



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

GUANACI MOEMA SILVA CORDEIRO

**REFLEXÕES SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO
TRABALHO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE
TRABALHADORAS DA SESAB/SUS**

Salvador
2018

GUANACI MOEMA SILVA CORDEIRO

**REFLEXÕES SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO
TRABALHO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE
TRABALHADORAS DA SESAB/SUS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao
Curso de Serviço Social do Instituto de
Psicologia, como pré-requisito para obtenção de
grau de bacharelado em Serviço Social.
Orientadora: Professora Larissa Vieira Barros.

Salvador
2018

CORDEIRO, G. M. S. REFLEXÕES SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE TRABALHADORAS DA SESAB/SUS, 2018. 77 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2018.

RESUMO

A presente monografia tem por objetivo analisar a precarização do trabalho e os possíveis riscos e agravos à saúde a que estão submetidos as trabalhadoras e os trabalhadores de saúde. Busca-se compreender o processo histórico, as condições de trabalho dos trabalhadores do setor saúde, bem como os programas e políticas construídas no campo da Saúde do Trabalhador. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que utilizou como suporte o conceito de saúde para melhor compreensão do processo laboral que impacta na precariedade da saúde da trabalhadora importância do combate a essa precarização, com medidas adotadas que viabilizem uma melhoria no ambiente e na saúde destes. Delimitou-se a entrevista com roteiro de perguntas como a mais adequada para o estudo deste fenômeno, por proporcionar uma reflexão sobre a realidade do trabalho no contexto neoliberal assim como captura a perspectiva das participantes sobre o tema da pesquisa. A entrevista foi realizada com trabalhadoras aposentadas da área de saúde, transcritas e analisadas, considerando os objetivos delimitados para esta pesquisa. Os resultados obtidos apontam que a saúde do trabalhador de modo geral é um campo delicado para análise, haja vista os vários fatores que independem do trabalhador para a conquista da mesma, a exemplo da falta de infraestrutura, de condições ergonômicas, de proteção contra riscos de acidentes e contaminações o contato com o sofrer alheio.

Palavras-chave: precarização, trabalho, saúde, saúde do trabalhador.

CORDEIRO, G. M. REFLECTIONS REGARDING THE PRECARIZATION OF WORK AND HEALTH CONDITIONS OF THE WORKERS FROM SUS / Bahia, 2018. 77 f. Monography (Graduation in Social Work) - Institute of Psychology, Federal University of Bahia. Salvador, 2018.

ABSTRACT

The objective of the monograph is to analyze the precariousness of work and the possible risks and health injuries that the health workers are subjected to. It seeks to understand the historical process, the working conditions of workers in the health sector, as well as the programs and policies built in the field of Worker's Health. A bibliographical research used as support the concept of health to better understand the labor process that affects the precariousness of the workers' health, the importance of fighting and the adopted measures that enable an improvement in the environment and their health. The interview was delimited with a questionnaire as the most suitable for the study of this phenomenon, due to providing a reflection on the reality of the work in the neoliberal context as well as capturing the perspective of the participants on the research theme. The interview was performed with retired workers from the health area, it was transcribed and analyzed considering the objectives delimited for this research. The results obtained indicate that the health of the worker in general is a delicate field for analysis given the many factors that are independent of the worker to achieve it, such as lack of infrastructure, ergonomic conditions, and protection against risks of accidents and contact with the suffering of others.

Key words: precariousness, work, health, worker health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	A etimologia do Trabalho	13
Figura 02	O homem na máquina (Tempos Modernos, 1936)	15
Figura 03	Da etimologia da palavra Trabalho	16
Figura 04	Trabalho Infantil na Revolução Industrial	18
Figura 05	Rich Man and Poor Man	20
Figura 06	Previna-se a Saúde é seu principal instrumento de trabalho	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEPESE	Anuário Estatístico da Previdência Social;
CESAT	Centro de estudos da Saúde do Trabalhador;
CF	Constituição Federal;
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômico;
MS	Ministério da Saúde;
NUSAT	Núcleo de Saúde do Trabalhador;
OIT	Organização Internacional do Trabalho;
OMS	Organização Mundial da Saúde;
PAIST	Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador;
PLANSEV	Sistema de Assistência aos Servidores Públicos Estaduais
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho;
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador;
PROSAT	Programa de Saúde do Trabalhador da Secretária da Saúde do Estado da Bahia;
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo;
RENAST	Rede nacional de atenção Integral à Saúde do Trabalhador;
SESAB	Secretária da Saúde do Estado da Bahia;
ST	Saúde do Trabalhador;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso;
UFBA	Universidade Federal da Bahia;
VISAT	Vigilância em Saúde do trabalhador.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientada pela professora Larissa Vieira Barros.

GUANACI MOEMA SILVA CORDEIRO

MONOGRAFIA APRESENTADA EM _____

Banca Examinadora:

Prof^a. Larissa Vieira Barros

Prof^a Jaqueline Samagaia

Prof^a. Geysel Clea Silva de Miranda

Salvador, de dezembro de 2018.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 A ETIMOLOGIA DO TRABALHO.....	13
2.1 O TRABALHO E O TRABALHADOR NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA	23
3 TRABALHO EM SAÚDE.....	25
3.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	32
3.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA.....	44
4 AS TRABALHADORAS APOSENTADAS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DA BAHIA: Breves reflexões sobre o trabalho em saúde no SUS.	49
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PERSONAGENS DA PESQUISA	51
4.2 SIGNIFICADO DO TRABALHO EM SAÚDE PARA AS TRABALHADORAS DO SUS ESTADUAL	52
4.3 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E O PROCESSO DE ADOCIMENTO.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
APÊNDICE 01.....	68
REFERÊNCIAS	70

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a trajetória das trabalhadoras aposentadas da Secretária de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, estabelecendo a relação trabalho-saúde-doença, a partir da precarização¹ do trabalho que estão submetidas.

A precarização das condições de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador são determinadas entre outros fatores, principalmente pela organização e ambiente do trabalho. O Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS), aponta que entre os anos de 2012 e 2016, 3,5 milhões de trabalhadoras e trabalhadores no Brasil (o que dá uma média de 700 mil acidentes por ano), sofreram acidentes de trabalho². (Rev. Bras. Saúde Ocup., 2017, p. 02).

Segundo informações retiradas do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2016),

Há uma grande subnotificação de acidentes de trabalho no Brasil, uma vez que os dados oficiais se restringem apenas ao universo dos trabalhadores formais, com contratos de trabalho regido pela Consolidação da Leis Trabalhistas – CLT. Não são contabilizados para efeito de remuneração pelo INSS os trabalhadores informais – certamente inúmeros – e os funcionários públicos, com contratos de trabalho regidos por Estatuto, em caso de acidentes de trabalhos, os mesmos são remunerados pelo Tesouro Nacional.

Os sindicatos estão priorizando, nas negociações coletivas, temas que têm relação com saúde do trabalhador, segurança e acidentes no trabalho, doenças profissionais, condições laborais e uso de maquinário. Cláusulas associadas à saúde psicológica já estão presentes em 26% das convenções e dos acordos coletivos, quer dizer, triplicaram em 10 anos. (DIEESE, 2016, p.248).

As condições de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador e os fatores de riscos a que estão submetidos os trabalhadores de saúde, têm estreita relação com a precarização do ambiente e condições laborais onde esse

¹ Entende-se a precarização como um processo social que instabiliza e cria uma permanente insegurança e volatilidade no trabalho, fragilizando os vínculos e impondo perdas dos mais variados tipos (de direitos, do emprego, da saúde e da vida) para todos os que vivem do trabalho. (PIRES, D. Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998 p.237).

²Por definição da lei 8.213, artigo 19, publicada em 24 de julho de 1991 podemos considerar por acidente de trabalho aqueles que ocorrem pelo exercício do trabalho, estando o trabalhador a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente. (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. – São Paulo: DIEESE, 2016, p.248).

trabalho se desenvolve. Analisar e identificar as características, os agravos à saúde decorrentes das condições de trabalho e a maneira como o trabalhador de saúde na Bahia apreende o trabalho enfocando os aspectos da precarização é o objetivo desse estudo.

A princípio, para contextualizar a discussão, foi definido de modo geral o termo “trabalhador”, em conformidade com o Decreto Federal nº 7.602/2011, que dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e posteriormente foi feito um recorte para analisar a proposta ora apresentada.

A PNSST/2011, conceitua a categoria trabalhadores como sendo:

[...] todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, no setor formal ou informal da economia. Estão incluídos nesse grupo todos os indivíduos que trabalharam ou trabalham como: empregados assalariados; trabalhadores domésticos; avulsos; rurais; autônomos; temporários; servidores públicos; trabalhadores em cooperativas e empregadores, particularmente os proprietários de micro e pequenas unidades de produção e serviços, entre outros. Também são considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas, participando de atividades econômicas na unidade domiciliar; o aprendiz ou estagiário e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego. (BRASIL, 2004, p. 04).

Reconhecendo que o universo abarcado pelo conceito de trabalhador é extenso, houve a necessidade de restringir o tema a ser tratado voltado a um grupo específico de trabalhadores, na medida em que a pluralidade é enorme quando se fala em Saúde do Trabalhador e *pari passu* a relaciona à precarização do trabalho.

Sendo a atividade do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) necessária e de suma importância para a obtenção da graduação em Serviço Social pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), o trabalho em tela priorizou os aspectos relacionados sobre como a precarização do trabalho se reflete e impacta na saúde do trabalhador de saúde.

Para refletir e fundamentar teoricamente a temática ora proposta foi utilizada uma revisão bibliográfica com consultas desenvolvidas a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos.

Gil (2008), afirma que, a vantagem da revisão bibliográfica permite que o pesquisador acesse uma ampla fonte de informações necessárias sem obstáculos, ressaltando, contudo, que ele deve assegurar-se das condições em que os dados foram obtidos, analisando e utilizando fontes diversas, mas sem deixar de observar incoerências ou contradições.

Para o autor, a revisão bibliográfica é a explanação de um assunto específico, cuja profundidade visa evidenciar todo um procedimento metodológico sistematizado, que represente o desenvolvimento do trabalho científico. A pesquisa bibliográfica foi fundamental para se obter uma linha de raciocínio consubstanciada no conhecimento de outros autores que desse modo alicerçou a análise sobre a precarização do trabalho e a saúde das trabalhadoras (es) do SUS/Bahia.

Esta pesquisa utilizou um roteiro de entrevista semiestruturado, aplicado à duas trabalhadoras de saúde aposentadas, objetivando dar maior visibilidade e consistência para a análise e reflexão pretendida sobre os impactos que a precarização do trabalho pode ter exercido ou não sobre a vida laboral dessas trabalhadoras.

A escolha da entrevista semiestruturada como instrumento de pesquisa em comparação com outros instrumentos, deve-se ao fato de que, segundo Gil (2008), esta é uma técnica de coleta de dados que permite uma maior flexibilidade e interação social entre entrevistador e entrevistado, onde o primeiro tem como objetivo coletar informações e o segundo é a fonte das mesmas.

Assim sendo, o modelo escolhido de entrevista propiciou à entrevistadora maior liberdade de realizar os questionamentos, sem a obrigatoriedade de cumprir de forma rígida um roteiro de pesquisa, ouvindo o público alvo e filtrando as informações pertinentes ao objeto de estudo com o propósito de obter informações acerca de situações vividas a que essas pessoas foram submetidas, permitindo-lhes responder livremente, usando as próprias palavras o que possibilitou, assim, identificar mais claramente o que foi questionado.

Deste modo, através da aplicação do roteiro de entrevista a esse público alvo, foi possível recolher informações importantes e pertinentes ao tema deste trabalho.

Como resultado da entrevista pretende-se apresentar as respostas obtidas a fim de validar o conhecimento apresentado pelos sujeitos da pesquisa.

É necessário reiterar que esta monografia não tem a pretensão de solucionar os questionamentos aqui colocados, mas apenas provocar uma pequena análise e reflexão sobre essa relação precarização do trabalho & saúde do trabalhador de saúde.

Nesse sentido, identificar os fatores de riscos e o entrelaçamento entre as condições física, psicológica e social a que estão submetidos os trabalhadores de saúde no Brasil, bem como suas principais características é fundamental. Sabendo que o risco é entendido pela epidemiologia como a:

[...] probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora) em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado. São atributos de um grupo da população que apresenta maior incidência de uma doença ou agravo à saúde em comparação com outros grupos que não o tenha ou com menor exposição a tal característica". (FILHO A. e ROUQUAYROL, 2002, p. 16).

Nesse mesmo contexto e segundo os mesmos autores, "danos à saúde" são aqueles que causam "mal ou prejuízo à saúde de um ou mais indivíduos, de uma coletividade ou população", (Almeida Filho, Rouquayrol, 2002), afinal, condições específicas de trabalho podem resultar em acidentes de trabalho, doenças profissionais e/ou agravos à saúde do trabalhador.

Portanto, o reconhecimento da garantia do direito à saúde implica introduzir determinados critérios na prestação de serviços e na política pública de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação. Para tanto, a PNSST/2011, tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador através de ações de prevenção, redução e eliminação de acidentes e danos à saúde relacionados, advindos ou ocorridos no desempenho de sua atividade laboral.

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares. (BRASIL, PNSST, 2011, p. 06)

Sendo assim, as perguntas que se fazem necessárias para buscar essa compreensão são: quais são as peculiaridades do trabalho em saúde que se refletem na saúde do trabalhador evidenciados pela precarização do trabalho?

Quais implicações resultam no aumento do absenteísmo, afastamento, acidente, aposentadoria precoce e até suicídios no que diz respeito à relação trabalho-saúde-doença?

O agravamento dos sintomas prejudiciais à saúde entre os trabalhadores da saúde, constitui-se em uma realidade que precisa ser estudada e trabalhada nas suas particularidades para obtenção de uma melhor apropriação e entendimento.

Antunes (1999), problematiza que a precariedade das condições de trabalho marcada por violação dos direitos trabalhistas, aumento do ritmo da produção, da insegurança do ambiente de trabalho, flexibilização do trabalho dentre outros fenômenos, interfere na saúde do trabalhador assim como no modo de agir, pensar, sentir e fazer ou seja, na “subjetividade da classe trabalhadora”.

Buscar explicações para os problemas oriundos da precarização e dos malefícios resultantes à saúde revela-se uma tarefa bastante complexa, porém uma alternativa suficientemente eficaz, mas que exige ações que produzam um resultado satisfatório sem, contudo, ter a pretensão de resolver as questões ora apontadas, tão somente buscando entender a inter-relação existente com as condições de vida e trabalho, sua influência nas relações sociais e as questões relacionadas à saúde.

Inicialmente pretende-se apresentar o tema discorrendo sobre a precarização e as relações de trabalho, seus impactos sobre o processo trabalho-saúde-doença, situando historicamente o conceito de Saúde do Trabalhador, seu referencial normativo, legal e, do direito à saúde.

A partir daí, analisar como a precarização e as relações sociais de trabalho se manifestam e se revertem em fatores de riscos e agravos que atuam no processo de adoecimento, aumento do absenteísmo, redução da qualidade de vida que pode vir a gerar demissões e/ou aposentadorias precoces.

2 A ETIMOLOGIA DO TRABALHO

Figura 01



Fonte:www.ufgrs.br

A palavra Trabalho deriva do latim *Tripalium*, sendo este, um instrumento de ferro que possuía três pontas e na Antiguidade era utilizado para ceifar os cereais nos campos. Com o decorrer do tempo esse instrumento passou a ser utilizado como objeto de tortura e o termo *Tripalium* associado a sofrimento. ([Http://origemdapalavra.com.br/palavras/trabalho/](http://origemdapalavra.com.br/palavras/trabalho/)).

[...] em fins do século VI, este passou a ser também o nome de um instrumento romano de tortura. [...] dessa raiz romana teriam saído os termos das línguas latinas [...] o surgimento de expressões como trabalho (em português), [...]. Mesmo antes de ser associada aos elementos de tortura medieval, trabalhar significava a perda da liberdade. Quem trabalhava em Roma era o escravo; [...] século XVI, com o Renascimento, os sistemas econômicos e o Estado [...] o trabalho passa ao seu papel de importância máxima. E aí começa outra mudança de tarefa para os não livres, passa a ser um enobrecimento uma atividade humana importantíssima. (www.ufgrs.br).

Essa ideia de trabalhar, de poder produzir algo, já projetava o exercício de uma ação modificadora sobre natureza que abarcava as atividades físicas produtivas realizadas pelos trabalhadores necessárias ao sustento e sobrevivência humana.

Karl Marx (1883/1867), definiu o trabalho como sendo uma forma do ser humano garantir sua existência pois antes de tudo o trabalho é,

[...] um processo entre homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a Natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria

natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar, por meio desse movimento, sobre a Natureza externa a ele e ao modifica-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nele adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio. Não se trata aqui das primeiras formas instintivas, animais, de trabalho [...]. (MARX, 1983/1867, p.149)

Ao caracterizar o trabalho como sendo uma relação entre o homem com a natureza, Marx (1983/1867), está refletindo sobre como o homem, através do trabalho, se apropria e modifica conscientemente os elementos do mundo natural objetivando assim produzir o que necessita para manter sua sobrevivência, além de alcançar determinados propósitos que satisfaçam suas necessidades.

Ao refletir sobre o ser humano entende-se que o trabalho é a condição da própria produção e reprodução de existência enquanto seres humanos. Ele é o agente responsável pela humanização, a essência vital que os tornam diferentes dos demais animais.

Antunes (2009), defende que sendo o trabalho uma atividade produtiva própria do capitalismo e elemento “fundante” da existência humana, é essencial e central para o desenvolvimento da sociabilidade humana, pois é o trabalho, o modo de produção capitalista, que transforma o trabalhador em objeto (mercadoria) para valorizar o capital e também para produzir novas mercadorias.

O autor reflete que nessa relação, o trabalho oportuniza e,

[...] dá sentido ao capital gera uma subjetividade inautêntica [...]. Numa forma de sociabilidade superior, o trabalho, ao reestruturar o ser social, terá desestruturado o capital. E esse mesmo trabalho autodeterminado que tornou sem sentido o capital gerará as condições sociais para o florescimento de uma subjetividade autêntica e emancipada, dando um novo sentido ao trabalho. (ANTUNES, 2009, p.184).

Dejours (2012) coloca que, para além desse reconhecimento da centralidade do trabalho, do movimento de transformação da natureza, da relação contraditória e antagônica entre capital e trabalho, o trabalho representa também, além de estabelecimento de vínculos afetivos conflituosos ou não, a formação de uma identidade laboral que, dependendo da subjetividade de cada

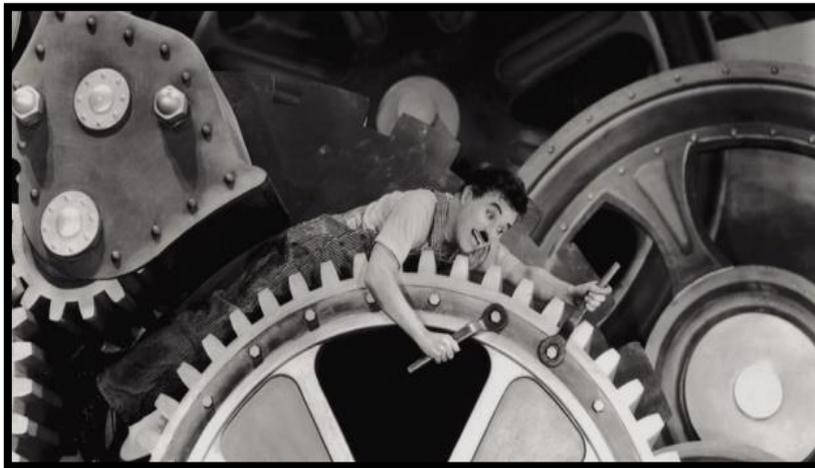
um, essa atividade produtiva apresentará um novo olhar sobre o adoecimento relacionado ao trabalho.

Dejours (2012) ensina que:

[...] trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento. (DEJOURS, 2012, p.103).

Na atualidade, o sentido atribuído ao trabalho continua relacionado e conectado com o pensamento desses autores, pois o trabalho se apresenta como a busca de um sentido e de uma expressão pessoal.

Figura 02



Fonte: vestibular.uol.com.br

O escritor, jornalista, romancista, dramaturgo e filósofo argelino do século XX, Albert Camus (1913-1960), em uma das interpretações mais conhecidas do mito grego “O mito de Sísifo”, faz a seguinte afirmação: “não existe castigo mais terrível que o trabalho inútil e sem esperança”.

Camus (1913-1960) explica, através desse mito, como a vida do homem/trabalhador segue uma rotina muitas vezes sem sentido próprio e que é determinada por fatores diversos, inclusive pelo modelo de produção capitalista que subjuga o trabalhador às ideologias dominantes, não sendo dado ao mesmo, liberdade e responsabilidade de escolha.

As transformações vivenciadas no decorrer da história do mundo do trabalho a partir da Revolução Industrial, representou significativo papel na consolidação do modo capitalista de produção, especialmente por exigir uma

especialização das atividades humanas, que por seu turno, alcançaram enorme proporção e desigualdade resultando assim na intensificação das relações precarizadas de trabalho.

Figura 03



Fonte: imediata.org

O processo de reestruturação produtiva que alterou os processos e as relações de trabalho ao adotar medidas como a flexibilização, a terceirização, a informatização e a robotização das indústrias, resultaram em deterioração qualitativa e quantitativa nas relações de trabalho.

Instalada no país através das políticas neoliberais, se acentuou na década de noventa com o avanço da indústria brasileira se modernizando, informatizando, utilizando a robótica assim como a racionalização organizacional, que propiciou um aumento, tanto do desemprego, quanto da precarização do trabalho e das conquistas trabalhistas.

O capitalismo, enquanto produção e reprodução do trabalho, sustentado pela exploração e expropriação de direitos e garantias da classe trabalhadora subalternizada aos detentores dos meios de produção, edificou-se no decorrer da história brasileira.

Esse momento segundo Antunes (2011), pode ser descrito como aquele em que:

[...] vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também agudos, no que diz respeito aos direitos do trabalho. [...] Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção. (ANTUNES, 2011, p.24).

Nos anos que se seguiram, as relações precarizadas de trabalho no capitalismo contemporâneo se intensificaram, resultando em retrocesso no interior da classe trabalhadora, pois são constantemente ameaçados com as perdas de suas conquistas e direitos sociais e, nesse contexto, as políticas públicas tornam-se insuficientes para atender o mínimo necessário para proporcionar uma vida digna de cidadão brasileiro e trabalhador.

A acumulação flexível transfigurada sob a forma de perdas de direitos trabalhistas, intensificação da jornada de trabalho, maior exposição a ambientes que proporcionam riscos e/ou agravos à saúde além de tantos outros fatores comprometedores levam à gradativa deterioração das condições de vida e saúde do trabalhador.

Mendes & Morrone (2002), ao discorrerem sobre as transformações nos processos de trabalho³ que derivam novas formas de sofrimento e/ou doenças vinculadas e disseminadas pelos mais diferentes espaços de trabalho, descreve-as dizendo que,

O surgimento do sofrimento se dá quando não é mais possível a negociação entre sujeito e a realidade imposta pela organização do trabalho, se intensificando à medida que a organização do trabalho não permite a flexibilização no trabalho, a liberdade, como recurso de transformação do sofrimento em sofrimento criativo [...]. (MENDES, 2007, apud GONÇALVES, 2014, p. 23, 25).

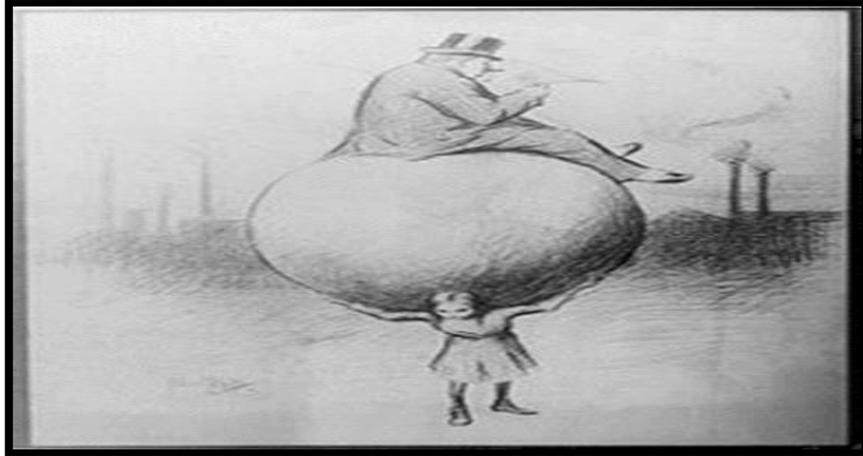
A centralidade do trabalho na vida dos trabalhadores aliada aos processos de contradições variados e graduais das relações econômicas e sociais, que atinge fortemente as relações de trabalho, para Antunes (2000, p.51) se transfigura em “[...] expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado, que marca a sociedade dual no capitalismo [...]”, e, dado a esse modelo, permite constatar que o trabalho é o elemento que mais interfere nas condições e qualidade de vida do trabalhador e conseqüentemente na sua saúde.

Aliado a essa problemática, temos por outro lado o Estado que, continuamente, através de reformas estruturais, se abstém de suas

³ [...]processos de trabalho como o modo pelo qual o Capital organiza o processo de produção para obter cada vez mais lucro via aumento da produtividade e exploração da mais-valia nos trabalhos diretamente produtivos, conforme postulado por Marx (1980). (OLIVEIRA, LACAZ, 2012, p.51)

responsabilidades, repassando-as à sociedade civil⁴. Como resultado dessa prática perversa, ocorre um aumento da vulnerabilidade, precarização e pauperização de uma classe que ao longo da história foi cerceada em seus direitos, em prol da lógica do mercado e do capital mundial.

Figura 04



Fonte: sociologiass-unesp.blogspot.com

Tal perspectiva é abordada por Dejours (2004), quando afirma sobremaneira a dimensão do assunto contextualizando que,

A evolução contemporânea das formas de organização do trabalho, de gestão e de administração, depois da virada neoliberal, repousa sobre princípios que sugerem, precisamente, sacrificar a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade.

As consequências desses princípios de organização do trabalho são, de um lado o crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza, mas, por outro, a erosão do lugar acordado de subjetividade e à vida no trabalho. Disto resulta um agravamento das patologias mentais decorrentes do trabalho em crescimento em todo o mundo ocidental, o surgimento de novas patologias, em particular os suicídios nos próprios locais de trabalho – o que não acontecia jamais antes da virada neoliberal – e o desenvolvimento da violência no trabalho, a agravação das patologias da sobrecarga, a explosão de patologias do assédio. (DEJOURS, 2004, p. 33).

Desse modo, entende-se que a precarização do trabalho resultante da exploração da força de trabalho se intensifica numa escala inimaginável,

⁴ A sociedade civil é constituída por diversos componentes, como as instituições cívicas, sociais e organizações que formam os alicerces de uma sociedade em funcionamento. A presença de uma sociedade civil forte é essencial para garantir a democracia, a paz, a segurança e o desenvolvimento, que é umas das mais importantes missões da OEA. (<http://www.oas.org/pt/topicos/sociedadecivil.asp>)

suscitando novas formas de sofrimento e/ou doenças entre os trabalhadores. Essa força de trabalho subjugada ao capital, é considerada por Antunes (2010), como tendo, “[...] características de mercadoria de alta descartabilidade [...]” que se originaram com:

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho nas últimas décadas resultaram na constituição de um exército de trabalhadores mutilados, lesionados, adoecidos física e mentalmente, muitos deles incapacitados de forma definitiva para o trabalho. (ANTUNES, 2010, P.423).

Sobre esse assunto, e definindo-o como “Terceiro tipo de precarização social a insegurança e saúde no trabalho”, a professora Druck (2011), analisa o que chama de “nova precarização do trabalho no Brasil” do qual destacamos os pontos seguintes:

[...] se referem a condições de (in) segurança e saúde no trabalho – resultado dos padrões de gestão, que desrespeitam o necessário treinamento, as informações sobre riscos, as medidas preventivas coletivas, etc., na busca de maior produtividade a qualquer custo, inclusive de vidas humanas. [...] “psicopatologia da precarização”, produto da violência no ambiente de trabalho, gerada pela imposição da busca de excelência como ideologia da perfeição humana, que pressiona os trabalhadores ignorando seus limites e dificuldades, junto a uma radical defesa e implementação da flexibilidade como “norma” do presente. Isso exige uma adaptação contínua a mudanças e novas exigências de polivalência de um indivíduo “volátil”, sem laços, sem vínculos e sem caráter, isto é flexível. Essa condição, agravada por outros imperativos típicos [...] tem gerado um cenário de adoecimento mental com expressões diversas, inclusive os suicídios. (DRUCK, 2011, p. 49).

Observa-se, na fala dos autores citados, que de modo geral, a precarização e exploração do trabalho é inerente ao modelo capitalista e que, por estar sempre em movimento, produz consequências altamente prejudiciais para a vida e saúde do trabalhador principalmente,

Nas épocas de crise- ainda mais quando esta tem um claro acento estrutural – o que se assiste é a sua intensificação, o que vimos denominando como a persistente tendência à precarização estrutural do trabalho em escala global, da qual o trabalho imigrante é sua expressão mais visível e brutal. Não existem, nesse sentido, limites para a precarização, mas apenas formas diferenciadas de sua manifestação. Formas capazes de articular em uma única cadeia produtiva desde o trabalho terceirizado, quarteirizado, muitas vezes realizado nas casas dos próprios trabalhadores, àqueles intensificado ao limite, desenvolvido nos ambientes “modernos” e “limpos” das

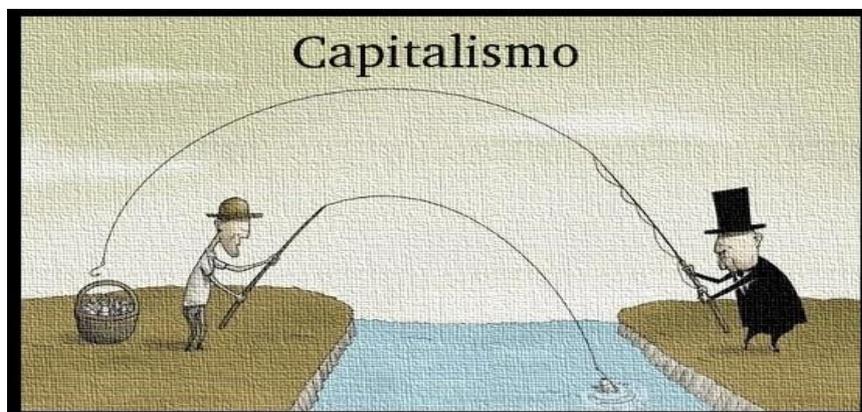
corporações mundiais. Por isso que, sob a atual fase do capitalismo, o domínio do trabalho é, mais do que nunca, domínio do tempo de trabalho. (MÉZÁROS, 2007, p. 414 apud ANTUNES, 2010, 2015).

A luta por garantias de direitos sociais e trabalhistas, além de ambientes de trabalho saudáveis, são exigências historicamente demandadas pelos trabalhadores no cenário brasileiro, onde os direitos da classe estão sob constante e abusiva exploração⁵.

Observa-se que no decorrer da história do capitalismo, a classe trabalhadora, para ter sua força de trabalho minimamente valorizada, entra num embate que envolve uma correlação de forças com a hegemonia dominante, para conquistar através de movimentos, lutas e pressões das organizações sindicais, para assim avançar na garantia de um valor mais próximo ao justo pela venda da sua força de trabalho.

A produção capitalista faz com que o trabalhador, através da venda de sua força de trabalho, exista para produzir riqueza, sendo que esta não é propiciada para atender às necessidades daqueles que a criam.

Figura 05



Fonte: <http://tudoemfoco/>

⁵ Karl Marx fez uma análise dialética sobre o tema, afirmou que o sistema capitalista representa a própria exploração do trabalhador por parte do dono dos meios de produção, na disputa desigual entre capital e proletário sempre o primeiro sai vencedor. (<https://mundoeducacao.bol.uol.com.br/geografia/maisvalia.htm>)

Segundo Iamamoto (2006), os agravos à saúde dos trabalhadores foram expressões da questão social decorrentes da acumulação capitalista e, portanto, protagonizada essencialmente, pela contradição capital/trabalho, e da riqueza social que, apesar de construída coletivamente, tem o seu controle e apropriação efetivada de modo individual

Portanto, para Iamamoto (2006, p.102), “as lutas político-reivindicatórias da classe trabalhadora”, no sentido de serem reconhecidas pelo poder dominante promovendo o direito e garantia de condições necessárias à sobrevivência, a princípio, vêm sendo atendidos através dos serviços sociais, sendo que o Estado disponibiliza determinados serviços sociais à população com o intuito de mantê-la sobre controle e assim garantir a reprodução dessa força de trabalho.

Para dar maior profundidade sobre esse ponto, nos reportamos à autora que de forma concisa escreve:

Assim como esses serviços têm sua justificativa histórica na desigualdade estrutural que permeia a sociedade de classes, têm, também, seus limites dados pelo próprio regime de produção, que, devido à sua natureza, permite ao máximo, a redução da exploração e não sua eliminação. A política social que orienta o aparato burocrático-legal que implementa os serviços sociais é estabelecida e controlada pelo poder do Estado, existindo, prioritariamente, para assegurar as condições básicas indispensáveis ao domínio do capital no conjunto da sociedade. [...] assim, as políticas “assistenciais” de “promoção social”, como se queira rotular, embora dirigidas à classe trabalhadora, interpretam os interesses dessa classe segundo a visão dos grupos que controlam o Estado. (IAMAMOTO, 2006, p. 103)

Ao realizarmos uma análise sobre a citação acima, vamos perceber que Iamamoto (2006), ao refletir sobre o sistema que incide via políticas sociais sobre a classe trabalhadora, clarifica a problemática que envolve e transforma a pobreza enquanto “problema social” em uma “questão sob controle” através da institucionalização dos serviços sociais pelo Estado e que, devido à natureza do próprio regime de produção, ele apenas permite a redução da exploração e não a eliminação da mesma.

A partir destas conformações é possível entender como e por que as enfermidades e doenças originadas por conta da atividade produtiva desde o

início o século XX foram reconhecidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).⁶

Sobre a OIT, é pertinente conhecer que no ano de 1998, esse organismo internacional, aprovou a Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho, além de prestar assessoria, pesquisa e estudo no Brasil.

[...]A Declaração estabelece quatro princípios fundamentais a que todos os membros da OIT estão sujeitos: liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; eliminação de todas as formas de trabalho forçado; abolição efetiva do trabalho infantil; eliminação de todas as formas de discriminação no emprego ou na ocupação.

[...]No Brasil, a OIT mantém representação desde 1950 [...] e presta executa projetos de cooperação técnica, com o fim de contribuir com os esforços nacionais para a eliminação do trabalho infantil e do trabalho escravo, o combate à discriminação e a promoção da igualdade, a promoção dos direitos das pessoas com deficiência e vivendo com HIV, a extensão dos mecanismos de proteção social aos trabalhadores da economia informal, a redução dos acidentes e doenças ocupacionais e o fortalecimento dos mecanismos e processos de diálogo social. (<https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>).

As enfermidades e doenças advindas da atividade laboral foram devidamente ratificadas nos artigos 7º e 200º da Constituição Federal do Brasil de 1988⁷, que trata e assegura, respectivamente, os direitos dos trabalhadores possuírem condições de melhorias sociais e a atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) de zelar e disponibilizar essa saúde.

Por ser o conceito de saúde muito abrangente, oferecendo margem para diversos entendimentos, o mais utilizado na literatura ficou conhecido a partir da determinação da Organização Mundial da Saúde (1948)⁸, que em sua constituição definiu o termo saúde como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidades”. (OMS, 1948).

⁶Fundada em 1919 com o objetivo de promover a justiça social, e ganhadora do Prêmio Nobel da Paz em 1969, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) é a única agência das Nações Unidas que tem estrutura tripartite, na qual representantes de governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores de 183 Estados-membros participam em situação de igualdade das diversas instâncias da Organização. (<https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>)

⁷A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CF/88, Art. 196).

⁸O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, [...]. (PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007).

Essa conceituação, entretanto, foi criticada por Dejours (1991), porque coloca a “saúde como algo inatingível ao pressupor como normalidade um estado em que as doenças estão estáveis”, para daí serem identificados os elementos essenciais ao conceito de saúde no equilíbrio interno do homem e deste com o meio ambiente pois,

[...] A própria compreensão de saúde tem também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação. [...] Não se pode compreender ou transformar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural. (<http://portal.mec.gov.br> p.65).

No Brasil, após a promulgação da CF/88 e com a implantação do SUS, a saúde passa a ser apreendida como um direito social e relacionada às condições de vida da população, abarcando também a saúde do trabalhador.

2.1 O TRABALHO E O TRABALHADOR NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

Segundo Faria (2004), “no decorrer da história do capitalismo as transformações na sociedade e nas relações de produção incorporaram múltiplas características e formas”, que se refletiram na saúde do trabalhador. Sabendo-se que o trabalhador, inserido na sociedade capitalista, está sujeito à vulnerabilidade e precarização nos mais variados contextos de trabalho, é de se pressupor que a saúde física e mental desse trabalhador também sofra os efeitos adversos dessa relação.

Christophe Dejours (2004), doutor e especialista em medicina do trabalho, ao publicar “Subjetividade, Trabalho e Ação” analisa que,

O trabalho não é apenas uma atividade; ele é também, uma forma de relação social, o que significa que ele se desdobra em um mundo humano caracterizado por relações de desigualdade, de poder e de dominação. Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo, perpassado pela luta para a dominação. Assim o real trabalho não é somente o real da tarefa, isto é, aquilo que, pela experiência do corpo a corpo com a matéria e com os objetos técnicos, se dá a conhecer ao sujeito pela sua resistência a ser dominado. Trabalhar é, também, fazer a experiência da resistência

do mundo social; e, mais precisamente, das relações sociais, no que se refere ao desenvolvimento da inteligência e da subjetividade. O real trabalho, não é somente o real do mundo objetivo; ele é, também, o real do mundo social. (DEJOURS, 2004, p.31).

Nessa perspectiva, deve-se entender o trabalho como um dos elementos basilares que, ao ser relacionado com outros elementos da vida, a exemplo do social, financeiro, físico, determina e demanda que o bem-estar físico, mental e laboral desse trabalhador, esteja em sincronia com a realização e o sentido do seu trabalho. Contudo, a depender de como se dá a construção da sua subjetividade⁹, alguns trabalhadores poderão vir a apresentar ou não os reflexos negativos de sofrimento no trabalho.

Vale ressaltar que Mendes & Morrone (2002), problematizam o assunto da seguinte maneira:

[...] o trabalho é caracterizado como fonte de prazer e sofrimento, e estas vivências é que dão sentido a este trabalho. Desta forma o sofrimento mobiliza o trabalhador na busca da saúde. As vivências de sofrimento estão associadas à divisão e padronização das tarefas, à subutilização do potencial técnico e da criatividade, à rigidez hierárquica, à falta de participação nas decisões e de reconhecimento profissional, às ingerências políticas, à centralização de informações, à pouca perspectiva de crescimento profissional e ao individualismo entre os colegas. (MENDES & MORRONE, 2002, apud GONÇALVES, 2014, p. 25).

Ao considerarmos as consequências, sobretudo no que tange a precarização e aos impactos no cuidado com a saúde no ambiente laboral, é possível determinar uma relação de troca entre as condições de trabalho e o envolvimento da saúde física e mental e o bem-estar social ensejando, assim, a necessidade de enfrentamento desse desafio à saúde do trabalhador.

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados. (BRASIL, PNSST, p. 8)

⁹ Subjetividade “É um modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação aos demais.” ([Http://redehumanizaus.net/61413-o-processo-de-trabalho-em-sauderesumo/](http://redehumanizaus.net/61413-o-processo-de-trabalho-em-sauderesumo/)).

O mundo do trabalho e as implicações da precarização sobre a saúde do trabalhador é um campo permeado de informações e contradições. As questões de saúde do trabalhador, no cenário e condições de vida material e social do mundo do trabalho, requerem que se reflita acerca da relação trabalho-saúde-doença na sociedade capitalista.

Definindo o trabalho sob essa perspectiva, Antunes (2005), analisa-o como sendo,

[...] o momento fundante da sociabilidade humana como ponto de partida do processo de seu processo de humanização, pode afirmar também que na sociedade capitalista, o trabalho se torna assalariado, assumindo a forma de trabalho alienado. Aquilo que era finalidade básica do ser social – a busca de sua realização produtiva e reprodutiva no e pelo trabalho se converte em meio de subsistência e a força do trabalho se torna, como tudo, uma mercadoria especial, cuja finalidade vem a ser a criação de novas mercadorias objetivando a valorização do capital. (ANTUNES, 2005, p.69)

As mudanças e exigências dos processos produtivos, os efeitos da incorporação de novos instrumentos de trabalho e a precarização resultante, pode ser traduzida em fatores de riscos e agravos à saúde. Esses fatores são determinados pelas condições nas quais esse trabalho é realizado, podendo o mesmo, levar ou não à autorrealização e ao aumento ou não da autoestima, o que, segundo Martinho (2015), emerge a partir do momento em que,

[...] o trabalho representa o processo de humanização dos indivíduos, destacando-se daí a sua importância na vida desses, podemos defender que um trabalho que desumaniza, desestrutura e causa sofrimento, conseqüentemente levará esse trabalhador ao adoecimento físico e/ou mental [...]. (MARTINHO, 2015, p.06).

Considerando essa diversidade de análises sobre o trabalho na sociedade capitalista e suas repercussões sobre a saúde do ser humano, julgamos que a princípio se faz necessário compreender sua evolução na história da humanidade bem como situar e conceituar o termo historicamente.

3 TRABALHO EM SAÚDE

Inerente ao trabalho em saúde, as relações interpessoais entre o usuário e o trabalhador de saúde demandam uma compreensão e um contato

prologando com o sofrimento e o adoecer do ser humano. Agregado a isso, a modernidade trouxe consigo novas condições, ambiente e organização do trabalho que geram precarização, vulnerabilidade e agravos e riscos à saúde desse trabalhador.

Nesse contexto, entendendo que é na esfera de gestão e organização do trabalho, onde podemos identificar os mais variados determinantes do processo de adoecimento e sofrimento do trabalhador e ao centrarmos na realidade dos serviços de saúde brasileiro, a pergunta que não cala é: analisando a relação trabalho-saúde-doença a partir da precarização do trabalho, como essa precarização provoca riscos e agravos à saúde dos mesmos?

Ao analisar e identificar os aspectos principais do trabalho em saúde, Nogueira (1994), descreveu-o como “o conjunto de funções e atividades que se realizam nos estabelecimentos de saúde”, e sendo assim possui características similares com outros trabalhos, ou seja, em síntese é um serviço que se realiza sobre pessoas e, para tanto, demanda o estabelecimento de um vínculo relacional de dependência e confiança entre as partes envolvidas, para que esse serviço se objective.

Entender o conceito de trabalho em saúde é compreender que dentro desse contexto, existem diversos setores exercendo articulações e relações (ex.: tecnologias¹⁰, remédios, hospitais e profissionais especializados) em conjunto com o objetivo de proporcionar qualidade de vida para o usuário de seus serviços.

De acordo com a CF/88, a saúde é um direito e como tal, entende-se que o trabalho em saúde tem por objetivo as ações do cuidado e da defesa da vida, tanto no plano individual, quanto no coletivo.

Nesse sentido, é permitido entender que o conjunto dos trabalhadores da saúde vai além do universo de funções e atividades desenvolvidas nos estabelecimentos. Sendo assim, à medida em que analisamos o conceito ampliado de saúde demandado pelo conjunto de trabalhadores, a conclusão que

¹⁰[...] outras tecnologias de saúde que não dependem tanto de equipamentos, mas dos saberes próprios das várias profissões de saúde[...]saber fazer, saber diagnosticar, saber prescrever, saber cuidar, [...]. Mas há outra tecnologia de saúde mais imaterial ainda, que é aquela tecnologia da escuta, da produção de formas singulares de cuidado, aquela que se dá no encontro do profissional com cada usuário, a partir das necessidades que apresenta naquele momento singular de sua vida. (OLIVEIRA, LACAZ, 2012, p.17).

se chega é que esta também resulta das condições de habitação, educação, alimentação, meio-ambiente, trabalho, lazer dentre outras formas de organização social e que não necessariamente será disponibilizada em um hospital, clínica ou qualquer instituição similar.

[...] o modo de organizar socialmente as ações de saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta às necessidades, mas imediatamente, “contexto instaurador de necessidades” [...] Instaurar necessidades com base na produção de serviços significa também criar valores quanto ao “cardápio” das necessidades ou padrão de necessidades na sociedade, quanto aos seus conteúdos e quanto aos critérios em que podemos agrupá-las, como conjunto. Esse processo se dá por meio do valor que atribuímos à satisfação das necessidades na sociedade, o que reiteramos através de seu consumo sistemático [...]. (SCHRAIBER, MENDES-GONÇALVES, 1996, p. 29-30)

Fica assim evidenciado que, para esses autores, o objetivo do trabalho em saúde possui duas dimensões distintas, seja como uma ação produtiva ou como interação social que permite interpretar o trabalho e as práticas de saúde como sendo aquelas que visam atender e intervir nas necessidades de saúde do ser humano.

Mendes Gonçalves (1992), ao analisar a aplicação da teoria marxista do trabalho no campo da saúde afirma que a saúde (objeto) é um tipo de trabalho (necessita ser transformado em algo pensado- teleologia) e, como tal, demanda uso de instrumentos e força de trabalho. Porém, por estar inserido na sociedade capitalista, a disponibilização desse trabalho se manifesta de forma desigual. Para o autor, o trabalho em saúde existe por um lado para controlar a ocorrência das doenças (Modelo Epidemiológico) e por outro para recuperar a força de trabalho (Modelo Clínico).

Oliveira & Lacaz (2012), definem o trabalho em saúde em uma única palavra: “cuidar”, pois sendo a saúde necessária ao ser humano, conseqüentemente as necessidades de saúde são:

[...]social e historicamente construídas, isso é, não há necessidades de saúde universais, que existiram desde sempre e do mesmo modo. Cada época e cada sociedade produzem suas necessidades, tendo em vista, entre outras coisas, as próprias possibilidades de reconhecê-las, ou seja, nomeá-las como necessidades e, como desdobramento, atendê-las. (OLIVEIRA, LACAZ, 2012, p. 11)

Seguindo essa linha de raciocínio, complementam analisando a dimensão do cuidado produzido pelo trabalho em saúde como indispensável a todo ser humano e sem a qual esse trabalho não poderia ser exercido. Portanto, para os referidos autores,

O trabalho em saúde produz o cuidado que as pessoas necessitam em algum momento da vida'. Como já foi dito, cuidar, diminuir sofrimento, salvar vidas, contribuir na construção de uma vida produtiva e feliz funciona como o 'cimento simbólico' das organizações de saúde. Independentemente de estarmos trabalhando em uma organização muito complexa como um hospital de ensino, ou atuando em uma equipe de saúde da família, o que nos dá a identidade de trabalhadores de saúde é o fato de que, de um modo ou de outro, nosso trabalho resulta em cuidado.

[...] o trabalho em saúde se realiza em múltiplas dimensões, cada uma delas com seus atores, suas lógicas, seus interesses, mas sempre interligadas. O trabalho em saúde não pode ser realizado plenamente sem levar em conta a interpenetração de todas essas dimensões. (OLIVEIRA, LACAZ, 2012, p.7-11).

Trazendo também outros elementos para a discussão sobre o trabalho em saúde, Oliveira e Lacaz (2012, p.31-32), ainda refletem que é oportuno salientar que as profundas transformações pelas quais o processo de especialização e fragmentação das práticas profissionais vêm produzindo desde a segunda metade do século XX, resultaram em uma crescente divisão técnica e social, além de colocar novas e complexas tarefas para a execução deste trabalho.

Uma outra alteração destacada por Oliveira e Lacaz (2012), é uma crítica ao crescimento contínuo da institucionalização das entidades públicas de saúde para a gestão privada, o que segundo os autores gera mais precarização das relações de trabalho, cujo impacto é substancial e significativo para a autonomia dos trabalhadores de saúde. Desse modo, "realiza-se em organizações formais, colocando para os mesmos, o desafio de buscar elementos teóricos que possibilitem uma melhor compreensão dos 'cenários' onde se dá o trabalho em saúde". (OLIVEIRA, LACAZ, 2012, p.38).

Sendo assim, conforme descrito por esses estudiosos, para o trabalho em saúde ser realizado depende, de uma rede ampla de atores e serviços onde,

A gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de

sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. (OLIVEIRA, LACAZ, 2012, p.24).

O Trabalho em Saúde é um sistema complexo, que abrange diferentes profissões e que, para suprir as necessidades de saúde, dependem uma das outras pois é um trabalho coletivo e, como tal, implica em um compromisso com o atendimento de necessidades e interesses dos usuários de saúde.

Chiavegato Filho & Navarro (2012, p.68), analisam que o processo de trabalho em saúde é “caracterizado pela geração de produtos não materiais e menos suscetíveis à racionalização técnica e organizacional. Sua função social é determinada pela manutenção das condições normais de saúde”.

O trabalho em saúde, além da técnica, baseada no saber acumulado previamente, é necessária uma reflexão sobre o contexto singular em que a ação se desenvolve, considerando-se os outros sujeitos envolvidos, valores, significados, condições históricas, etc. (CAMPOS (2010), APUD CHIAVEGATO FILHO, NAVARRO, 2012, p. 73).

Especificamente na área da saúde, Chiavegato Filho & Navarro (2012), destacam a forma como a precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde “[...] tem sido crescente e que implicam em contratos precários, terceirização, sobrecarga, flexibilização da jornada de trabalho e o avanço da ideologia gerencialista nas formas como este trabalho é organizado [...]”.

Para Nogueira-Martins (2001), o entendimento é que:

[...] entre as profissões de saúde, o trabalho do médico é o que tem sido mais estudado tanto do ponto de vista psicológico como sociológico. Vale aduzir também que, embora conservando características próprias de cada profissão, vários aspectos da atividade profissional em saúde são compartilhados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos; no que diz respeito à saúde ocupacional, por exemplo sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar é comum a todos esses profissionais. (NOGUEIRA-MARTINS, 2001, p. 59).

Nogueira-Martins (2001), completa sua análise discorrendo sobre as semelhanças e diferenças entre as especificidades profissionais em saúde que, predominantemente são constituídas por trabalhadoras, a exemplo do Serviço Social, Enfermagem, Psicologia dentre outras profissões, conforme estão

listadas na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹¹, instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde – SUS - de caráter permanente e deliberativo, que tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde.

Sendo assim, estão sujeitas a maior precarização, vulnerabilidade, preconceitos e outras opressões.

Concordam os autores, que as mudanças ocorridas ao longo do tempo no mundo do trabalho possibilitaram importantes mudanças na vida das pessoas, inclusive resultando em precarização entendida como “processo social constituído pela ampliação e institucionalização da instabilidade e da insegurança”, que contingenciou o trabalho às necessidades do mercado (Mony & Druck, 2007, p. 30), que por seu turno, se reverteram em formas de desumanização do trabalho.

Essas transformações que ocorrem nos ambientes, nas condições de organização e estruturação do trabalho, contribuíram para o desenvolvimento de problemas de saúde, que trazem consequências danosas no perfil de morbimortalidade, notificações dos agravos relacionados à saúde do trabalhador e aumento de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, a exemplo das lesões por esforço repetitivo e do adoecimento mental.

Deve-se observar, por conseguinte, que a precarização é um processo que abrange diversos aspectos da vida do trabalhador dentro e fora do seu ambiente laboral.

Os processos de dominação impostos de modo engenhoso pela hegemonia neoliberal, persistem e se unificam pelo sentido de perda de direitos que afeta, desestabiliza e vulnerabiliza as dimensões da vida social, familiar, intergeracional, dentre outras. Além do que, segundo Mattoso (1995), Pires, (1998), contribuem para o aumento das dificuldades de representação e atuação sindical, o que deixa a classe trabalhadora ainda mais desprotegida e subjugada ao poder dominante.

¹¹ O CNS é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde. (<http://conselho.saude.gov.br>)

Conforme citado por Chiavegato Filho & Navarro (2012, p. 76, 77), o Ministério da Saúde visando responder aos problemas existentes no âmbito do trabalho e do trabalhador de saúde, desde 2003, oferece alguns programas a exemplo do Humaniza SUS, do Política Nacional de Educação Permanente em Saúde entre outros, tendo em vista a desprecarização do trabalho em saúde e objetivando pôr em prática uma política que valorize o trabalhador da saúde, através da transformação das práticas e do incentivo à participação ativa desses profissionais na gestão dos serviços.

O trabalho em saúde tem por finalidade cuidar do usuário e das suas necessidades de saúde. Para atender essa demanda, o trabalhador de saúde, que é o sujeito desse trabalho, carece de uma pactuação entre os diversos profissionais de saúde e, segundo Merhy & Franco (2005) permite que:

[...]desse modo o trabalho de um depende do trabalho do outro, dessa troca, deste empréstimo onde a pactuação do processo de trabalho a cena na qual é definido o modelo tecnológico de produção da saúde é permeada por sujeitos com capacidade de operar pactuações entre si. (Merhy e Franco, 2005, p. 78).

Nesta realidade, os trabalhadores de saúde inseridos em processos de trabalho organizado e geridos pelo capital (processo de produção para obtenção de lucro por meio do aumento da produtividade e exploração da mais-valia) e do Estado (através da reestruturação produtiva do trabalho resultante do projeto político neoliberal que desregulamenta, liberaliza, privatiza), acabam não atuando efetivamente para promover a proteção social ao trabalho.

A quantidade de modalidades e vínculos empregatícios concorrem para aumentar a precarização do trabalho, as relações interpessoais, além do contato prolongado com o sofrimento humano, mostram que os trabalhadores de saúde tendem mais favoravelmente a serem acometidos por problemas tanto físicos, quanto psicológico-afetivos, vindo a adoecer por vários fatores relacionados ao trabalho.

Lacaz (2000), ao considerar as dimensões da organização do trabalho em saúde, ensina que a relevância das micro e macro políticas para a saúde do trabalhador de saúde deve considerar:

[...] a questão da hierarquia, da autonomia de decisão, da responsabilidade, da sobrecarga e das relações de poder dentro da equipe que podem ou não propiciar o surgimento de relações intersubjetivas protetoras ou nocivas à saúde desses trabalhadores, o que se expressaria no alcance da qualidade de vida no trabalho ou não [...]. [...] atingidos, prevalece o adoecimento relacionado à esfera mental, às doenças cardiocirculatórias, psicossomáticas e gastroclicas, cuja causalidade é mais complexa e de difícil determinação; ao lado de agravos relacionados ao esforço e à postura como lombalgias, varizes, além dos acidentes do trabalho com instrumentos perfurocortantes. (LACAZ, 2000, p. 58-59).

O bem-estar físico e psíquico do trabalhador de saúde, pressupõe a análise das condições, fatores e riscos físicos, organizacionais, sociais e psicológicas a que estão submetidos no dia-a-dia de trabalho.

No contexto atual em que a competitividade e a flexibilidade repercutem sobre a vida do trabalhador ampliando os agravos, as doenças e a morbimortalidade relacionadas ao trabalho, a construção de práticas voltadas para a atenção à saúde do trabalhador exige uma abordagem interdisciplinar, para a apreensão de novos referenciais em saúde e trabalho.

3.1 A HISTÓRIA DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Visando consubstanciar e entender a história da saúde do trabalhador brasileiro, torna-se relevante primeiramente contextualizá-la, atentando para a relação entre o ato de trabalhar e o processo de adoecimento que marca a classe trabalhadora de modo geral e global.

Inicialmente, na Idade Média, as epidemias assolavam os trabalhadores e a partir do século XVI, com o surgimento do mercantilismo, a questão e os problemas relacionados à saúde do trabalhador ficaram mais evidenciados e terminam por se consolidarem como campo específico da saúde no momento em que se dá a Revolução Industrial.

A partir da Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra no século 18, ocorreram mudanças nas relações de trabalho e produção, surgindo uma classe trabalhadora – os proletários – que passará a ser explorada, inclusive, com a cooptação da força de trabalho de mulheres e crianças por uma burguesia industrial, representada pelos donos das fábricas. (<http://www.fetecpr.org.br/historia-e-saude-do-trabalhador>).

A história do trabalho no Brasil baseado no modelo de produção assalariado surge no final do século XIX, durante o período da industrialização e da crescente migração e imigração interna e externa, pós abolição. (www.ipea.gov.br).

As últimas décadas do século XIX marcam a inserção das economias latino-americanas numa inédita divisão internacional do trabalho [...]. A Abolição e a paulatina implantação do trabalho assalariado, a partir de 1888, consolidam a dinâmica capitalista na economia, [...].

Tais fatores vão se irradiando pela base produtiva brasileira, fazendo com que parte da oligarquia agrária se transforme numa incipiente burguesia, estabelecendo novas relações sociais e mudando desde as características do mercado de trabalho, até o funcionamento do Estado. Para esta economia, a escravidão era uma relação social obsoleta.

O novo padrão de acumulação daí advindo abala o que resta da economia colonial, com suas características internas – latifúndio e escravidão –, e o país se adapta ao livre mercado concorrencial, no qual o setor exportador de produtos primários é a fonte do dinamismo econômico.

Estavam dadas as condições para o início de nosso primeiro surto industrializantes, após a proclamação da República. (www.ipea.gov.br).

O processo de produção capitalista, que precariza e exaure o trabalhador, trouxe consequências nocivas, como o acometimento de acidentes e doenças decorrentes da atividade laboral exercida. Em face a esse processo de adoecimento, se demandou uma efetivação de ações e políticas sociais extensivas a toda a classe trabalhadora.

Para atender a essa totalidade heterogênea que configura o universo dos trabalhadores, fez-se necessário construir conhecimento, engajamento e instrumentos para garantir direitos que lhes eram subtraídos. Para tanto, a classe trabalhadora se une individual e coletivamente para construção, defesa e garantia daquilo que lhes foi negado.

[...] não por coincidência, também representa o surgimento das grandes organizações sindicais dos trabalhadores, entidades que fizeram da superação destas más condições de trabalho uma bandeira de luta permanente. A luta pela jornada de oito horas de trabalho, pelo descanso semanal remunerado, férias, salubridade nas fábricas, foi na verdade uma luta pela qualidade de vida, não um simples embate econômico por melhores salários. Foi a mobilização dos trabalhadores em seus sindicatos que fez com que surgissem os direitos sociais e coletivos, que marcaram o século XX e são, hoje, alvo de furiosos ataques de governos e empresários. Quando pensamos na proposta atual da OIT de um “trabalho decente” e voltamos às antigas bandeiras do século XIX percebemos o quanto o capitalismo despreza a condição humana. (<http://www.fetecpr.org.br/historia-e-saude-do-trabalhador>).

Diante desse cenário, é de amplo conhecimento que o trabalhador assalariado, até o final do século XIX, não tinha garantias ou direitos que o amparasse contra as péssimas condições dos ambientes de trabalho. Os problemas de saúde, acidentes de trabalho, mortes e doenças ocupacionais devido à falta de higienização desses ambientes eram uma realidade recorrente e, “[...] a luta pela saúde, nesta época, identifica-se com a luta pela sobrevivência: viver para o operário é não morrer”. (DEJOURS, 2007, p.14).

A partir da reflexão de Dejours (2007), é possível perceber que o cenário de precarização das condições de trabalho já indicava uma profunda correlação entre o local de trabalho e a saúde dos trabalhadores.

Com o decorrer dos tempos, esta condição se agravou, a saúde do trabalhador no seu ambiente laboral permaneceu inalterada e sem ter lugar de destaque ou centralidade para o capitalista, exceto quando a mesma passa a afetar a produção e os lucros, o que resultaria na inviabilidade da sobrevivência e reprodução do próprio processo.

Mendes & Dias (1991), analisam essa proposição colocando que o olhar sobre a saúde do trabalhador representa apenas mais um modo de controlar e expropriar a força de trabalho e garantir sua reprodução pois,

Desde a Revolução Industrial tornou-se mais evidente a relação entre o trabalho e o processo saúde/doença, comprometendo a própria reprodução da força de trabalho. Em função disso, a medicina do trabalho surgiu na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, focada na atuação do médico, no espaço das fábricas, visando, principalmente, o controle e a recuperação da saúde do trabalhador, de modo a garantir o seu retorno, o mais imediatamente possível, à linha de produção (MENDES., DIAS, 1991, p. 8).

Nesse contexto de adoecimentos e mortes decorrentes da relação complexa existente entre o rebatimento que o trabalho produzia sobre a saúde do trabalhador, as medidas propostas à época, visando solucionar a questão, mostravam-se insuficientes para garantir uma condição de controle e recuperação da saúde desses trabalhadores.

A preocupação com a produção, o absenteísmo do trabalhador e perdas econômicas levou à intervenção dos governos nas fábricas. A figura dos médicos em fábricas surge no início do século XIX, assim como as primeiras leis de saúde pública que marcadamente

abordavam a questão saúde dos trabalhadores, como a Act Factory em 1833. (trecho retirado da IV Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, 2014).¹²

Somente a partir da segunda metade do século XX, através do movimento operário italiano, que foi pioneiro na participação dos trabalhadores nas questões relativas à saúde e à segurança no trabalho, que, segundo Minayo (1997, p. 25), “passou a se constituir num novo modelo chamado Saúde do Trabalhador”.

Figura 06



Fonte: issuu.com

Para Mendes & Dias (1991), a análise da temática Saúde do Trabalhador envolve um entendimento mais complexo da relação trabalho saúde-doença, na medida em que,

Nessa trajetória, a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo casual entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho e tenta supera o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade. (MENDES, DIAS, 1991, p.347).

As autoras entendem que é necessário compreender o trabalhador como indivíduo e responder o que significa esse trabalho para ele, para então, entender como os fatores do ambiente laboral interferem na sua saúde. A

¹²O Ministério da Saúde, através da [Portaria Nº 2.808, de 20 de novembro de 2013](#), convocou a Quarta Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tendo como tema central: Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Direito de Todos e Todas e Dever do Estado realizada no período de 15 a 18 de dezembro de 2014. Fragmento retirado do texto relacionado com a IV Conferência Estadual de Saúde, etapa macrorregional.

compreensão desse processo se faz necessária para que se possa desenvolver alternativas que não submetam os trabalhadores a um processo que inviabilize a sobrevivência.

A intensificação da troca da vida rural pela urbana, as péssimas e precárias condições de trabalho e moradia nas cidades denotavam a precariedade e desprovisionamento das mínimas condições sanitárias, motivos que contribuíram gradual e sistematicamente para a proliferação das doenças e epidemias no seio da classe trabalhadora.

O ambiente e o processo de relação entre trabalho-saúde-doença no decorrer da história brasileira têm sua origem resultante de um processo desumano de exploração da força de trabalho à época, quando a classe também era privada de proteção e direitos sociais e trabalhistas por parte de quem detinha os meios de produção: a classe burguesa, possuidora e detentora do poder econômico.

É de suma importância enfatizar que ocorria no Brasil, do mesmo modo que em outras partes do mundo, o descaso e invisibilidade que a precarização dos ambientes laboral ocupava no cenário do trabalho. As primeiras interferências do Estado só ocorreram no momento em que as perdas econômicas e a queda na produção passaram a interferir na obtenção de lucros devido ao absenteísmo provocado pelas doenças decorrentes desse desinteresse.

No início do século XX, é que surgem os primeiros benefícios previdenciários para alguns trabalhadores formais. Contudo, mediante pagamento de uma contribuição mensal na forma de seguro social que o ampararia, em caso de acidente ou doença, estaria assim tal trabalhador em condições de prover sua subsistência em um momento de necessidade. (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p.106-111).

Os primeiros serviços médicos nas empresas foram iniciados a partir do momento em que as expressões da questão social começaram a ganhar visibilidade, através da precarização da força de trabalho e da precariedade da saúde e dos ambientes de trabalho, que comprometia a qualidade de vida do trabalhador.

O modo de produção capitalista, ao ser confrontado com os tratamentos dados aos agravos à saúde do trabalhador e enquanto expressões da questão

social, busca por soluções para essas desigualdades. Nesse sentido, a mediação do Estado é de extrema importância tendo em vista que:

Foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública. Ela passa a exigir a interferência do Estado no reconhecimento e a legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos, consubstanciados nas políticas e nos serviços sociais[...]. (IAMAMOTO, 2013, p. 331)

Diante do cenário destrutivo que lhes era apresentado, esses trabalhadores partiram para o enfrentamento, através das lutas e movimentos reivindicatórios, que certamente despertaram no empresariado a preocupação de como o não cuidado com a saúde dos seus trabalhadores comprometeria todo o processo de produção, resultando em baixa lucratividade.

Esse entendimento segundo Nobre, Pena e Batista (2011), ocorre na medida em que,

[...] a relação trabalho-saúde até a constituição da saúde do trabalhador como objeto de políticas públicas e sua institucionalização como campo da saúde pública compreende uma história de muitas lutas, sofrimentos e conquistas, cujos principais protagonistas são os próprios trabalhadores. (NOBRE, PENA, BAPTISTA, 2011, p. 11).

No Brasil, segundo dados da Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região (Vol. 45, n. 75 (jan./jun. 2007), os projetos para implantação de legislação fundamentada na proteção à exposição dos trabalhadores aos riscos inerentes à atividade exercida no trabalho, iniciou-se em 1904. Somente a partir de 1910, com o Decreto Legislativo nº 3.754 de 15 de janeiro de 1919, é que surgiram as legislações mais relevantes. Tal lei foi a primeira no Brasil a tratar dos acidentes de trabalho, unicamente aqueles decorrentes da atividade laboral sem intervir nas relações de trabalho,

Trinta e cinco anos mais tarde é acolhido o Decreto Federal nº 24.637 de 10 de julho de 1934, segunda lei sobre acidentes de trabalho, que considera os sindicatos como instituições assistencialistas e não reivindicatórias e é atribuído ao Ministério de Trabalho Indústria e Comércio, a competência para listar as doenças relacionadas a acidentes de trabalho.

Após algum tempo surge o Decreto nº 7.036 de 10 de novembro de 1946, onde foi ampliado o conceito de risco laboral com responsabilização do

empregador perante o empregado e inicia-se a estatização dos seguros de acidentes de trabalho e a obrigação do empregador de disponibilizar ao empregado o máximo de segurança e higiene no trabalho, sob pena de punição. Nas Constituições Federais de 1946 e 1967, a saúde do trabalhador como um direito social é percebida apenas como medidas de higiene e segurança do trabalho.

A expansão do capitalismo impôs para o trabalhador uma subjugação à lógica do capital assim como a ambientes e relações de trabalho prejudiciais à saúde no trabalho. A partir do Movimento pela Reforma Sanitária, a influência desse modelo propiciou que as questões da saúde no trabalho fossem trazidas para o ideário da saúde pública.

Atualmente esse formato político e normativo da designação saúde do trabalhador, segundo Nobre, Baptista, Pena (2011), necessita de uma apropriação adequada pois,

Para a incorporação da concepção de saúde do trabalhador na prática cotidiana dos serviços de saúde e nos ambientes de trabalho, tem sido necessário enfrentar a oposição dos interesses econômicos aí envolvidos e a predominância da cultura da medicina do trabalho. [...] No Brasil, a construção da saúde do trabalhador se deu no contexto do processo de redemocratização do país e ganhou repercussão no âmbito do movimento da reforma sanitária que trouxe novos parâmetros para a Política de saúde, explicitados como princípios e atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988. (NOBRE, PENA, BAPTISTA, 2011, p. 12).

Problematizar a questão saúde do trabalhador como saúde pública e coloca-la no âmbito do direito de todos e dever do Estado, denota que se faz necessário pensar em como a saúde do trabalhador historicamente foi entendida sob a ótica do Direito do Trabalho¹³, na medida em que, era tratada:

[...] devido a uma longa tradição histórica, a saúde do trabalhador sempre foi vista – inclusive por sindicatos – como um direito trabalhista, uma ação de segurança individual ou coletiva (quando relacionada ao processo produtivo) e não como um direito social. (www.cut.org.br).

¹³ [...] os ambientes de trabalho e a saúde do trabalhador eram à época competência exclusiva do direito de trabalho consolidado, cujas normas de segurança e medicina de trabalho estabelecidas pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (Brasil, 1943) eram fiscalizadas pela União, através do Ministério do Trabalho. (RESCHKE, 1996, SANTOS, 2000, apud BAHIA, 2002).

A área da saúde do trabalhador na atualidade compreende a relação entre a saúde e as práticas de trabalho e as relações dela decorrentes como fatores determinantes no processo saúde-doença. Mendes & Wünsch (2011), definem saúde do trabalhador no cenário da sociedade capitalista atual como sendo,

[...]um processo dinâmico, social, político e econômico, que envolve diferentes manifestações de agravos relacionados aos processos de trabalho e aos processos sociais e que requer a articulação de um conjunto de conhecimentos e intervenções que possam incidir sobre as condições efetivas do processo de saúde-doença e de proteção social. (MENDES, WÜNSCH, 2011, p. 474).

Para estas autoras, as diferentes formas de precarização do trabalho assim como o crescimento dos acidentes e adoecimento, além da necessidade resultante do trabalho exercido, são marcas históricas que apontam para a sociedade o lugar em que o fenômeno do adoecimento laboral representa, enquanto produto das relações sociais da sociedade capitalista.

A inserção de ações de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), objetiva a construção de uma atenção diferenciada, na medida em que representa uma “[...] expressão de luta organizada dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho e da ação de tutela da saúde dos cidadãos pelo Estado” (Dias & Hoefel, 2005, p. 820). A década de 1990 revelou-se como sendo a que trouxe a consolidação das ações no campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, com ações mais pontuais.

A Constituição Federal de 1988 incorporou em seu texto o direito social à saúde, quando estabeleceu no Art. 196 que tal direito básico deverá ser garantido não somente visando a redução do risco de doenças e agravos, mas também como direito de acesso universal, que abarque também a sua promoção, proteção e recuperação.

As ações de Saúde do Trabalhador na rede pública brasileira foram institucionalizadas pela Constituição Federal de 1988 e se fundamentam nos princípios do SUS, sendo regulamentadas pela LOS nº 8080/90 (Art. 6º parágrafo 3º). Em outros termos a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), segundo Portaria Nº 2.728/2009, [...] deverá ser implementada de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretárias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com envolvimento de órgãos de outros setores dessas esferas [...]. (MARTINHO, 2015, p. 7).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída pela Portaria nº 1.679 de 19 de setembro de 2002, está organizada como rede nacional de informação e práticas de saúde. Atua através de:

[...] ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar e sob o controle social, nos três níveis de gestão do SUS. (DIAS, HOEFEL, 2005, p.817).

A Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador requer ações que visem a promoção e prevenção de riscos e agravos relacionados à saúde, a partir de realidades concretas, observando que “[...] a compreensão do processo que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações Trabalho-Saúde-Doença e da centralidade do trabalho na vida das pessoas”. (DIAS, HOEFEL, 2005, p. 822).

Sendo assim, ao retirar o assunto Saúde do Trabalhador da esfera do Direito do Trabalho¹⁴ e transferir seu normativo legal para o Direito Sanitário¹⁵, é colocado o devido entendimento de que a saúde é um direito extensivo a todos e não apenas objeto para ser negociado entre empregador e empregado, visto que o direito à saúde é garantido integralmente na CF/88 a todos, trabalhadores ou não.

Costa et al (2013), apresenta seu ponto de vista sobre essa normatização entendendo que a mesma se desenvolve como forma de estar,

[...] materializada a manutenção da “queda de braço” entre Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde no tocante às ações de Vigilância dos processos de trabalho, com claro favorecimento do setor Trabalho neste aspecto, enquanto ao setor Saúde restou a tímida posição de “fortalecimento das ações de vigilância. (COSTA ET AL, 2013, nº 127).

¹⁴ [...]Cabe ao Ministério do Trabalho e Emprego: a) formular e propor as diretrizes da inspeção do trabalho, bem como supervisionar e coordenar a execução das atividades relacionadas com a inspeção dos ambientes de trabalho e respectivas condições de trabalho; (COSTA ET AL, 2013, nº 127).

¹⁵ [...]Cabe ao Ministério da Saúde: a) fomentar a estruturação da atenção integral à saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis, o fortalecimento da vigilância de ambientes, processos e agravos relacionados ao trabalho, a assistência integral à saúde dos trabalhadores, reabilitação física e psicossocial e a adequação e ampliação da capacidade institucional; [...]”. (COSTA ET AL, 2013, nº 127).

Alguns autores, a exemplo de Delduque (2009), consideram que, para se dar a devida atenção ao conceituar saúde do trabalhador, deverá existir o envolvimento de determinados fatores, haja vista que essa saúde necessita ser entendida como:

[...] objeto da proteção jurídica segue essa evolução conceitual. Proteger à saúde, juridicamente, deve corresponder à proteção estatal de todos os cuidados necessários para garantir a saúde da população, por meio de ações, serviços e intervenções tanto de caráter preventivo quanto curativo.

[...] A saúde é designada como um bem jurídico, um direito fundamental social na Constituição Federal de 1988, pois se entende a dignidade como um dos fundamentos do Estado.

[...] Como citado na Constituição Federal de 1988: “a redução de risco de doença e de outros agravos” é um dos objetivos presentes no direito à saúde dos cidadãos brasileiros, o que envolve o conceito de vigilância sanitária disposto na lei supracitada, em seu artigo 6º, § 1º “Um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. (DELDUQUE, 2009, p. 10)

A precariedade da situação dos trabalhadores fomentou no Brasil uma onda de movimentos operários, como já ocorria em outros países industrializados no mundo, o que ensejou a adoção de uma legislação trabalhista que levou o Estado a inserir a saúde do trabalhador na Constituição Federal de 1988, como um dos elementos da Seguridade Social.

A Constituição da República Federativa do Brasil, tradutora dos ideais da reforma sanitária, gerados nos anos que antecederam a Assembleia Nacional Constituinte, converteu em epicentro do arcabouço jurídico brasileiro os direitos fundamentais e declarou a saúde um direito fundamental a realizar-se pelo Estado por intermédio da adoção de políticas públicas. Assim, o texto constitucional estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como a mais importante política pública para a área da saúde e conferiu prioridade ao dever de ação em saúde por parte do poder público. Para garantir o direito à saúde, portanto, o Estado brasileiro deve formular e implementar políticas públicas e prestar serviços públicos, contínuos e articulados, que garantam o acesso universal, igualitário e integral às ações e serviços de saúde, em todos os níveis de complexidade. (DELDUQUE, 2009, p.10).

É de conhecimento que até os dias atuais, a exploração do trabalho pelo capital continua sendo um solo fértil para lutas revestidas simbolicamente na figura das greves e/ou paralisações pelo direito de os trabalhadores acessarem e garantirem melhores condições de trabalho e saúde.

Os problemas decorrentes das mudanças dos processos e precarização do trabalho acarretam novos desafios aos trabalhadores, profissionais da saúde, e também para as organizações públicas ou privadas, no sentido de estimular formas de enfrentamento e incentivo para a promoção, proteção, prevenção, atenção e redução das doenças determinadas pela atividade laboral.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
O conceito de saúde, portanto, não pode se resumir apenas à ausência de doenças, de patologias biologicamente determinadas. (DELDUQUE, 2009, p. 10).

As questões relacionadas à organização do trabalho, o processo de reestruturação produtiva, a flexibilização e terceirização do trabalho, além do desenvolvimento de novas tecnologias dentre outros, se traduz para o trabalhador em desconhecimento acerca do próprio trabalho. Além de afetar a sua saúde, impossibilita-o de controlar e desenvolver o seu conhecimento, possibilidades e potencial profissional.

Faria (2017), afirma que a precarização decorrente do capitalismo resulta em crise da subjetividade humana, afetando não só o trabalho, como também o indivíduo. Para tanto, o autor, apropria-se do pensamento de Alves (2011, p. 51), para melhor expor sua opinião conforme observa-se no seguinte trecho:

[...] coloca que a “precarização do homem que trabalha” trouxe o que denomina de crise da subjetividade humana denominadas, aos compreende que foram três, quais sejam, crise da vida pessoal, a crise de sociabilidade e a crise de autorreferência pessoal, resultado das novas facetas do capitalismo que não atingem somente os homens que trabalham, mas os “homens que vivem do trabalho”. (FARIA, 2017, p. 06)

“[...]precarização da mera força de trabalho como mercadoria; mas seria também, ‘precarização do homem que trabalha’, no sentido de desefetivação do homem como ser genérico. O que significa que o novo metabolismo social do trabalho implica não apenas tratar de novas formas de consumo da força de trabalho como mercadoria, mas sim, novos modos de (des) constituição do ser genérico do homem. (ALVES, 2011, p. 189 apud FARIA, 2017).

Essa precarização do trabalho desenfreada a partir da década de 1990, que se reverteu em aumento do desemprego, provocou profundas mudanças no mundo do trabalho, que por seu turno, despertaram a necessidade e urgência

de se definir ações de vigilância, visando a promoção e proteção da saúde do trabalhador.

“As conquistas e derrotas sentidas durante esse processo de busca por garantias de direitos, revela na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora¹⁶ sua conquista mais fundamental”. (Costa et al, 2013). Instituída através da Portaria MS nº 1.823/2012, a PNST/2012, veio alicerçar as ações de controle das condições de segurança e saúde nos ambientes de trabalho, colaborando assim para a melhoria e qualidade das condições de saúde do trabalhador.

As principais estratégias de implantação da PNST estão alicerçadas em métodos como:

Análise do perfil produtivo e da situação de saúde dos trabalhadores;
Estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- RENAST no contexto da Rede de Atenção à Saúde: ações junto à APS, à Urgência e Emergência e Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar).
Fortalecimento e ampliação da articulação intersetorial;
Estímulo à participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social;
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos;
Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
(<https://saude.gov.br>).

Para cumprir tais requisitos e visando promover e proteger a saúde dos trabalhadores e reduzir a morbimortalidade¹⁷ decorrente dos processos produtivos e dos modelos de desenvolvimento a PNST, segue alguns objetivos tais como:

Fortalecer a Vigilância em ST e integrá-la aos demais componentes da Vigilância em Saúde;

¹⁶ Portaria MS nº 1.823/2012. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem por finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados nas três esferas de gestão do SUS – federal, estadual e municipal, para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (Portaria nº 1823/2012, Art. 2)

¹⁷ Morbimortalidade é um conceito da medicina que se refere ao **índice de pessoas mortas em decorrência de uma doença específica dentro de determinado grupo populacional**. [...]a primeira é referente ao número de indivíduos portadores de determinada doença em relação ao total da população analisada. Já a mortalidade é a estatística sobre as pessoas mortas num grupo específico. Assim, a morbimortalidade observa o número de indivíduos que morreram como consequência de uma enfermidade, em relação ao número de habitantes de dado lugar e período de tempo. (<https://www.significados.com.br/morbimortalidade>).

Promover a saúde e ambientes e processos de trabalho saudáveis;
 Ampliar o entendimento da ST como ação transversal, identificando a relação saúde-trabalho em todos os pontos da rede de atenção;
 Incluir nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção da saúde a categoria trabalho;
 Identificar a situação do trabalho dos usuários nas ações e serviços de saúde e considerar o trabalho das pessoas e suas consequências nas intervenções em saúde; [...]. (<https://saude.gov.br>).

Lacaz (1996), considera o campo da Saúde do trabalhador muito complexo e, portanto, “preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças”. Nesse sentido então, podemos pensar no trabalho como um dos determinantes sociais de uma saúde coletiva.

A precarização dos vínculos e dos contratos de trabalho, dentre outras formas de exploração, determina agravos relacionados à saúde dos trabalhadores e, para intervir nessa situação, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), ocupa um papel de destaque e,

Configura-se como uma estratégia no interior do Sistema Único de Saúde (SUS) para enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora, sendo composta pela intervenção articulada em três dimensões: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa. (COSTA ET AL, 2013, n° 127).

Enfim, em esfera nacional e estruturada em diversos setores, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador busca fortalecer suas ações de vigilância, da promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, definindo princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas de gestão do SUS.

Nessa busca, reivindica-se também, entre tantas outras necessidades, o direito a um ambiente social e de trabalho livre de riscos e agravos à saúde.

3.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR DE SAÚDE NO ESTADO DA BAHIA

As mudanças decorrentes do processo de globalização e reestruturação produtiva não foram diferentes na Bahia. Contudo, apresenta algumas particularidades locais e regionais, bem como os efeitos agressivos da

exploração neoliberal, que ganha espaço no cotidiano dos trabalhadores baianos.

A precarização das relações e das condições trabalhistas e a desarticulação política dos movimentos sindicais, com importantes impactos nas condições de vida, trabalho e saúde dos trabalhadores e nas condições de sociabilidade expressas pela escalada da violência nas cidades e no campo. O crescimento numérico de homicídios e dos acidentes de trânsito relacionados ao trabalho e das doenças musculoesqueléticas, bem como a ocorrência do trabalho infantil e de trabalho escravo refletem esse contexto de desvalorização do trabalho humano. (NOBRE, PENA, BAPTISTA, 2011, p.189)

Com o cenário de precarização das condições de trabalho, os autores Nobre, Batista, Pena (2011) destacam que, ao ser identificado como apenas mais um instrumento do processo de trabalho, esse trabalhador é expropriado da possibilidade de refletir criticamente sobre como prevenir doenças resultantes do trabalho, como lesões por esforço repetitivo, acidentes por falta de equipamentos de proteção individual, carga horária excessiva, assédio moral dentre tantas outras formas de adoecimento.

Nesse cenário, a Saúde do Trabalhador insere-se no conflito capital x trabalho, revelando a importância de haver políticas públicas para atuar na promoção desse direito. A partir desse entendimento, os autores atestam ser de suma importância considerar que:

[...]Saúde do Trabalhador, é tratada não apenas na Constituição, mas em normas gerais sobre a saúde: as Leis Federais nº 8.080/90 e a 8.142/90 (Lei Orgânica da Saúde), que regulam a participação da sociedade na gestão do SUS. A Lei 8.080/90 define Saúde do Trabalhador em seu artigo 6º, §3º, e a inclui na área de atuação do SUS. (NOBRE, PENA, BAPTISTA, 2011, p. 171).

Entre os anos de 1986 e 1989, se concentraram os eventos que marcaram o período de institucionalização da saúde do trabalhador na Bahia e que, segundo (Nobre, Pena, Baptista 2011), ocorreram após criação do Conselho Estadual de Saúde; a realização do convênio entre a Secretária da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e os Ministérios da Saúde e da Previdência Social e a convocação da 1ª Conferência Estadual de Saúde.

Com o objetivo de criar uma política de Saúde do Trabalhador na Bahia, foi desenvolvido em 1987 o Programa de Saúde do Trabalhador da Secretária

da Saúde do Estado da Bahia (PROSAT), dando início assim à implementação da política de Saúde do Trabalhador no estado da Bahia.

Essa história é marcada também pela atuação enfática desempenhada pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador¹⁸ (CESAT/1988), cuja função era fundamentalmente:

[...]criar condições técnicas e de organização necessárias à assistência e prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais no estado da Bahia, mediante a utilização de um modelo integrado de atendimento. (NOBRE, PENA, BAPTISTA, 2011, p.110-111).

Para os autores, “A história da emergência do CESAT é parte da própria história do SUS na Bahia”, pois como prática institucional, mesmo em épocas de retrocessos a direitos, o CESAT é “referência no país para a construção da Saúde do Trabalhador no SUS”.

O momento no qual o país inseria mudanças voltadas para a Saúde do Trabalhador, O CESAT/BA, já incorporava ações de assistência ao trabalhador, ao tempo em que desenvolvia novas práticas, notadamente na área da Vigilância da ST.

[...] O CESAT representou a mais expressiva construção setorial do SUS na sua institucionalização na Bahia, apresentando impactos positivos imediatos no âmbito da melhoria da Saúde do Trabalhador, em particular no diagnóstico e reconhecimento de doenças do trabalho com a garantia dos direitos securitários. Todavia o que mais destaca o CESAT é, na sua trajetória, a busca “pela verdade” como prática institucional no estabelecimento de nexos causais para doenças do trabalho, a conduta ética que se tornou uma referência para o trabalhador despojado dos seus direitos [...]. (NOBRE, BAPTISTA, PENA, 2011, p. 135).

Esse descortinamento sobre a relação do adoecimento com o trabalho, enquanto característica da doença ocupacional, representou na Bahia uma fase que segundo Nobre, Batista, Pena (2011), “se ousava suspeitar da possível relação entre o adoecimento e as condições de trabalho e a partir disso investigá-la”.

¹⁸ O Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador (CESAT) iniciou suas atividades em 1988, através de ações de assistência ao trabalhador que procurava o serviço com suspeita diagnóstica de doença relacionada com o trabalho. (NOBRE, BAPTISTA, PENA, 2011, p. 141).

Ao se estabelecer como um órgão vinculado à SESAB e aliado do Ministério da Saúde (MS), o CESAT passa a se constituir enquanto referência nacional, participando de diversas conferências voltadas principalmente para a discussão da Vigilância da Saúde do Trabalhador e sua integração entre as ações de assistência e vigilância do ambiente de trabalho.

Conforme esses autores, a necessidade de ações voltadas para a proteção e promoção da saúde já se inseria nos debates tanto no meio acadêmico, quanto nas equipes técnicas dos governos. Essa implicação suscitou no âmbito do Estado, a criação do Plano Diretor da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia para o Desenvolvimento da Vigilância da Saúde na Bahia (1998). Portanto, seria um modelo de atenção, como já difundido nos cursos para capacitação das equipes multiprofissionais vinculadas aos Núcleos de Saúde do Trabalhador (NUSAT), devendo ser dotado e referenciado pelos seguintes elementos conforme consta em Nobre, Baptista, Pena (2011):

- [...] - intervém sobre problemas de saúde (danos, riscos ou determinantes);
- acompanha continuamente esses problemas;
- trabalha com o conceito de riscos;
- articula as ações promocionais, preventivas e curativas;
- atua intersetorialmente em um território;
- intervém sob a forma de operações. (NOBRE, BAPTISTA, PENA, 2011, p.145, 146).

Os referidos autores discorrem sobre a ST, afirmando que a mesma também se consolidou como área produtora de conhecimentos, apoiada nos paradigmas das Ciências Sociais e da Epidemiologia, que o CESAT contribui até os dias atuais em parceria com a Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia dentre outras.

O CESAT, através de sua produção literária, contribuiu a nível municipal e internacional para a construção e divulgação de informações, não só para pesquisas científicas, como também no campo do estabelecimento de normatizações e legislação para regulamentar as ações de Vigilância, no campo da saúde do trabalhador.

Essa Vigilância significava segundo Nobre, Baptista, Pena (2011, p. 147), “[...] realizar inspeções nos ambientes de trabalho, como parte do Sistema de

Vigilância à Saúde do Trabalhador, com o objetivo de buscar a promoção e a proteção da saúde nos ambientes de trabalho [...]”.

A trajetória do CESAT revelou-se extremamente pioneira e relevante, dado o momento histórico no qual se desenvolveu e haja vista que os estudos no campo da Saúde do Trabalhador ainda se iniciavam.

O reconhecimento da efetiva necessidade de garantia e proteção para a ST efetivou-se na atuação e vigilância do CESAT, ao observar que incide sobre uma significativa parcela de pessoas que vivem da venda da sua força de trabalho. Isso possibilitou a identificação de danos causados por acidentes e doenças decorrentes do trabalho exercido.

As condições de vida, trabalho e saúde dos trabalhadores baianos não se diferem das dos demais trabalhadores do Brasil, haja vista que a precarização das relações e das condições de trabalho se refletem em um contexto de desvalorização do trabalho humano.

Para enfrentar essa realidade, os autores citados relatam que ações governamentais, como a implantação da RENAST/BA o CESAT/SESAB abriram novas perspectivas, a partir de ações integradoras desenvolvidas por esses órgãos tanto setoriais, quanto intersetoriais sobre pessoas e processos de trabalho, enquanto estratégia voltada para enfrentamento do problema gerado pela precarização do trabalho.

Políticas públicas foram incorporadas no decorrer da história e no âmbito da Saúde do Trabalhador do estado da Bahia. Um relevante fato foi a promulgação da Portaria nº 1.761 de 21 de dezembro de 2012, que instituiu nas unidades da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), o Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador (PAIST).

“Promover a Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores da SESAB, priorizando a promoção e a proteção da saúde bem como a prevenção dos agravos relacionados ao trabalho”. (PAIST, 2012, p. 24), é o objetivo desse

programa que buscou na CF/88¹⁹, na Lei nº 8.080/90²⁰ e em outros instrumentos legais, subsídio para sua construção e implementação.

A saúde do trabalhador e a qualidade de sua vida no ambiente laboral estão relacionadas e condicionadas ao trabalho exercido.

Analisando a relação capital-trabalho na sociedade capitalista, Azevedo (2011), chega à seguinte conclusão:

Diante disso e por reconhecer o ambiente de trabalho capitalista enquanto um espaço de exploração e alienação da classe trabalhadora constata-se que a relação capital-trabalho assentada na extração da mais-valia, apresenta-se como uma “máquina” destruidora da saúde, ferramenta fundamental para o convívio social e, portanto, inseparável do trabalho e inestimável para o trabalhador. (AZEVEDO, 2011, p. 51)

A relação entre trabalho e saúde é complexa e as doenças do trabalho resultantes possuem um grau de desigualdade que se expressa na miséria, pobreza e precarização, sendo que esta é produzida continuamente no processo de valorização do capital por meio da exploração da força de trabalho.

O atendimento das necessidades demandadas pelo trabalhador, na maioria das vezes, não é considerado relevante, na medida em que esses trabalhadores não são vistos como sujeitos pensantes, atuantes ou mesmo capazes de identificar e intervir naquilo que afeta a sua saúde laboral.

4 AS TRABALHADORAS APOSENTADAS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DA BAHIA: Breves reflexões sobre o trabalho em saúde no SUS.

Com a finalidade de analisar a relação existente entre a precarização da atividade laboral e o processo saúde-doença relativo a trabalhadores de saúde, buscou-se estabelecer e identificar essa correlação com base nas informações

¹⁹A Constituição Federal (CF) de 1988 estabelece a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde, atribuições regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n. 6.229/75) (BRASIL, 1988)

²⁰ A Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90) regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6º, parágrafo 3º estabelece: “entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990).

colhidas através das entrevistas efetuadas com trabalhadoras aposentadas de saúde.

Este estudo foi organizado a partir de um referencial teórico detalhadamente exposto nos itens anteriores, que propiciaram o suporte para os itens posteriores, ao explorar o nível de importância que as entrevistadas deram às variáveis trabalhadas nos itens: 4.3 Significado do trabalho em saúde e 4.4 Precarização do trabalho em saúde e o processo de adoecimento.

O trabalho em saúde exige dos trabalhadores competências específicas, além de uma educação permanente para uma formação de qualidade, tendo em vista atender às demandas oriundas de um mercado de trabalho em constante transformação, resultante da reestruturação produtiva, cuja dimensão social e histórica das relações de produção do trabalho são geradoras de novas especificidades e agravos à saúde. (ANTUNES, 2005; MENDES, 2003).

Para tanto, busca-se descrever e problematizar a precarização das condições de trabalho no capitalismo que dá origem a novas formas de sofrimento e/ou doenças entre os trabalhadores, através de estudos realizados por autores como Marx, Antunes, Dejours, e tantos outros aqui referenciados, confrontando-os com o relato das entrevistadas neste estudo.

Após esse contraponto, foi possível compreender o significado do trabalho subordinado ao capital, bem como a relação trabalho & adoecimento que se manifesta diante das transformações nas relações e condições precarizadas de trabalho, advindas do modelo hegemônico vigente.

O universo dos trabalhadores de saúde é amplo, conforme os dados disponibilizados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES/MS (2017), segundo o qual a realidade sanitária brasileira, desde a implantação do SUS é a seguinte: existem no Brasil 200.049 estabelecimentos de saúde e 3.594.596 empregos de saúde, sendo que em 2017, o setor público municipal contava com 1.649.074 empregos de saúde; o estadual com 463.720; e o federal com 96.491 empregos.

Com relação aos profissionais de saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010), divulgou, baseado em uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, os seguintes dados: a conformação da equipe de saúde torna-se multiprofissional, incluindo na listagem profissionais a exemplo de enfermeiros, odontólogos, médicos, farmacêuticos, nutricionistas,

fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, técnicos e auxiliares dentre outros. Estes profissionais estão distribuídos da seguinte forma: 1.104.340 empregos de nível superior; 889.630 técnicos e auxiliares; e 317.056 de nível elementar, sendo que destes, 453.428 são médicos, 484.530 são enfermeiros, são 300.000 odontólogos e 203.600 farmacêuticos dados cedidos respectivamente pelos Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Conselho Federal de Odontologia (CFO). (IBGE, 2010).

Inseridas nesses dados estatísticos, as entrevistadas compõem o quadro de trabalhadores brasileiros marcados por precarização, instabilidade e fragilidades decorrentes da reestruturação que reduz o grau de direito à saúde em prol da hegemonia do mercado.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PERSONAGENS DA PESQUISA

Para enriquecer os objetivos desta pesquisa, incluímos as considerações dessas trabalhadoras aposentadas que atuaram em instituições públicas de saúde sobre a compreensão que as mesmas têm da relação trabalho e o adoecimento, diante da precarização nas relações, ambiente e condições de seu trabalho.

Para tanto, as personagens desta pesquisa foram as duas Trabalhadoras Públicas Aposentadas, identificadas por meio de códigos E1 e E2 objetivando a garantia de anonimato, para a análise e discussão dos resultados da entrevista.

Ao analisar o perfil das entrevistadas com base no seu processo de trabalho, buscou-se identificar as significações, experiências e entendimento que essas trabalhadoras têm sobre precarização, o trabalho em saúde e sua relação com o adoecimento.

As duas participantes da pesquisa são do sexo feminino, e possuem respectivamente cinquenta e sete e cinquenta e nove anos de idade e foram servidoras públicas na SESAB/BA.

A trabalhadora aposentada E1, afirma que sempre trabalhou na área de saúde, sendo por quinze anos no extinto Instituto de Assistência e Previdência do Servidor do Estado da Bahia/Secretária de Administração do estado da Bahia (IAPSEB/ SAEB), e que antes de se aposentar exerceu por dezoito anos a

função de auxiliar de enfermagem em um consultório médico no Centro de Atenção à Saúde, ligado à SESAB. Conclui a mesma que após trinta e quatro anos de contribuição acrescentando a lentidão burocrática do Estado que a fez esperar um ano e seis meses do início do pedido da aposentadoria até a sua conclusão, está aposentada há cerca de dois anos.

A trabalhadora aposentada E2, relata que trabalhou por mais de dez anos em uma farmácia no setor privado e depois por vinte e dois anos como funcionária pública concursada da SESAB, ocupando a função de auxiliar administrativa no Hospital São Jorge, antigo PAM (Pronto Atendimento Médico) do bairro de Roma, sendo posteriormente transferida para uma Unidade Ambulatorial e de Emergência no bairro de Pirajá, ambos localizados na cidade de Salvador/Ba.

Para E2, apesar dos problemas burocráticos com sua documentação, a aposentadoria foi relativamente rápida, pois deu entrada em setembro e em junho do ano seguinte já estava efetivada, sendo que contribuiu por trinta e dois anos, aposentou-se aos cinquenta e cinco anos de idade, estando aposentada há um ano e quatro meses.

4.2 SIGNIFICADO DO TRABALHO EM SAÚDE PARA AS TRABALHADORAS DO SUS ESTADUAL

Conforme pontuamos anteriormente, o significado do trabalho na atualidade, como ensina Antunes (2009, p.12) representa um contraditório na vida das pessoas, pois ao mesmo tempo que “emancipa e aliena, humaniza e sujeita, libera e escraviza”. Assim sendo, ao considerar a importância que o trabalho representa na vida do trabalhador enquanto um processo também de humanização, é provável que um trabalho que desumaniza, desestrutura e causa sofrimento, resulte em adoecimento físico e/ou mental para este trabalhador.

O trabalho em saúde, devido à sua crescente precarização, infraestrutura organizacional, burocracia excessiva, subvalorização do trabalhador, dentre tantas outras formas de omissão de direitos constitucionais, acaba por repercutir na qualidade de vida e nas relações sociais, gerando desgaste e sofrimento ao

trabalhador. (ANTUNES, 2009, 2010; DEJOURS, 2004; DRUCK, 2011; FREITAS, 2006; MENDES, 2008; MENDES & MORRONE, 2002, 2010).

Para Dejours (2004), o trabalho é central para a construção da identidade e da saúde, da realização pessoal, da formação das relações sociais entre os seres humanos.

Antunes (2009), relaciona o sentido do trabalho ao sentido da vida, definindo que uma vida dotada de sentido só é possível, a partir da realização do indivíduo na esfera do trabalho, considerando tanto os sentidos negativos quanto os positivos sobre o tema.

Esses autores entendem que, por ser o trabalho a base construtiva do ser humano e, conseqüentemente, do trabalhador, destarte a categoria precarização se expressa também nas relações sociais de trabalho que atingem a subjetividade do trabalhador (corpo e mente), podendo se manifestar em sofrimento ou prazer. Nesse sentido, é de se deduzir que a satisfação no trabalho em saúde, ao mesmo tempo que promove sentimentos de realização, também coloca o trabalhador diante de impasses e desafios, ao ter que lidar com o sofrimento do outro, produzindo também sofrimento para si próprio.

No contexto de trabalho investigado, durante a aplicação do roteiro de entrevista, as entrevistadas relataram suas perspectivas sobre o sentido e significado do trabalho em saúde. As descrições das participantes expressaram claramente uma relação entre prazer e sofrimento que, segundo alguns autores aqui trabalhados, é uma característica das contradições presentes no ato de trabalhar.

E1- [...] ir além da sua função [...]. Para mim tudo foi um aprendizado [...] ele me fez crescer [...] fez conhecer muitas coisas que eu até então não conhecia, não dialogava não debatia eu na verdade aprendi muito da época que eu trabalhei na SAEB e a SESAB me fez crescer como pessoa e como profissional. Um aprendizado, me fez conhecer muitas coisas se eu até então não conhecia eu cresci eu aprendi muito mesmo tanto que eu já te falei né a ser mais crítica inclusive até a questionar algo que eu estava vendo que não era certo, eu debatia não só com o coordenador, mas com os próprios colegas.

[...] reformei a minha casa antes de me aposentar porque depois você não consegue, não consegue, fica só ali pagando aquelas contas de sempre na mesmice e comida.

E2 - No ambiente de trabalho um ajudava o outro a gente era uma família nunca tive problemas com a chefia com colega de trabalho por conta de ajudar eu dizia eu gosto de ajudar deixe eu ajudar.

Freitas (2006), ao discorrer sobre esse processo de vivência entre o prazer e sofrimento, compreende que o trabalho é um processo dialético e assim sendo, propicia que:

[...] de um lado, o sujeito trabalhador, que dá sentido ao que faz; de outro, as situações de trabalho, ou seja, o trabalho real, as quais impactam sobre as percepções desse trabalhador em relação a todo o contexto de trabalho. Diante dessa dialética, o trabalhador pode ter vivências de prazer e, ou, sofrimento. (FREITAS, 2006, s/n p.)

Para as entrevistadas deste estudo, o prazer esteve relacionado à possibilidade de satisfação em cuidar, à realização com o aprendizado, à garantia da remuneração, à sensação de contribuir para a vida dos sujeitos, à troca de conhecimentos e ao respaldo para expressar opiniões e críticas, diante do cenário que ora lhes eram apresentados.

O contraditório manifestado como sofrimento se expressou por meio das sensações de sobrecarga de trabalho, devido ao acúmulo e excesso de atividades; de indignação diante da precariedade do ambiente de trabalho; e decepção pela falta de oportunidades. Assim, observa-se na fala das entrevistadas quando indagadas sobre o significado do trabalho, respondem que, após mais de trinta anos de exercício profissional, o trabalho foi fundamental em suas vidas, e se resume em “tudo”.

Na sociedade capitalista, ter um trabalho é fundamental tendo em vista sua relevância econômica, indispensável para as pessoas que dele dependem satisfaçam suas necessidades. E sendo assim, “a força de trabalho se torna, como tudo, uma mercadoria especial, cuja finalidade vem a ser a criação de novas mercadorias objetivando a valorização do capital”. (Antunes, 2005, p. 69). Contudo, as entrevistadas agregam também outros significados além de ser a fonte de renda, de sobrevivência, de crescimento pessoal, aprendizado para a vida, refletindo, com isso, sua identidade e sentido às suas vidas, mesmo após tantos anos de atuação profissional.

A entrevistada E1, reconhece a importância do trabalho em sua vida, disse que se sente útil e que o significado do seu trabalho é “missão, valor e crescimento pessoal”, no entanto, demonstra o sentimento de decepção por não ter suas habilidades reconhecidas e aproveitadas pela instituição:

E1 - (...) eu fiz esse curso pelo Estado, entendeu pela instituição pela Escola de Enfermagem e a SESAB e o Estado não me reconheceu, então assim a partir desse momento que eu busquei, busquei e só recebi porta fechada (...) quando eu fui rejeitada pelo Estado porque ele não reconheceu eu como uma técnica ele me rejeitou então a partir desta data eu abracei meu crachá e pendurei no meu pescoço, nesse crachá eu era atendente de enfermagem. (...) eu fiquei decepcionada isso é uma decepção.

A partir desse relato, é possível perceber o quanto o significado do trabalho no modo de produção capitalista, subalterniza o trabalhador a simples executor de tarefas, separado do processo de organização e criação do trabalho, ignorando seus conhecimentos e suas habilidades.

Em face da demanda excessiva, as mesmas relatam que trabalhavam muito, realizando mais tarefas do que lhes caberia o que frequentemente era fonte geradora de estresse, devido à sobrecarga de trabalho.

E1 - [...]chamava o serviço braçal porque era um serviço pesado você colocar prótese a nível femoral, pacientes mesmo com barras, tinha pacientes que na primeira vez às vezes era terrível eu saía de lá super cansada isso sem contar a estrutura como eu digo assim o nosso trabalho era cansativo, porque a demanda é grande.

E2 – [...] tinha dias que o trabalho era muito acelerado muita gente que atendia fazer cartão do SUS [...] fonte de sofrimento, quanto ao calor a gente sofreu [...] no dia de marcações às vezes eram muita gente e aí era estressante.

A percepção de como é trabalhar na saúde, na atualidade, segundo a trajetória de trabalho das entrevistadas, tende ao reconhecimento de que houve um crescimento, um avanço na execução do trabalho, porém, aliado a isso veio a frustração, o sofrimento e o estresse. Nota-se na fala dessas trabalhadoras, que há uma sobrecarga de trabalho na instituição em que trabalhavam e que, por conta da função desempenhada, desenvolveram algumas enfermidades.

Relataram ainda que tiveram uma boa relação com as colegas e com os usuários, demonstrando satisfação em atendê-los. Dejours (2007, p. 97), analisa que: "Quando a dinâmica do reconhecimento funciona, o sujeito se beneficia de uma retribuição simbólica que pode inscrever-se no âmbito da realização do ego, no campo social".

Lidar com o cuidar do usuário estabelece vínculos afetivos, contudo, cria também a necessidade de um relativo distanciamento, haja vista a constatação de sua enorme responsabilidade, principalmente quando estas relações são

custosas ao trabalhador, por demandarem desta energia, atenção, desgaste físico e mental.

4.3 PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO.

A crise do capital no início dos anos de 1970 ocasionou fortes mudanças no processo de organização e relações do mundo do trabalho. A "intensificação e exploração da força de trabalho", resultou em sérias transformações no mundo laboral, a exemplo da desregulamentação de direitos, fragmentação da classe trabalhadora, precarização e terceirização da força de trabalho, destruição das representações de classe (Antunes, 2005), aumento de condições precárias, temporário, parcial além dos contratos mais flexíveis, entendendo que os processos de trabalho dos trabalhadores de saúde também estão inseridos neste processo de transformações.

Druck e Franco (2007), conceituam a precarização como sendo:

Processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressa nas novas formas de organização do trabalho – onde a terceirização/subcontratação ocupa um lugar central – e no recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social através das inovações da legislação do trabalho e previdenciária. Um processo que atinge todos os trabalhadores, independentemente de seu estatuto, e que tem levado a crescente degradação das condições de trabalho, da saúde (e da vida) dos trabalhadores e da vitalidade da ação sindical (DRUCK, G., FRANCO, T., 2007, p. 31).

O ambiente e a organização do trabalho no mundo atual têm causado adoecimento nos trabalhadores de modo geral. O trabalho em saúde, devido à sua crescente precarização, infraestrutura organizacional, subvalorização do trabalhador dentre outras formas de omissão de direitos acaba por repercutir na qualidade de vida e nas relações sociais, gerando desgaste e sofrimento ao trabalhador.

As entrevistadas, enquanto pertencentes a uma classe social, vendedoras da força de trabalho, que se transforma em meio de sobrevivência, revelam sua impotência diante dos desafios do contexto de trabalho em saúde, face à precariedade, haja vista não possuírem controle sobre o próprio trabalho perante

a expropriação da sua força de trabalho inerente ao modelo capitalista vigente, que demanda exigências de produtividade.

Soma-se a isso o desconhecimento de seu processo de trabalho e iniciativas, como sujeitos do próprio processo e o não investimento pelo empregador em capacitação do servidor ou em programas que trabalhem a ergonomia e postura no exercício da atividade, atos que também contribuem para o não reconhecimento desses trabalhadores enquanto sujeitos possuidores de uma utilidade e pertencimento em um coletivo de trabalho, já que não há uma preocupação do empregador em minorar os desconfortos que advém dessa falta de investimento.

Segundo Lacaz (1996), “o campo da ST²¹ preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, entendendo que para sua materialização a figura do trabalhador, individual e coletivo, é o personagem principal como sujeito de um processo de mudanças”.

Para tanto, e buscando garantir a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, um caminho vem sendo construído com muita luta para efetivação de direitos para a classe. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, com o propósito de assegurar que o entendimento sobre os riscos ocupacionais abarque todas as áreas do trabalho e, sendo assim, alcance os trabalhadores, classifica-os em cinco grupos os fatores de risco ocupacional a saber:

Físicos: ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, entre outros;

Químicos: agentes e substâncias químicas, sob a forma líquida, gasosa ou de partículas e poeiras minerais e vegetais, comuns nos processos de trabalho;

Biológicos: vírus, bactérias, parasitas, geralmente associados ao trabalho em hospitais, laboratórios e na agricultura e pecuária;

Ergonômicos e psicossociais: decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de

²¹ Art. 6º da Lei nº. 8.080/90, a Saúde do Trabalhador é definida: “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”.

produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;
Mecânicos e de acidentes: ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho. (Brasil, 2001, p. 28-29).

Nesse cenário de estudo, as análises apontam que o trabalho em saúde e as manifestações dos agravos e riscos à saúde têm seus reflexos materializados devido às condições e ambiente de trabalho. Sendo assim, é necessário que as instituições empregadoras deem condições físicas, estruturais, materiais e entendam a importância da atenção à saúde de seus trabalhadores, de modo que se apropriem desse processo de adoecimento e elaborem condições de enftretamento, consolidando ações de prevenção e promoção de saúde.

As dificuldades enfrentadas no cotidiano, ao perceberem a sobrecarga de trabalho, a redução do contingente de trabalhadores e a inadequação das estações de trabalho conforme critérios ergonômicos, o que gera um desgaste no trabalhador, podem ser observados no impacto da realização do trabalho e no risco de adoecimento relacionado ao exercício das atividades que estão presentes nos relatos dessas trabalhadoras:

E1- [...]a instituição é nível ambulatorio, os corredores são imensos o fluxo de pacientes é grande, tinha dias que era superlotado, as auxiliares, trabalhando muito, pegando auxiliando, segurando paciente pesado, masculino, feminino [...]a demanda é grande, impressora era uma para você fazer atender vários consultórios médicos, você andava muito para lá e para cá, imprimir laudos, fichas de pacientes [...].

[...] má remuneração até nos tempos de hoje porque eu sou uma aposentada que fui prejudicada como os demais aposentados. [...] mal remunerado mais de 20 anos não tem aumento do servidor público e quatro anos sem reajuste eu não acho certo para servidor nenhum, existe sim uma insatisfação por esse lado que realmente é prejudicial e afeta na verdade a saúde. Seu vencimento quando chega no mês você cria aquela tensão você só tem aquela renda. Eu mesma quando me aposentei fiquei assim super decepcionada [...] você trabalha 34 anos de contribuição fechada e sai com aquele mísero salário, você continua com tempo tendo perda.

E2- [...] era muita gente na emergência, tinha o ambulatorio do hospital, atendia pediatria, ginecologia, clínico fazia exame de laboratório [...] o calor e a iluminação lá eram precários o ar condicionado dava defeito não tinha ventilador, [...]a cadeira no computador era horrível eu preferia trabalhar em pé porque a cadeira não era adequada, o computador também era a mesma coisa.

[...]desvio de função às vezes atendente, auxiliar de enfermagem do médico não comparecia aí o médico pedia a gente e nós dávamos a ajuda para fazer o serviço, [...] quando eu tinha que sair mais tarde porque o colega não vinha, eu não dava conta do serviço sozinha aí eu

tinha que eles diziam dobrar, mas que eles não pagariam em dinheiro pagariam em folga já cansei, cansei de sair tarde, dobrar [...] eu sou concursada mas tinha também terceirizados da limpeza e os médicos pelo REDA²² eles não querem fazer mais concursos. [...]A questão do salário porque nós vamos fazer praticamente quatro anos sem aumento.

Observa-se que para as entrevistadas a precariedade existente no ambiente de trabalho é vista por elas transfigurada em oportunidades de atuarem, de serem reconhecidas como sujeitos da ação de solidariedade e cooperação pelo que faziam, o que promoveu nas mesmas uma sensação de fortalecimento e grandeza individual, que ressignifica o sofrimento no trabalho devido às condições ambientais precárias e à sobrecarga de trabalho, em prazer e satisfação, por conta de reconhecimento e elogios dados pelos usuários atendidos e pela chefia.

E1- Eu sempre fiquei muito bem com minha coordenadora sempre me identifiquei muito bem com ela e vice-versa. Eu tinha um papel ali muito importante, ela tinha uma confiança muito grande na minha pessoa, porque lá eu chegava cedo e eu determinava tudo e nesse determinar tudo eu fazia coisa ali além do que era da minha área, chegava cedo, abria a recepção abria na verdade a instituição.

[...] ouvir de um paciente agradecer pelo atendimento, pela atenção, é muito bom uma pessoa lhe abordar e você parar e olhar a pessoa olho no olho você estar respondendo ele ou ela é gratificante ver que fez algo por alguém que aquela pessoa saiu satisfeito com o seu atendimento.

E2 –[...] eu gosto de ajudar deixo eu ajudar entendeu. Os pacientes todos gostavam de mim e chegavam a dizer: a melhorzinha que tem é essa aqui, quando eu estava no horário de trabalho e quando eu folgava diziam assim ah você ontem fez falta entendeu.

Em contrapartida, essas trabalhadoras constatarem que a sensação de impotência, devido tanto às características pessoais, quanto ao ambiente de trabalho nas suas relações interpessoais e falta de condições de trabalho, no contato diário com o sofrimento do outro, assim como a sensação de se ter menos direitos como cidadãos são fatores que desgastam a saúde.

²² Disponibilizar recursos para procedimentos de forma padronizada e uniformizada nas contratações, recontrações e prorrogações sob Regime Especial de Direito Administrativo (Reda), no âmbito da Administração Pública Estadual – Poder Executivo Disponível em: <http://www.portaldoservidor.ba.gov.br/reda-definicao-e-legislacao> Acesso em: 24/10/2018.

E1- [...] eu e a minha coordenadora pela convivência assim só de olhar a gente já se entendia [...] por conta também dessa comunhão eu era uma pessoa mal vista pelos colegas [...] eu levei muita como dizem os meninos bulling. [...] muitos dizem que servidor é preguiçoso, preguiçoso eu creio que há em qualquer área independente dele ser servidor ou não mais assim as pessoas quando ela tem um objetivo e gosta de trabalhar você faz e não preciso chefe me chamar atenção você fez sua responsabilidade você atua seja aonde for. [...] eu fui abordada inclusive até pela minha coordenadora ela me abordou, segurou no meu braço e ela perguntou assim: você não vai não? A sala está cheia e eu disse a ela não vou, não vou aí mostrei assim meu crachá a ela, eu tive assim esse respaldo[...] eu mostrei eu sou atendente de enfermagem eu não sou ortoprotégistas. Ela disse assim, eu vou te levar a diretora eu disse assim vombora agora se você quiser. Então como ela refletiu e viu que eu estava certa então não me desvio de função. [...] coisa da diretoria que eu não aceitava eram determinações que iam contra o trabalho.

O não reconhecimento do seu trabalho pela instituição, pelos próprios colegas além do não recebimento de uma recompensa financeira pelas tarefas realizadas a mais do que lhes caberia, constituem também fatores agravantes da saúde no trabalho. Mendes (2008), analisa que “contradições e choques produzem, muitas vezes, clima de rivalidade e de competição entre os colegas, além do individualismo, pois as organizações atuais são marcadas pela produtividade, pelo desempenho e pela excelência”.

A intensificação do trabalho no mundo atual segundo Antunes (2003), dispensou o trabalhador especializado (taylorismo/fordismo), sobrepondo a este o trabalhador polivalente (toyotismo), o que ensejou novas formas de organização do trabalho, uma produção complexa, contraditória e precária que gerou novas formas de adoecimento e enfermidades. Nas palavras do autor: “O mundo do trabalho atual tem recusado o trabalhador herdeiro da “cultura fordista”, fortemente especializado, que é substituído pelo trabalhador “polivalente e multifuncional” da era toyotista”. (Antunes, 2003 p.233).

O modo de produção capitalista é em sua essência competitivo. E esse modelo de competição, gerado pela necessidade do ser proativo, ser multitarefa, cria um ambiente que estabelece conflitos entre o profissional faz tudo e aquele que faz apenas o que lhe compete. Para a E1 essa situação é manifestada da seguinte forma:

E1 - Minha carga horária era de 240 horas. Havia desvio de função pois fazia mais do que era o da nossa função. Na época eu que fazia toda essa demanda, distribuía, colocava em ordem [...], sempre tinha atrito

por conta que eu cheguei mais cedo, as colegas diziam: ah você faz isso por causa de fulano [...] as pessoas quando ela tem um objetivo e gosta de trabalhar você faz e não preciso chefe me chamar atenção você fez sua responsabilidade [...] não estou me gloriando, sempre eu digo não me glorifiquei de maneira nenhuma, [...].

Percebe-se na fala de E1 que não ter o reconhecimento dos colegas pelo seu desempenho, interesse e dedicação no trabalho, tem implicações e interfere na sua autoestima. Obter, mesmo que de forma simbólica, o reconhecimento do chefe e dos colegas demonstra que, para E1 o trabalho representa mais que um meio de subsistência. É a dignificação e utilidade pelo trabalho desempenhado.

De acordo com a análise de Mendes & Morrone (2010), a depender da dinâmica de reconhecimento do trabalho, situações que afetam a saúde são desencadeadas devido:

[..] o modo perverso de funcionamento das organizações de trabalho. A falta de reconhecimento, a indiferença, as deformações dos relacionamentos nas relações socioprofissionais, bem como a comunicação de duplo vínculo, forte contradição entre o discurso e a prática, são características organizacionais extremamente prejudiciais (Mendes & Morrone, 2010, p. 40).

E, conforme os autores abaixo, essas situações possuem mecanismos próprios que viabilizam mudanças para que:

O trabalho torna-se fonte de prazer quando os trabalhadores vivenciam uma dinâmica de reconhecimento do trabalho ou quando conseguem transformar situações causadoras de sofrimento em vivências de prazer e conseqüentemente de saúde, pelo emprego de mecanismos tais como os de mobilização subjetiva ou coletiva (...) (MENDES; VIEIRA & MORRONE, 2009, p. 152).

Conquistar e conservar uma certa sanidade entre situações causadoras de sofrimento e de prazer, exige esforço e luta pois (Dejours, 1996, p.152), “a normalidade conquistada e conservada pela força é, ao contrário, inteiramente trespassada pelo sofrimento”.

Ao abordarmos a categoria o Trabalho e Adoecimento conforme já exposto, relacionando-a com a precarização e seu impacto na realização do mesmo, as entrevistadas relatam que o risco do adoecimento está ligado ao exercício de suas atividades, conforme situações abaixo descritas:

E1- [...]antes de me aposentar eu já sentia problemas de saúde, mas como eu era ligada ao trabalho eu deixava a coisa ir empurrando né, agora que eu já estou aposentada eu estou mais voltada a ida ao médico.

[...]o que eu diria agora mesmo é que eu saí de lá com o reflexo do trabalho porque eu adquiri como diz no ditado né foi o legado do meu trabalho porque eu adquiri uma fascite(sic) frontal²³ é ... rompimento no joelho no menisco do joelho direito e um cisto, estou fazendo um tratamento tem uns exames e estou aguardando a autorização do Planserv.

E2- [...]depois que eu me aposentei eu descobri um fungo que foi causado lá pelo hospital, eu colocava a mão para puxar os prontuários e aí na região começou a aparecer uma coceira agora eu fui ao médico e descobriu que é fungos provocado lá na área do serviço. [...]eu fiquei mais de 2 anos sentindo problema e logo depois o médico descobriu que era fungos alergia devido ao ambiente de trabalho. [...] tive que me ausentar por 3 dias porque tive dengue o outro foi então quebrei o dedo quando eu sair do trabalho cair descendo do ônibus. [...]desenvolvi LER na mão direita que eles chamam de tendinite.

Verifica-se nas respostas que as entrevistadas consideram que seu adoecimento está diretamente relacionado com o exercício profissional. As condições de trabalho e sua relação com as condições de saúde, ficaram evidentes no relato das entrevistadas. Tentar entender o que desencadeia o sofrer e adoecer no trabalho se mostra diretamente relacionado a fatores como: tipo de relação desenvolvida entre trabalhador/usuário; falta de infraestrutura; de condições ergonômicas; de proteção contra riscos de acidentes e contaminações; além do contato com o sofrer alheio.

Para melhor analisar a situação acima descrita, quando questionadas sobre se o adoecimento ou agravamento de um quadro clínico teve relação com o exercício profissional e se a instituição ofereceu algum curso de capacitação, atenção ou cuidado à sua saúde como realização de exames periódicos responderam:

E1- Fui só uma vez ao Siast²⁴, não sou ligada eu não gosto de médico do trabalhador, fui uma vez porque passou tinha que ir todo mundo eu fui para não dizer que eu era rebelde, mas também não fiz o que ele

²³ A [fascite plantar](https://www.minhavidade.com.br/saude/temas/fascite-plantar) é uma das causas mais comuns de dor no calcanhar. Trata-se de uma inflamação de um tecido chamado fásia plantar, localizado na sola do pé e que conecta o calcâneo (osso que forma o calcanhar) aos dedos.

Ocupações. Algumas profissões exigem muito dos pés dos funcionários, a exemplo de operários, professores, atendentes e outras que passam a maior parte da jornada de trabalho em pé ou caminhando. Essas ocupações podem levar a um quadro de fascite plantar

Disponível em: <https://www.minhavidade.com.br/saude/temas/fascite-plantar>

Acesso em 20/10/2018

²⁴ Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador, portaria SESAB n.º 1761/2012 (Disponível em: www.saude.ba.gov.br/dgtes).

determinou eu já ia pelo Planserv²⁵ então não via muita necessidade de estar ali com ele porque eu acho assim que o médico do trabalho ele trabalha muito com a instituição ele é ligado a instituição eu não me interessei não.

E2- Fui atendida pelo plano de saúde Planserv. No hospital as consultas que eu marco é bem-sucedida eu não sei agora em diante porque estão dizendo que querem terceirizar, até o ano passado estava tudo bem.

Notadamente nenhuma das entrevistadas, durante a vida ativa laboral, necessitou recorrer ao médico do trabalho ou ser afastada do trabalho por motivo de saúde por período prolongado. Relatam também desconhecimento nestes anos de efetivo exercício a participação em algum tipo de atenção (gratificação, insalubridade, compensação), ofertada pela instituição empregadora que proporcionasse um cuidado integral à sua saúde, tendo por meta a prevenção a riscos de adoecimento físico ou mental.

Através da portaria SESAB n. ° 1761 de 20 dezembro de 2012, foi instituído o Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador – PAIST/SESAB, que objetivou normatizar, padronizar e promover a Atenção Integral à Saúde dos mesmos, com vistas à prevenção de riscos e agravos relacionados ao trabalho.

Os SIASts, fazem parte da REDE PAIST e têm por objetivo promover esses cuidados, com ênfase na prevenção de riscos e agravos à saúde, atuando de forma integrada através de uma equipe multiprofissional, para atender os trabalhadores da SESAB que se encontrem em processo de adoecimento relacionado ao trabalho. (PAIST, 2012, p.31).

O SIAST é o sustentáculo essencial que instrumentaliza o PAIST para atingir o objeto de sua ação que são os trabalhadores:

É essencialmente através desse serviço que, de modo descentralizado e, de certa forma, singular, se alcançam àqueles que são a razão de existir do Programa, os trabalhadores estabelecendo vínculo, através de uma relação acolhedora, horizontal, e baseada na concepção de que os trabalhadores não são objeto de suas ações, mas sujeitos no processo. (PAIST, 2012, p. 31).

²⁵Sob gestão direta do Governo do Estado da Bahia, desde 2001, através da Secretária da Administração (SAEB), o Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos Estaduais (PLANSERV) compreende o conjunto de serviços de saúde no âmbito da promoção, prevenção, assistência curativa e reabilitação prestados através de instituições referenciadas. (Disponível em: <http://rebrats.saude.gov.br/ls51pa>).

Verifica-se nos relatos que, comparando com o que deveria ser de fato uma atenção à saúde, é perceptível que nos anos de trabalho ativo das entrevistadas, não houve uma atenção da instituição com a saúde delas. Essas ações poderiam ter sido concretizadas através de avaliações dos ambientes e processos de trabalho, acompanhamento da saúde do servidor e/ou ações educativas em saúde.

Incentivar o diálogo e a participação do trabalhador nos eventos e/ou ocorrências em seu ambiente laboral contribui para que haja uma democratização e sociabilidade nas relações de trabalho, que poderia vir a gerar maior conhecimento e conscientização pelo empregador acerca de situações dolorosas para seus trabalhadores.

Contudo, prevalece a lógica do que mais importa para o empregador, que é a produção para atingir resultados e que a preocupação da instituição quando o servidor adoece é quem irá substituí-lo ou seja: em um sentido mais amplo, o não reconhecimento da relação entre o adoecimento dos trabalhadores e o exercício de suas atividades laborais.

Apesar de estarem contidas na PNST, os princípios, estratégias e objetivos a serem observados nas três esferas de gestão do SUS, com vistas a promover e proteger a saúde dos trabalhadores. Porém, para reduzir a morbimortalidade decorrente do modelo de produção vigente, a efetivação das ações de prevenção, controle e promoção da saúde destes ainda se mostram incipientes.

De acordo com dados disponibilizados pela Junta Médica Oficial do Estado, no período de julho de 2009 a julho de 2010, identificou-se que as questões osteomusculares e o sofrimento psíquico estão entre as principais causas de afastamento do trabalho de servidores da SESAB. (PAIST/SESAB, 2012, p.46).

O cotidiano da prática do profissional de saúde transita entre ser um auxiliar nos processos de cuidado vinculado aos usuários e um produtor de serviços e assim sendo, o produto do trabalho em saúde (o cuidado) acaba sendo estranho, distante ao trabalhador desvinculado do seu processo de trabalho o que, para Antunes (2007), aprofunda a separação entre a produção voltada ao atendimento das necessidades humanas e a produção voltada à

realização do valor e expansão do capital, produz a precarização da força humana de trabalho.

Ficou evidenciado nas falas das entrevistadas a importância do trabalho e da saúde e do grande desafio a ser enfrentado dentro dessa contradição que é imposta pelo capitalismo de que as precárias condições de trabalho têm contribuído de forma significativa para a deterioração das condições de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A monografia aqui apresentada objetivou analisar as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores da saúde e como a precarização do trabalho provoca riscos e agravos à saúde.

Conclui-se, diante do exposto, que a saúde dos trabalhadores brasileiros está atrelada às condições em que esse trabalho é exercido e de como a precarização interfere no aparecimento dos sintomas que expressam o agravamento das condições de saúde dessas pessoas. Assim sendo, esse nexo entre precarização e condições de saúde se constitui em uma realidade que precisa ser estudada e trabalhada nas suas particularidades, visando obtenção de uma melhor apropriação, entendimento e clarificação do caminho a percorrer para, quiçá, encontrar uma resolutividade com melhores condições de trabalho, diminuição dos agravos resultantes da exploração crescente do capital, que resulta em riscos e adoecimentos para a classe trabalhadora.

A Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador de Saúde sofreu transformações ao longo dos séculos. A precariedade das condições de trabalho sempre foi marcada por violação dos direitos trabalhistas, aumento do ritmo da produção, insegurança no ambiente de trabalho, flexibilização do trabalho dentre outros fenômenos, que interfere na saúde desses sujeitos.

A sistematização das respostas das entrevistas possibilitou a apreensão de como a precarização das condições de trabalho potencializa o adoecimento desses trabalhadores e se traduz em consequências decisivas tanto na vida destes quanto na vida do usuário dos serviços que essas pessoas prestam. Foi observado também que nesse contexto, algumas das poucas vivências de prazer no trabalho foram relatadas com base no agradecimento e reconhecimento de seu trabalho pela população usuária ou sociedade.

A Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador de Saúde é também um problema de saúde pública e uma expressão da “questão social”, afinal o conceito ampliado de saúde prevê para todo ser humano o exercício pleno da cidadania.

O exercício profissional não deveria ser causador nem agravante de doenças ocupacionais. Contudo, por estarmos inseridos em relações, condições e organizações do trabalho advindas com a implantação de um projeto neoliberal e de um modelo econômico capitalista, cuja característica principal é eliminação de direitos constitucionalmente conquistados e exploração da força produtiva para obtenção de lucro. É oportuno esperar transformações que ocasionam processos de adoecimento do trabalhador, não importando as condições de trabalho em que esteja inserido ou o reflexo disto, contanto que a produtividade deste atinja os resultados planejados pelo empregador.

Este estudo mostrou a necessidade de uma rede interdisciplinar e intersetorial que possibilite estudos, análise, compreensão e mudanças mais profundas para a promoção da saúde de qualidade no âmbito das instituições de saúde pois, aquilo que estrutura o capital aliena, traz sofrimento, desumaniza, humilha, vulnerabiliza e precariza.

Enfim, através dos dados fornecidos pelos trabalhadores de saúde que atuaram em um centro de referência e em um hospital na cidade de Salvador/Ba, concluímos que:

- 1- Há o reconhecimento do impacto trazido pelos novos instrumentos na organização e realização do trabalho à saúde dos trabalhadores, ocasionando adoecimento;
- 2- Não foi relatado pelas mesmas nestes 34 anos de exercício profissional sua inserção ou participação em programas de prevenção e promoção à saúde;
- 3- Há um desconhecimento por parte das trabalhadoras das ações do SIAST que é o executor da Política de Atenção à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador dentro das instituições;
- 4- O cotidiano de trabalho das entrevistadas, encontra-se permeado de vivências de sofrimento provocado pela grande jornada e carga de trabalho, processo este em pleno curso na atualidade.

Entender o que desencadeia o sofrer e adoecer no trabalho, encontrara uma reciprocidade em características apontadas a exemplo do caráter relacional trabalhador-usuário, tais como a falta de infraestrutura, de condições ergonômicas e de proteção contra riscos de acidentes e contaminações, além do contato com o sofrer alheio.

A saúde, em seu sentido amplo, abrange também os direitos básicos dos cidadãos, a exemplo da educação, transporte, saneamento básico, lazer, habitação e a própria saúde dentre outros. Dessa forma, manifesta-se como um processo dinâmico, onde o ideal seria atrelar o bem-estar, a saúde mental das trabalhadoras e dos trabalhadores às condições de trabalho, para que não haja sofrimento e/ou adoecimento desses indivíduos, contribuindo, inclusive, para o aumento da produção e da produtividade.

APÊNDICE 01

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Nome:
2. Idade:
3. Profissão:
4. Onde trabalha ou trabalhou:
5. Área de atuação:
6. Quanto tempo de trabalho na empresa ou instituição:
7. Como você avalia seu estado de saúde de modo geral?
8. Se teve de sair do mercado de trabalho por algum tempo, em decorrência de algum problema de saúde, como um acidente, por exemplo, Por quanto tempo e qual a razão para esse adoecimento?
Aonde foi seu atendimento médico?
Medico da empresa
Unidade básica de saúde ambulatório ou pronto-socorro do SUS
Plano ou convênio de saúde, outro.
9. Você acha que seu trabalho pode prejudicar ou prejudicou a sua saúde? Poderia discorrer sobre o fato?
Quais problemas de saúde você considera que podem decorrer ou decorreram do seu trabalho?
10. O que mais lhe deixa (ou) satisfeita e o que lhe causa insatisfação no seu trabalho?
11. Você se sente valorizado pelo trabalho que realiza?
12. Das situações abaixo relacionadas quais são (foram) fontes de tensão/cansaço/pressão no seu trabalho:
 - Ter que prolongar a jornada de trabalho e ou realizar horas extras.
 - Ter pouco tempo para pausas no trabalho.
 - Trabalhar somente no turno noturno ou em turnos alternados (diurno/noturno)
 - Não ter oportunidade para promoções na empresa ter problemas com chefia (discriminação, perseguição, discussões, controle excessivo, autoritarismo).
 - Falta de cooperação entre os colegas de trabalho, ameaça de corte de pessoal e desemprego.

- Má remuneração pelo trabalho que realiza.
- Calor excessivo durante o trabalho
- Barulho excessivo durante o trabalho
- Trabalho é monótono e desinteressante.
- Ritmo de trabalho muito acelerado.
- Falta de treinamentos para o exercício da função.
- Improvisações no desenvolvimento das atividades.
- Posto de trabalho desconfortável ou inadequado.

13. Sinta-se à vontade caso queira falar algo sobre seu trabalho ou sua saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE de T. B., SOUZA de M. da G., SIMÕES M. da P. C., ANDRADE de F. B., **Prevalência de absenteísmo entre trabalhadores do serviço público**, Scientia Medica, Porto Alegre, v. 18, n. 4, out/dez, 2008, p. 166-171

ANTUNES R., PRAUN L., **A sociedade dos adoecimentos no trabalho** Serv. Soc. Soc. no.123 São Paulo jul/set. 2015.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>

ANTUNES, R., **Adeus ao trabalho**: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2015. (Edição especial de 20 anos.) Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n123/0101-6628-ssoc-123-0407.p>

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ªed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

ANUÁRIO DA SAÚDE DO TRABALHADOR / Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. – São Paulo: DIEESE, 2016. 256 p. ISBN 978-85-87326-75-1 1. Indicadores de Saúde. 2. Doença. 3. Trabalhador. 4. Acidente. 5. Estatística. I. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. II. Título. CDU331.47<http://www.dieese.org.br/>

AZEVEDO, V. A. G., **Trabalho e saúde na sociedade capitalista**: uma relação inversamente proporcional. Natal, 2011, 143 p.

BAHIA. Secretaria da Saúde. Superintendência de Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Recursos Humanos. **Programa de Atenção Integral à Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador da SESAB (PAIST)**: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde. Salvador: Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, 2014. 116 p.

BAHIA. Governo do Estado. Secretária da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Recursos Humanos. **Política Estadual de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do SUS/Bahia**. Salvador: Superintendência de Recursos Humanos da Saúde: 2012. 24 p.

BLEICHER, L. **Precarização do trabalho do cirurgião-dentista na cidade de Salvador, Bahia**. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 36, 2012, p. 668-682.

BEHRING R. E., BOSCHETTI I. **Política social**: fundamentos e história, São Paulo, Cortez, 2011.

BORGES, FERREIRA, M. C. **Trabalho em transição**, Saúde em risco, Brasília: UNB, 2002, p. 27-42.

BRASIL., Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. Brasília: MS; 2017.

CABRAL, J. F. P., **O mito de Sísifo e sua conotação contemporânea**, Brasil Escola. Disponível em <<https://brasilestela.uol.com.br/filosofia/o-mito-sisifo-sua-conotacao-contemporanea.htm>>. Acesso em 04/07/2018.

CAMARGO, G., **História e saúde do trabalhador**, / FETEC-CUT-PR Disponível em: www.cut.org.br. publicado em 5 de abril de 2006 às 2:03:

CHIAVEGATO FILHO L. G., NAVARRO V. L., **A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista**. Revista Pegada – vol. 13 n.2, dez 2012, p. 67-82.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Enfermagem em números. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Estatística: médicos em atividade no país. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_estatistica

Conselho Federal de Odontologia (CFO), 2016. Disponível em: <http://transparenciacfo.org.br/>.

COSTA ET AL, Rev. bras. Saúde ocup. Vol. 38, nº 127, São Paulo/jan., 2013.

COUTO, D. T., **Prazer, sofrimento e riscos de adoecimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital público do DF** (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. 2008.

DEJOURS C., **Subjetividade, trabalho e ação**. Revista Produção, Vol.14, n.03, set/dez, 2004, p. 27-34. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/SO103-651320040003000004>>.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez Editora Oboré, 1992.

DELDUQUE, M. C., **Temas atuais de direito sanitário**, Brasília: CEAD/FUB, (Publicação do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz. v. 1) ISBN 978-85-7804-039-0, 2009, 128 p.

DRUCK G., **Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?** *Cad. CRH* [online], vol.24, n.spe1, 2011, p.37-57. ISSN 0103-4979. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004>.

DRUCK, G., FRANCO, T. Trabalho e Precarização Social - introdução. **Caderno CRH**, v. 24, p. 9-12, 2011.

DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2007.

Etimologia do Trabalho - UFRGS

Disponível em: www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/trabalho/etim_trab.htm

Acesso em: 26/06/2018

FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista**: as funções da previdência e assistências sociais. São Paulo: Cortez, 1980.

O que é política social. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FARIA, R. F., **Transformações no mundo do trabalho**: reflexões, políticas e perspectivas para a saúde do trabalhador público federal, 2017, 205 p.

FILHO N. DE A., ROUQUAYOL Z., **Epidemiologia e Saúde**, 6^o edição, 2003.

<http://www.ipea.gov.br>

A superação dos obstáculos para a industrialização. Ano 9, Edição 74 - 31/10/2012

Acesso 20/08/2018.

<https://saude.to.gov.br>

Acesso em: 22/08/2018

<http://www.fetecpr.org.br/historia-e-saude-do-trabalhador/>

Acesso em: 27/06/201

<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>

Acesso em: 26/06/2018

<https://nacoesunidas.org/agencia/oit/>

Acesso em: 27/07/2018.

<http://www.fetecpr.org.br/historia-e-saude-do-trabalhador>.

Artigo retirado do site: www.cut.br, História e saúde do trabalhador, publicado em 05 de abril de 2006, 2:03.

Acesso em: 28/06/2018.

<http://redehumanizadas.net/61413-o-processo-de-trabalho-em-sauderesumo/>.

Acesso em: 16/09/2018

IAMAMOTO, M. V., CARVALHO, R. de., **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológico. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na divisão do trabalho.** In: _____
Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos. São Paulo:
Cortez, 1992, p. 87-112.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de Capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, M. V. **O Brasil das desigualdades:** “questão social”, trabalho e relações sociais. *Serv. social*, Brasília, v.15, n. 33, p261-384, jul. / dez. 2013

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** Síntese de Indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

KANTORSKI, L.P. **As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde** - algumas reflexões preliminares. *Rev. latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 5-15, abril 1997.

MARTINHO, M. R., **As transformações no mundo do trabalho e suas repercussões na saúde do trabalhador.**

Disponível em :<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo2/as-transformacoes-no-mundo-do-trabalho-e-suas-repercussoes-na-saude-do-trabalhador.pdf>

Acesso em: 28/05/2018

MARX, K., **O Capital:** crítica da economia política. Vol. 1, Livro Primeiro: o processo de produção do capital. 5ª.ed. Tradução de Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural (Obra original publicada em 1867), 1983.

MENDES. A. M.; MORRONE, C. F. **Vivências de prazer:** sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica: IN: MENDES, A. M., Aspectos **psicodinâmicos da relação homem-trabalho:** as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 1995, 15(1-3), 34-38.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931995000100009.

MENDES, A. M. B., **Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho,** (Ed.), *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*, São Paulo, SP, 2007, p. 16-30, 31-39, Casa do Psicólogo.

MENDES, A. M., **Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho.** In A. M. Mendes (Org.), *Trabalho & Saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*, Curitiba: Juruá, 2008, p.13-25

MENDES R., DIAS E. C., **Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador.** *Rev. Saúde Pública* [online]., vol.25, n.5, 1991, pp.341-349.

Acesso em: 29/07/2018.

MENDES-GONÇALVES, R. B., DONNANGELO C. Saúde e sociedade 1992, 1(1):3-5.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: 1992 CEFOR (Cadernos CEFOR – Textos 1), 53 p. (versão ampliada do texto de apoio produzido para o CADHRU em 1988).

MINAYO, M. C. S., **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. (2001). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias; colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **IV Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**: etapa macrorregional, 2014.

MERHY E. E., FRANCO T. B., **Trabalho em Saúde**. Dicionário da educação Profissional em Saúde, 2005 p. 278-283.

NASCIMENTO SOBRINHO, C.L. et al. **Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.1, 2006, p.131-140.

NOBRE L., PENA P., BAPTISTA R., **Saúde do Trabalhador na Bahia**: histórias, conquistas e desafios, Salvador: EDUFBA: SESAB: CESAT, 2011, 342 p.

NOGUEIRA-MARTINS, L.A. **Saúde mental dos profissionais de saúde**. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte, v.1, n.1, 2003, p.59-71.

NOGUEIRA, R. P., **Perspectiva da qualidade em saúde**, Rio de Janeiro: Qualitymak, 1994.

OLIVEIRA, S. G. de., **Estrutura normativa da segurança e saúde do trabalhador no Brasil**. Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região, Belo Horizonte, MG, v. 45, n. 75, jan/jun, p. 107-130, 2017.

OLIVEIRA, L. C. de LACAZ, F. A. de C., **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 74p.; 14 x 21 cm. ISBN 1. Saúde pública – História. 2. Política de Saúde – SUS. I.LACAZ, Francisco Antonio de CDD - 362.10981 Castro. II. Título

PAIM J. S., **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde**, Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília, 28/3/2001.

PEDUZZI, M., SCHRAIBER, L. B., **Processo de trabalho em saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009.

Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>

Acesso 29/09/2018

QUEIROZ P., **A nova morfologia do trabalho, informalidade e precarização**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, abr/jun, 2014, p. 395-397.

RODRIGUES, S., **Uma verdade inconveniente: o trabalho nasceu da tortura**/VEJA.com, publicado em 1 nov. 2011, 12h58

Disponível: <https://veja.abril.com.br/.../uma-verdade-inconveniente-o-trabalho-nasceu-da-tortura/> 18 de fev 2017.

VASCONCELOS, A. de F., **Saúde mental no trabalho: contradições e limites**. Psicologia & Sociedade; 20 (3): 453-464, 2008, p. 45.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e participar da pesquisa acadêmica de Trabalho de Conclusão de Curso intitulada: **"REFLEXÕES SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE TRABALHADORES DA SESAB - SUS"**, desenvolvida por **GUANACI MOEMA SILVA CORDEIRO**, aluna do Curso de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia-UFBA.

O trabalho tem como objetivo analisar a relação trabalho-saúde-doença a partir da precarização do trabalho em saúde.

Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela professora **LARISSA VIEIRA BARROS**, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa e dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista com roteiro. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e sua orientadora.

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Caso o (a) senhor (a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar, através do email (moema.cordeiro@hotmail.com).

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Salvador, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura da pesquisadora:
