que talvez fossem ser mais interessantes para os estudantes.

Além disso, os professores ressaltam o tempo que precisam utilizar para realizar atividades burocráticas, que vão além de suas atribuições iniciais enquanto docentes em sala de aula, mas que fazem parte do trabalho e precisam ser feitas para prestar contas ao Estado, no caso das escolas estaduais. Tais exigências consomem boa parte das atividades escolares, intensificando o trabalho (BREUNIG; PEREZ, 2017). Igualmente, os entrevistados referem que há muitas orientações que vêm da direção, da Secretaria de Educação e, principalmente, do Estado, devendo ser executadas sem muitas discussões ou possibilidades de opinar sobre a relevância ou não de tais normativas. Isso torna o trabalho mais cansativo, já que nem sempre os docentes veem sentido nas exigências solicitadas (GUZZO; MEZZALIRA; MOREIRA, 2014). Além de ocupar muito o tempo dos docentes, essas burocracias tendem a desgastar os professores, como relatam os entrevistados (BREUNIG; PEREZ, 2017, p. 51):

[...] o que desgasta é a burocracia, é essa pressão, esse assédio moral que tem por direção, enfim.

Burocracia, isso é um saco. Né, que nem assim, eu tô com uma pilha de coisa, caderno de chamada aqui pra ver, contar diazinho, ver se fechou e não sei o quê. Só que eu perco horas fazendo isso [...] burocracia é papel demais pra pouca coisa.

Assim, observa-se a quantidade elevada de atividades burocráticas que são demandadas aos docentes, além de sua atividade fim, voltada às questões educacionais. Acrescenta-se a isso o fato de que, com o ritmo acelerado das mudanças ocorridas no mundo do trabalho e a maior responsabilização destinada aos docentes, são cobradas as participações em qualificações e aperfeiçoamentos constantes, para que estejam cada vez mais preparados para propiciar um ensino de excelência. Os próprios professores

acabam cobrando a si mesmos, pois sentem a necessidade de acompanhar os incessantes avanços tecnológicos e na sua área de atuação. Tudo isso também demanda tempo, tempo este que normalmente não é fornecido dentro da carga horária de trabalho, cabendo a cada docente, mais uma vez, recorrer ao seu “tempo livre” para se aperfeiçoar (MANCEBO, 2004).

Isso se dá em decorrência da supervalorização do trabalho, em que o mercado exige dedicação total à carreira profissional e os trabalhadores precisam colocar em segundo plano outros aspectos de suas vidas, como a família e o lazer (LEDA, 2006). E eles o fazem a fim de preservar os seus empregos, já que o sistema capitalista reforça que, se não houver qualificação suficiente por parte do profissional e seu trabalho não for bem realizado, terá outra pessoa pronta a fazê-lo.

Perez (2012) constata que há um incentivo precário relativo à qualificação profissional para que os professores de Ensino Superior possam dar continuidade à sua formação, a exemplo do mestrado e doutorado. A autora afirma que, segundo os entrevistados da pesquisa, há um discurso de incentivo pelas instituições, mas na prática há grande dificuldade em se conseguir a liberação, devido a empecilhos e questões burocráticas. E, quando há a liberação, na grande maioria das vezes o tempo de dispensa é inferior ao necessário para que o docente possa se dedicar com êxito à qualificação. Em outras palavras, quando há algum tipo de liberação para participação em eventos, por exemplo, há uma necessidade de reposição de carga horária de modo presencial ou não presencial, o que gera uma carga adicional de trabalho.

Algumas instituições de Ensino Superior costumam oferecer um incentivo financeiro e liberação dentro da carga horária para que os docentes participem de congressos. Infelizmente, isso não ocorre em todas as organizações de trabalho, as quais incentivam a qualificação, mas não disponibilizam horários dentro da jornada de trabalho para que isso possa acontecer, restando aos professores buscarem o aperfeiçoamento por conta própria, a partir de seus recursos e tempo extrajornada de trabalho (PEREZ, 2012).

À vista disso, cabe ao professor decidir se irá (e se conseguirá) se qualificar, aumentando o tempo que será utilizado para funções relativas ao trabalho. Mesmo que o fato de fazer especialização, mestrado, doutorado ou outros cursos de qualificação possa não ser considerado diretamente como atividade extrajornada, é investimento que serve ao trabalho e, na grande parte das vezes, se dá em função do próprio trabalho e da constante exigência por aperfeiçoamento. Desse modo, passa a ser considerado, sim, uma atividade profissional extrajornada.

Frente a essas questões, os docentes encontram-se em um caminho de duplo sentido, revelando sentimentos contraditórios. De um lado, criticam o processo de intensificação do seu trabalho, conscientes de que deles são exigidas atividades que vão além da sua carga horária e provocam desgaste físico e mental. Por outro lado, os professores culpabilizam-se quando não dão conta de determinadas tarefas, cobrando de si mesmos maior responsabilidade profissional e profissionalização (GARCIA; ANADON, 2009). Isso gera uma carga de estresse muito grande, mostrando o quanto o coletivo está enfraquecido frente à individualização das responsabilidades, podendo resultar em problemas de saúde física e mental aos docentes (MANCEBO; GOULART; DIAS, 2010).

O trabalho docente e os impactos na saúde dos professores

Conforme afirmado no início do capítulo, o trabalho é central na vida dos sujeitos, sendo parte constituinte da formação da identidade e subjetividade dos trabalhadores. Por meio dele são vivenciados sentimentos de prazer e sofrimento decorrentes da organização do trabalho e das relações lá estabelecidas. Tal dinâmica é compreendida por Dejours (1999) como inerente ao trabalho, em que ambas as emoções podem ser experienciadas concomitantemente. O problema é quando o sofrimento se sobressai em detrimento do prazer em relação às atividades laborais, o que pode levar ao adoecimento. É o que vem ocorrendo com muitos docentes frente ao atual cenário da educação e à intensificação de seu trabalho, que os obriga

a manter uma jornada alternativa àquela contabilizada na carga horária, muitas vezes em casa ou em intervalos, e resulta em desmotivação e possíveis enfermidades.

Nesse caso, aquele que costumava ser um local de autorrealização se transforma em fonte de adoecimento, visto que um fator determinante para o prazer no trabalho se torna ausente: o reconhecimento. Este diz respeito ao olhar do outro (chefia, colegas, alunos e seus familiares) sobre o trabalho realizado, o que faz com que o professor reafirme que o seu fazer possui um sentido. O reconhecimento pode ser simbólico, mas também salarial (DEJOURS, 1999). Quando o assunto é profissão docente, percebe-se a dificuldade que há em obter reconhecimento tanto em questões simbólicas quanto financeiras. E no caso específico abordado neste capítulo também percebemos uma falta de reconhecimento relativo ao tempo despendido para a execução das tarefas que compõem o trabalho docente, em que os profissionais realizam atividades extrajornada e não são remunerados por isso. Segundo um dos docentes universitários, participantes da pesquisa de Perez (2012, p. 161),

O trabalho invisível não é um trabalho remunerado, pois aos olhos da gestão ele não existe. O trabalho docente, especialmente no caso dos professores contratados como horistas, é pago pelas horas trabalhadas em sala de aula, ou ocupadas com orientações e supervisões. A exigência para dedicação ao trabalho no campo acadêmico é algo que vai além do que está previsto.

Com base nas vivências dos professores da Educação Básica bem como do Ensino Superior, é possível dizer que a inexistência da visibilidade do trabalho real docente faz com que seja cotidiana a sobrecarga de trabalho, a qual, para ser suprida, exige sacrifício dos momentos em família, convívio social, tempo de descanso e até mesmo dos cuidados da saúde, que acabam sendo, não raramente, negligenciados por “falta de tempo”.

É que quase não tem esferas né? Veja, só tá reduzida a trabalho e família. Então, a minha primeira incursão ao mundo social foi então a academia, então... mas assim, não tenho amizade, também vou lá e converso com todo mundo, mas não... [...] mas não tem outras esferas realmente... (PEREZ, 2012, p. 169).

[...] não, não posso fazer academia, nada assim, lá eu não faço nada, nada, nada, não tenho tempo de lazer porque eu acordo vou trabalhar, e volto pra jantar e pra dormir, e acordo de novo pra trabalhar, é só isso que eu faço, [...] aí tipo assim, antes, eu me lembro de antes de ter essa intensidade de trabalho tão forte, que eu ia muito a cinema, eu adorava ir a cinema [...] então isso eu gostava de fazer, jantar fora, sair pra ir em bar, alguma coisa, essas coisas de lazer eu fazia muito sabe, ia pra uma casa pra fora assim, [...] nunca mais fiz isso assim sabe, faz alguns anos já que eu não consigo mais fazer isso, não é uma coisa de agora, não é por causa da coordenação, antes da coordenação, eu já vinha num movimento de tá assoberbado de trabalho [...] (PEREZ, 2012, p. 169).

O trabalho tomou o lugar das outras esferas da minha vida... [...] então perdi o contato com a minha vida social assim, porque em geral a vida social das pessoas acontecem na noite e até eu tinha manhãs livres, que eu ficava trabalhando, preparando a aula e tal, mas eu não via mais as pessoas, eu não via os meus amigos... (PEREZ, 2012, p. 169).

Os relatos apresentados demonstram o quanto a vida acaba por se reduzir à esfera do trabalho, sendo que as demais atividades ficam à mercê dos compromissos dentro e fora do espaço de trabalho. Família, amigos, atividade física e cuidados com a saúde precisam ser adaptados a esta rotina desgastante que, inevitavelmente, produz impactos na saúde física e mental.

Saúde física completamente ruim, até eu tava o ano passado eu disse “Ok, vou começar a me cuidar”, vou começar a ter um cuidado maior, tava tentando manter isso, até que apareceu [...] um curso de EaD [...] que foi um caos, que foi uma complicação [...] teoricamente eu tinha melhorado meu condicionamento físico e com aquilo foi só ladeira abaixo [...] Na saúde mental, em termos de saúde mental essa coisa assim de frustração, isso leva a uma desmotivação, num primeiro passo a uma desmotivação, num segundo passo a um conformismo e talvez num estágio mais avançado a uma depressão [...].

Estressada. Eu acho que eu sou estressada, eu sou ansiosa, eu sou nervosa com os tempos, com os ritmos, que eu perco tempo [...] mas daí tu põe em risco a minha segurança no trânsito, a minha saúde mental, porque daí eu já fico estressada, nervosa, ansiosa, e aí é claro que eu não chego no horário [...] Então acho que isso compromete por tabela o sono, a qualidade de vida de lazer porque daí demora a baixar, demora a aproveitar as coisas boas, tu tem que tentar te desligar um pouco, e aí é complicado...

O cotidiano de trabalho docente produz sofrimento que pode ser expressado no corpo e na condição psíquica dos entrevistados. Doenças psicossomáticas, alterações de peso e no sono, sintomas ansiogênicos e depressivos e sinais de esgotamento são comuns nos relatos emitidos pelos professores (PEREZ, 2012).

Ser mal-remunerado, ter uma jornada de trabalho extensa, onde não há tempo disponível para preparação e correções de atividades, e também não há tempo reservado para se dedicar a uma qualificação ou até mesmo cursos de atualizações, somadas as escassas oportunidades para a troca coletiva, são fatores que comprometem a qualidade do ensino e, principalmente, a saúde dos docentes (PEREZ, 2012, p. 232).

Neste sentido, observa-se que o trabalho, tendo uma dimensão simbólica na construção do psiquismo, é um importante fator na manutenção da saúde mental dos trabalhadores. Quando ocorre de modo intenso, não respeitando os limites humanos e sem o devido reconhecimento, os docentes podem sofrer os impactos dessa lógica produtiva, desenvolvendo, por vezes, adoecimentos.

Como tornar visível o invisível: sobrecarga no trabalho docente

A temática aqui abordada, referente às atividades extrajornada de professores, exaltou a problemática da intensificação do trabalho, revelando o modo como a aceleração da produção no sistema capitalista influencia as redes de Educação Básica e Ensino Superior, interferindo no trabalho docente. Nota-se que muitos professores se deparam com o excesso de atividades a serem realizadas, tendo pouco tempo para finalizá-las dentro de sua jornada de trabalho, resultando em trabalho extrajornada.

Desse modo, é necessária uma dedicação quase que exclusiva ao trabalho, seja para terminar as tarefas pendentes de seu ofício, seja para participar de capacitações e qualificações. A intensificação que permeia o trabalho docente acaba por desgastar a saúde dos profissionais, que ou dão tudo de si para cumprir com o esperado, sem conseguir conciliar o trabalho com sua vida privada, ou investem pouco no trabalho por estarem desanimados, sofrendo as consequências de não dar o seu melhor.

Fica claro que independentemente de se tratar de professores da Educação Básica ou do Ensino Superior, de instituições públicas ou privadas, as similaridades são bastante significativas em relação às demandas e exigências do trabalho docente. Este exige excelência, qualificação e grande dedicação, permeadas por intensificação das tarefas, resultando em atividades extrajornada. Ademais, é comum que os próprios professores sejam responsabilizados quando algo não dá certo. Ou, ainda, se não dão conta de realizar todas as atividades é porque não se esforçaram o suficiente. Tais

pressuposições derivam da aceleração da produção no sistema capitalista, em que o trabalho assume um lugar estimado na vida dos trabalhadores.

Evidencia-se, com a articulação entre as duas pesquisas discutidas neste capítulo, a necessidade de dar seguimento aos estudos sobre a temática, já que é essencial dar visibilidade a um fenômeno que se torna perceptível somente àqueles que convivem cotidianamente com essa categoria profissional. Também é importante enfatizar a necessidade de produzir reflexões acerca do fazer do professor buscando romper com a lógica competitiva e individualista que busca a produtividade a qualquer custo. Isso pode ser possível com o fortalecimento dos coletivos, sendo realizado a partir da construção de espaços de troca e reconhecimento do real vivido nos espaços de trabalho docente, voltados ao ensino básico ou superior. Assim será possível questionar o sistema de trabalho vigente, buscando novas formas de produção laboral, subjetiva e de saúde no campo da educação.

Referências

ALBORNOZ, S. *O que é trabalho?* São Paulo: Brasiliense, 1994.

APPLE, M. W. *Maestros y textos: una economía política de las relaciones de clase y de sexo en educación*. Barcelona: Paidós, 1989.

BREUNIG, Y.; PEREZ, K. V. *“A grande questão para ser professor é saber criar mecanismos para não adoecer”*: prazer e sofrimento no trabalho e as estratégias elaboradas por docentes de escolas estaduais. 2017. 96 f. Monografia (Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2017.

BRITO, J. et al. *Relatório de atividades do Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

DAL ROSSO, S. *Mais trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea*. São Paulo: Boitempo, 2008.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GARCIA, M. M. A.; ANADON, S. B. Reforma educacional, intensificação e autointensificação do trabalho docente. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 30, n. 106, p. 63-86, jan./abr. 2009.

GORZ, A. (org.). *Crítica da divisão do trabalho*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

GUEDES, M. da S. E. P. *Os sentidos do trabalho docente: atividade, status e experiência de professores do ensino médio em uma escola pública do estado do Rio de Janeiro*. 2014. 222 f. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

GUZZO, R. S. L.; MEZZALIRA, A. S. C.; MOREIRA, A. P. G. Desafios, ameaças e compromissos para os psicólogos: as políticas públicas no campo educativo. In: OLIVEIRA, I. F.; YAMAMOTO, O. H. (org.). *Psicologia e políticas sociais: temas em debate*. Belém: UFPA, 2014. P. 215-232.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do Trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, set./dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So10365132004000300009. Acesso em: fev. 2019.

LEDA, D. B. Trabalho docente no ensino superior sob o contexto das relações sociais capitalistas. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 29., 2006, Caxambu. *Anais [...]*. Caxambu, 2006. Disponível em: <http://www.anped.org.br/biblioteca/item/trabalho-docente-no-ensino-superior-sob-o-contexto-das-relacoes-sociais-capitalistas>. Acesso em: mar. 2019.

MANCEBO, D.; GOULART, S. M. S.; DIAS, V. C. Trabalho docente na UERJ (1995-2008): intensificação, precarização e efeitos de subjetivação. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DA REDE DE PESQUISADORES SOBRE ASSOCIATIVISMO E SINDICALISMO DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO, 2010, Rio de Janeiro. *Anais [...]*. Associação e Sindicatos de Trabalhadores em Educação. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2010, p. 1-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000181&pid=So102-4698201200030000400009&lng=pt. Acesso em: mar. 2019.

MANCEBO, D. Trabalho docente: subjetividade, sobreimplicação e prazer. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 74-80, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-79722007000100010. Acesso em: mar. 2019.

MANCEBO, D. Uma análise da produção escrita sobre o trabalho docente em tempos de globalização. In: MANCEBO, D.; FÁVERO, M. L. de A. (org.). *Universidade: políticas, avaliação e trabalho docente*. São Paulo: Cortez, 2004. P. 235-250.

MANCEBO, D. Trabalho docente na educação superior: problematizando a luta. In: DAL ROSSO, Sadi (org.). *Associativismo e sindicalismo em educação: organização e lutas*. Brasília, DF: Paralelo 15, 2011. p. 69-88.

MARX, K.; ENGELS, F. *A Ideologia alemã: teses sobre Feuerbach*. São Paulo: Moraes, 1994.

NEVES, M. Y. et al. Relações sociais de gênero e divisão sexual do trabalho: uma convocação teórico-analítica para estudos sobre a saúde das trabalhadoras da educação. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

OLIVEIRA, D. A.. A reestruturação do trabalho docente: precarização e flexibilização. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 25, n. 89, p. 1127-1144, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v25n89/22614>. Acesso em: fev. 2019.

OLIVEIRA, D. A. Regulação educativa na América Latina: repercussões sobre a identidade dos trabalhadores docentes. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 44, p. 209-228, dez. 2006.

OLIVEIRA, L. J.; PIRES, A. P. V. Da precarização do trabalho docente no Brasil e o processo de reestruturação produtiva. *Revista do Direito Público*, Londrina, v. 9, n. 1, p. 73-100, jan./abr. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/view/17128>. Acesso em: fev. 2019.

PEREZ, K. V. *“Se eu tirar o trabalho, sobra um cantinho que a gente foi deixando ali”*: clínica da Psicodinâmica do Trabalho na atividade de docentes no ensino superior privado. 2012. 251 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

PEREZ, K. V. Jornada de trabalho real e invisível: uma análise sobre o cotidiano de docentes em instituições de ensino superior privadas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 4., 2016, Porto Alegre. *Anais [...]*. Porto Alegre, 2016. Disponível em: <https://anaiscbeo.emnuvens.com.br/cbeo/article/view/99>. Acesso em: mar. 2019.

SILVA JR., J. R.; SGUISSARDI, V.; SILVA, E. P. Trabalho intensificado na universidade pública brasileira. *Universidade e Sociedade*, Brasília, DF, v. 19, n. 45, p. 9-25, jan. 2010.

Sindicato dos Professores do Ensino Privado do Rio Grande do Sul – SINPRO/RS. *Pais e estudantes recebem informações sobre o Domingo de Greve*. 2011. Disponível em: <https://www.sinprors.org.br/comunicacao/noticias/pais-e-estudantes-recebem-informacoes-sobre-o-domingo-de-greve/>. Acesso em: mar. 2019.

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DOCENTES DAS ESCOLAS PÚBLICAS DO VALE DO RIO PARDO (RS)

MOACIR FERNANDO VIEGAS

Introdução

Neste capítulo apresentamos parte de resultados quantitativos de pesquisa em que tivemos como objetivo principal descrever as características gerais das condições de trabalho dos docentes da região do Vale do Rio Pardo (RS), compreendendo aspectos socioeconômicos, condições de trabalho e saúde.

Atualmente se dispõe de uma quantidade significativa de informações quantitativas on-line sobre os trabalhadores da educação, por meio do Ministério da Educação (MEC), Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e plataformas como o QEdu. No entanto, os principais dados restringem-se aos professores do 4º e 9º anos do Ensino Fundamental, dado que são originários da aplicação da Prova Brasil, que tem como população os docentes que lecionam nesses anos escolares.

O estudo se justifica especialmente pelas possíveis contribuições à formulação de políticas públicas na área da educação e vem unir-se a outras pesquisas de mesmo tipo realizadas no país, como as realizadas pelo Grupo de Estudos Sobre Política Educacional e Trabalho Docente (2010, 2015), as

quais são pouco numerosas. Não encontramos estudos semelhantes, que abranjam uma determinada região, no Estado do Rio Grande do Sul.

A teoria que serve de apoio à pesquisa é resultado de anos de estudos sobre as práticas educativas dos trabalhadores nas empresas de vários setores de produção. Nossa base principal é a sociologia do trabalho e o materialismo histórico e dialético. Constituem também importantes apoios teóricos a ergologia, a psicologia do trabalho e aportes sobre gênero e cuidado.

No que respeita especificamente à saúde dos docentes, nosso principal apoio é a psicologia do trabalho de Dejours (2004, 2008) e de Blanch (2011, 2014). Tais estudos dialogam com a sociologia do trabalho, contribuindo para a análise dos efeitos deletérios das transformações nos paradigmas produtivos capitalistas na manutenção da saúde e da força de trabalho dos professores em função de fenômenos como a divisão do trabalho, a flexibilização, a intensificação do trabalho e a precarização. Merece destaque a psicodinâmica do trabalho dejouriana, a qual tem apoiado inúmeras dissertações e teses que estudam o trabalho docente na última década.

Metodologia

O estudo é do tipo quantitativo e compreende os municípios da 6ª Coordenadoria Regional de Educação (6ª CRE), que possuem uma população total de 435.550 habitantes (FEE, 2016). Aqui nos deteremos em parte dos resultados quantitativos. A amostra total envolveu 204 sujeitos que atuam nas escolas públicas municipais e estaduais e levou em consideração as variáveis sexo, nível de ensino (Educação Infantil e ensinos Fundamental e Médio), atuação em escola estadual e municipal, trabalho no centro e periferia e turno de trabalho.

A população do presente estudo compreende todos os professores da Educação Infantil, do Ensino Fundamental e do Ensino Médio das escolas estaduais e municipais da região, que envolve os municípios de Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires, Vera Cruz, Rio Pardo, Sobradinho,

Passa Sete, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Boqueirão do Leão, Vale Verde, Candelária, Encruzilhada do Sul, Gramado Xavier, Lagoa Bonita do Sul, Mato Leitão, Sinimbu, Vale do Sol e Herveiras.

O instrumento foi organizado em três eixos. O primeiro trata do perfil socioeconômico dos sujeitos, em que, entre outras questões, perguntamos sobre escolaridade, renda e participação da renda na família e raça. O segundo aborda o trabalho e as condições de trabalho. Nele questionamos sobre carga horária de trabalho, realização de atividades escolares fora do trabalho, número de escolas em que atua, tempo que trabalha com ensino, além das oportunidades para o trabalho em equipe e formação continuada. Ainda nesse eixo pedimos que as docentes avaliassem, numa escala de 0 a 10, questões como estrutura física da escola, compatibilidade entre tempo de trabalho e vida familiar, companheirismo e reconhecimento do trabalho.

O terceiro eixo aborda os aspectos psicossociais.¹ Primeiramente apresentamos questões sobre motivação no trabalho, capacidade de gestão da carga de trabalho, qualidade das condições de trabalho, cordialidade, confiança no futuro profissional e participação nas atividades de gestão. As docentes deveriam assinalar, numa escala de 1 a 7, em que medida esses aspectos estão aumentando ou diminuindo nos últimos anos. Esse eixo incorpora também questões relacionadas à saúde, especialmente emocional, que serão abordadas aqui apenas parcialmente. Nele incluímos também uma questão aberta sobre o uso de medicação para problemas de saúde relacionados ao trabalho, além da frequência com que trabalham doentes.

O levantamento de informações foi realizado no período de outubro a dezembro de 2017, por meio da visita e contato direto com os docentes de 60 escolas públicas desses municípios. Percorremos os municípios da 6ª CRE, aplicando um total de 204 questionários.

¹ Nesse eixo aproveitamos aspectos do QPW-5, instrumento básico de coleta de informações do projeto WONPUM (Working under the New Public Management), desenvolvido em países da Europa, América Latina e Central, especialmente em instituições hospitalares e de ensino. O estudo é coordenado por Josep M. Blanch, da Universidade Autônoma de Barcelona.

A aplicação por meio do contato direto com os sujeitos propiciou que tivéssemos breves mas importantes contatos com o ambiente escolar, onde pudemos conversar com profissionais da gestão e, especialmente, ouvir os docentes sobre sua experiência no trabalho.

Para a sistematização, os dados foram organizados por meio do software SPSS, quanto trabalhamos em colaboração com os funcionários do Núcleo de Pesquisa Social (NUPES) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Todos os sujeitos concordaram em participar da pesquisa, formalizando-o por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trabalho docente e lógica mercantil da produção econômica

Atualmente ainda predomina uma concepção estruturalista e mecânica da relação entre o “mundo do trabalho” e o “mundo do trabalho escolar”, sendo a realidade social escolar e tudo o que nela acontece considerados bastante dependentes do primeiro. As transformações sociais ocorreriam inicialmente no “mundo do trabalho” e depois se refletiriam na escola. Para essa concepção muito contribuíram as ideais crítico-reprodutivistas, especialmente de Althusser (1985).

As teorias posteriores, apesar da crítica ao reducionismo e ao determinismo das concepções crítico-reprodutivistas, como as de Apple (1982), seguiram o mesmo caminho da ideia de escola como um espaço heterodeterminado. E as teorias pós-estruturalistas, apesar de sua contribuição a questões como identidade, gênero, raça, poder etc., dão pouca atenção às dimensões relativas à exploração do trabalho docente.

Em 1990, Nunes (1990) defendeu, pela primeira vez no país, a tese do trabalho docente como produtor de valor em sua dissertação de mestrado. Desde então, outros autores têm seguido essa concepção, como os traba-

lhos de Lúcia Bruno (1996) e João Bernardo (1991). No entanto, essa matriz teórica infelizmente é ainda pouco explorada na produção intelectual.²

Face às transformações pelas quais vêm passando a economia capitalista nas últimas décadas, à redução dos proletários industriais e ao crescimento do setor de serviços, algumas abordagens sobre classes sociais têm feito aproximações com a ideia da produção do valor em outras atividades que não apenas a industrial. Antunes (2010, 2014) tem dado destaque à ampliação das formas de produção de valor. Afirma ele que ao contrário “do fim ou redução de relevância da teoria do valor trabalho, há uma qualitativa alteração e ampliação das formas e mecanismos de extração do trabalho” (ANTUNES, 2010, p. 16). Nessas discussões, em que reivindica a estreita articulação entre trabalho material e trabalho imaterial (destacando, neste último, a produção de serviços), o autor dá ênfase às novas formas de apropriação dos conhecimentos dos trabalhadores.

Como é possível perceber, há muitas questões originadas dessa discussão e aqui citamos apenas algumas. O que desejamos sublinhar é que compartilhamos da tese da produtividade econômica da escola e é desse ponto de vista que discutimos o trabalho docente. Entendemos que essa concepção permite tornar visível ou pelo menos enxergar melhor uma série de questões cruciais do trabalho dos professores, como a exploração, a alienação e a produção e assimilação de práticas sociais e conhecimentos.

A luta pelo reconhecimento

Um dos aspectos mais importantes para a qualidade de vida dos trabalhadores é o reconhecimento do trabalho que realizam. Não é difícil supor que, com o crescimento da individualização, da competição e da precarização das condições de trabalho, as condições para o reconhecimento sofrem enormes prejuízos.

² Os artigos de Hypolito (1991) e Tumolo e Fontana (2008) são ilustrativos da discussão travada sobre o assunto.

O trabalho docente tem invisibilizados e desvalorizados os complexos conhecimentos e saberes que os professores utilizam e constroem cotidianamente, resultado das condições frequentemente adversas e precárias de realização de seu trabalho. Questões não apenas de classe mas também de gênero e as características do trabalho de cuidado contribuem, a nosso ver, de maneira fundamental para essa desvalorização e a consequente ausência de reconhecimento.

O problema do reconhecimento, claro, não é exclusivo do trabalho docente, mesmo porque características específicas do trabalho do professor são gerais a um conjunto de atividades, como as da Saúde e de outras áreas. Para Soares (2012, p. 46), a qualidade de trabalhos desse gênero, dadas suas características e sua origem na família, está associada à “invisibilidade” e a um padrão de reconhecimento que define o trabalho bem-feito como o que se aproxima “do cuidado que seria dedicado por quem o faz a um membro de sua própria família”.

Vieira e Chinelli (2013) afirmam que os trabalhadores costumam esforçar-se para fazer bem o trabalho. A ausência de reconhecimento desse esforço resulta em sofrimento, “devido à desestabilização do referencial em que se apoia a subjetividade” (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1597). O reconhecimento é, assim, uma das principais demandas dos trabalhadores, sendo fundamental “na dinâmica da mobilização subjetiva no trabalho e na constituição das formas de identidade, dele dependendo o sentido do sofrimento” (VIEIRA; CHINELLI, 2013, p. 1597).

Um dos principais autores que têm abordado a questão é Dejours, que afirma que as formas de valorização do trabalho vão além da valorização econômica. Para ele, o sofrimento é parte integrante do trabalho humano, mas o ganho obtido no trabalho pode transformá-lo em prazer em função da construção da identidade e da realização de si, por meio da dinâmica do reconhecimento: “sem o reconhecimento, não pode haver sentido, nem prazer [...], só há sofrimento patológico e estratégias defensivas. Sem reconhecimento, haverá inevitavelmente desmobilização” (DEJOURS, 2008, p. 262). Nesse sentido, o testemunho da experiência e

a “visibilização das descobertas” da inteligência e do saber-fazer do trabalhador seriam uma forma de sua inteligência e seu saber-fazer serem reconhecidos (DEJOURS, 2013).

Resultados

A partir dos três eixos do questionário apresentados na seção 1, daremos destaque aqui a quatro dimensões sobre as condições de trabalho e saúde dos docentes. Iniciamos pelos aspectos socioeconômicos, em que tratamos as questões de gênero, idade, tempo que trabalha com ensino, formação e renda. Posteriormente tratamos das condições de trabalho, em que entram aspectos como extensão da jornada, ambiente físico, compatibilidade entre trabalho e vida privada e familiar e companheirismo. Depois enfocamos a questão do reconhecimento do trabalho por colegas, gestores, alunos e familiares de alunos para, por fim, comentarmos rapidamente a questão do adoecimento. Os aspectos relacionados à saúde são apresentados de maneira mais introdutória, permeando os resultados e a discussão desses tópicos.

Aspectos socioeconômicos

Os percentuais encontrados entre os docentes do Vale do Rio Pardo quanto à composição sexual da força de trabalho correspondem aproximadamente às estatísticas nacionais (HIRATA; OLIVEIRA; MEREB, 2019). A grande maioria dos docentes que atuam na Educação Básica da região é do sexo feminino (86,7%) e a minoria, do sexo masculino (13,3%). Nas escolas estaduais essa proporção é de 82,1% e 17,9% e nas municipais, 93,7% e 6,3%, respectivamente. Essa diferença na proporção de homens e mulheres entre as escolas estaduais e municipais muito provavelmente tem relação com o maior percentual de mulheres que atuam na Educação Infantil e nos anos iniciais do Ensino Fundamental.

A faixa etária dos professores da região é reveladora de informações importantes. Percebemos a alta concentração de docentes nas faixas etárias mais elevadas e o baixo número de professores jovens, demonstrando o envelhecimento da força de trabalho docente e a baixa entrada de jovens no mundo do magistério. Note-se que na faixa etária que vai até 34 anos temos apenas 21,2% dos docentes. Não há diferenças significativas entre as escolas estaduais e municipais com relação a essa questão. Segundo o Censo Escolar 2017 (MEC/INEP, 2018), 52,2% dos docentes que atuam na Educação Básica possuem mais de 40 anos de idade.

Tabela 1 – Idade (em anos)

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulativa
22 a 34	43	21,2	21,2
35 a 44	80	39	60,2
45 a 54	63	30,8	91
Mais de 54	18	9	100
Total	204	100	100

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Outro dado revelador do envelhecimento da força de trabalho docente é o tempo em que trabalham com ensino, como vemos na Tabela 2. Apenas 11,8% dos professores da região ingressaram na carreira do magistério há menos de cinco anos.

Tabela 2 – Tempo que trabalha com ensino

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Menos de 1 ano	1	0,5	0,5
Mais de 1 a 2 anos	2	1,0	1,5
Mais de 2 a 3 anos	6	2,4	4,4
Mais de 3 a 5 anos	15	7,4	11,8
Mais de 5 a 10 anos	47	23,0	34,8
Mais de 10 a 20 anos	72	35,3	70,1
Mais de 20 anos	61	29,9	100,0
Total	204	100,0	

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Quanto à formação dos professores, 53,9% deles possui pós-graduação (especialização ou mestrado). Esse percentual atinge 57,1% entre aqueles que estão na faixa etária dos 45 a 54 anos. A escolaridade das mulheres é significativamente superior à dos homens. Entre elas, 56,8% possui pós-graduação, percentual que é de 33,3% entre os homens.

Tabela 3 – Escolaridade

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Ensino Médio completo	20	9,8	9,8
Ensino Superior completo	74	36,3	46,1
Especialização	102	50,0	96,1
Mestrado	8	3,9	100,0
Total	204	100,0	100,0

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Outros dados da pesquisa expressam que os professores buscam uma qualificação superior ao curso de graduação. No momento do levantamento, 23% dos docentes que estavam estudando encontravam-se cursando alguma forma de pós-graduação. E, entre os que não estavam estudando, 64,5% tinham planos de retomar os estudos. Entre esses, 38,5% tinham como objetivo realizar um curso de especialização e 34,4% tinham planos de realizar mestrado ou doutorado.

Como era de se esperar, o percentual dos que estavam estudando na época do levantamento foi maior na faixa etária dos mais jovens, ou seja, entre 22 e 34 anos (58,1%) e mais baixo na faixa dos 55 aos 65 anos (11%).

Estar estudando parece ser um fator de motivação no trabalho. Entre os que pontuaram entre 4 e 7 (escala de 1 a 7) em motivação para o trabalho, o percentual dos que estão estudando é de 37,1%, caindo para 23,1% entre os que não estão estudando. Por outro lado, pode ser também um fator de maior desgaste emocional. Isolando esta última variável e cruzando com os que estão estudando, temos, entre os que pontuaram entre 4 e 6 nela (escala de 0 a 6), que 80,5% deles cursa especialização ou mestrado ou doutorado.

Um dado muito interessante é que 78% dos que possuem renda entre um e dois salários e estão estudando cursam pós-graduação em nível de especialização ou mestrado ou doutorado. Também é entre os mais jovens (22 a 35 anos) o maior percentual dos que pretendem cursar mestrado ou doutorado (53,8%). O percentual dos que estão estudando é significativamente superior nas escolas municipais (42,5%) em relação ao das escolas estaduais (28,2%).

No que se refere às diferenças entre as redes de ensino, nas escolas municipais encontramos um maior percentual de professores que possuem apenas o Ensino Médio completo (15%) do que nas estaduais (6,5%), diferença que tem origem, provavelmente, na menor exigência de formação profissional para o trabalho na Educação Infantil, a qual é de responsabilidade dos municípios. Confirmamos isso em outro cruzamento dos dados, em que verificamos que 23,5% dos que atuam na Educação Infantil possuem apenas o Ensino Médio.

A renda salarial dos docentes que atuam nas escolas municipais é um pouco superior à renda dos que trabalham nas estaduais. Podemos demonstrar isso com o fato de que, nas primeiras, 52% recebem mais de três salários mínimos, enquanto nas segundas esse percentual é de 32,2%. O mais alto percentual dos que ganham entre um e dois salários é o dos que trabalham na Educação Infantil: 31,3% desses trabalhadores ganham até R\$ 1.996,00³.

Tabela 4 – Renda, em salários mínimos, com o trabalho em ensino

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Mais de 01 até 02	33	16,4	16,4
Mais de 02 até 03	88	43,8	60,2
Mais de 03 até 05	72	35,8	96,0

³ “Com base no salário mínimo de 2019, no valor de R\$ 954,00.

Mais de 05 até 10	8	4,0	100,0
Total	201	100,0	100,0
Não respondeu	3		
	204		

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Questionamos os docentes também sobre se possuíam outras rendas e qual sua origem. O que se destaca aqui é que 22,5% dos que possuem outras rendas as obtêm em outras atividades na educação, tais como aulas particulares, correções de TCCs, atuação em escola particular e em escolas de línguas etc. Os demais (77,5%) obtêm sua renda extra por meio de aposentadorias, trabalho na agricultura, como autônomos, aluguel de imóveis, atividades em outras profissões, além de trabalhos manuais e outros.

Ainda entre os que possuem outras rendas, o percentual entre os homens é bastante superior (42,3%) ao das mulheres (20,3%), o que provavelmente está relacionado ao fato de que, diferentemente das mulheres, os homens, em sua maioria, não têm a dupla jornada de trabalho, que inclui o trabalho doméstico, o que permite a eles mais tempo para dedicar-se a outras atividades.

Chama a atenção que, mesmo recebendo baixa remuneração, um percentual significativo de professores contribui com mais da metade da renda familiar, como podemos ver na tabela a seguir.

Tabela 5 – Percentual da renda do(a) docente na renda total da família

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Menos de 30%	15	7,7	7,7
Mais de 30% a 50%	84	42,8	50,5
Mais de 50% a 80%	42	21,4	71,9
Mais de 80%	9	4,6	76,5
100%	46	23,5	100,0
Total	196	100,0	100,0
Não respondeu	8		
Total	204		

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Chama a atenção também que a renda de 28,1% dos docentes representa quase 100% da renda familiar e que 49,5% deles são os principais provedores de renda em suas famílias (55% entre aqueles que trabalham 40h semanais). Mesmo entre os que recebem até dois salários mínimos, é alto o percentual (45,2%) dos que contribuem com mais da metade da renda familiar. Entre os mais velhos (55 a 65 anos), em nosso estudo, o percentual daqueles que contribuem com 100% da renda familiar é de 33,3%.

Isolando a variável “estado civil”, percebemos que um percentual bastante significativo dos que contribuem com 100% da renda familiar pode ser de professores que vivem sozinhos, visto que 80% desses profissionais são solteiros, divorciados, separados ou viúvos.

Entre os que contribuem com menos de 30%, há um percentual significativo (53,3%) que possui carga horária de 20h ou 30h. Já entre os que contribuem com mais de 80% a 100%, é alto o percentual (80%) dos que possuem carga horária de 40 ou mais horas. Ao enfocarmos apenas os que dizem trabalhar muitas vezes, frequentemente ou sempre estando doentes, verificamos que, entre eles, 55,6% são os principais provedores em suas famílias, percentual que é de 43,1% entre os que nunca ou raramente trabalham estando doentes.

Apesar de o percentual de homens que têm outras rendas ser maior do que o de mulheres que possuem outras rendas (42,3% frente a 20,3%), um percentual maior de mulheres (25%) do que de homens (14,8%) contribui com 100% da renda familiar.

Condições de trabalho

A carga horária de trabalho é outro fator que expressa a intensidade do trabalho e é exemplo também da precariedade da atividade docente, na medida em que a grande maioria (83,3%) trabalha 40h ou mais por semana, muitas vezes em mais de uma escola (43,7%) e/ou redes de ensino diferentes. Observa-se igualmente que um significativo percentual de professores (11,3%) trabalha mais de 40 horas semanais.

Quanto aos turnos de trabalho, o percentual dos que trabalham em todos os turnos é maior entre os professores jovens (faixa dos 22 aos 34 anos), ou seja, 25,6%, do que o percentual dos que trabalham em todos os turnos nas demais faixas etárias. E considerando apenas os que trabalham nas escolas estaduais, esse percentual é de 29%. Por fim, o percentual de mulheres que trabalham em mais de uma escola (46,3%) é superior ao de homens que trabalham em mais de uma escola (29,6%).

Na tabela a seguir temos a carga horária semanal de trabalho dos docentes.

Tabela 6 – Carga horária total de trabalho

Carga Horária	Porcentagem válida
20h	7,9
30h	7,4
40h	69,0
Mais de 40 até 50h	3,0
Mais de 50h	11,3
Não respondeu	1,4
Total	100

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Como sabemos, os trabalhadores escolares prolongam sua jornada para além dos locais de trabalho, o que se soma ainda ao trabalho doméstico realizado pela maioria de mulheres que ocupa a profissão, resultando num alto grau de exploração. Como podemos ver na Tabela 7, 44,2% dos docentes da região trabalham de 5 a 10 horas semanais em casa, em atividades que envolvem planejamento, correção de trabalhos e outras, e 33% do total despende mais de dez horas semanais do tempo com suas famílias em atividades profissionais, percentual que atinge 37,3% nas escolas estaduais. Especificamente entre os que trabalham 40 ou mais horas semanalmente, 13,3% gastam mais de 16 horas semanais com atividades escolares em suas casas.

O percentual mais alto daqueles que despendem até cinco horas semanais é encontrado entre os professores de maior idade (55 a 65 anos), categoria em que atinge 47,1%. Destacamos ainda que, analisando apenas aqueles que possuem renda entre três e cinco salários mínimos,

chega a 75% o percentual dos que gastam mais de 10 horas semanais em atividades escolares fora do horário de trabalho.

Tabela 7 – Horas semanais despendidas na realização de atividades escolares fora do horário de trabalho

Horas	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Até 5h	45	22,2	22,2
De 5h a 10h	90	44,2	66,4
De 11 a 15h	45	22,2	88,7
De 16h a 20h	18	8,9	97,5
Mais de 20h	5	2,5	100,0
Total	203	100,0	
Não respondeu	1		

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

No próximo bloco de questões são analisados quatro aspectos relacionados às condições de trabalho: a) ambiente físico, instalações e equipamentos da escola; b) tempo de trabalho (horários, ritmos, descanso etc.); c) compatibilidade entre trabalho e vida privada e familiar; d) companheirismo. Iniciamos com a tabela sobre ambiente físico, instalações e equipamentos da escola:

Tabela 8 – Ambiente físico, instalações e equipamentos (escala de 0 a 10)

Pontuação	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
0 a 4,0	14	6,9	6,9
5,0 a 7,0	73	35,7	42,6
8,0 a 10,0	117	57,4	100,0
Total	204	100,0	100,0

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Surpreendeu-nos a avaliação positiva feita pelos professores nesse item. No dia a dia, frequentemente ouvimos comentários sobre as más condições físicas em que se encontram as escolas públicas, com carência de materiais, de manutenção e outros problemas. Por isso achamos positivo que 57,4% dos docentes tenham avaliado entre 8 e 10 (escala de 0 a 10), essas condições. Além disso, 35,8% pontuou entre 5 e 7 e apenas 7% pontuou entre 0 e 4 na escala.

Esses dados expressam a percepção que tivemos ao visitar as 60 escolas que compuseram a amostra. Encontramos muitas escolas em condições precárias, mas são, sem dúvida, em número bem menor do que as que nos pareceram em boas condições. A média na pontuação desse item foi de 7,39, sendo um pouco superior nas escolas estaduais (7,51) à das escolas municipais (7,21).

Quanto ao tempo de trabalho (horários, ritmos e descanso), o maior percentual está entre os professores que avaliaram entre 8 e 10 (59,8%). Quando consideramos as médias em vez dos percentuais e cruzamos com

as faixas etárias, um dado que se destaca é o dos que possuem entre 22 e 34 anos, com média de apenas 7. Nesse grupo situa-se também, como já mencionamos, o maior percentual daqueles que trabalham em todos os turnos.

Tabela 9 – Tempo de trabalho: horários, ritmos, descanso (escala de 0 a 10)

Pontuação	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
0 a 4,0	12	6,0	5,9
5,0 a 7,0	70	34,2	40,2
8,0 a 10,0	122	59,8	100,0
Total	204	100,0	100,0

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Avaliando a compatibilidade entre trabalho e vida privada e familiar, 52,2% pontuaram entre 8 e 10. Ainda nesse item, 46,8% pontuaram entre 0 e 7.

Tabela 10 – Compatibilidade entre trabalho e vida privada e familiar (escala de 0 a 10)

Pontuação	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
0 a 4,0	14	6,9	6,9
5,0 a 7,0	83	40,8	47,7
8,0 a 10,0	106	52,3	100,0
Omisso	1		
Total	204	100,0	100,0

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Já no que se refere ao companheirismo, é bastante positivo que 67, % tenham pontuado entre 8 e 10.

Tabela 11 – Companheirismo (escala de 0 a 10)

Pontuação	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
2,0 a 4,0	15	7,4	7,4
5,0 a 7,0	51	25,0	32,4
8,0 a 10,0	138	67,6	100,0
Total	204	100,0	100,0

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Analisando ainda a compatibilidade entre trabalho e vida privada e o companheirismo, tanto num quanto noutro desses aspectos a média nas escolas municipais é significativamente superior à das escolas estaduais (respectivamente, 7,77 e 7,13; 8,04 e 7,69).

No grupo específico de docentes que afirmam estar utilizando medicação para sintomas relacionados ao trabalho, as médias nesse bloco são todas menores do que as dos que não fazem uso de medicação. A maior diferença é na compatibilidade entre trabalho e vida familiar, sendo de 6,91 nos primeiros e 7,71 entre os demais.

Com relação à variável sexo, as diferenças mais significativas encontram-se em tempo de trabalho (horários, ritmos, descanso etc.) e compatibilidade entre trabalho e vida privada e familiar, em que homens e mulheres têm, respectivamente, médias de 6,85 e 7,44 e de 6,93 e 7,45.

A questão do reconhecimento do trabalho

Uma das principais questões que nos importaram no levantamento dos dados quantitativos foi o reconhecimento do trabalho, que possui im-

portantes efeitos nos aspectos psicossociais e, portanto, na saúde dos docentes. Não é de agora que a profissão de professor tem enfrentado uma crise com relação ao reconhecimento de seu trabalho, seja em termos de valorização salarial, seja em termos da forma como é percebido pela própria comunidade escolar. As relações de trabalho na escola, dadas as condições enfrentadas, encontram-se muitas vezes embrutecidas, sofrendo ainda com muitos casos de violência, física e moral.

Dessa forma, os resultados nos surpreenderam um pouco. O maior percentual de reconhecimento é entre os gestores, onde 66,1% dos professores pontuaram entre 8 e 10 (escala de 0 a 10), seguidos dos alunos (65,7%) e colegas (60,8%), como podemos ver na Tabela 12. Por último, como era esperado, dadas as constantes reclamações dos professores que costumamos ouvir no cotidiano acadêmico, vem o reconhecimento dos familiares dos alunos, onde apenas 48,6% marcaram entre 8 e 10. Talvez esses resultados expressem que, apesar das dificuldades, haja um significativo sentimento de solidariedade entre os trabalhadores da educação.

Tabela 12 – Reconhecimento do trabalho por colegas, gestores, familiares de alunos e alunos (pontuações de 8 a 10)

	Frequência	Porcentagem válida
Colegas	124	60,8
Gestores	135	66,1
Familiares	99	48,6
Alunos	134	65,7

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Achamos interessante apresentar também as tabelas das médias com relação ao reconhecimento, onde podemos destacar alguns pontos por meio dos cruzamentos. Por exemplo, com relação à idade dos docentes, a menor média quanto ao reconhecimento do trabalho pelos colegas é na faixa dos 55 aos 65 anos (6,67), enquanto a maior é na faixa dos 22 aos 34 anos (7,77). E a menor média quanto ao reconhecimento do trabalho pelos familiares dos alunos é entre os que têm renda entre dois e três salários mínimos (6,84), seguidos dos que se situam na faixa etária entre 35 e 44 anos (6,96).

As maiores médias com relação ao reconhecimento do trabalho por familiares dos alunos encontramos nos professores que atuam na Educação Infantil (8,13), onde também verificamos a maior média no reconhecimento do trabalho pelos alunos (8,73).

Tabela 13 – Reconhecimento (médias)

Reconhecimento do trabalho por...	Média
Colegas	7,47
Gestores	7,74
Familiares dos alunos	7,15
Alunos	7,72

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Considerando os dados relativos às redes de ensino, em todos os itens desse bloco as médias das escolas estaduais foram superiores às das escolas municipais. Quando isolamos os docentes que pontuaram mais alto em “problemas na voz” relacionados ao trabalho (4 a 6, numa escala de 0 a 6), verificamos que eles avaliam mais negativamente todos os itens sobre o reconhecimento,

comparativamente aos que assinalam entre 0 e 3. Destaca-se, entre aqueles, a média de 6,89 no reconhecimento do trabalho por familiares dos alunos.

No grupo específico de docentes que afirmam estar utilizando medicação para sintomas relacionados ao trabalho, as médias, assim como ocorre em outros quesitos do questionário, são todas menores do que as dos que não fazem uso de medicação. A maior diferença é no reconhecimento do trabalho pelos gestores, sendo de 7,24 nos primeiros e de 8,11 nos últimos.

As maiores diferenças na avaliação do reconhecimento (quando consideramos as médias) ocorreram entre os que pontuaram entre 1 e 3 e os que pontuaram entre 4 e 7 no aspecto motivação no trabalho. Esse é sem dúvida um aspecto que merece maiores reflexões. Veja-se a tabela que segue.

Tabela 14 – Reconhecimento X motivação no trabalho

Reconhecimento do trabalho por...	1 a 3		4 a 8		Total	
	N válido	Média	N válido	Média	N válido	Média
Colegas	52	6,35	151	7,85	203	7,47
Gestores	51	6,73	151	8,09	202	7,75
Familiares dos alunos	51	6,27	149	7,43	200	7,14
Alunos	52	6,63	149	8,09	201	7,71

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Na variável sexo, as médias entre os homens são menores do que entre as mulheres em todos os itens, à exceção do reconhecimento do trabalho por colegas, onde praticamente não existe diferença.

Trabalhando doentes

Para concluir, destacamos bastante brevemente alguns aspectos relacionados à frequência com que os trabalhadores docentes trabalham estando doentes. Analisando a tabela e os cruzamentos, verificamos que 55,8% dos docentes afirmam que trabalham muitas vezes, frequentemente ou sempre estando doentes, percentual que atinge 58,9% nas escolas municipais. Entre os que trabalham 40h, é de 30,4% o percentual daqueles que trabalham frequentemente ou sempre estando doentes e, com o mesmo critério, é de 31,8% entre os que contribuem com mais de 80% na renda total da família. Quanto à variável sexo, o percentual de mulheres que afirmam trabalhar muitas vezes, frequentemente ou sempre estando doentes (58,6%) é significativamente maior do que entre os homens (40,7%).

Destaca-se ainda a enorme diferença quando isolamos a variável motivação no trabalho. Entre os que pontuaram entre 1 e 3 nessa questão, 26,9% afirmam que sempre trabalham estando doentes, percentual que é de apenas 9,3% entre os que pontuaram entre 4 e 7.

Tabela 15 – Frequência com que trabalha estando doente

	Frequência	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Nunca	22	10,8	10,8
Raramente	66	32,4	43,2
Muitas vezes	60	29,4	72,6

Frequentemente	26	12,7	85,3
Sempre	28	13,7	99,0
Não respondeu	2	1,0	100,0
Total	204	100,0	100,0

Fonte: elaborada pelo autor (2019).

Considerações finais

O que os resultados mostram em geral é que entre a força de trabalho docente que atua nas escolas públicas dos municípios da 6ª CRE há grupos de professores que enfrentam condições de trabalho e de saúde piores do que outros.

Assim, por exemplo, quando consideramos o gênero, vemos que as mulheres, já em condição mais difícil em função da dupla jornada de trabalho, têm menor condição de buscar outras rendas do que os homens, dificultando a manutenção de famílias em que elas são as principais mantenedoras, cujo percentual é bastante superior ao de famílias em que o principal mantenedor é o homem. Elas também levam desvantagem no aspecto que mede a atuação em mais de uma escola, em que o percentual é de aproximadamente 60% maior do que entre os homens. Diferenças importantes também encontramos quanto ao tempo de trabalho (horários, ritmos, descanso etc.) e compatibilidade entre trabalho e vida privada e familiar, em que novamente os homens estão em situação mais favorável. Por fim, um dado bastante importante é que quase 50% mais mulheres do que homens afirmam trabalhar muitas vezes, frequentemente ou sempre estando doentes.

Um aspecto bastante preocupante é que a avaliação negativa em determinado ponto é acompanhada de avaliação negativa também em outros pontos, aumentando a situação de vulnerabilidade de determinados

grupos. Isso fica evidente principalmente quanto aos aspectos relacionados à saúde, que abordamos muito rapidamente neste capítulo. Assim, por exemplo, os docentes que manifestam maior intensidade de problemas na voz são também os que declaram maiores médias nas demais questões relacionadas à saúde, como desgaste emocional, dores nas costas etc. O percentual de professores que avaliaram mais negativamente a motivação para trabalho e afirmam que sempre trabalham estando doentes é o triplo dos que avaliam mais positivamente sua motivação para o trabalho.

Por fim, como já afirmamos, surpreendeu-nos positivamente os dados sobre reconhecimento do trabalho por colegas professores, supervisores, alunos e familiares de alunos, visto que as manifestações que presenciamos no cotidiano são de queixa acentuada de falta de reconhecimento. O cotejamento com outras pesquisas pode indicar se essa é uma realidade específica da população investigada, assim como auxiliar para a compreensão dos fatores que contribuem para esses resultados.

Referências

ALTHUSSER, Louis. *Aparelhos ideológicos de Estado*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, Cátia (org.). *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 11-28.

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho e as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil dos anos 1990. *Sociologia*, Porto, v. XXVII, p. 11-25, 2014. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12436.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2017.

APPLE, Michael. *Ideologia e currículo*. São Paulo: Brasiliense, 1982.

BERNARDO, João. *Economia dos conflitos sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo Escolar 2017.

BLANCH, Josep María Ribas. Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del Psicólogo*, Madrid, v. 35, n. 1, p. 40-47, enero-abril, 2014. Disponível em: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2320.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2016.

BLANCH, Josep María Ribas. Condiciones de trabajo y riesgos psicosociales bajo la nueva gestión. *Focad*, Madrid, 14. ed. Septiembre-October, p. 3-16, 2011. Disponível em https://www.academia.edu/8618328/condiciones_de_trabajo_y_riesgos_psicosociales_bajo_la_nueva_gesti%C3%93n. Acesso em: 16 abr. 2015.

BRUNO, Lúcia (org.). *Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Atlas, 1996.

DEJOURS, CHRISTOPHER; Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*. São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2017.

DEJOURS, Christophe. Sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Corede Vale do Rio Pardo. Disponível em: <https://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/coredes/detalhe/?corede=Vale+do+Rio+Pardo>. Acesso em: 12 jul. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. *Estudos DEPLAN*. Porto Alegre, n. 9/2018. Disponível em: <https://revistas.dee.spgg.rs.gov.br/index.php/estudos-planejamento/article/download/4264/4021>. Acesso em: 25 mar. 2018.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE POLÍTICA EDUCACIONAL E TRABALHO DOCENTE. *Trabalho docente na Educação Básica no Brasil: Fase II*. Belo Horizonte: Faculdade de Educação/UFGM, 2015. Relatório de pesquisa.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE POLÍTICA EDUCACIONAL E TRABALHO DOCENTE. *Pesquisa trabalho docente na educação básica no Brasil: sinopse do survey nacional*. Belo Horizonte: UFGM, 2010.

HIRATA, Guilherme; OLIVEIRA, João Batista Araujo; MEREB, Talita de Moraes. Professores: quem são, onde trabalham, quanto ganham. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 102, p. 179-203, mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362019000100179&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2019.

HYPOLITO, Álvaro Moreira. Processo de trabalho na escola: algumas categorias para análise. *Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, v. 4, p. 3-21, 1991.

NUNES, Marilene de Oliveira. A instituição escolar pública capitalista: campo de práticas sociais distintas e produções ideológicas diferenciadas. 1990. 196 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1990.

SOARES, Ângelo. As emoções do *care*. In: HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (org.). *Cuidado e cuidadoras: as várias facetas do care*. São Paulo: Atlas, 2012. p. 44-59.

TUMOLO, Paulo Sergio; FONTANA, Klalter Bez. Trabalho docente e capitalismo: um estudo crítico da produção acadêmica da década de 1990. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 29, n. 102, p. 159-180, jan./abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v29n102/a0929102.pdf>. Acesso em: 28 set. 2018.

VIEIRA, Monica; CHINELLI, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 ago. 2017.

TRABALHO DOCENTE E SAÚDE: UM ESTUDO COM PROFESSORAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DO SUL DO BRASIL

MARIA DE FÁTIMA DUARTE MARTINS
JARBAS SANTOS VIEIRA

Introdução

Os anos 90 caracterizaram-se como um período em que ocorreram mudanças importantes nas políticas públicas para a educação no Brasil, as quais determinaram um modelo de gestão baseado numa lógica racionalizadora regida pelo modelo neoliberal que submeteu o trabalho do professorado a uma crescente complexificação tecnológica e organizacional. A fase mais forte do neoliberalismo ocorre no início da década de 1990, por meio da implementação de políticas do Consenso de Washington. Por problemas estruturais dos países com grandes dívidas e dificuldades de pagamento, as elites econômicas e políticas optaram por se submeterem a essa teoria. A adoção dessas políticas ocorreu em toda a América Latina, através de sua difusão por meio de condicionantes impostos pelos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e Banco Mundial. (FORNAZIER et al., 2013).

O modelo implantado verticalmente gerou mudanças na vida dos professores, entre elas, o aumento da jornada e da carga de trabalho, redução

da autonomia, diminuição do lazer e do tempo de sociabilidade nas escolas, além de aumentar suas responsabilidades, tarefas burocráticas e problemas de saúde. Para Garcia e Anadon (2009), a implementação dos novos modelos resultou na precarização e flexibilização no trabalho dos docentes brasileiros. De acordo com as autoras, entre os aspectos e as mudanças que apontam para a precarização do trabalho dos professores, podem-se destacar a desqualificação da formação profissional dos docentes, a intensificação do trabalho dos professores em decorrência do alargamento das funções no trabalho escolar e das jornadas de trabalho e os baixos salários, que não recompuseram as perdas significativas que sofreram nos anos da ditadura militar.

É a partir do final dos anos 90 que começam lentamente os primeiros estudos sobre a saúde de professores. Quando comparadas a estudos com trabalhadores de outras ocupações, as pesquisas sobre a saúde de docentes são relativamente escassas (ARAÚJO *et al.*, 2003), e com relação aos professores da Educação Infantil, foco do presente texto, as produções são ainda mais raras (MARTINS *et al.* 2014; VIEIRA *et al.*, 2016). Para o psicólogo espanhol José Esteve (1999), o adoecimento dos professores está quase sempre relacionado com as condições sociais e de trabalho em que a docência é exercida. Para o autor, as atividades que apresentam maior propensão de desajuste entre a realidade objetiva e o mundo subjetivo são aquelas que exigem maior investimento de energia afetiva e estão relacionadas ao cuidado. Nesse grupo encontram-se as professoras da Educação Infantil. Condições inadequadas para a realização do trabalho docente, ausência de reconhecimento e mudanças no trabalho têm caracterizado situações de adoecimento nas escolas. Essas situações produzem impactos negativos sobre a saúde e a vida de professores(as), gerando nível elevado de adoecimento físico e mental. Este estudo descreve a relação entre o processo de trabalho e o adoecimento das docentes de Educação Infantil de 16 cidades do sul do Rio Grande do Sul.

A pesquisa aqui apresentada é um desdobramento de dois estudos anteriores – *Constituição das doenças da docência (Docenças)* e *Produção do Mal-Estar Docente nas Escolas Municipais de Educação*

Infantil –, ambos desenvolvidos no município de Pelotas e financiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Os resultados das primeiras pesquisas demonstraram uma associação importante entre o processo de trabalho das professoras de crianças pequenas e a saúde, o que nos mobilizou a ampliar a investigação para as 16 cidades da microrregião da zona sul do Rio Grande do Sul, incluindo, no novo estudo, também a cidade de Pelotas.

O grupo estudado

Ser professora de Educação Infantil é um cargo relativamente novo, pois refere-se ao reconhecimento recente da profissão no Brasil. Somente na década de 1990, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (Lei nº 9.394/96), a Educação Infantil foi promulgada e definida como a primeira etapa da Educação Básica. No ano de 2009, as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Infantil organizaram e disciplinaram os currículos com o objetivo de formar professores para atuar na Educação Infantil. Até então, o que prevalecia na contratação de adultos para estar com as crianças pequenas eram atributos relacionados principalmente à mulher, como dom, instinto materno, gostar de crianças, resultando em um trabalho amador e improvisado. No final dos anos 90, 50% das professoras não tinham magistério completo (ARCE, 2001).

Conforme o Referencial Curricular Nacional para a Educação Infantil (RCNEI), estabelecido em 1998, dois conceitos orientam a pedagogia da infância: o cuidar e o ensinar. “Cuidar da criança é sobretudo dar atenção a ela como pessoa que está num contínuo crescimento e desenvolvimento, compreendendo sua singularidade, identificando e respondendo às suas necessidades” (RCNEI, 1998, p. 25). Cuidar seria uma característica tipicamente feminina, enquanto educar estaria voltado para o ensino e, portanto, para a escolarização:

[...] significa, portanto, propiciar situações de cuidados, brincadeiras e aprendizagens orientadas de forma integrada e que possam contribuir para o desenvolvimento das capacidades infantis [...], e o acesso, pelas crianças, aos conhecimentos mais amplos da realidade social e cultural (RCNEI, 1998, p. 23).

Tanto o cuidar como o ensinar demandam carga psicológica importante, configurando característica-chave no trabalho das professoras da Educação Infantil. Associadas a essa característica, as crenças das possibilidades de transformação via educação geram nessas professoras vulnerabilidade ao adoecimento (VIEIRA *et al.*, 2009). As condições reais em que se realiza o trabalho docente e o que seria necessário para atender ao que dele se espera frequentemente entram em contradição, produzindo descompasso entre as expectativas profissionais e a possibilidade de alcançá-las, contribuindo para ansiedade e estresse (SOUZA *et al.*, 2011).

Método

O artigo apresenta um recorte da pesquisa *Trabalho e saúde das professoras de Educação Infantil das Escolas Públicas Municipais da Região Sul do Rio Grande do Sul*, a qual abrange 16 municípios localizados no sul do Rio Grande do Sul. Fazem parte do estudo as cidades de Arroio Grande, Arroio do Padre, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Jaguarão, Herval, Morro Redondo, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul e Turuçu.

A pesquisa foi dividida em duas etapas: uma quantitativa e outra qualitativa. Participaram da etapa quantitativa todas as professoras e auxiliares de Educação Infantil em exercício nas 68 escolas das 16 cidades. Responderam aos questionários utilizados na pesquisa, aplicados nas escolas por profissionais treinados, 622 pessoas – 396 professoras e 226 auxiliares. Para este artigo, trazemos os resultados referentes à participação das professoras. Na etapa qualitativa, valemo-nos de um questionário para conhecer as rotinas das professoras, o qual não será aqui abordado.

As cidades do estudo destacam-se pela diversidade econômica e cultural e localizam-se no sul do Rio Grande do Sul. A cidade de Pelotas possuía na época da pesquisa 27 escolas municipais de Educação Infantil; São Lourenço do Sul, nove escolas; Jaguarão, sete; Canguçu, cinco; Piratini, quatro; Arroio Grande e Capão do Leão, três; Pinheiro Machado, duas; e as demais cidades, Arroio do Padre, Cerrito, Cristal, Herval, Morro Redondo, Pedro Osório, Santana da Boa Vista e Turuçu, uma escola. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao ano de 2016, a cidade de Canguçu é a mais populosa, com 55.956 habitantes, e Turuçu a menor, com 3.590 habitantes. A pesquisa foi financiada pelo CNPq, Chamada nº 14/2013, Processo 483700/2013-4.

Na dimensão quantitativa, trabalhamos com dados coletados por dois instrumentos: o Job Content Questionnaire (JCQ) e um questionário complementar com sete questões referentes a licenças de saúde, motivos que levaram às licenças e perguntas sobre o uso de medicamentos. O JCQ e o questionário complementar foram aplicados no local de trabalho das professoras e auxiliares, que estavam efetivamente em sala de aula. O JCQ, de acordo com Karasek e colaboradores (1998), é um instrumento que avalia aspectos psicossociais do trabalho incluindo escalas para mensuração de duas dimensões: o controle sobre o trabalho e as demandas psicológicas advindas do trabalho. As combinações entre os diferentes níveis de controle e de demanda conformam experiências ocupacionais distintas (ARAÚJO *et al.*, 2003).

Essas duas dimensões, como concebidas no Modelo Demanda/Controle (MDC), envolvem aspectos específicos do processo de trabalho (MUNTANER *et al.*, 1993). A partir da combinação das duas dimensões, o Modelo distingue situações de trabalho específicas que estruturam riscos diferenciados à saúde. O controle no trabalho refere-se ao uso de habilidades especiais individuais, também envolve autoridade de decisão, que abarca a habilidade individual para a tomada de decisão sobre o próprio trabalho, a influência do grupo de trabalho e a influência na política gerencial (ARAÚJO *et al.*, 2003). A demanda psicológica refere-se às exigências psicológicas que o trabalhador enfrenta. Além disso, envolve pressão do tempo, nível de

concentração requerido, interrupção das tarefas e necessidade de esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores.

O MDC distingue quatro tipos básicos de experiências no trabalho, gerados pela interação dos níveis alto e baixo da demanda psicológica e do controle: **Alta Exigência** – alta demanda e baixo controle; **Trabalho Ativo** – alta demanda e alto controle; **Trabalho Passivo** – baixa demanda e baixo controle; e **Baixa Exigência** – baixa demanda e alto controle. De acordo com o Modelo, o trabalho realizado sob condições de alta demanda psicológica e baixo controle sobre o próprio trabalho, denominado de trabalho de Alta Exigência, configura situação de risco para a saúde física e mental dos trabalhadores. Inicialmente, na análise dos dados, descreveu-se a população segundo características sociodemográficas. Em seguida procedeu-se à construção dos indicadores de controle sobre o trabalho e de demanda psicológica. Os quadrantes previstos no modelo (baixa exigência, trabalho passivo, trabalho ativo e alta exigência) foram constituídos a partir da combinação entre diferentes níveis de demanda psicológica e controle sobre o trabalho. Para a construção dos indicadores de demanda e de controle, procedeu-se ao somatório das variáveis referentes a cada um desses indicadores, considerando-se as ponderações previstas, pelo modelo, na sua operacionalização. Para dicotomização de controle (baixo/alto) e de demanda (baixa/alta), estabeleceu-se ponto de corte na média, conforme recomendações do Job Content Questionnaire User's Guide (KARASEK, 1985).

Todas as prefeituras foram contatadas previamente, recebendo uma minuta com a proposta da pesquisa. Após autorização local, foram realizadas as entrevistas pessoais com assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Informado.

Resultados

No estudo quantitativo obtiveram-se dados sobre situação demográfica e funcional das professoras, assim como a avaliação de duas dimensões do trabalho: o controle e a demanda. Dos 396 questionários aplicados, 361

constituíram-se como dados válidos, implicando uma perda de 35 sujeitos. Tal perda se deve ao fato de que, nesses 35 questionários, houve algum prejuízo no preenchimento das 48 questões.

Os dados da pesquisa revelam uma população predominantemente feminina (98,7%). A idade das docentes variou de 20 a 60 anos, com predominância da faixa etária de 30 a 39 anos (correspondendo a 40,5% das participantes). Duas professoras tinham acima de 60 anos e 12,9% possuíam entre 20 e 29 anos. As professoras se autodeclararam majoritariamente como brancas (80,6%). Em relação à escolaridade, um número significativo de professoras possui o nível superior completo (86%); desse grupo, 28% são pós-graduadas em Educação ou áreas afins. A média de tempo no trabalho é de 11 anos, sendo que o menor tempo é inferior a um ano e o maior, a 49 anos de trabalho. Com relação ao estado civil, 58,4% das professoras relataram ter companheiros.

A partir da análise do JCQ, foi possível identificar o processo de trabalho que as professoras experimentam em seu trabalho. Na Tabela 1 encontram-se as características do processo de trabalho das 361 professoras de Educação Infantil das 16 cidades do sul do Rio Grande do Sul.

Tabela 1 – Características do processo de trabalho de acordo com o MDC

MODELO DEMANDA/CONTROLE	N	PERCENTUAL
Baixa exigência	87	25,10
Trabalho ativo	77	21,33
Alta exigência	120	32,24
Trabalho passivo	77	21,33
TOTAL	361	100

Fonte: lssuu.com/trabalhodocenteesaude-online.

Do total das professoras, 87 referiram um trabalho com baixa demanda e alto controle. Essa situação, específica do trabalho com crianças pequenas, demonstra que as professoras que se encontram nesse quadrante têm autonomia para realizar suas atividades e podem realizá-las sem pressão. O Modelo considera esse grupo como o menos exposto a adoecimento.

Entres as professoras, 77 exercem seu ofício sob alta demanda e alto controle. O modelo prediz que a alta demanda é um motivador para desenvolver trabalho criativo e novos padrões de comportamento e o alto controle sobre seu trabalho indica autonomia.

As outras 77 professoras que exercem um trabalho sob baixa demanda e baixo controle encontram-se na “zona de conforto”, o que poderia levá-las ao declínio das suas atividades, assim como à redução da capacidade de produzir soluções para as atividades e para os problemas do cotidiano. De acordo com o MDC, essas mulheres estão em risco de adoecimento.

Um número expressivo de professoras (n=120) encontra-se trabalhando sob alta exigência e alto controle. De acordo com o Modelo, trabalhar nessas condições predispõe a desenvolver fadiga, ansiedade, depressão e doença física. Essa situação assinala riscos de ordem psicológica e física (ARAÚJO *et al.*, 2003).

Para complementar a pesquisa, agregou-se ao questionário JCQ seis questões a fim de conhecer aspectos sobre a realidade da escola, sobre a solicitação de licenças de saúde e sobre o uso de medicamentos durante o trabalho. Com respeito às licenças de saúde, 101 professoras referiram licença de saúde no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2014. Entre as que solicitaram licenças, 41 (54,7%) relataram ter solicitado licença uma vez; 34 (20,9%), duas vezes; 17 (10,4%), três vezes; e 35 (21,5%), quatro vezes ou mais. Esses dados evidenciam reincidência de licenças médicas, uma vez que mais da metade tinha solicitado duas ou mais licenças no período. Isso pode ser um indicativo importante de adoecimento significativo das professoras. Os motivos de afastamento foram as doenças viróticas, seguidas das doenças emocionais e das enfermidades do aparelho

muscoesquelético. Os medicamentos mais consumidos foram os analgésicos, seguidos pelos anti-inflamatórios, antibióticos e antidepressivos.

Discussão

Em relação à predominância de mulheres na Educação Infantil, o dado é semelhante ao de outros estudos, os quais encontraram significativa presença feminina atuando no campo da Educação Básica, principalmente na Educação Infantil (ARAÚJO *et al.*, 2006; GARCIA; ANADON, 2009; PINTO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2011). Os achados também corroboram os dados do Censo Escolar de 2017, os quais revelam que 80% dos professores da Educação Básica são mulheres, sendo que na Educação Infantil o número cresce para 96,6% (BRASIL, 2018).

Mais da metade das professoras possui curso completo de Licenciatura em Pedagogia. O número aproxima-se da meta da LDB quanto à formação para atuar na Educação Infantil, que era chegar até 2016 com 100% das professoras qualificadas, por meio dos cursos de licenciatura ou dos Institutos Superiores de Educação.

Conforme já assinalado, a análise dos estressores ocupacionais pelo MDC evidenciou percentual elevado de professoras vivenciando situação de trabalho sob alta exigência. O trabalho realizado em condições de alta demanda e baixo controle é considerado como a situação de maior exposição ao risco de distúrbios de ordem psicológica (fadiga, ansiedade, depressão) e doença física. Os dados vão ao encontro de outros estudos com docentes da Educação Infantil que utilizaram o Modelo (VIEIRA *et al.*, 2016) e com professores de outras modalidades (ARAÚJO *et al.*, 2003). Quanto ao uso de medicamentos, um estudo com docentes da Educação Infantil (MARTINS *et al.*, 2019) revelou que, para essas mulheres, suas expectativas sobre o trabalho realizado eram destruídas pelas escassas respostas e pouca satisfação na execução das atividades educativas. A frustração pela qual passavam, a desesperança e o desconforto de como viviam seu cotidiano

eram certamente fatores de adoecimento. As professoras encontravam nos remédios alívio para dores e suporte para seguir adiante.

As docentes que trabalhavam com uma demanda alta e com baixo controle sobre seu trabalho (Alta Exigência) foram as que consumiram mais medicamentos. Constatou-se que gozaram de duas ou mais licenças de saúde, sendo o motivo das licenças relacionado a transtorno mental, sintomas de ansiedade, nervosismo e dores na coluna.

A partir dos resultados, percebe-se quanto é preocupante que uma parcela significativa de professoras esteja exposta a condições de trabalho que podem levar ao adoecimento. Faz-se necessário, portanto, repensar e remodelar essa experiência, posto que a exposição a essas situações tem sido fortemente relacionada a problemas de saúde entre docentes, tais como agravos vocais musculoesqueléticos e transtornos mentais (ZENARI *et al.*, 2012).

Considerações finais

A Educação Infantil é a primeira etapa da Educação Básica (BRASIL, 1996), porém ainda uma tarefa a se consolidar no Brasil. Até o presente momento, não existiu de fato como expressão do direito educacional das crianças de zero a seis anos, na medida em que os modelos desse nível de ensino até agora implantados não são representativos daquilo que deveria ser o trabalho educativo com tal faixa etária.

Cabe destacar que um número expressivo de professoras das EMEIS das cidades estudadas (n=120) trabalha sob alta exigência e alto controle. De acordo com o Modelo, o trabalho realizado nessas condições predispõe a desenvolver fadiga, ansiedade, depressão e doença física e pode ser prejudicial à saúde psíquica das docentes.

O trabalho docente não pode ser um trabalho que naturalmente adoecia seus agentes. É necessário que repensemos para a escola de Educação Infantil uma organização de trabalho pedagógico que seja voltada para as crianças e elaborada por suas professoras, sob a orientação de uma coordenação pedagógica, e absorva todo o espectro que forma o binô-

mio educar-ensinar e, mais além, toda a estrutura escolar, as famílias e a sociedade. Um governo sem um projeto político-pedagógico específico para esse grupo corre o risco de criar ambientes perversos, estruturas inadequadas, formação precária e desvalorização das profissionais, podendo acarretar adoecimento nos aspectos físicos e mentais, levando as professoras ao desejo de abandonar sua carreira.

Referências

- ARAÚJO, Tania et al. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda-Control. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 991-1003, 2003a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a21v8n4.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2017.
- ARAÚJO, Tania et al. Saúde e trabalho docente: dando visibilidade aos processos de desgaste e adoecimento docente a partir da construção de uma rede de produção coletiva. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, n. 37, p. 183-212, jul. 2003b.
- ARAÚJO, Tania et al. Diferenciais de gênero no trabalho docente e repercussões sobre a saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1117-1129, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32347.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.
- ARCE, Alessandra. Documentação oficial e o mito da educadora nata na Educação Infantil. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 113, p.167-184, jul. 2001.
- BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/96). Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação – MEC. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Diretoria de Estatísticas Educacionais – Inep. *Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar da Educação Básica 2017*. Brasília, DF, 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. *Referencial curricular nacional para a educação Infantil*. Brasília, DF: MEC/SEF, 1998. v. 1.
- ESTEVE, José. *O Mal-estar Docente*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 1999.

FORNAZIER, Armando *et al.* O ideário neoliberal no Brasil na década de 1990 e suas implicações no trabalho e nos setores produtivos. *OIKOS*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 01, p. 87-111, 2013. Disponível em: <http://www.revista.oikos.org/seer/index.php/oikos/article/view/322/186>. Acesso em: 14 dez. 2017.

GARCIA, Maria Manuela Alves; ANADON, Simone Barreto. Reforma educacional, intensificação e autointensificação do trabalho docente. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 30, n. 106, p. 63-85, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n106/v30n106a04.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2017.

KARASEK, Robert. *Job content questionnaire and user's guide*. University of Massachusetts, 1985.

KARASEK, Robert *et al.* The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, v. 3, n. 04, p. 322-355, 1998.

MARTINS, Ligia. "Educação Infantil: assumindo desafios". In: SILVA, A.; SANTOS, B. R.; Sequeira; C. H. (org.). *Infância e adolescência em perspectiva*. São Vicente, SP, 2006. v. 1. p. 66-76.

MARTINS, Maria de Fátima *et al.* O trabalho das docentes da Educação Infantil e o mal-estar docente: o impacto dos aspectos psicossociais no adoecimento. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 281-289, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112348/110312>. Acesso em: 16 out. 2016.

MARTINS, Maria de Fátima *et al.* Trabalho docente e saúde das professoras da educação infantil. *Educação*, v. 44, p. 1-22, 2019. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reveducacao/article/view/28563/pdf_1. Acesso em: 15 mar. 2019.

MUNTANER, Carles *et al.* A critical appraisal of the demand-control model of the psychosocial work environment: epistemological, social, behavioral and class considerations. *Social Science & Medicine*, v. 36, n. 11, p. 1509-1517, 1993.

PINTO, Mercia *et al.* O trabalho docente na educação infantil pública em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 51, p. 611-626, set. /dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v17n51/07.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.

SILVA, Luciane *et al.* Condições de trabalho e saúde de professores pré-escolares da rede pública de ensino de Pelotas, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3137-3146, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/04.pdf>. Acesso em: 17 out. 2018.

SOUZA, Aparecida *et al.* Condições de trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no Brasil. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 32, n. 117, p. 1105-1121, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v32n117/v32n117a12.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2018.

VIEIRA, Jarbas *et al.* Constituição das doenças da docência (docença). *Relatório de Pesquisa*. Brasília, DF: CNPq; Pelotas: UFPel, 2009.

VIEIRA, Jarbas *et al.* Trabalho docente e saúde das professoras de educação infantil de Pelotas, Rio Grande do Sul. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 559-574, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n2/1678-1007-tes-1981-7746-sip00119.pdf>. Acesso em: 15 maio 2018.

ZENARI, Márcia *et al.* Efeito do ruído na voz de educadoras de instituições de educação infantil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 657-664, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n4/3937.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2018.

EDITORA UNIVERSITÁRIA DA PUCRS – EDIPUCRS

A Editora Universitária da PUCRS já publicou mais de 1.500 obras impressas e mais de 250 livros digitais.

Siga a EDIPUCRS nas redes sociais, fique por dentro das novidades e participe de promoções e sorteios.



www.pucrs.br/edipucrs



www.facebook.com/edipucrs



www.twitter.com/edipucrs



www.instagram.com/edipucrs

Para receber as novidades no seu *e-mail*, cadastre-se pelo nosso *site* ou envie um *e-mail* diretamente para comunica.edipucrs@pucrs.br.

Acesse o *QR Code* abaixo e conheça os livros impressos, os *e-books* pagos/gratuitos, os periódicos científicos, os próximos lançamentos e os conteúdos exclusivos da EDIPUCRS.



Av. Ipiranga, 6.681 – Prédio 33
Caixa Postal 1429 – CEP 90619-900
Porto Alegre – RS – Brasil
Telefone: (51) 3320-3523
E-mail: edipucrs@pucrs.br