



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
PRÓ-REITORIA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA**

JOANA RÊGO SILVA RODRIGUES

**AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS MÉDICOS NO SERVIÇO PÚBLICO DO
ESTADO DA BAHIA**

SALVADOR

2016

JOANA RÊGO SILVA RODRIGUES

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS MÉDICOS NO SERVIÇO PÚBLICO DO
ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador - UCSAL, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ângela Maria Carvalho Borges

SALVADOR

2016

UCSal. Sistema de Bibliotecas.

R696 Rodrigues, Joana Rêgo Silva.

As condições de trabalho dos médicos no serviço público do Estado da Bahia/ Joana Rêgo Silva Rodrigues. – Salvador, 2016.

222 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientação: Profa. Dra. Ângela Maria Carvalho Borges.

1. Médico – Condições de trabalho 2. Sociologia do trabalho 3. Saúde pública – Condições de trabalho I. Título.

CDU 316.334.22:616-051

TERMO DE APROVAÇÃO

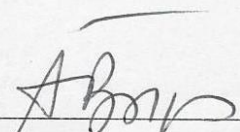
JOANA RÊGO SILVA RODRIGUES

**“AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS MÉDICOS NO SERVIÇO PÚBLICO DO
ESTADO DA BAHIA”**

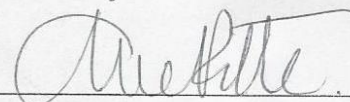
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas
Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 26 de julho de 2016.

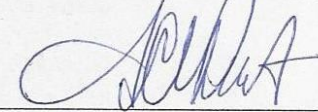
Banca Examinadora:



Profa. Dra. Ângela Maria Carvalho Borges – Orientadora/UCSal



Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta – UCSal



Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto – UFBA

Aos Franciscos da minha vida:

Ao meu pai, in memoriam. Por ter me ensinado o significado da palavra perseverança. Onde quer que esteja, que possa sentir a felicidade deste momento.

E ao meu filho, Francisco (*baby Chico*), benção que a vida me trouxe em meio a essa caminhada, confirmando em mim, a certeza de que, quando há amor, coragem e fé, tudo é possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, de maneira especial à Profa. Dra. Ângela Maria Carvalho Borges, pela orientação prestada, por me ofertar tranquilidade, desde o primeiro momento, quando, cheia de receio e ansiedade, lhe trouxe a notícia da espera de Francisco. Pela confiança depositada em mim durante toda esta longa trajetória e sobretudo, pela oportunidade e possibilidade de um desenvolvimento intenso de meus conhecimentos através dos nossos encontros que muito ajudaram na concretização deste trabalho.

Aos prof. Dra. Mary Castro, Dra. Kátia Freitas, Dra. Marcia Calanzans, Dra. Jolie Loreou, Dr. Antonio Carlos Silva, Dr. Dirley Cunha e Dr. Antônio Adonias pelas colaborações valiosas em suas aulas.

À Prof. Dra. Ana Pitta, que aceitou participar da banca examinadora, considerando que suas observações em sala de aula e posteriormente, na qualificação muito contribuíram para a melhoria do presente estudo.

À Prof. Dra. Isabela de Matos Pinto, pelo apoio e acesso ao banco de dados da pesquisa SESAB, realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva - ISC, sob sua coordenação, bem assim, pelas importantes e definidoras contribuições expressas durante o exame de qualificação e por me agradecer, uma vez mais, com sua presença na banca examinadora.

À Dra. Iracema Viterbo Silva, membro da equipe do ISC, por toda a atenção e colaboração no processo de coleta de dados das pesquisa SESAB, que foi fundamental para o desfecho desta dissertação.

A Geisa dos Santos, pela colaboração na árdua tarefa de elaborar tabelas e transcrever as entrevistas.

Aos meus colegas de mestrado, por construírem uma verdadeira rede de colaboração, união e respeito, tornando ainda mais prazeroso essa longa jornada. A Thaline Novais registro um agradecimento especial, por compartilhar comigo sua experiência junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, o que ajudou enormemente no alcance de mais essa etapa.

À Cecília Medina, com quem celebrei a alegria da seleção no mestrado e com a qual, posteriormente, também divide momentos de angústia e ansiedade.

Ao CNPQ, instituição financiadora deste estudo, cuja bolsa sem sombra de dúvida permitiu que eu conseguisse cursar o mestrado.

Às pessoas a quem devo a solidariedade e apoio, especialmente nestes últimos 3 meses que antecederam a finalização desse trabalho, quando muitas vezes me fiz ausente ao dedicar-me quase exclusivamente à pesquisa: Dulce e Paula, fies escudeiras no cuidado diário com

Chico, à Dora e ao Dindo Gui, pela disponibilidade e alegria dos finais de semana, à Lica, amiga-irmã que acolheu em seu lar, tantas vezes, a mamãe cansada e o seu bebe ansioso por brincar.

Àqueles que dão sentido a tudo; minha mãe Sandra, a quem escolhi para ser meu exemplo na vida, lastro de amor e coragem, ao meu pai Quito, cuja forte presença na ausência, é minha maior prova de que o amor transcende o plano físico; é eterno. E aos meus irmãos Lucas e Sara (*fada-madrinha*), meus grandes parceiros, que estão sempre me oferecendo palavras de incentivo e vibrando comigo a cada conquista.

E finalmente, meu profundo agradecimento ao meu grande companheiro Afranio, que está sempre ao meu lado, abrindo a porta de sonhos e me ajudando a construir os caminhos. Por não só entender minha ausência ao seu lado em diversos momentos, como ainda suprir, ao seu modo, as carências do nosso pequeno Francisco diante do tempo roubado por esse projeto. Obrigado por você existir em minha Vida.

RESUMO

Esta pesquisa se propôs a estudar eventuais expressões empíricas do debate conceitual da precarização social do trabalho no serviço público de saúde do Estado da Bahia. Nesta perspectiva, o estudo objetivou descrever e analisar as condições de trabalho dos médicos que laboram nas instituições de saúde do Estado, na região metropolitana de Salvador, buscando compreender em que medida essas condições compõem uma das dimensões do fenômeno mencionado. Metodologicamente, a dissertação foi dividida em duas etapas; na primeira, precedeu-se a análise quantitativa das condições de trabalho dos médicos servidores públicos, vinculados diretamente à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), a partir de um tratamento estatístico aos dados secundários obtidos através do questionário constante da pesquisa “Perfil da morbidade e fatores subjacentes às licenças médicas de servidores públicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia”, financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB e realizada pela equipe do Instituto de Saúde Coletiva – ISC da Universidade Federal da Bahia, em 2013. A segunda etapa consiste numa pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, com médicos titulares de modalidades contratuais diversas com o Estado. Buscou-se investigar a percepção subjetiva desses médicos sobre suas condições de trabalho e os desdobramentos em suas vidas pessoais e motivação para o trabalho. Os resultados também foram apresentados separadamente: os dados quantitativos, contrariando o que era esperado inicialmente, não conduziram a um quadro consistente de precariedade das condições de trabalho, embora parte não desprezível da amostra tenha destacado aspectos negativos acerca de sua atividade; já análise realizada a partir da visão dos sujeitos envolvidos, destacou efetivamente a precarização das condições de trabalho, traduzidas através da deficiência no ambiente físico laboral, da sobrecarga de trabalho, da diminuição do grau de autonomia, dos problemas nas relações interpessoais e na violência dada na relação profissional-usuário, além do desgaste profissional. O diagnóstico das condições de trabalho oferece contribuições basilares para construção de estratégias de enfrentamento desses problemas que, em larga medida, impacta também no desempenho da prestação dos respectivos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Médico – Condições de trabalho. Sociologia do trabalho. Saúde pública – Condições de trabalho.

ABSTRACT

This research studied the working conditions of doctors who work in the public service of the State of Bahia, in the perspective of analysis in the empirical framework of the more general scenario of social labor precariousness that affects the medical category. The study aimed to describe and analyze the working conditions of doctors who work in state health institutions in the metropolitan region of Salvador, seeking to put in evidence and understand to what extent they make up one of the dimensions of that precariousness. Methodologically, this dissertation was divided into two stages; the first, preceded the quantitative analysis of the working conditions that doctors allocated in the public health service face, bound directly to Bahia State's Health Secretariat (SESAB), from a statistical analysis of secondary data obtained through constant research questionnaire "Profile of morbidity and factors underlying medical license of civil servants from the Health's Secretary of the State of Bahia", funded by the Support Research Foundation of Bahia State - FAPESB and made by the staff of the Public Health Institute - ISC from Federal University of Bahia, in 2013. The second stage consisted in a qualitative research, where, through semi-structured interviews conducted in the first half of 2006, we sought to investigate the subjective perception of doctors who also work in the public service of the State, regardless the type of contract, on their working conditions. At this stage, it sought to further understand the impact of these conditions on personal life and motivation to work of these professionals. The results were also presented separately: the quantitative data have not led to a consistent framework of precarious working conditions, though not negligible part of the sample has highlighted negative aspects about their activity; the analysis carried out from the perspective of the subjects involved, effectively highlighted the precarious working conditions, translated empirically by: disabilities in the labor physical environment, work overload, decreased degree of autonomy, problems in interpersonal relationships and violence in the professional-patient relationship, in addition to professional wear. The diagnosis of working conditions offers contributions in order to build strategies to face this problem, which to some extent, also impacts the performance of the of public health services.

Key-words: Doctors - Working conditions. Sociology of Work. Public Health - Working conditions.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|---------------------------------------------------------------|
| ABM | Associação Bahiana de Medicina |
| AMB | Associação Médica Brasileira |
| ANPOCS | Associação Brasileira de Pós-graduação em Ciências Sociais |
| Art | Artigo |
| CF | Constituição Federal |
| CFM | Conselho Federal de Medicina |
| CIS | Consórcio de Informações Sociais |
| CLT | Consolidação das Leis Trabalhistas |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico |
| CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde |
| CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde |
| CREMESP | Conselho Regional de Medicina de São Paulo |
| Degerts | Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde |
| EC | Consolidação das Leis Trabalhistas |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| ERI | Efford Reward Imbalance |
| FAPESB | Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FMI | Fundo Monetário Internacional |
| FTS | Força de Trabalho em Saúde |
| HEGP | Hospital de Emergência de Grande Porte |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| INSHT | Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo |
| ISC | Instituto de Saúde Coletiva |
| JT | Justiça do Trabalho |
| MPT | Ministério Público do Trabalho |
| MS | Ministério da Saúde |
| NNPS | Mesa Nacional Negociação Permanente |
| NOB | Norma Operacional Básica |
| OPAS | Organização Pan Americana de Saúde |
| OS | Organizações Sociais |
| OSCIP | Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público |

| | |
|--------|------------------------------------------------------|
| PACS | Programa de Agentes comunitários de Saúde |
| PCCS | Plano de Cargos, Carreira e Salários |
| PCCV | Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos |
| PGETES | Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde |
| PPP | Parceria Público-Privada |
| PSF | Programa de Saúde na Família |
| PTO | Psicologia do Trabalho e das Organizações |
| REDA | Regime Especial de Direito Administrativo |
| RH | Recursos Humanos |
| SESAB | Secretaria de Saúde do Estado da Bahia |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TS | Trabalhadores da Saúde |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 01 | Distribuição de médicos por ano de admissão no serviço na SESAB. Referencial - 2011. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 97 |
| Tabela 02 | Distribuição percentual de médicos conforme cruzamento das variáveis idade e tipo de unidade . Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 101 |
| Tabela 03 | Distribuição percentual de médicos conforme questionamento de como se sente em relação ao seu trabalho de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 105 |
| Tabela 04 | Distribuição percentual acerca da pressão constante para a realização do trabalho em pouco tempo de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 110 |
| Tabela 05 | Distribuição percentual acerca da constante interrupção no trabalho de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 111 |
| Tabela 06 | Distribuição percentual acerca da pressão para trabalhar além do horário de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 115 |
| Tabela 07 | Distribuição de médicos por jornada diária em horas, de acordo com o tipo de unidade de trabalho. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 116 |
| Tabela 08 | Distribuição percentual acerca da exigência de esforço físico de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 117 |
| Tabela 09 | Distribuição percentual acerca do aumento de exigência do trabalho nos últimos anos de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 121 |
| Tabela 10 | Distribuição percentual acerca do respeito que merece dos chefes de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 122 |
| Tabela 11 | Distribuição percentual acerca do respeito que merece dos colegas de trabalho de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 123 |
| Tabela 12 | Distribuição percentual acerca do apoio em situações difíceis de acordo | |

| | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| | com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 124 |
| Tabela 13 | Distribuição percentual acerca do tratamento injusto no ambiente de trabalho de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 127 |
| Tabela 14 | Distribuição percentual acerca da percepção de improbabilidade para ser promovido futuramente de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 128 |
| Tabela 15 | Distribuição percentual acerca de percepção de que já passou ou pode vir a passar por mudanças indesejadas no trabalho de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 129 |
| Tabela 16 | Distribuição percentual quanto a se a posição por eles ocupada estava de acordo com o seu nível de conhecimento ou treinamento de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 131 |
| Tabela 17 | Distribuição percentual acerca do receber o respeito e o reconhecimento que merece de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 132 |
| Tabela 18 | Distribuição percentual acerca das chances futuras estarem em equilíbrio com os esforços e conquistas de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 133 |
| Tabela 19 | Distribuição percentual acerca do salário ser adequado em relação aos esforços e conquistas de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 135 |
| Tabela 20 | Distribuição percentual acerca da possibilidade de ficar facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016. | 136 |
| Tabela 21 | Distribuição percentual acerca de pensar nos problemas do trabalho logo quando acorda , de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016..... | 137 |
| Tabela 22 | Distribuição percentual acerca da possibilidade de conseguir desligar-se facilmente do trabalho, após o fim da jornada de acordo com idade, | |

tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016. 139

SUMÁRIO

| | | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 2 | ANTECEDENTES TEÓRICOS E HISTÓRICOS..... | 22 |
| 2.1 | TRANSFORMAÇÕES NO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO..... | 22 |
| 2.1.1 | A Institucionalização e especialização do trabalho médico..... | 23 |
| 2.1.2 | Assalariamento e perda da autonomia no trabalho..... | 26 |
| 2.2 | ALGUNS ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO MERCADO DE TRABALHO MÉDICO..... | 29 |
| 2.3 | IMPACTOS DA REESTRURAÇÃO PRODUTIVA PARA A ATIVIDADE MÉDICA..... | 32 |
| 2.3.1 | Conceituando brevemente o fenômeno da reestruturação produtiva..... | 33 |
| 2.3.2 | A reestruturação produtiva no Brasil..... | 34 |
| 2.3.3 | Impactos objetivos do fenômeno no trabalho médico..... | 36 |
| 2.3.4 | Aspectos subjetivos da reestruturação produtiva no cenário médico..... | 38 |
| 2.4 | CONJUNTURA ATUAL DA PROFISSÃO MÉDICA..... | 41 |
| 3 | O TRABALHO PRECARIZADO..... | 46 |
| 3.1 | PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO: DIMENSÕES..... | 47 |
| 3.1.1 | Das formas de mercantilização da Força de trabalho..... | 49 |
| 3.1.2 | Da organização e condições de trabalho..... | 50 |
| 3.1.3 | Da precarização da saúde dos trabalhadores..... | 52 |
| 3.1.4 | Do reconhecimento e valorização simbólica..... | 53 |
| 3.1.5 | Das condições de representação e de organização sindical..... | 54 |
| 3.1.6 | Precarização social do trabalho do medico no service publico..... | 55 |
| 3.2 | CONDIÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE..... | 62 |
| 3.3 | AS ESTRATÉGIAS ESTATAIS DE ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO DA PRECARIZAÇÃO..... | 69 |
| 3.3.1 | Enfrentamento da precarização do trabalho na Bahia..... | 75 |
| 4 | AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS MÉDICOS NO SERVIÇO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA..... | 80 |
| 4.1 | DELIMITANDO O CONCEITO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO..... | 80 |

| | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.2 | DOS MÉDICOS SERVIDORES DO ESTADO DA BAHIA – SESAB..... | 87 |
| 4.2.1 | Trajatória e esclarecimentos metodológicos sobre o uso da Pesquisa SESAB | 88 |
| 4.2.2 | Perfil dos médicos SESAB em Salvador..... | 91 |
| 4.2.3 | Resultados obtidos com os cruzamentos de microdados da pesquisa SESAB | 104 |
| 5 | AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS MÉDICOS. PERCEPÇÃO SUBJETIVA E VISÃO DO SERVIÇO | 142 |
| 5.1 | ABORDAGEM METODOLÓGICA UTILIZADA..... | 142 |
| 5.2 | PARTICIPANTES | 143 |
| 5.3 | TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS..... | 144 |
| 5.4 | PROCESSO DE ANÁLISE E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... | 146 |
| 5.5 | VISÃO DOS MÉDICOS..... | 147 |
| 5.5.1 | Riscos no ambiente físico do trabalho..... | 147 |
| 5.5.2 | Autonomia e intensificação da jornada..... | 154 |
| 5.5.3 | Relações interpessoais. Reconhecimento e apoio social | 157 |
| 5.5.4 | Violência na relação profissional-usuário..... | 161 |
| 5.5.5 | Remuneração, segurança e estabilidade | 164 |
| 5.5.6 | Desgaste e motivação para o trabalho..... | 169 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 174 |
| | REFERÊNCIAS..... | 183 |
| | APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 193 |
| | APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS..... | 195 |
| | APÊNDICE C - ESTUDO SOBRE O PERFIL DE MORBIDADE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA..... | 198 |

1 INTRODUÇÃO

A crescente insatisfação com os resultados da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde pública no Brasil vem sendo objeto de diversos debates, devidamente repercutidos pela mídia. Neste contexto, entende-se que para inverter essa lógica de insatisfação e, portanto, pensar em qualidade no processo do cuidado da saúde, torna-se essencial canalizar atenções para o trabalho dos profissionais, bem assim, e sobretudo, às condições oferecidas para o desenvolvimento deste trabalho.

As inúmeras e intensas transformações ocorridas no mundo do trabalho, influenciadas em especial, pelo fenômeno da Reestruturação Produtiva e vistas inicialmente no setor industrial, ao longo dos anos passaram a ser observadas no contexto produtivo de diversos outros setores da economia, inclusive do setor saúde. Tais mudanças, conduzidas mais na atualidade, preponderantemente, pelo modelo econômico neoliberal e advindas, principalmente, dos ajustes do capital na tentativa de contornar os efeitos de sua crise estrutural (MOURA, 2013), ensejam frequentemente prejuízos para os trabalhadores da saúde, eis que acumulam em sua rotina laboral notórios sinais da precarização.

Nesta perspectiva é que a Organização Mundial de Saúde elegeu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde (ASSUNÇÃO; BELISÁRIO, 2007). No setor Saúde, a Medicina está entre as profissões que mais sofreram os impactos dessas mudanças (DIAS, 2009), posto que a lógica da acumulação capitalista associada à própria transição tecnológica do setor, acabaram introduzindo alterações na forma da prestação do serviço de saúde bem como, impondo também transformações marcantes na organização, no processo de trabalho e nas relações de trabalho dos médicos.

Assim, o assalariamento, com a intensificação do multiemprego e o prolongamento das jornadas; a demanda pela intensa especialização; a perda de autonomia, representam apenas o começo de um processo que se expande e que apresenta outras consequências ainda mais danosas, como o processo de desqualificação do próprio trabalho, especialmente ocasionados pela fragilização das relações de trabalho em virtude da flexibilização dos vínculos; a desregulamentação ou perda de direitos sociais e trabalhistas; a deteriorização das condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores, a queda dos valores médios de remuneração, além das questões referente à saúde e ao adoecimento desse profissionais.

Todos esses fatores acima suscitados, somados à instabilidade e insegurança permanentemente imposta aos trabalhadores, resultam no amplo e novo fenômeno multidimensional de precarização social que segundo Druck (2013), atinge a todos

indiscriminadamente, e que, como ora suscitado, afeta intensamente também a categoria médica.

Cumprir observar que no contexto do serviço público de saúde, as marcas dessa precarização que afeta a estruturação e o mercado de trabalho dos médicos estiveram diretamente relacionadas com as Reforma do Estado (1990) e, na ocasião, com a Reforma Administrativa e Gerencial, em 1995, implementada pelo governos que se sucederam no poder. Relativamente à Gestão do trabalho no SUS, as mencionadas reformas resultaram, no plano objetivo, entre outras questões, na suspensão de concursos públicos e na intensificação da utilização da terceirização, do contrato temporário e outras modalidades flexíveis, como formas de contratação pela administração pública.

Os médicos inseridos na nova morfologia do trabalho (ANTUNES, 2015), subjetivamente, foram também envolvidos por um “novo metabolismo social do trabalho” (ALVES, 2011), onde a ideologia do produtivismo neoliberal, do individualismo e do consumismo contribuíram para conduzir os médicos a um processo de intensificação do trabalho; à práticas laborais assalariadas travestidas da falsa autonomia propugnada pelo “empreendedorismo”, e até mesmo à autoexploração, onde o já citado multiemprego deixa de ser apenas uma opção compensatória em função das perdas salariais imposta pelo mercado, para ser estimulado enquanto uma escolha autônoma e deliberada.

Deste modo, o presente estudo, após discorrer sobre o quadro teórico da precarização social das relações de trabalho dos médicos, busca no particular, investigar no quadro empírico, a eventual existência de algumas das dimensões dessa precarização; analisando nesta perspectiva, as condições de trabalho vivenciadas por esses profissionais no setor público de saúde do Estado da Bahia. Vale ressaltar que o presente estudo pauta-se numa conceituação ampla de condições de trabalho, ultrapassando os aspectos mais objetivos/estruturais, somando-se assim, os rebatimentos provenientes das formas de organização e gestão do trabalho.

Neste sentido, nota-se que conceituar condições de trabalho perpassa pela necessidade de contemplar a interação e o inter-relacionamento de todas as circunstâncias que circundam as especificidades do trabalho médico, envolvendo desde os fatores (material, psíquico, biológico e social) que compõem a noção de ambiente de trabalho até os aspectos inerentes ao conteúdo laboral, do qual descendem a compreensão do processo de trabalho e suas respectivas transformações decorrentes dos aspectos técnicos, econômicos e organizacionais do trabalho.

O fato é que no cotidiano do trabalho, os médicos, além dos intensos estímulos emocionais inerentes a profissão, eis que acompanham o adoecer e estão frequentemente em contato com a dor, o sofrimento ou até mesmo à pressão do risco de morte do paciente, ainda são expostos a múltiplas cargas de trabalho: biológicas, químicas, físicas, mecânicas, fisiológicas e principalmente de natureza psíquicas (DIAS, 2009), as quais se acumulam e interagem sinergicamente, potencializando efeitos e danos para a saúde desses profissionais.

Sobre as cargas psíquicas, acima mencionadas e também chamadas de fatores de riscos psicossociais, estas estão mais relacionadas às características do processo de trabalho ou ainda, à organização e gestão do trabalho. No cotidiano dos médicos essas cargas traduzem-se em: sobrecarga de trabalho; forte pressão de tempo; estabelecimento de metas abusivas ou o descompasso entre as metas estabelecidas e as condições materiais oferecidas; forte controle implícito ou explícito, com pouca autonomia de decisão, o aumento da competitividade entre os trabalhadores; falta de apoio social e reconhecimento, a polivalência no exercício da atividade, autoaceleração, entre outros.

Associa-se a este cenário também, as relações estabelecidas com os membros da equipe e com os próprios pacientes. Neste particular, insta salientar que os médicos vivenciam frequentemente uma relação tensa e até mesmo permeada por incidentes de violência com os usuários, pacientes e acompanhantes, haja vista que não raro é atribuído aos médicos, a função de intermediar o conflito entre as demandas e expectativas dos referidos usuários/pacientes e as dificuldades estruturais e organizacionais no percurso do atendimento, as quais, por sua vez, são decorrentes das limitações e incertezas do sistema público assistencial.

Desse modo, ressalta-se que as características que conformam as condições de trabalho atualmente disponibilizadas aos médicos conduzem ao desgaste e à destruição das suas energias físicas e mentais. Assim, tais práticas, seguindo a lógica do processo mundial de precarização, focam-se, em primeiro lugar na otimização do uso dos recursos e diminuição de custos e, em segundo, quando possível, nos usuários, em detrimento absoluto das condições de trabalho e saúde dos próprios trabalhadores do setor saúde.

Desta realidade, conforme aponta Dias (2009) resultam múltiplas e variadas formas de expressão, tais como o sofrimento e adoecimento físico e psicológico, manifestações de estresse, o que inclui os distúrbios de sono - sendo a privação de sono considerada fator importante para o aumento do desgaste e a ocorrência de erro, ou ainda em caso mais graves, o desencadeamento de quadros psiquiátricos, como a síndrome do pânico, a depressão e o

burnout - síndrome, conforme apontam alguns estudos (CAMPELO, 2009; NASCIMENTO SOBRINHO, 2009; SOLER, 2010), muito frequente entre médicos.

Todas estas questões são extremamente oportunas, quando se considera os dados do Conselho Federal de Medicina em 2016, em relação ao quantitativo de médico que cresce exponencialmente no Brasil e que hoje, já alcança 421.780¹ profissionais, correspondendo a uma parcela significativa do total de força de trabalho no setor saúde. Soma-se a isso o fato de que o trabalho do médico exerce uma centralidade na organização produtiva do complexo da saúde, de modo que conhecer a real necessidades desses profissionais bem assim, o cenário da precarização onde se dão suas respectivas atuações, torna-se, de certo modo, bastante importante para a adoção de algumas políticas de saúde e até mesmo ao se falar nas iniciativas de reorientação do modelo assistencial, da organização e da oferta de serviços de saúde no Brasil.

Ademais, há que se ressaltar a influência do trabalho médico para a própria qualidade do serviço prestado à população, posto que as condições insatisfatórias no trabalho afetam não apenas a autoestima como também levam à desmotivação destes profissionais para o trabalho, interferindo assim, diretamente na qualidade da assistência (MENDES et al., 2013, p. 162). Assim, ao tempo que estudos indicam, por exemplo, que a questão das condições do ambiente físico do trabalho são preponderantes no processo de motivação dos médicos (MENDES et al., 2013), o CFM (Demografia, 2015) aponta que além da remuneração, as condições de trabalho aparecem como os principais fatores que levariam os médicos a se fixarem em um local de trabalho, minimizando assim os problemas gerados pela alta rotatividade de profissionais.

Com efeito, a qualidade do cuidado com a saúde depende da maneira com a qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2013, p. 51). Nota-se assim, a importância do presente estudo ao investigar as condições de trabalho nas quais se realizam esses processos de trabalho em saúde e, de igual modo, afigura-se relevante por analisar a exposição dessa categoria à relação precária de trabalho, demonstrando assim, a força e a multidimensionalidade do fenômeno de precarização que atinge a todos, e que, em última análise, está também embutida no debate mais amplo da própria precarização do sistema de saúde pública no Brasil.

¹ O total de médicos em atividade no país é o resultado do somatório dos registros principais ativos em todas as Unidades da Federação. (Dado colhido no site do CFM).

O objetivo geral do estudo, portanto, foi descrever e analisar as condições de trabalho dos médicos no serviço público do Estado da Bahia, evidenciando em que medida elas compõem uma das dimensões do cenário de precarização social que abrange a profissão médica.

Pretendeu-se ainda, especificamente, identificar e compreender a degradação das condições laborativas no setor saúde enquanto uma das dimensões da categoria “precarização social” do trabalho no Brasil. Ao mesmo tempo, tomando como campo empírico o serviço público de saúde estadual, prestado dentro do cenário espacial metropolitano de Salvador, coube ainda analisar as condições de trabalho dos médicos, mais especificadamente, em duas etapas:

Primeiramente, a partir de tabulações e sistematização de microdados da pesquisa “Perfil da morbidade e fatores subjacentes às licenças médicas de servidores públicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia”, financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB, e realizada pela equipe do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 2013, coordenada pela Dra. Isabela de Matos Pinto, construindo indicadores quantitativos sobre as condições de trabalho vivenciadas por médicos vinculados de forma estatutária com o Estado da Bahia.

E, em um segundo momento, a partir de uma abordagem qualitativa, o presente estudo buscou evidenciar a percepção subjetiva de médicos – independentemente da modalidade de contratação com o Estado, acerca das suas referidas condições de trabalho, identificando, na visão desses atores, os eventuais rebatimentos destas, em suas vidas pessoais e, os possíveis efeitos para a prestação do serviço público de saúde a que se propõem.

Vale salientar que esta pesquisa de campo foi realizada com vistas a aprofundar alguns aspectos que em razão da própria natureza da proposta implementada na primeira etapa, não foram contemplados por meio da pesquisa SESAB, mas que também servem a enriquecer o presente estudo, haja vista que ao explorar a livre narrativa dos médicos da amostra, resta possível ao presente estudo, desvelar questões subjetivas por vezes difíceis de serem quantificadas.

A dissertação foi organizada em cinco capítulos, contanto com a introdução, além das considerações finais. Após a introdução, o Capítulo II, discorre sobre as transformações históricas e mudanças estruturais ocorridas no mercado de trabalho em saúde e o modo como provocaram a redefinição nas formas de inserção, estruturação e do próprio mercado de trabalho dos médicos. Ainda neste contexto, buscou-se identificar e compreender a influência e as consequências oriundas do processo de reestruturação produtiva do capital para a

flexibilização do trabalho em saúde e, mais especificadamente, as repercussões objetivas e subjetivas no cenário médico, concluindo com um breve panorama da conjuntura atual da profissão médica, enquanto resultado de todas as transformações estudadas no referido capítulo.

O Capítulo III traz o debate conceitual sobre a precarização Social do Trabalho, analisando o fenômeno a partir do seu caráter multidimensional, buscando identificar, no plano de realidades concretas, onde e como a precarização social do trabalho pode ser demonstrada. Dentro deste propósito, traçou-se uma breve revisão do que seriam as 5 (cinco) dimensões da precarização social do trabalho, utilizando-se como referencial as lições de Franco; Druck e Seligma - Silva (2010). Nesta sequência, coube a análise da precarização social no contexto do trabalho médico no universo do serviço público de saúde, onde pontuou-se, brevemente, a influência da Reforma Administrativa do Estado na intensificação e disseminação do fenômeno em estudo.

No bojo da referida discussão, procedeu-se ainda a compreensão das condições e organização do trabalho médico, à luz do constructo teórico do modelo administrativo gerencial (gestão do trabalho e avanço da ideologia gerencialista), bem como, realizou-se a descrição, numa abordagem crítica, das estratégias de enfrentamento do fenômeno da precarização social do trabalho no contexto nacional e no contexto local; na Bahia, unidade da federação na qual está focado o presente estudo.

Nos últimos capítulos, desenvolveram-se as questões centrais propostas, contemplando a análise acerca das condições de trabalho dos médicos no serviço público do estado da Bahia, análise esta que, conforme já suscitado, fora realizada em duas etapas e, de igual modo, dividida em dois capítulos.

Assim, o Capítulo IV iniciou-se com a delimitação conceitual de condições de trabalho, para em seguida, iniciar a abordagem sobre essas referidas condições, tomando como referencial os médicos servidores do estado, lotados em unidades vinculadas diretamente à SESAB. Procedeu-se assim, a trajetória e os esclarecimentos metodológicos sobre o uso da pesquisa SESAB, posteriormente foi apresentado, com a respectiva análise, o panorama geral das características ocupacionais e sócio-demográficas dos médicos que fizeram parte da amostra da referida pesquisa e, ao final, foi então realizada a descrição e análise quantitativa dos resultados obtidos com os cruzamentos de microdados da pesquisa SESAB.

Em seguida, a partir da especificidade da riqueza das narrativas coletadas através das entrevistas feitas com os médicos, titulares de múltiplas e variadas modalidades contratuais

com o serviço público de estado, buscou-se descrever e levantar elementos explicativos sobre das condições de trabalho desses profissionais, e neste sentido, a partir da visão dos entrevistados, problematizar acerca da precarização dessas condições, bem como pontuar as possíveis repercussões na suas vidas pessoais e na e nas respectivas motivações para o trabalho. Toda essa análise encontra-se no capítulo final – Capítulo V.

Vale ressaltar que, tal qual ocorreu no capítulo IV - fundado na a Pesquisa SESAB, o capítulo V, em referência, também prevê em sua estrutura os seus respectivos esclarecimentos metodológicos, tais como; o tipo de abordagem utilizada, a forma de construção da amostra, questões pertinentes à técnica e constituição do instrumento de coleta de dado, bem ainda, o processo de análise e os aspectos éticos da pesquisa. Sendo assim, cumpre chamar a atenção que a presente pesquisa optou por desmembrar o capítulo de metodologia, atribuindo a cada umas das etapas da pesquisa, acima mencionadas, as suas próprias considerações metodológicas.

Por fim, formularam-se as considerações finais, com as impressões e contribuições que o estudo pôde apresentar, concluindo com a identificação dos desafios e novas perspectivas para o debate em torno do tema, indicando ainda, alguns aspectos que podem vir a ser objeto outras investigações, bem como sugerindo a pertinência de compreender a precarização das condições de trabalho, em toda a sua amplitude e complexidade, no universo do trabalho em saúde.

2 ANTECEDENTES TEÓRICOS E HISTÓRICOS

2.1 TRANSFORMAÇÕES NO MERCADO DE TRABALHO EM SAÚDE E DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO

Os serviços de Saúde são parte do sistema produtivo e incorporam e/ou refletem as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, orientadas, na atualidade, predominantemente, pelo modelo econômico neoliberal. Assim, importa aclarar que o mercado de trabalho em saúde está sujeito à mesma dinâmica que caracteriza o mercado de trabalho capitalista em geral, porém, incorporando configurações específicas inerentes ao setor de serviços de saúde. Nesta perspectiva, se observa que nas últimas décadas diversas mudanças afetaram o mercado de trabalho em saúde, repercutindo diretamente no processo de trabalho dos respectivos profissionais.

Conforme aponta Dias (2008), no setor saúde, a Medicina está entre as profissões que mais sofreram os impactos dessas mudanças, acentuadamente nos últimos 50 anos. Historicamente, o profissional médico sempre foi visto como o detentor de um saber técnico que o coloca em condições de resolver um problema que a sociedade considera relevante. Todavia, a forma de inserção institucional desse profissional no mercado de trabalho bem assim, as condições objetivas em que esse trabalho é realizado, dependem de uma série de circunstâncias econômicas e sociais, em especial aquelas referentes à disponibilidade dos meios de trabalho e da possibilidade de controle do próprio processo de trabalho.

Sendo assim, a visão da medicina e do papel do médico que predomina nas sociedades é construída dentro de realidades sociais concretas e modifica-se de forma dinâmica para se ajustar às transformações históricas do processo de produção econômica (NASCIMENTO SSOBRINHO et al., 2005, p. 130). Deste modo, entende-se que, a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina - serviço estratégico para reprodução social - e dos médicos, categoria profissional clássica, que integra a estrutura social das sociedades modernas e que representa uma ocupação nuclear² no complexo de saúde.

Com efeito, a partir do final do século XX, uma nova visão econômica da saúde impôs uma mudança de foco, direcionando grande parte dos interesses para os custos do cuidado,

² Segundo Dedeca e Trovão (2013), do ponto de vista da ocupação no complexo da saúde, é possível estabelecer a seguinte segmentação: **núcleo** – organizado pelas ocupações típicas de atendimento à saúde, como aquelas de médico, enfermeiro, dentista e terapeuta; **afins** – que contemplam as ocupações de nutricionistas, assistente sociais, operadores de equipamentos, biólogo e óptico; e **complementar** – configurado por ocupações nas atividades não diretamente vinculadas ao atendimento de saúde propriamente dito.

haja vista que os serviços de saúde/assistência à saúde, tornaram-se um bem transacionável, ou por assim dizer; uma mercadoria socialmente valorizada (NASCIMENTO SOBRINHO, 2005) como qualquer outra. Inevitavelmente, esta realidade, subordinada ao contexto político e socioeconômico, ensejou uma profunda mudança na trajetória de trabalho desses profissionais.

Essas progressivas transformações impuseram o declínio do modelo hegemônico da prática médica baseada na relação individualizada entre o médico e o paciente, sem interferência de terceiros ou intermediários, sendo substituído por relações complexas de mercado de trabalho que vão desde a perda da posse dos meios materiais de trabalho até a substituição da troca entre produtor e consumidor pela venda da força de trabalho.

2.1.1 A Institucionalização e especialização do trabalho médico

Essas mudanças no mercado de trabalho, somada aos crescentes avanços científico-tecnológicos³ próprios da evolução do conhecimento no setor de saúde, acabaram ensejando, como dito, intensas transformações também no exercício da atividade médica. O conhecimento e a prática da medicina tornaram-se tão complexos que a divisão do trabalho médico se impôs através de intenso processo de especialização.

Cecília Donnangelo, em meados dos anos 1960, foi a responsável por um dos primeiros estudos sobre o impacto dessa mencionada incorporação tecnológica maciça, e das profundas mudanças na lógica da prestação de serviços de Saúde, sobre os processos de trabalho em Saúde no Brasil. A autora, explicitando a construção da passagem da Medicina Liberal para uma “Medicina Socializada”, buscou discutir o trabalho médico e as formas pelas quais o médico, enquanto trabalhador especializado, participa do mercado e se relaciona com o conjunto de meios de produção nos serviços de Saúde (DONANGELO, 1975, 1976).

Sobre o assunto, Machado (1997) afirma que:

[...] a concepção de uma nova prática médica determinou em grande parte as mudanças substantivas nas atividades, compreendendo os aspectos técnicos e práticos. Essa nova abordagem da medicina levou a uma redefinição de parâmetros e critérios tanto na inserção da profissão no mundo do trabalho, como na própria atuação deste profissional no processo de trabalho em saúde. (MACHADO, 1997, p. 26).

Se de um modo essas mudanças na divisão do trabalho podem ser consideradas como

³ Estes avanços científico-tecnológicos estão no bojo da revolução científica vivenciada pela ciência médica que resultou no surgimento de novas especialidades e subespecialidades ligadas a tecnologia diagnóstica (ultrasonografia, ressonância magnéticas, exames coronários específicos entre outros), além dos avanços da bacteriologia e da ciência experimental. (MACHADO, 1997; MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2005).

um fenômeno positivo, haja vista que o trabalho em saúde passa a demandar uma interação de várias profissões que se articulam social e historicamente, diminuindo a dependência e exclusividade do “poder médico” e promovendo uma solidariedade orgânica no processo de trabalho, não há dúvidas de que a excessiva especialização também trás consequências negativas para o processo do trabalho médico e para o próprio sistema de saúde. Entre elas está a inevitável perda da dimensão da totalidade, o que requer o abandono do conhecimento generalista, globalizante.

Nesta mesma perspectiva, Silva (2001) esclarece que essa perda da dimensão do todo, decorre de processos de trabalho fragmentados, rotinizados, onde cada trabalhador de saúde executa uma parcela do trabalho, perdendo-se muitas vezes o próprio objetivo final do trabalho (o reconhecimento de si – o médico, em sua “Obra” – o paciente saudável), caindo numa mera repetição de ações normativas, burocráticas e sem significado. Assim, afirma esta mesma autora; “perde-se a visão holística do paciente; nestas circunstâncias, elementos fundamentais ao processo de cura do paciente não se estabelecem, como o vínculo e a responsabilização” (SILVA, 2001, p.74).

Vale notar que é neste cenário em que se perfaz a alienação no processo de trabalho, vista em Marx (1985), e que, no contexto médico ocorre com tamanha intensidade que torna o profissional “alienado e alienante nas relações inter-pessoais, assumindo uma postura a-crítica e naturalizada do processo saúde-doença” (SILVA, 2001, p. 74). Sobre o tema, outros autores (DEJOURS, 1992; MACHADO et al, 1996, 1997; NORIEGA, 1993) ressaltam ainda, que esta descaracterização e desumanização do atendimento médico têm consequências diretas na saúde dos pacientes e dos médicos, como é o desgaste profissional.

Demais disso, uma outra consequência dessa crescente fragmentação dos saberes e práticas médicas foi a enorme pressão pelo desenvolvimento da atividade médica em espaços institucionais, local em que se viabiliza o acesso aos novos equipamentos e exames diagnósticos que, como dito, redimensionaram as bases científicas da própria medicina. Em verdade, essas instituições (públicas ou privadas) se tornaram local onde melhor se desenvolve um modelo assistencial, medicalizante, curativista, hegemônico na sociedade brasileira e que visa, quase sempre, atender mais à lógica do capital do que necessariamente oferecer uma assistência à saúde de qualidade.

Com os custos do ato médico cada vez mais caros (fruto da revolução tecnológica) e amparado por tecnologia complexa e forte esquema organizacional, buscando “racionalizar” frequentemente suas ações – equacionando custo-benefício –, o trabalho médico tem se tornado uma atividade desenvolvida cada vez mais em espaços institucionais (MACHADO, 1997, p. 83).

Neste particular, cumpre salientar que embora o Estado, pautando-se em exitosas experiências internacionais de natureza universal, já vinhesse despendendo esforço e preocupação em estruturar a política de saúde a partir das formas de atendimento de baixa e média complexidade, realizando um atendimento de caráter preventivo que visa filtrar a demanda indevida para as unidades de serviços de alta complexidade e, conseqüentemente, reduzir a demanda futura por procedimentos de custo elevado (DEDECCA et al., 2013), ainda assim, de um modo geral, o hospital assumiu a posição de espaço privilegiado para implementar esse novo modelo de organização do trabalho médico, no qual a racionalização e a burocratização típica de ambientes empresariais passam a ser uma exigência gerencial.

Considerando-se a estrutura hospitalar, todas essas alterações tornam mais complexa sua organização, em termos de recursos humanos, instalações e tecnologias, com a emergência de novos departamentos e serviços, o que implica em crescentes desafios administrativos para as instituições. [...] Nas políticas de gestão hospitalar verifica-se a aplicação de modernos processos de racionalização, que englobam estratégias de gestão de recursos humanos, materiais e financeiros. (SANTOS, 2005, p. 2).

Neste contexto, conforme aponta Silva (2001) o cuidado médico generalizou-se como resposta à necessidade de reprodução da força de trabalho frente ao processo de produção econômica, porém, não resultou em “*um padrão ‘igualitário’ de consumo*” (SILVA, 2001, p. 22), e desse modo, sugere que a partir daí, houve uma seleção de grupos sociais incorporados ao cuidado médico conforme sua posição dentro do contexto político-econômico, significando afirmar que esta generalização dos serviços médicos deu-se de forma não uniforme, acarretando a exclusão de determinadas camadas sociais do acesso aos cuidados médicos nas distintas sociedades capitalistas.

Recursos técnico-científicos, até há pouco tempo inimagináveis, passaram a ser usados com frequência. No entanto, pelo fato de envolver tecnologia de ponta e grandes investimentos financeiros, esses serviços chegam ao consumo com altos custos para os usuários, “inacessíveis” para muitos, tornando-se inevitável o agenciamento através de empresas de saúde, convênios e seguros. **Este é um dos pontos frágeis da revolução tecnológica produzida nas ciências médicas: medicina complexa, de alta precisão diagnóstica, porém de alto custo operacional e de acesso restrito, tanto para médicos que utilizam os equipamentos sofisticados, como para os usuários destes serviços** (MACHADO, 1997, p. 31, grifo nosso).

Além disso, esse processo, denominado de “institucionalização dos serviços médicos” gerou, como já citado, a burocratização típica de ambientes empresariais, o que, na dimensão coletiva da profissão, também leva a uma tendência ao assalariamento e à erosão da autonomia profissional, apontada por diversos autores (DONANGELO, 1975; MACHADO, 1997, MACIEL; PIERANTONI, 2005; SANTOS, 2009; SCHRAIBER, 1993, 2008), haja vista que esses profissionais passam a se submeter à regras e normas burocráticas

estabelecidas pelas instituições hospitalares (públicas ou privadas) ou pelos convênios e/ou cooperativas, porém, sempre baseados no imperativo da produtividade, resultado imediato desta nova ordem administrativa.

2.1.2 Assalariamento e perda da autonomia no trabalho

A partir desse processo de institucionalização, e como consequência de todas as demais transformações acima citadas, os médicos passaram a se submeter às regras do sistema de *maximização da utilização da força de trabalho* (MARX, 1985), gerando uma necessidade de redefinição do perfil do médico e das relações de trabalho, notando-se o incontestável e já suscitado, crescimento da forma assalariada.

Em verdade, inúmeros autores que já tomaram o médico como objeto de estudo, salientam a transformação do médico de profissional liberal para um trabalhador assalariado típico (NASCIMENTO SOBRINHO, 2005; DONNAGELO, 1976; MACHADO, 1995; 1997; MACIEL; PIERANTONI, 2005; MENELAU NETO, 2006; NOGUEIRA, 1983; SANTOS, 2009). Donnangelo (1975, p. 78) explica inclusive, que este processo de assalariamento e transformação da imagem do profissional liberal autônomo impõe consequências à esses médicos, tal qual a fragilização de sua independência, outrora garantida através do domínio da informação, da posse de recursos materiais e técnicos próprios e da captação de uma clientela cativa.

Nogueira (1983), por sua vez, aduz que o crescimento do setor privado lucrativo teve um papel decisivo nesta transformação, e aponta que tal decorre,

Não só pelas dimensões de demanda que foi capaz de criar, como também por fixar certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada, generalizando, por exemplo, o uso do salário mínimo de médicos e do emprego em tempo parcial. (NOGUEIRA, 1983, p. 26).

Já Schraiber (1993), ao falar da gradual perda do predomínio da medicina liberal, enfatiza o surgimento de trabalho especializado de produtores associados e de cooperação obrigatória. Por conseguinte, Machado (1997, p.31) aponta ainda que tal realidade impõe ao médico a perda não só do controle sobre o processo de trabalho, mas também sobre os meios de produção, distribuição e preço final do serviço, de modo que “a autonomia passa a ser vista mais como uma questão simbólica do que real.”

Entre as consequência vivenciadas pelos médicos, estão as imposições de carga horária; de protocolos rígidos, de cota de exames, bem assim, a própria definição, por exemplo, do número de pacientes a serem atendidos ou dos procedimentos que podem ser

executados. Assim sendo, não raramente os critérios econômicos se sobrepõem aos técnicos, interferindo na autonomia do médico e na própria resolutividade da assistência prestada.

Além disso, os baixos salários já provenientes do processo de crise e desaceleração da economia brasileira, aliados ao impacto da desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho nos anos 1990 (tema que será melhor abordado adiante), foram gerando uma tendência que a primeira vista poderia ser confundida com um retorno à medicina liberal. No entanto, na realidade, a proliferação de consultórios médicos conveniados com os seguros-saúde significa a tentativa de recompor a renda perdida, a qual está também, frequentemente, associada à inserção em um ou vários empregos, em geral públicos (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2005).

Ocorre que, se à primeira vista, para os médicos, esse movimento em direção à medicina privada – de consultório, pareceu uma boa e quase involuntária alternativa à exploração assalariada dos ambientes institucionais dos hospitais, em verdade, logo cedo, esses profissionais se aperceberam que alí, também residia outra face da força do capital e seu poder de dominação. Esta compreensão é bem ilustrada nas palavras de Menelau Neto (2006) quando afirma que a lógica capitalista de produção de bens e serviço que intensifica o assalariamento da categoria médica e aprofunda a precarização do trabalho, foi intensificada com a participação crescente de cooperativas de médicos e de planos de saúde, os quais, segundo o autor, seriam “agentes ativos dessa lógica econômica acima indicada”. (MENELAU NETO, 2006, p. 08).

O fato é que numa perspectiva ambulatorial, especialmente na rede privada, os médicos foram levados a firmar convênios de diversas modalidades e, até mesmo, partir para associação à medicina de grupo, como alternativa para manter seus consultórios em funcionamento (MACHADO, 1997), passando muitas vezes, portanto, a se verem presos a essa intermediação burocrática, mitigando mais uma vez o elemento chave que delinea a medicina efetivamente liberal; a autonomia do médico.

É neste contexto que surgiram e se fortaleceram, portanto, os seguros/planos de saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, além dos programas suplementares de saúde autogeridos por empresas empregadoras (públicas e privadas), sendo todos estes genericamente chamados de intermediários ou terceiro pagadores, eis que assim atuam ao efetuarem o repasse, para os médicos, do numerário correspondente aos “convênios” por eles firmados. Aqui, os valores dos honorários são estabelecidos e negociados previamente, e os pagamentos comumente feitos com base nos valores por atos, serviços e procedimentos, os quais não guardam qualquer relação com os valores pagos pelos clientes dos planos,

consumidores finais.

Ainda neste particular, observa-se, de um modo geral, que este sistema se estabelece mediante convênios, onde a clientela é captada e ou garantida pelos intermediários e a partir do qual, cria-se a figura dos prestadores de serviços “credenciados”. Vale ressaltar, porém, que essas intermediações, com frequência, como dito anteriormente, acabam limitando a já citada autonomia típica dos médicos. Conforme explica Menelau Neto (2006), o crescente papel dos planos de saúde e das cooperativas médicas nesse processo acaba provocando vínculos de dependência às suas respectivas deliberações (perda de autonomia técnica), baixa remuneração das consultas (perda de autonomia econômica), negação de direitos a usuários e desrespeito às normas trabalhistas.

Imperioso transcrever as palavras empenhadas por Silva (2001) neste particular, eis que sintetizam perfeitamente a realidade que se constituiu ao redor do médico no curso desse processo de assalariamento ora analisado:

Os valores pagos por consultas médicas e/ou procedimentos nos convênios e cooperativas estão abaixo do valor “ideal” defendido pela categoria e que seja digno do trabalho realizado, bem como do estabelecido pela tabela de honorários médicos da Associação Médica Brasileira. Desta forma o médico é uma “espécie de empregado” da medicina de grupo, onde além de não ter garantido seus direitos trabalhistas, pois não tem vínculo empregatício, trabalha por produtividade num sistema de prestação de serviços. É, portanto, super-explorado, mas alimenta a fantasia de ser profissional liberal em seu próprio consultório. (SILVA, 2001, p. 123).

Em decorrência da realidade acima aludida, questiona-se como esses médicos, destituídos de liberdades profissionais, e dependentes, inclusive, economicamente desses intermediadores, podem permanecer sendo chamados de autônomos? Viana (2005), em artigo que discorre sobre relações de trabalho sem vínculos de emprego, oferece curiosa resposta a essas indagações:

Assim, o que vemos renascer é o trabalho por conta própria, mas com um novo traço. Na medida em que vai ocupando os espaços deixados pelo trabalho por conta alheia, contamina-se com os seus ares, tornando-se – também ele – uma nova forma de mistura. Agora, já não é apenas o trabalhador livre que se faz empregado e, portanto, dependente; é o próprio autônomo que trabalha sem autonomia – não só técnica como econômica. Não é por outra razão que a doutrina italiana o tem chamado de “autônomo de segunda geração”. De certo modo, é como se a relação de subordinação extrapolasse o plano empregador - empregado e os limites do vínculo de emprego, deslocando-se para a esfera empresa - empresa. É uma subordinação diferente, pois convive com o seu contrário; mas não deixa de expressar a mesma (e intensa) relação de poder. (VIANA, 2005, p. 3).

Ainda nessa linha, cumpre notar que, permeada por essa mencionada relação de poder do capital, ocorre a extração máxima da “mais-valia” destes trabalhadores médicos; seja nas condições de venda da força produtiva para terceiros (credenciados ou assalariados em

serviços públicos ou privados, conveniados na medicina de grupo, seguro saúde ou como cooperados), ou na produção exercida de forma liberal e autônoma, em consultórios particulares. É a partir desse cenário que se expande o chamado *multiemprego* - a ser melhor estudado em item específico, mas que consiste na prática de acumular dois ou mais empregos, inclusive entre setores públicos e privados, com justificativa nas baixas remunerações e necessidades de composição salarial para o sustento do padrão de vida.

2.2 ALGUNS ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS DO MERCADO DE TRABALHO MÉDICO

No âmbito nacional, os dados relativos a inserção da categoria médica no mercado de trabalho e o resultado das transformações acima suscitadas, entre outros temas, foram cuidadosamente organizados e apresentados através de duas importantes pesquisas para cenário do debate em saúde.

A primeira delas é a pesquisa pioneira “Perfil dos Médicos no Brasil”, patrocinada pelo Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Federação Nacional dos Médicos, executada pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, com financiamento do Ministério da Saúde (MACHADO et al., 1996), cujos resultados foram publicados no livro; “Os Médicos no Brasil: um retrato da realidade”, publicado em 1997, onde é feita uma análise sociológica sobre a profissão e o trabalho médico, (MACHADO et al., 1996, 1997)⁴.

A segunda pesquisa, realizada pouco menos de uma década depois, trata do estudo “O médico e o seu trabalho”⁵, do Conselho Federal de Medicina (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004) que a partir de dados coletados no período de outubro de 2002 a março de 2003, busca, dentro do possível, atualizar a primeira pesquisa realizada por Machado (1996), porém, acrescentando algumas alterações e inovações, como a preocupação com a dimensão mais subjetivas dos médicos, à exemplo da percepção deles, acerca das principais políticas de saúde implementadas nas diferentes regiões do país, além de questionamentos aos médicos

⁴ A pesquisa “*Perfil dos Médicos no Brasil*” foi realizada pela FIOCRUZ (MACHADO et al., 1996, 1997) constitui-se em um estudo descritivo e quantitativo, realizado em nível nacional por meio da aplicação de questionários, os médicos foram caracterizados segundo os perfis: sócio-demográfico, formação técnico-científica, mercado de trabalho e político-ideológico. Esta pesquisa faz uma análise sociológica sobre a profissão e o trabalho médico e pela clareza e acuidade das reflexões, há muitos anos vem ofertando subsídios para diversos estudos que tratam do universo da categoria médica.

⁵ O estudo do CFM, foi executado pelo próprio Conselho, com apoio da Associação Médica Brasileira, entidades sindicais e sociedades de especialistas e objetivou investigar a situação dos médicos no Brasil, replicando o mesmo questionário então utilizado na pesquisa da Machado (MACHADO et al., 1996, 1997), porém, apresentando algumas modificações, entre elas, a técnica de coleta de dado via internet e a eliminação de alguns itens do questionário antigo para inclusão de outros mais pertinentes à conjuntura na ocasião de sua realização.

sobre seus valores humanos e grau de satisfação com a vida.

Pois bem, comparando-se os dois estudos em relação às modalidades de ingresso no mercado de trabalho, observa-se uma redução no número de médicos que atuam no consultório, de 74.7% para 67%, essa redução também é vista no setor privado de 59.3% para 53.8%. Já no setor público, a porcentagem dos que exercem sua profissão neste espaço seguiu inalterado (69,7%), de modo que o labor no setor público passou, entre uma pesquisa e outra, a ocupar o lugar previamente reservado às atividades em consultório, caracterizando-se como fonte principal de emprego médico no Brasil.

Vale ressaltar que dentro desse universo do setor público, as distribuições desses postos de trabalho também variam de acordo com as configurações específicas do mercado de trabalho. De modo que, se entre 1992 e 1999, em decorrência do processo de municipalização dos serviços de saúde, proveniente da descentralização do setor, houve um incremento expressivo de emprego médico na assistência ambulatorial do SUS (MACIEL FILHO; PIERANTONI, 2005), de acordo com a pesquisa em 2004, esse montante diminuiu bastante, caindo de 30,1% para 9,2% (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

Por outro lado, detectou-se os registros das unidades de PSF (4,9%) como campo de trabalho médico, bem assim, o aumento do labor médico nos postos de saúde, saltando de 1,3% para 14,3% de médicos ocupados nesta atividade. Todavia, corroborando ao quanto já exposto sobre o processo de institucionalização e burocratização dos serviços médicos, cumpre aclarar que o trabalho médico tem sido realizado, ainda assim, de modo preponderante nos hospitais, sendo observado um salto de 55,1% para 56,6% respectivamente nas pesquisas de Machado (1997) e do Conselho Federal de Medicina (2004).

Considerou-se também, ainda relativamente aos dados dos Conselho Federal de Medicina (2004), o trabalho dos médicos no setor filantrópico (20,3%); como docente (18,9%), havendo ainda, do universo dos que responderam a pesquisa, aqueles que declararam ser proprietários de empresa médica (27,5%). De acordo com o CFM, as atividades nos diversos setores variaram consideravelmente em função da unidade da Federação onde o médico exerce sua profissão. Neste particular, cumpre chamar a atenção que a Bahia (35%), junto como o Espírito Santo (34%), representaram as capitais com a maior porcentagem de médicos indicando ser proprietários de empresa médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p. 80).

Em que pese os dados da pesquisa não permitam fazer inferências acerca da natureza jurídica ou das características específicas dessas “empresas médicas”, cumpre esclarecer que muitos profissionais assim denominam as empresas às quais fazem parte, muito embora, não

raro, tratam-se de “sociedades” de fachada, onde o profissional passa a constituir uma pessoa jurídicas ou “pejotas” a serem usadas em contratações que visam fraudar a legislação trabalhista. Curiosamente, Carvalho⁶ (2010), aponta em seus estudos que, na Bahia, é altíssima a incidência do fenômeno da pejotização⁷ do trabalho médico.

Do exposto, nota-se que o contexto acima delineado, sugere a diversidade de campos de atuação do médico e, em certo modo, reforça também a realidade comumente atribuída à categoria médica quanto ao exercício profissional baseado em múltiplos vínculos. Prática, inclusive, que vem aumentando, conforme aponta o CFM, eis que, por exemplo, entre os médicos que declararam exercer mais de três atividades profissionais, houve um salto de 24,4% na pesquisa anterior (MACHADO, 1996) para 28,3% na pesquisa realizada em 2004 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

Não bastasse, nota-se também que a jornada é cada vez mais intensa e extensa entre esses profissionais, em especial, entre aqueles que trabalham em regime de plantão, o qual aliás, se constitui, conforme apontado em ambas as pesquisas (MACHADO, 1996; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004) na principal porta de entrada para carreira médica entre a grande maioria dos jovens profissionais. Na pesquisa anterior o trabalho exercido em regime de plantão atingia quase metade dos profissionais médicos (48,9%), quase uma década depois, esse percentual ultrapassou os 50%, chegando a 51,8%, ampliando-se também a frequência dos plantões de 12/24 horas (de 49% para 54,5%).

Em relação a remuneração dos médicos, em que pese a investigação do CFM (2004) ter apontado que cerca de um terço dos médicos informou que não sofreu queda da sua renda, cumpre esclarecer que este dado deve ser analisado com cautela, visto que o suposto aumento da remuneração esteve, invariavelmente, associado à sobrecarga de trabalho, ora deduzida a partir da combinação da apontada multiplicidade de atividades com as longas e intensas jornadas, citadas nas pesquisas. Prova disso, está no elevado percentual de médicos que fizeram referência aos desgastes profissionais, o qual, na última pesquisa, em 2004, alcançou o percentual de 58,4%.

O fato é que, ao analisar as transformações do mercado de trabalho em Saúde e os

⁶ A autora, através da dissertação intitulada: Pejotização e descaracterização do contrato de emprego: o caso dos médicos em Salvador – Bahia, centrou-se no estudo do mecanismo de contratação do profissional médico, que individualmente presta ou prestou serviços em unidades públicas e privadas de saúde na cidade de Salvador, por intermédio de sociedades (PJ), para verificar se de fato a constituição e contratação dessas sociedades estão sendo utilizadas como instrumento simulatório para descaracterizar o contrato de emprego, representando uma forma de precarização das relações de trabalho. (CARVALHO, 2010).

⁷ Segundo Carvalho (2010) a pejotização consiste sobretudo na substituição da contratação de empregados (vínculos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas) e funcionários públicos (estatutário), pela contratação de pessoas jurídicas (sociedades) para prestação de serviços individuais.

respectivos rebatimentos no trabalho médico, tomando como base as tendências e características até aqui apontadas (mudanças na organização do trabalho, paulatina incorporação dos avanços científicos-tecnológicos, a especialização, assalariamento e redução da autonomia), constata-se que o trabalho médico, ao longo desse período, passou a ser desenvolvido do modo a permitir tanto uma extração de mais-valia⁸ absoluta, pelo aumento da jornada de trabalho e os baixos salários, quanto de mais-valia relativa da força de trabalho, pelo aumento da produtividade pela intensificação do trabalho (SILVA, 2001, p. 124).

Ademais, sabe-se que o trabalho médico, até chegar à conformação mais atual, ainda foi impactado, conforme será visto a diante, por outras transformações e processos inerentes ao mundo do trabalho, bem assim, por obvio, outras consequências se somaram à aquelas já suscitadas acima. E neste particular, cumpre chamar à atenção que muitas das tendências apontadas nas pesquisas ora mencionadas, algumas inclusive evidenciando as consequências negativas de um desgaste profissional e de um mercado de trabalho cada dia mais competitivo e excludente, mantiveram-se de forma consistente ao longo dos últimos anos. Permitindo concluir, conforme será demonstrado, que a despeito de alguns esforços no sentido de valorizar a força do trabalho em saúde, e particularmente, o trabalho médico, as dificuldades enfrentadas tem se avolumado ainda mais.

2.3 IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA PARA A ATIVIDADE MÉDICA

Conforme já visto, com a revolução tecnológica e implantação de intenso modelo capitalista de reorganização da produção e do mercado de trabalho em saúde, a hegemonia da tradicional autonomia laboral do médico cedeu espaço para um crescente processo de assalariamento, passando a ser observada a intensificação do multiemprego, o prolongamento das jornadas, a deteriorização das condições de trabalho, o surgimento das múltiplas formas de contratação do médico. Essas e outras características que resultaram em novos paradigmas

⁸ A expressão “*mais-valia*”, introduzida por Marx (1985), refere-se à parte não paga do trabalho ao trabalhador, ou seja, o lucro do capitalista ou, também chamado, de processo de valorização. Um produto do trabalho, que possui um valor de uso, possui também um valor de troca, constituindo-se este produto numa mercadoria destinada à venda. Ao valor da mercadoria é incorporado um *quantum* de trabalho determinado pelo tempo de trabalho socialmente necessário à sua produção. Ao se incrementar a mais-valia os trabalhadores são submetidos a diferentes formas de consumo de sua força de trabalho ou de desgaste; assim, divide-se a mais-valia em absoluta e relativa, sendo a primeira forma de exploração típica de situações com pouco desenvolvimento tecnológico, jornada de trabalho extensa e com tempo insuficiente de descanso, além de baixos salários e duro esforço físico; a segunda forma de exploração ocorre devido ao aumento da produtividade do trabalho por meio de mudanças tecnológicas e pela intensificação do trabalho (MARX, 1985, p.160-161). No atual estágio do capitalismo, as duas formas são amplamente utilizadas, inclusive nos setores de ponta, como é o caso dos serviços médicos. (SILVA, 2001).

para a prática médica, somadas as consequências advindas do processo de reestruturação da produção, conforme será a seguir demonstrado, se consubstanciaram na diversificação de vínculos informais e precários de trabalho (MACHADO, 1997; MARTINS; MOLINARO 2013; NAVARRO, 2012).

2.3.1 Conceituando brevemente o fenômeno da reestruturação produtiva

É possível afirmar que as inúmeras transformações vista acima, além de outras práticas que passaram a ser exercidas também na medicina, são consequências ou, ao menos, sofrem influência direta do fenômeno chamado de reestruturação produtiva, o qual, em última análise, é uma resposta do capital à sua crise⁹ estrutural (HARVEY, 1996), vivenciada mais intensamente no incício dos anos de 1970. Com efeito, a organização da produção e do trabalho sob os modelos toylorista/fordista¹⁰, marcada por características como a alta especialização do trabalho; o forte controle do tempo e movimentos; produção em massa e o trabalho parcelado e altamente fragmentado no processo produtivo, que predominou ao longo do século XX¹¹ em várias partes do mundo capitalista, entrou em declínio, proporcionando o surgimento de novas formas de organização da produção e gestão da força de trabalho.

Assim, este modelo toylorista/fordista que, nesta ocasião de crise, era identificado por impunhar certos limites para a expansão do capital, aos poucos, passou a conviver e ou ser substituído por um novo padrão de regulação ou modelo de gestão do trabalho, mais flexível, atento às oscilações da demanda, às exigências de qualidade e sobretudo à diminuição de custos, características de uma nova fase de competitividade internacional (HARVEY, 1996). Tratava-se então do modelo Toyotista¹², o qual, além de preconizar um modo de produção que fosse mais enxuto, tem por fim a combinação das exigências da qualidade e quantidade,

⁹ As crises são inerentes ao modo de produção capitalista visto que ele próprio cria barreiras a sua própria expansão (MARX, 1998).

¹⁰ Em que pese o presente estudo faça menção aos modelos Taylorista e Fordista como parte de um mesmo padrão, faz-se necessário esclarecer que tais modelos possuíam origem e características próprias ANTUNES (2015).

¹¹ O padrão Taylorista-fordista durou mais ou menos uns 60 anos e teve seu declínio a partir da década de 1970 em razão de diverso motivos, entre os quais a recuperação da Europa Ocidental e do Japão do período de entre guerras; a entrada do fordismo nos países de terceiro mundo; o dólar posto em xeque como moeda de alcance internacional; a perda de hegemonia estadunidense. (HARVEY, 1996).

¹² O modelo japonês referenciado como forma de organização do trabalho concebida na Toyota Motor Co, a partir da década de 50 (pós guerra), do qual emerge o desenvolvimento do capitalismo japonês, além de ter como característica a produção enxuta, tem por fim a combinação das exigências da qualidade e quantidade, que se contrapõe à especialização proposta pelo taylorismo, através da polivalência, da rotação de tarefas e do trabalho em grupo. (NAVARRO, 2004).

que se contrapõe à especialização proposta pelo taylorismo, através da polivalência, da rotação de tarefas e do trabalho em grupo. (NAVARRO, 2004).

Estas mudanças e inovações organizacionais pautadas no modelo japonês, segundo Carvalho (2010), uma vez somadas à tecnologia que tomou conta do planeta neste final de século, bem assim, à microeletrônica, à informática, à robótica, modificaram inteiramente a estrutura produtiva dos países desenvolvidos e também dos países em desenvolvimento como o Brasil. Cumpre aduzir, ainda, que estas transformações ocorreram num período, caracterizado, sobretudo, pela internacionalização do mercado e pelo predomínio e avanço da lógica financeira sobre a lógica da produção, o que causou importantes modificações nas relações de poder no interior dos ambientes laborais e desequilibrou ainda mais a relação capital-trabalho (NAVARRO, 2004), de modo a afetar profundamente, não só os processos de trabalho, como também o emprego, e até mesmo a vida e saúde dos trabalhadores.

Oliveira (2009) destaca que os fenômenos do Toyotismo¹³ e da reestruturação produtiva provocaram o que se chama de crise no emprego, a partir da heterogeneização das formas de trabalho:

Esse processo econômico-social de reorganização das formas de trabalho baseia-se explicitamente no aviltamento da clássica forma de trabalho: o emprego. Ou seja, o crescimento e a criação de formas de trabalho sem proteção legal, tais como o trabalho informal, subemprego, trabalho (falsamente) cooperado e os atuais trabalhadores pseudo-autônomos, consubstanciam esta reconfiguração do trabalho, com vistas a fugir da relação empregatícia. Dessa forma, a nova organização do trabalho está plenamente associada, e, quiçá, não seja a causa, da crise do emprego. (OLIVEIRA, 2009, p.18).

2.3.2 A reestruturação produtiva no Brasil

Conforme explicita Borges (2007, p. 81), esta é a realidade também no cenário brasileiro, visto que esse conjunto de mudanças que conforma a desestruturação do mercado e que adentra ao século XXI, representa “um processo de fragilização e de redução da importância do seu núcleo estruturado, formado pelos contingentes de ocupados com vínculo empregatício formalizado e com alguma proteção social.”

Assim é que, impulsionado pela força da globalização, este fenômeno, cunhado numa progressiva desregulamentação - flexibilização das condições de uso e de remuneração da força de trabalho (SILVA; COSTA, 2002), se inicia no Brasil ainda no final dos anos 80 e,

¹³ Para obter uma análise mais aprofundada acerca do Toyotismo, sugere-se a leitura do capítulo “O Espírito do Toyotismo” que integra a obra; Trabalho e Subjetividade, o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. (ALVES, 2011).

face as carências sociais já existentes, combinadas com um mercado já precariamente regulado, ganha proporções ainda maiores (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Pois bem, a crise gerada nos anos 70 aprofundou-se nos anos 80 e no Brasil, este novo padrão de organização do trabalho ganha centralidade nos anos 90, como parte do processo de reestruturação produtiva que, aliado a uma política econômica neoliberal, se consolida definitivamente, permitindo a criação e expansão de contratações à margem das proteções trabalhistas e de seguridade social, resultando em um movimento de flexibilização dos vínculos empregatícios e de desregulamentação das relações de trabalho, com o consequente enfraquecimento das resistências dos trabalhadores.

Desse modo, esses processos (flexibilização e desregulamentação) viabilizados no contexto da reestruturação produtiva e da implantação da ordem neoliberal - encabeçada pelo então governo que assumiu o poder em 1994, afetaram diretamente o Estado brasileiro e o seu papel no processo de acumulação e atuação na elaboração e implementação de políticas sociais. É nesta perspectiva que se perfaz a lógica introduzida pela Reforma do Estado (1990) e, na ocasião, pela Reforma Administrativa e Gerencial (1995), cujo objetivo central, conforme apontam Martins e Molinaro (2013, p.1671), era a delimitação do tamanho do Estado, priorizando seu papel regulador em detrimento do seu papel executor, até então predominante. Sobre isso, Borges (2007) ressalta:

As mudanças no perfil do Estado e da sua atuação atingiram negativamente o conjunto dos trabalhadores, inclusive aqueles do setor público/estatal, cujos empregos representam uma parcela relevante do núcleo duro do mercado de trabalho, sobretudo no universo dos postos de trabalho mais bem remunerados e com exigência de escolaridade elevada. Esses trabalhadores foram vitimizados pelas privatizações – que destruíram parte expressiva dos melhores empregos no núcleo; por demissões maciças, com ou sem planos de “demissão voluntária”, aposentadorias precoces em massa, sem substituição por meio de concursos públicos e, também, pela terceirização generalizada, nas estatais remanescentes e na administração pública, nos três níveis de governo. (BORGES, 2007, p. 83).

Assim, além da implementação de mudanças significativas no âmbito das relações de trabalho, impactos igualmente importantes foram sentidos na legislação do trabalho, em uma lógica guiada sempre para garantir maior liberdade às empresas para admitir e demitir os trabalhadores conforme seus interesses e necessidades de produção (DRUCK; FRANCO, 2007).

Neste desiderato, a flexibilização do direito do trabalho é apontada então, como um dos resultados da Revolução Tecnológica e da Reestruturação Produtiva e, em que pese, segundo a ideologia neoliberal, esta flexibilização represente um dos principais mecanismos de combate ao desemprego, em verdade, trouxe como consequência o desemprego e a

exclusão social de grandes parcelas de trabalhadores assalariados, que só conseguem se incorporar ao sistema produtivo através de formas precárias de contratação. (NASCIMENTO SOBRINHO; CARVALHO, 2005).

Com efeito, há um consenso na literatura de que a manifestação mais vigorosa dos interesses do mercado capitalista ocorreu, no Brasil, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Entre os autores que referendam este entendimento, está Pessanha (2013), para quem, no governo de FHC foram tomadas medidas que desrespeitaram os preceitos já então constitucionais, disseminando a precarização e a total flexibilização do contrato de trabalho.

Tentava-se assim, por um lado, diminuir os custos do patronato com a mão de obra – garantindo-lhe maiores taxas de lucro e mais liberdade na ocupação oportunista dos trabalhadores. Por outro, **o objetivo era atingir a lógica coletiva na defesa dos direitos do trabalho, neutralizá-la e ampliar os espaços de contratações e decisões individualizadas, fora do espaço público e à margem da proteção sindical** e da atuação da Justiça do Trabalho. (PESSANHA; ARTUR, 2013, p. 1572, grifo nosso).

2.3.3 Impactos objetivos do fenômeno no trabalho médico

O fato é que esta realidade pôde ser vista em todos os ramos produtivos, inclusive no mercado de trabalho no setor saúde. E esse conceito de flexibilidade, a partir do rompimento da lógica de afastamento entre o público e o privado feito por meio da já citada Reforma do Estado, foi introduzido também no setor público de saúde (MARTINS; MOLINARO, 2013).

Reflexos desta introdução são as mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional n. 19/1998¹⁴. A quebra do Regime Jurídico Único, com a permissão da contratação pelas instituições pública, de pessoal regido pela CLT; a introdução de mecanismos de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público; a criação do dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial são algumas das evidências desta tendência flexibilizadora. (MARTINS; MOLINARO, 2013, p.1671).

A referida Emenda Constitucional alterou o regime da administração pública com vistas a, entre outros objetivos; reduzir o quadro de servidores públicos; permitir aprovação de medida para demissão voluntária; ampliar condições para contratação temporária, “abrindo a possibilidade de contratação de Organizações Sociais (OS)¹⁵, para realização de atividades

¹⁴ Brasil. Emenda Constitucional n. 19 de 4 de junho de 1998, modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1998.

¹⁵ As OS obedecem a Lei nº. 9.637/98, e parte das mudanças legais da Plataforma de Reforma Administrativa de Estado de 1995. Está dentro do marco legal sob a forma de associações civis sem fins lucrativos. Sua qualificação é feita mediante decreto e a inovação da gestão pública se dá ao defini-las como entes públicos não-estatais criados para absorver atividades estatais publicizáveis (retiradas da administração direta) e administrar bens e equipamentos do Estado, executa atividades de interesse público no ensino, pesquisa científica e no desenvolvimento tecnológico, na proteção e preservação do meio ambiente, na cultura e na saúde, porém não de competência exclusiva do Estado.

públicas inerentes ao Estado” (MARTINS; MOLINARO, 2013, p.1671), o quê, ao longo dos últimos anos se tornou uma das práticas entre os mecanismos de flexibilização¹⁶, inclusive no cenário da gestão em saúde pública.

No particular, imperioso esclarecer que no caso da Bahia, a pretensa transferência progressiva da responsabilidade de gestão de unidades complexas, como hospitais, para as OS, enfrentou intensa oposição de atores políticos da saúde do Estado, e, conforme aponta Pinto (2011), apesar da implementação das propostas aprovadas na Assembleia Legislativa do Estado, transformadas na Lei no. 7.027/97, a gestão dos Hospitais da rede estadual não foi entregue às Organizações Sociais, e com o passar do tempo, vem sendo transformada, em verdade, em uma política de terceirização¹⁷.

Neste contexto, há que se ressaltar que estes esforços flexibilizantes no setor público, foram intensificados especialmente no período de 1998 a 2002, eis que o governo, conforme já suscitado; fortemente comprometido com as políticas neoliberais, em nome do superávit fiscal recomendado pelo Fundo Monetário Internacional suspenderam os concursos públicos, passando a contratar amplamente através de terceirização.

Para Borges (2007, p. 84) a terceirização é justamente um dos mecanismos mais relevantes do processo de flexibilização das relações de trabalho. Sobre o uso da terceirização¹⁸ no setor público de saúde, Koster (2008) aponta:

Esse processo de mudanças no setor saúde, baseado na reorganização da estrutura, funcionamento e distribuição de espaços, pautado na lógica da flexibilização dos vínculos e da precariedade do trabalho manifesta-se não devido a fatores como o desemprego, pelo contrário, tem sido forte estratégia indutora de empregos especialmente no SUS. (KOSTER, 2008, p.93).

Destarte, para o trabalhador da saúde, são inúmeras as consequências dessa suposta intensificação no uso da terceirização no sistema de saúde brasileiro, e nesta perspectiva, afirma ainda Koster (2008), uma das preocupações é a convivência das mais variadas modalidades e forma de adoção dessas terceirizações em um só ambiente de trabalho, entre as esferas de governo. Isto porque, esta realidade acaba por prejudicar a harmonia das equipes e

¹⁶ Entre as formas de contratação indireta utilizada pelos gestores do SUS, além da já mencionada vinculação indireta por meio de Organizações Sociais, tem-se a terceirização e a cooperativização, as quais, ambas, por sua vez, podem ser de dois tipos; os contratos de gestão com Organizações Cívicas de Interesse público e o trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas. Para saber mais especificamente as características de cada uma delas, ver Koster (2008, p. 55-56).

¹⁷ Conforme aponta Silva (2011, p. 39) o Estado da Bahia, em 2011, contava com 11 unidades hospitalares terceirizadas e apenas uma sob gestão de uma Organização Social.

¹⁸ Cumpre esclarecer que de acordo com a administração pública, mesmo tendo sido possível a contratação sem concurso público, por terceirização de serviços, o trabalho é considerado precário porque o trabalhador foi absorvido de forma irregular, sem concurso público, portanto sem base legal no vínculo com o Estado, não oferece garantia de proteção social a quem o exerce (BRASIL, 2004e, p.24; 2005e, p.24 apud KOSTER, 2008).

boa condução das políticas e práticas, visto o caráter coletivo nas práticas de saúde, tanto da assistência quanto da gestão (KOSTER, 2008, p.93).

2.3.4 Aspectos subjetivos da reestruturação produtiva no cenário médico

Assim, obviamente, os profissionais do setor, inclusive os médicos, também passam a conviver com as consequências e impactos vividos pelo conjunto dos trabalhadores em decorrência dessas mudanças, as quais, de acordo com Antunes (1995) compõem um complexo processo de precarização social do trabalho, o qual será analisado mais detalhadamente à diante, e que segundo o autor, é vivenciado contemporaneamente e, indistintamente, por todos.

Todavia, os estudos acerca dos desdobramentos ocasionados pelo novo processo de reestruturação produtiva em estudo, não deve ficar restrito aos impactos objetivos (aspectos jurídico-legais ou formatos jurídicos-institucionais) que desaguam na precarização que se impõe e no desrespeito à legislação protetiva desses profissionais. Fato é que Alves (2011) avança para o estudo de aspectos subjetivos dessa nova morfologia do trabalho e do “clima ideológico” que se impõe através dela, buscando analisar as engrenagens de envolvimento e sujeição a que são acometidos esses trabalhadores no seu ambiente laboral, no seu processo de produção e na sua vida.

Segundo o autor, tal processo se fundamenta no “surgimento de uma plethora de valores-fetiches, expectativas e utopias de mercado que constituem o lastro sociometabólico ou o ambiente psicossocial da “captura da subjetividade humana”¹⁹ (ALVES, 2011, p.89). Afirma, assim, que a reestruturação capitalista, ocorrida no bojo da crise estrutural do capital, operou a destruição do passado, implodindo o *locis* da memória coletiva, que segundo ele, formam coletivos sociais constituídos no decorrer das lutas de classes do tempo passado. “Atingir a lógica coletiva” significaria para Alves, portanto, desvalorizar as práticas coletivistas e os ideais de solidarismo coletivo no qual se baseavam os sindicatos e os partidos do trabalho.

¹⁹ Em substituição à coisificação típica da produção maquinal do taylorismo-fordismo, que formou a chamada sociedade do automóvel durante o século XX, surge uma nova lógica de controle e organização do trabalho, designada pelo autor como a “captura” da subjetividade. (ALVES, 2011) Nesse contexto, Alves aponta um intenso movimento de valores da empresa para a vida social e da vida social para a empresa, um impregnando o outro. Explicita ainda, o significado do nexos essencial do toyotismo, da “captura” da subjetividade do trabalho vivo pelo capital, tratando dos mecanismos mediativos intra-empresa (novas formas de jornadas e contratos de trabalho, de remuneração e trabalhos em equipes) que o sustentam, e do significado da categoria de “subjetividade” constituída pelas instâncias psíquicas da consciência/pré-consciência e inconsciente.

A ofensiva do capital não se restringe apenas à instância da produção propriamente dita, mas atinge hoje, mais do que nunca, sob o capitalismo manipulatório, instâncias da reprodução social, colocadas como nexos orgânicos da produção como totalidade social. Deste modo, é pela tempestade ideológica de valores, expectativas e utopias de Mercado que se busca formar o novo homem produtivo do capital. (ALVES, 2011, p.89).

Assim, se a “ofensiva do capital significou a vigência da ideologia do individualismo na vida social” (ALVES, 2011, p.40), conclui-se que este “novo homem produtivo”, naturalmente, se vincula a ideais de bem-estar individual e aos valores individualistas do sucesso pessoal e do dinheiro. E se, como já sinalizado, nenhuma categoria profissional ficou imune a essas transformações, como bem observado por Meneleu Neto (2006), os médicos, mesmo tendo alcançado um status diferenciado entre as demais áreas do complexo ocupacional da atividade em saúde, de modo geral, também foram envolvidos por esse “novo metabolismo social do trabalho”²⁰, produto do complexo processo de reestruturação produtiva e de todos os desdobramentos ora delineados.

Na perspectiva da subjetividade proposta por Alves (2011), é possível afirmar que os médicos tornaram-se um alvo fácil dessa ideologia produtivista neoliberal, eis que as particularidades do trabalho médico, os permitem, de certo modo, decidir sobre seus caminhos, como por exemplo, optar pela intensificação do trabalho ou até mesmo a autoexploração, hipótese em que o multiemprego deixa de ser apenas uma imposição do mercado com vista a recomposição dos salários, para ser estimulado como uma escolha viável à manutenção de um padrão de vida cada vez mais elevado e condizente com os ditames do consumismo contemporâneo.

Neste diapasão, Silva (2001) aponta que, embora o médico venha sofrendo o já mencionado processo de assalariamento, eles não se vinculam ideologicamente com o conjunto de trabalhadores assalariados, eis que conservam um forte sentimento corporativo e uma forte adesão ao projeto liberal e autônomo, ainda que essa autonomia, em verdade, conforme já visto, esteja absolutamente mitigada inclusive na atividade privada, dos consultórios. Assim, ainda conforme Silva (2001), a realidade supra mencionada se constitui em um dos fatores determinante do atual desgaste da profissão:

O médico vê no consumo sua nova fonte de desejo e de realização profissional. [...] Desta forma, este trabalhador da saúde se consome em seu dia-a-dia, sem descanso, sem férias, alimentando-se e dormindo mal, trabalhando muito, ganhando pouco,

²⁰ A noção de “metabolismo social”, que já foi muito analisada por István Mészáros, depois de Marx, tornou-se o ponto de partida para Giovanne Alves organizar, no plano teórico, importantes elementos que explicam as novas conformações da reestruturação produtiva do capital no século XXI. Para ele, Alves (2011, p.48). “a “redução” da pessoa humana à força de trabalho como mercadoria por meio da redução do tempo de vida à tempo de trabalho estranhado é um dos elementos compositivos do novo metabolismo social do trabalho nas empresas reestruturadas.”

não se cuidando, mas, em compensação, possuindo o carro do ano, usando roupas elegantes e sonhando em ter um lindo consultório com uma linda fachada... Estas contradições têm marcado a vida deste trabalhador e têm sido um dos preços a serem pagos decorrentes da ideologia que cerca os médicos: o seu poder de controle sobre a vida e a aspiração de uma prática tipo ideal-liberal, tanto técnica como econômica, identificando-se com os projetos da elite. (SILVA, 2001, p.104-105).

Nessa mesma direção caminha a percepção de Alves (2011), para o qual, “o tempo de vida tornou-se mera extensão do tempo de trabalho” (ALVES, 2011, p. 132). Ressalta, assim, que a intensificação do trabalho inerente a este novo formato ideológico de produção tende a causar impactos deveras significativos na vida pessoal e familiar e na saúde física e mental desses trabalhadores.

Interessante notar que o já mencionado estudo feito pelo Conselho Federal de Medicina em 2004, em certa medida, converge para o quanto ora salientado, pois, ao analisar quais são as principais especialidades exercidas pelos médicos, apontou o aparecimento da urologia e da dermatologia entre as 12 especialidades mais frequente, o que, segundo o estudo, sugere o crescimento da preferência dos médicos por áreas onde se executam procedimentos, tidos como de maior retorno financeiro, principalmente em relação aos convênios privados.

Com efeito, se por um lado, o processo de reestruturação produtiva, ora estudado, é um dos caminhos pelo qual a ofensiva do Capital se utiliza para extrair o máximo de mais-valia e, conseqüentemente de lucro, ocasionando objetivamente a exploração do trabalhador e sua imersão no universo da precarização, por outro, tomando como ponto de partida, ainda o efeitos desta reestruturação do processo de trabalho, o Capital (ora financeiro e global) atinge subjetivamente o trabalhador, agindo por meio do controle/manipulação da ideologia burguesa do individualismo e do consumismo, o transformando no “carrasco de si mesmo” (ALVES, 2011, p.41), fato que repercute não só no seu trabalho, como também na sua vida pessoal e na sua saúde.

Uma vez compreendidas as repercussões do complexo fenômeno da reestruturação produtiva e da transição tecnológica no setor Saúde sobre as formas de prestação de assistência à saúde bem como, sobre os modos de produção, organização do trabalho e da vida do médico, contata-se que estes profissionais estão envoltos num grande cenário de precarização, fragilidade e insegurança. No entanto, antes de enfrentar mais especificamente este tema, resta imperioso analisar brevemente a conjuntura atual da profissão médica, a fim de compreender qual a composição e quais as características dessa categoria que se encontra imersa no fenômeno social da precarização a ser estudada.

2.4 CONJUNTURA ATUAL DA PROFISSÃO MÉDICA

Pensar na conjuntura atual da profissão médica no mercado de trabalho exige, antes de tudo, a consciência de que a categoria associa-se a diversos meios e formas de produção de serviços de saúde.

[...] a estrutura do sistema de saúde brasileiro se define pela existência de grande variedade de tipos de serviços que se diferenciam segundo o tipo de financiamento, a natureza jurídica, a estrutura gerencial, as formas de pagamento e o modo de organização da prática médica. É um sistema plural onde o Estado atua tanto como provedor de serviços (serviços públicos), como financiador de serviços prestados pelo setor privado (setor privado dependente). Existem também os serviços privados que operam com base nas leis de mercado, tais como: os consultórios de médicos liberais, as empresas médicas e os seguros-saúde. (MACHADO, 1997, p. 172).

Essa organização fragmentada do sistema de saúde brasileiro, somada a todos os demais determinantes sociopolíticos, econômicos e aos elementos históricos e estruturais próprios da evolução da prática da medicina, abordados nos tópicos precedentes, conduzem a assunção pelo médico brasileiro de determinados perfis. Assim é que grande parte desses profissionais priorizam o exercício da função nos grandes centros urbanos; cumprem carga horária de trabalho excessiva e articulam diversas formas de vínculo de trabalho, o que os permitem exercer a profissão em diversos locais, acumulando na maioria das vezes, inclusive, a prática médica na esfera pública com a privada.

Outras importantes características que servem para construir o perfil e apontar as tendências atuais do profissional médico no Mercado de trabalho, podem ser encontradas na pesquisa, recentemente divulgada, *Demografia Médica no Brasil*²¹, coordenada por Scheffer (2013) e realizada pelo Conselho Federal de Medicina juntamente com Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Há que se ressaltar que esse cenário delineado nesta pesquisa, confirma grande parte das tendências já apresentadas através das últimas duas pesquisas mencionadas anteriormente, as quais se propuseram a retratar a categoria médica através de amostras representativas; “O Perfil dos Médicos no Brasil” (MACHADO, 1997) e “O médico e o seu Trabalho” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004).

Assim, de acordo com a mais recente pesquisa, revelou-se o crescimento acelerado do número de médicos; o aumento dos anos trabalhados, ampliando a presença de profissionais

²¹ Trata-se de uma pesquisa sobre o perfil demográfico dos médicos, a distribuição geográfica, a presença nos setores público e privado da saúde, além de um censo dos especialistas e algumas comparações internacionais. O estudo ambiciona adicionar novas informações e elementos à compreensão da organização do contingente médico e das desigualdades na distribuição dos profissionais.

mais idosos em exercício, além do já mencionado aumento da participação feminina²², e da juvenização dos profissionais²³, e por fim, entre as características mais marcantes, a generalização da prática do multiemprego e a continuação da acentuada desigualdade na distribuição geográfica dos profissionais.

Sobre este último aspecto, vale notar que a concentração de médicos nos grandes centros urbanos (urbanização), em verdade, é uma questão antiga. Ainda Machado (1997) apontava que 80% do total de médicos existentes exerciam suas atividades em somente sete estados e que 65.9% do médicos indicavam laborar principalmente nas grandes cidades (MACHADO, 1997, p. 45), já em 2004, houve um suave declínio neste percentual, caindo para 62,1%, porém, o exercício do labor médico permaneceu predominantemente nas grandes capitais brasileiras. Prova disso, é que mais recentemente, os dados demonstraram que a distribuição espacial dos médicos no Brasil permanece assimétrica, tanto entre os Estados da Federação, quanto a nível das unidades da federação, entre a capital e municípios. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

Já em relação a multiplicidade de vínculos ou multiplicidade de fontes de renda, afirma-se que esta talvez seja, atualmente, a característica principal do trabalho médico. Cabendo esclarecer ainda que “não bastasse a multiplicidade de atividades dentro de um setor, observa-se também a dispersão entre os setores de atuação, que vão desde o consultório clínico à docência” (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004). O fato é que, em todas as pesquisas, os indicadores relativos à prática do multiemprego só cresceram, assim, em 2004, os médicos que indicaram realizar 4 atividades passaram de 15,9% para 16,7%; aqueles com 5 atividades eram 6,1% e passaram para 7,4%; e, finalmente, os que mencionaram 6 ou mais atividades praticamente duplicaram, de 2,4% para 4,1% (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p. 78)

Atualmente, conforme demonstra a pesquisa divulgada em 2015, com esta prática absolutamente generalizada, constata-se que a grande maioria dos médicos atuam em média em três diferentes postos de trabalho, sendo que mais de 30% acumulam quatro ou mais locais

²² De acordo com a pesquisa do CFM/CREMESP (2013), pela primeira vez, em 2009, entre os novos registros no Conselho Federal de Medicina há mais mulheres que homens. O estudo ainda aponta que entre o grupo de médicos com 29 anos ou menos, em 2011, também pela primeira vez o percentual de mulheres (53,31%) se sobrepôs ao dos homens (46,69%). Entende-se que há uma tendência histórica de crescimento da população de mulheres médicas e que deve se ampliar, acompanhando o processo de feminização mundial da medicina e o do próprio crescimento histórico de predominância feminina na população brasileira. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 20).

²³ A idade média geral dos médicos é de 46,03 anos (com desvio padrão de 13,64 anos). O grupo de médicos de até 39 anos representa 42,5% do total de profissionais na ativa, indicando uma concentração nas faixas mais jovens. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 21-22).

de trabalho, dividindo a atuação em consultório, com recebimento por produção, com a atuação geralmente assalariada em serviços públicos e privados. (CONSELHO REIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 11-12).

Neste contexto, convém observar que se por um lado a múltipla inserção do médico no mundo do trabalho não é, como parece ao senso comum, uma disfunção do mercado ou resultado de uma crise econômica, mas consequência esperada de seu processo de trabalho (MACHADO, 1997, p. 100), do outro, nota-se que a generalização e intensificação dessa prática se deu também a partir da intensificação do processo de assalariamento, flexibilização, terceirização, entre outras práticas, vistas acima, e que passaram a ser exercidas na medicina.

Nesta perspectiva é que o multiemprego, em que pese já fosse uma prática realizada na carreira médica desde a década de 70 (MEDICI, 1993), assumiu, na últimas décadas, aspectos ainda mais donosos para o profissional e para o seu exercício profissional. Com efeito, a ideia de um contingente que teve a “mentalidade forjada no pressuposto da liberdade de ir e vir, liberdade de escolha institucional para exercer seu ofício e, especialmente, no da autonomia de decisão no pensar e fazer seu cotidiano profissional” (MACHADO, 1997, p.100) passa a ser severamente confrontada com a realidade de esgarçamento dessa flexibilidade e auto-regulação que a Medicina e a categoria médica sofreu aos longo dos anos.

Dessa forma, o assalariamento e a queda dos salários reais de médicos se expandiu na década de 80 e nos anos 1990, com a desregulamentação; o crescimento da oferta de postos de trabalho nas faixas mais baixas de remuneração, e com a insegurança imposta pelo mercado de trabalho, os médicos foram, definitivamente, impulsionados a prática (programada ou involuntária) do multiemprego.

Essa necessidade de aumentar os ganhos com seu trabalho, procurando articular inúmeros expedientes, inclusive empregos assalariados a outras formas de vínculo, é agravada no caso dos médicos do Programa de Saúde na Família - PSF²⁴, posto que não só exercem a profissão em vários locais como também, muitas vezes, em municípios diferentes, percorrendo estradas e se expondo ainda mais a riscos.

Assim, o multiemprego associado a intinerância da atividade (deslocamentos inter-intraregional) acaba construindo uma realidade ainda mais danosa para a saúde dos profissionais bem como, provocando danos importantes para o sistema de saúde local, haja

²⁴ O PSF surgiu em 1994, e, em 1998, tornou-se uma estratégia estruturante do modelo de assistência à saúde que visa reorganizar as práticas de saúde sob novas bases e critérios (direcionando o trabalho para práticas multiprofissionais voltadas para a atenção básica), em substituição ao modelo tradicional de assistência. Entretanto, entre os problemas do PSF, alguns estudos indicam, está a rotatividade dos profissionais, a insatisfação com as formas de contratação, a ausência de qualificação dos “recursos humanos” e o perfil inapropriado para a proposta. (SILVA – ROOSLI; ATHAYDE, 2011, p. 68)

vista que, conseqüentemente, resulta desse contexto, a ausência de profissionais nos postos de trabalho, ou o aligeiramento das consultas, uma vez que a atividade profissional nos respectivos postos de trabalho passa a depender predominantemente da disponibilidade do profissional, em detrimento de variáveis como o número de pessoas a serem atendidas (SANTOS et al., 2006).

Não há dúvidas, portanto, que o exercício do multiemprego na atividade médica pode repercutir no descumprimento da carga horária formalmente contratada, visto que, muitas vezes, a suposta tentativa nesse sentido, levaria a um total esgotamento físico e mental do profissional. Todavia, as conseqüências provenientes desse processo vão além da ausência física do médico, interferindo também no seu comportamento e em aspectos subjetivos do seu trabalho.

Insta chamar a atenção para que o “multiemprego”, juntamente com a variável “jornada de trabalho prolongada”, foram apontado pelos próprios médicos como os principais motivos de desgaste profissional²⁵ na pesquisa realizada por Machado (MACHADO et al., 1996, 1997). Nesta linha, entende-se que esse desgaste tende a comprometer também a motivação, o comprometimento e a dedicação da categoria médica em relação a suas atividades profissionais, as quais, em certa medida, como já dito, acabam prejudicadas, encerrando um prejuízo direto à população.

Não há que negar, ademais, que a acumulação de múltiplos postos de trabalho prejudica o rendimento dos médicos e de todos os outros profissionais e, em última instância, prejudica a qualidade dos serviços que são capazes de prestar. Este, entretanto, não é apenas um problema de administração de pessoal que se resolva num passe de mágica com um sonhado plano perfeito de cargos e salários — há uma realidade de dinâmica do mercado de trabalho que não deve ser negligenciada. (NOGUEIRA, 1987, p. 338-339).

Com efeito, embora estudos realizados desde a década de 80²⁶, utilizando as bases de dados do IBGE, já desvendavam as tendências macro do Mercado, já referidas - o assalariamento, o prolongamento da jornada de trabalho e em especial o multiemprego - e os possíveis efeitos dessa prática para o sistema de saúde em geral, em verdade, conforme aponta

²⁵ Machado indica, em ordem decrescente de importância, as causas principais de desgaste profissional: excesso de trabalho/multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade com a “vida”, área de atuação/especialidade, relação médico-paciente, conflito/cobrança da população e perda de autonomia (MACHADO, 1997, p. 173).

²⁶ Além de Nogueira, outros autores como Sayeg, Paim, Médici, Girardi realizaram, especialmente na década de 80, estudos quantitativos que delinearam as tendências do mercado de trabalho em saúde. Além deles, Donnangelo nos anos 70 e Machado também na década de 80 realizaram pesquisas com enfoque mais específico sobre as múltiplas formas de inserções do médico, já sinalizando a atuação de outros organismos de absorção desta mão de obra, tais como as empresas de medicina de grupo. Já na década de 90, inúmeros trabalhos, a partir do enfoque sociológico, propuseram uma nova abordagem às análises de mercado, entre os autores encontram-se, por exemplo, Machado (1993, 1995, 1997), Santos Neto (1993), Schraiber (1989, 1993), Ribeiro (1995) Pereira Neto (1997). (MACHADO, 1997, p. 99).

Machado (1997) poucos tem se dedicado a debater políticas políticas de recursos humanos para o setor saúde. De fato, o que se viu de lá pra cá foi a intensificação desses processos, que juntos, passaram a compor um cenário ainda mais amplo e complexo: o da precarização do trabalho do médico com a repercussão nas prestações de serviços realizadas por esses profissionais.

Neste particular, revela-se bastante adequada a colocação de Alves (2011), para o qual “o processo de precarização do trabalho no capitalismo global atinge a “objetividade” e a “subjetividade” da classe dos trabalhadores assalariados” (ALVES, 2011, p.111). E esta é, portanto, a realidade vivenciada também pelos médicos, seja no âmbito da atividade médica pública ou privada, em que pese se observe alguma diferença na intensidade entre um e outro. Assim, torna-se essencial ao presente estudo, analisar detidamente este novo processo de institucionalização da precarização social do trabalho.

3 O TRABALHO PRECARIZADO

Em que pese a precarização das relações de trabalho já seja um fenômeno antigo em diversos países onde tem vigência o modo de produção capitalista, a partir do final do século XX, este processo tem assumido novos contornos, ainda mais abrangentes e complexos. Assim, se é verdade, conforme ressalta Mészáros (2006), que a degradação do trabalho extrapola os limites da periferia do capitalismo, atingindo também países centrais, nos países em desenvolvimento como o Brasil - onde não é possível encontrar sequer, muitas das conquistas implementadas na era do Welfare State nos países do Norte, os efeitos dessa precarização são ainda mais intensos.

No Brasil o quadro é ainda mais grave. Durante nossa década de desertificação neoliberal, nos anos 1990, pudemos presenciar, simultaneamente, tanto a pragmática desenhada pelo Consenso de Washington (com suas desregulações nas mais distintas esferas do mundo do trabalho e da população), quanto uma significativa reestruturação produtiva em praticamente todo universo industrial e de serviços, consequência da nova divisão internacional do trabalho que exigiu mutações tanto no plano da reterritorialização e desterritorialização da produção, dentre tantas outras consequências. (ANTUNES, 2008, p. 125).

Nunca é demais lembrar que a institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, as quais se constituem em elementos cruciais deste novo fenômeno, foram reforçadas em quase todos os países do mundo, inclusive no Brasil, conforme já apontado, a partir das medidas políticas adotadas nas últimas décadas pelos governos que se sucederam no comando do Estado. Estas medidas, foram e continuam a ser adotadas para atender aos interesses propugnados pela visão hegemônica pelo capital. Isto é o que bem esclarece Bourdieu (1998).

A precariedade atua diretamente sobre aqueles que ela afeta e indiretamente sobre todos os outros pelo temor que ela suscita e que é metodicamente explorado pelas estratégias de precarização, com a introdução da famosa “flexibilidade”. Começa-se assim a suspeitar que a precariedade seja o produto de uma vontade política, e não de uma fatalidade econômica, identificada com a famosa “mundialização”. (BOURDIEU, 1998, p.123).

Essa vontade política a que se refere Bourdieu (1998), no caso do Brasil, está diretamente associada ao cenário de desconstrução e destruição da regulamentação protetora dos direitos dos trabalhadores e da instauração da flexibilização do trabalho. A conjunção desses fatores acaba ensejando, entre outras consequências, na transferência de postos de trabalho do setor público para o setor privado e na disseminação das formas precárias de trabalho e emprego, tais como a terceirização nas suas mais variadas formas e modalidades e generalizada em ambos os setores. Esta realidade, resulta também, em práticas desajustadas de gestão e organização do trabalho que contribuem para sentimentos de instabilidade,

insegurança e incerteza do trabalhador quanto ao seu trabalho.

No contexto da preocupação com institucionalização da instabilidade e da insegurança, é que Thebaud-Mony e Druck (2007) assim conceituam a precarização:

Processo social constituído pela ampliação 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 previdência. 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. (THEBAUD-MONY; DRUCK, 2007, p.31, grifo nosso).

Nesta mesma linha, em outros escritos, Druck (2011) aponta para um novo elemento que aprofunda os efeitos desse fenômeno da precarização na contemporaneidade, que o avanço e a hegemonia do setor financeiro, que segundo a autora (DRUCK, 2011, p. 42), “ultrapassa o terreno estritamente econômico do mercado e impregna todos os âmbitos da vida social, dando conteúdo a um novo modo de trabalho e de vida.”

Fala-se então, da volatilidade, efemeridade e descartabilidade sem limites de tudo o que se produz, bem assim, o que é pior, dos que produzem – homens e mulheres que vivem do trabalho. Conforme Druck (2011) é isso que dá novo conteúdo à flexibilização e à precarização do trabalho, de modo que esse atual movimento de metamorfose e, portanto, de nascimento de novas dimensões e configurações desses dois elementos se dá sob a égide de uma dinâmica que passa a predominar sobre outras: é a dinâmica da precarização social do trabalho. (DRUCK, 2011, p. 42).

3.1 PRECARIZAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO: DIMENSÕES

Sabe-se que o significado do termo precarização esteve associado a diferentes estudos em diversos momentos históricos. Conforme aponta Bleicher (2011), o conceito de precarização surgiu vinculado aos estudos sobre pobreza, posteriormente foi abarcado nas preocupações sobre emprego e somente ao final dos anos noventa é que a noção sobre precarização chegou ao patamar em que se estuda hoje, de modo a ter alcançado a sociedade como um todo. Esta maior abrangência é resultado natural da ascendência, transformação e reconfiguração da própria precarização equanto fenômeno.

Por esse motivo, é que passa também a demandar uma abordagem plural, transformando-se em objeto de preocupação em diversos campos do conhecimento, tais como a sociologia do trabalho, a gestão do trabalho e a saúde do trabalhador. A precarização

histórica e estrutural do trabalho transforma-se, então, conforme explicitado no item antecedente, na precarização social do trabalho, e esta, passa a ser entendida como regra e como estratégia de dominação, a partir da qual, o capital – cada vez mais internacionalizado, segundo Druck (2013, p. 374), passa a utilizar-se da força e do consentimento como recursos para viabilizar um grau de acumulação sem limites materiais e morais.

A despeito de entender inevitável adentrar alguns aspectos por exemplo, da gestão e da saúde do trabalho, cumpre esclarecer que é na perspectiva da sociologia do trabalho que a presente pesquisa buscará discutir o fenômeno em referência, e neste momento, o fará, privilegiando autores cujas produções teóricas compreendam a pluralidade de suas dimensões. Neste sentido, é preciso esclarecer que o processo de precarização social do trabalho não está apenas associado, como comumente se faz, ao tipo de contrato de trabalho ou a forma de inserção do trabalhador no mercado.

Conforme bem salienta Marques (2013), resta necessário assumir a não exclusividade destes argumentos, convocando outras dimensões relacionadas com os conteúdos, os saberes, as competências e as condições de exercício da atividade profissional.

[...] é importante não restringirmos as dimensões da precariedade às condições jurídico-institucionais, que nos remetem para indicadores do tipo de contrato de trabalho e remuneração. Assim sendo, num esforço de identificação das várias dimensões da precariedade, exige-se a mobilização de vários indicadores, como sejam, por exemplo, os ritmos e intensidade do tempo de trabalho, a previsibilidade dos horários, o grau de autonomia e de responsabilidade na execução das tarefas, as redes relacionais, o grau de satisfação com o trabalho, as representações do trabalho, o projeto profissional e pessoal e o impacto do emprego nas outras esferas da vida pública/privada dos actores sociais. [...] (MARQUES, 2013, p. 1551).

Comungando deste entendimento, Druck (2007, 2011) afirma que são expressivas as mudanças decorrentes desse fenômeno, de modo que outras particularidades e características²⁷ foram intensificadas mais recentemente, tais como a vigência de formas precárias do exercício do trabalho ou o aumento do adoecimento dos trabalhadores, as quais assumem grande relevância e devem ser consideradas. Assim, conceituando a precarização social do trabalho, a referida autora a compreende como

[...] um processo em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho, agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais [...]. O conteúdo dessa (nova) precarização está dado pela condição de instabilidade, de insegurança, de adaptabilidade e de fragmentação dos coletivos de trabalhadores e da destituição

²⁷ Graça Druck, buscando evidenciar as características mais significativas da precarização do trabalho em nosso país, realizou uma pesquisa em todo país, que contou com dados quantitativos - com base em estatísticas, e qualitativos - a partir de estudos locais, setoriais ou de casos, e através desta, propôs um sistema de indicadores de precarização do trabalho. São eles: desemprego; a informalidade; a terceirização; as precárias condições e organização de trabalho e as formas de resistência.

do conteúdo social do trabalho. (DRUCK, 2007, p 19-20 apud DRUCK, 2011, p. 05).

Nesta perspectiva, a fim de compreender, no plano de realidades concretas, onde e como a precarização social do trabalho pode ser demonstrada, Franco e Druck (2009) elaboraram uma tipologia da precarização, a qual já fora retomada por Druck (2011, 2013), como também por Druck; Franco e Seligman-Silva (2010). Por ora, cumpre esclarecer que tais estudos guardam alguma diferenciações²⁸ entre si, em especial quanto à numeração e denominação dos tipos/dimensões ou níveis de expressão dessa precarização, todavia, importa ressaltar que todos eles apontam na mesma direção; apresentam a expressão empírica do fenômeno da precarização social na realidade brasileira, concebendo-o, por sua vez, em toda sua multidimensionalidade.

Optou o presente estudo por apropriar-se mais especificadamente da classificação proposta em Druck; Franco e Seligman-Silva (2010), embora mais sucinta, se adequa perfeitamente aos objetivos ora propostos, bem assim, afirmam as manifestações da precarização enquanto dimensões, o que, entende o presente estudo, ser a maneira mais apropriada. São elas: 1- formas de mercantilização da força de trabalho; 2- na organização e nas condições de trabalho; 3- na precarização da saúde dos trabalhadores; 4- no reconhecimento e valorização simbólica e 5- nas condições de representação e de organização sindical.

3.1.1 Das formas de mercantilização da Força de trabalho

Em seu primeiro tipo de expressão ou dimensão, a precarização possui como indicador justamente os já apontados vínculos e tipos de relações contratuais, importando neste contexto, as diferentes formas sob as quais ocorrem a compra e venda da força de trabalho, as quais, em sua maioria, resultam da inserção precária nos ambientes laborais, do processo sociopolítico de perdas de direitos trabalhistas, além da perda de benefícios indiretos; diminuição salarial; descumprimento de acordos coletivos entre outros (DRUCK; FRANCO;

²⁸ A tipologia elaborada em 2009, foi retomada pela própria Druck (2011) a autora discorre sobre seis tipos de precarização. Posteriormente, em 2013, ao descrever o verbete “precarização social do trabalho” no “*Dicionário Temático Desenvolvimento e Questão Social*”, coordenado por Anete Ivo, a autora, além de modificar a denominação dos tipos, desmembra o quarto tipo – *perda da identidade individual coletiva*, em outros dois tipos – *condição de desempregado/ameaça permanente de perder o emprego* e *isolamento/perda de identidade de coletiva*, passando então a tipologia a ser composta de 7 tipos. Já Franco; Druck e Seligman-Silva (2010) ao abordar questões sobre os transtornos mentais no trabalho precarizado, reelaboram a temática distinguindo algumas dimensões desse processo, mais especificamente sob a forma de, apenas, 5 dimensões, as quais serão analisadas no presente trabalho.

SELIGMA-SILVA, 2010, p. 231).

De acordo com as autoras acima citadas, trata-se de uma dimensão do processo que “leva à desestabilização dos trabalhadores estáveis, à perda dos referenciais de proteção social do trabalho, conduzindo “estáveis” e instáveis a metabolizarem, cotidianamente, a competição desenfreada, a insegurança e a instabilidade”. Dito de outro modo, as referências protetivas que o trabalho da era fordista oferecia são obscurecidas, prevalecendo entre os trabalhadores o acirramento da competição entre os incluídos e excluídos do processo regular de trabalho alimentada, sobretudo, pela insegurança e instabilidade observadas em “terrenos em que se prolifera e se move a gestão pelo medo”.

Vale ressaltar que esse tipo de dimensão da precarização ocupa lugar de destaque entre os demais na produção contemporânea dos autores da sociologia do trabalho. No universo dos estudos sobre heterogeneidade do mercado de trabalho e dos novos padrões de gestão e organização do trabalho, a terceirização é, inclusive, objeto de vasto e profícuo debate acadêmico, posto que conforme salientam Borges e Druck (2002), se constituiu, a partir dos anos 1990, e assim permanece até hoje, como a principal forma de flexibilização da contratação, a qual, obviamente, enseja graves consequências para os trabalhadores, como por exemplo, a perda de inúmeras referências protetivas que geram as já citadas sensações de insegurança e instabilidade.

A abordagem dessa dimensão da precarização no setor de saúde bem assim, no contexto de trabalho dos médicos pode ser observada em interessantes estudos como a pesquisa de Menelau Neto (2006), a qual busca compreender os processos específicos de assalariamento dos médicos e possíveis, específicas, forma de precarização do ofício do médico a partir da investigação das trajetórias e particularidades do exercício desta profissão no Estado do Ceará; ou o estudo quantitativo de Eberardt et al. (2015) que traça um panorama dos vínculos de trabalho no setor saúde, na perspectiva do cenário de precarização na macrorregião do Oeste do Paraná, ou ainda, o trabalho de Pessanha et al. (2013), que discute a repercussão institucional – na Justiça do Trabalho (JT) e no Ministério Público do Trabalho (MPT) da precarização no setor de saúde, apresentando a regulação da terceirização pela JT, como uma das mudanças centrais mais recentes no mundo do trabalho.

3.1.2 Da organização e condições de trabalho

Esta segunda dimensão da precarização se manifesta na organização e nas condições de trabalho, que em todos os setores de atividades, de acordo com Druck, Franco e Seligman-

Silva (2010, p. 231), “têm se caracterizado pelas metas inalcançáveis e pelo ritmo intenso de trabalho favorecidos pelo patamar tecnológico da microeletrônica.” Nesta seara, o que se observa são as condições impostas ao trabalhador no exercício do seu ofício, tais como: forte pressão de tempo, somada à intensificação do controle ou da instrumentalização do medo à demissão que conduzem intensificação do ritmo de trabalho; estabelecimento de metas abusivas ou o descompasso entre as metas estabelecidas e as condições materiais oferecidas; o aumento da competitividade entre os trabalhadores; a polivalência no exercício da atividade, autoaceleração, entre outros.

Associa-se à esta dimensão ainda, a exiguidade dos tempos destinados a pausas no trabalho, repouso, recuperação do cansaço e espaço estreitado do tempo de viver e conviver fora do ambiente de trabalho (FRANCO; DRUCK, 2009). Sabe-se que todos esses fatores, cumulados ou não, podem gerar o desgaste físico, mental, bem ainda, rebatimentos na saúde dos trabalhadores. É cediço ainda, que todo esse cenário é direta ou indiretamente alimentado por estratégias de gestão e execução do trabalho.

Estas e outras características da organização do trabalho potencializam a multiexposição aos agentes físicos, biológicos, químicos, ergonômicos e organizacionais, favorecendo sofrimento e processos de adoecimento. (SELIGMAN-SILVA, 2010, p. 232).

Não por acaso, portanto, é que Druck (2011, 2013), tipifica essa dimensão como “padrões de gestão e organização do trabalho” e cita a “epidemia” da terceirização, uma vez mais, como uma modalidade de gestão onde tais condições precárias e calcadas na discriminação e insegurança seriam possíveis (DRUCK, 2011, p. 39).

Imperioso ressaltar que a presente pesquisa possui especial interesse nesta segunda dimensão e na terceira dimensão – que será vista a seguir, eis que versa, de modo geral, sobre os impactos dessas condições de trabalho na saúde dos trabalhadores, de modo, portanto, que ambas somam-se em conteúdo. Vale registrar, por sua vez, que a organização e condições de trabalho são menos esmiunçadas enquanto uma efetiva dimensão do fenômeno da precarização social do trabalho, pois, costumam ser estudadas como uma mera consequência da precarização, o que, na perspectiva aqui adotada, se revela um equívoco.

Com efeito, o presente estudo buscará, nos próximos capítulos, estudar o cenário acima delineado, levando em consideração, certamente, outras características mais específicas ao contexto laboral dos médicos. Os esforços serão ainda no sentido de perceber o ponto em comum que esta dimensão da precarização impõe ao universo plural e complexo de profissionais médicos que laboram no serviço público do Estado, sejam eles estatutários ou titulares de outras formas de inserção no serviço público, e, portanto, “independentemente dos

seus estatutos” (THEBAUD-MONY; DRUCK, 2007).

Ademais, considerando que a realidade do trabalho revelada nesta dimensão da precarização está eminentemente relacionada, como já dito, aos modelos de gestão e organização do processo de trabalho, o presente estudo, vislumbrou necessário estudar ainda, em item específico, embora não de modo exaustivo, a relação entre esses elementos. Buscou-se, dentro do possível, identificar o nexos causal entre o cenário de precariedade das condições de trabalho dos médicos e a gestão/organização do trabalho desses profissionais no contexto dos serviços de saúde. Para isso, utiliza-se como referencial os ensinamentos fornecidos por Navarro (2012, 2014), onde a autora discorre sobre o avanço da ideologia gerencialista no SUS e o impacto no trabalho dos médicos.

3.1.3 Da precarização da saúde dos trabalhadores

Conforme dito acima, os impactos promovidos pela mudanças no mundo do trabalho e pela precarização social do trabalho, em suas múltiplas dimensões, ora brevemente analisadas, se fizeram sentir na corporalidade e na mentalidade dos trabalhadores. Dessa forma, a terceira dimensão ou forma de expressão deste fenômeno diz respeito, justamente, à precarização da saúde dos trabalhadores.

[...] Trata-se da fragilização – orgânica, existencial e identitária – dos indivíduos pela organização do trabalho com intensificação da multiexposição. Essa fragilização é acrescida das limitações impostas, em muitas empresas, ao bom funcionamento dos SESMTs (Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho) no Brasil em nome de uma equivocada contenção de custos. [...] Diante das metas e dos ritmos acelerados, frequentemente são utilizados “atalhos” e manobras para aumentar a produtividade e manter-se no mercado que fragilizam a segurança e a saúde no trabalho (SELIGMAN-SILVA, 2010, p. 232).

Vê-se assim, que esta dimensão, assumida pela precarização, está relacionada também com as condições ou mudanças no ambiente físico de trabalho, e, por consectário lógico, são resultados de padrões de gestão que desrespeitam o necessário treinamento; as informações sobre riscos; as medidas preventivas coletivas etc. Tudo isso, muitas vezes, como dito acima, em função da busca por maior produtividade. No âmbito da saúde mental, os impactos da precarização social do trabalho sobre a vida dos trabalhadores se apresentam por meio de transtornos relativos ao sono, fadigas patológicas, sofrimento social e esgotamento profissional (DRUCK; FRANCO E SELIGMAN-SILVA, 2011).

Ao se debruçar sobre esta dimensão, sugerem ainda a autoras (DRUCK; FRANCO, SELIGMAN-SILVA, 2011, p.232) que a “perda de estatuto da maioria dos trabalhadores dentro das empresas – que são os terceirizados, com contratos temporários etc” – resultaria

numa maior exposição às condições aviltantes de trabalho e conseqüentemente, sujeição a desgastes e adoecimentos.

Neste particular, considerando a realidade do trabalho médico, especialmente no setor público, cumpre esclarecer que estas “condições aviltantes de trabalho” vivenciadas pelos terceirizados e afins, estão mais relacionadas aos aspectos psicossociais do ambiente. Isto porque, no que concerne a despreocupação da gestão, por exemplo, em minimizar ou prevenir a “multiexposição aos agentes físicos, biológicos, químicos, ergonômicos” no ambiente de trabalho, também característica dessa dimensão ora estudada, não se faz qualquer distinção entre os trabalhadores “precários” e os estáveis.

Há que se ressaltar que é vasta a produção literária sobre as saúde dos trabalhadores, em especial, aquelas que se dedicam à análise dos transtornos mentais ou patologias que atigem o organismo pela via psicossomática. No presente estudo, buscou-se subsidiar as abordagens acerca dessa dimensão da precarização social através de textos, artigos e pesquisas que versam mais especificadamente sobre o contexto dos trabalhadores da saúde e, principalmente, o dos médicos. Entre eles estão o de Silva (2001), Santos (2003); Assunção e Belisário (2007); Dias (2009), Nogueira et al. (2009); Nascimento Sobrinho et al. (2009); Lourenção et al. (2010); Franco; Druck e Seligman-Silva (2010); D. Pai (2011); Araújo et al. (2012), entre outros.

3.1.4 Do reconhecimento e valorização simbólica

A penúltima dimensão identificada pelas autoras se dá no âmbito da fragilização do reconhecimento social e na valorização simbólica, as quais repousam na análise da desconstrução de identidades sociais e coletivas ligadas ao trabalho. Consolida-se no imaginário social a noção de descartabilidade das pessoas, de naturalidade da insegurança e da competição de todos contra todos, ancorada na fragilização dos vínculos, nas rupturas de trajetórias profissionais, na perda da perspectiva de carreira (DRUCK; FRANCO, SELIGMAN-SILVA, 2010).

Nesta perspectiva, os processos de alienação e estranhamento, que são resultados dos processos de transformação no mundo do trabalho, tornam-se ainda mais intensos e complexos. A desobjetivação do homem, por meio da sua inclusão e envolvimento na ideologia da empresa; a individualização e a coisificação das relações humanas passam a exercer influência no reconhecimento dos trabalhadores como tais, fragilizando-os.

Alguns autores importantes se debruçaram sobre o tema, em obras relativamente

recentes, tal qual Ricardo Antunes (2008) que fala em “desrealização do ser social”, ou Vizzaccaro-Amaral e Chapadeiro (2009) e Alves (2011), que também fazem referências em seus textos, respectivamente, ao “desmonte da pessoa-humana-que-trabalha” e “processos de captura da subjetividade do trabalhador”. Alves (2011) associa inclusive, o desmonte ou precarização do homem que trabalha à constituição de um novo metabolismo social do trabalho e atribui este processo a um complexo de crises, e entre estas crises, ao fazer referência à Sennet (1998), fala da crise de socialibilidade que provoca o esvaziamento dos espaços de reconhecimento:

[...] os empreendimentos capitalistas se caracterizam pela “força dos laços fracos”, o emprego passa a ser de curto prazo, há uma falta de perspectiva de compromisso duradouro com a empresa, gerando, assim, uma certa falta de lealdade institucional. Os empregados tendem a ficar “negociáveis”, assim que descobrem que não podem contar com a empresa. Na verdade, o fenômeno da “corrosão do caráter”, salientada por Sennett, é subproduto da crise de sociabilidade como redução dos espaços de interação social e espaços do self como eixos orgânicos da formação da personalidade humana. (ALVES, 2011, p.52).

Interessante observar que Menelau Neto (2006) também se remete à Sennet para falar de alguns dos aspectos dessa dimensão da precarização – do excesso de individualismo e da competição, no contexto da realidade médica. Assim, este autor (MENELAU NETO, 2006), ao falar do aumento exponencial de médicos no Brasil²⁹ (em grande maioria oriundos de universidades privadas), da dificuldade em ingressar nas residências e da quantidade de estudantes brasileiros que fazem medicina em outros países e retornam para competir no mercado de trabalho no país, acrescenta que, “na lógica do mundo atual, a concorrência é o grande provocador de “corrosão do caráter” (SENNET, 1998) em todos os âmbitos da vida social” (MENENLAU, 2006, p. 14).

3.1.5 Das condições de representação e de organização sindical

Conforme esta classificação de Druck; Franco e Selgima-Silva (2010) a última dimensão da precarização social se refere a natureza da organização e a representação coletiva, que trata da convivência entre instáveis e estáveis no mesmo ambiente de trabalho. Guarda, portanto, uma relação de proximidade com a dimensão anterior, pois, esta situação opera uma debilidade na construção de identidade coletiva entre os trabalhadores. “São os efeitos propriamente políticos da terceirização que pulveriza e enfraquece os sindicatos,

²⁹ Conforme aponta o Conselho Federal de Medicina (2015, p.35) em sua última publicação sobre demografia médica, o crescimento exponencial do número de médicos no país já se estende por mais de 50 anos. De 1970, quando havia 58.994 registros, até 2015, o aumento foi de 633%.

ameaçando sua representatividade pela divisão crescente das categorias profissionais, cada uma com o seu sindicato, com atuações competitivas entre si” (FRANCO; DRUCK; SELIGMAN-SILVA, 2011, p. 232-233).

Nesse sentido, o mencionado enfraquecimento dos sindicatos e fragilização política enseja a discriminação dos terceirizados e subcontratados, gera uma vivência constante de sensação de insegurança e desproteção, e, por sua vez, podem impactar na saúde desses profissionais, ocasionando, inclusive, possíveis transtornos psíquicos, remontando-se assim, ao conteúdo da terceira dimensão, já vista acima.

O fato é que, em que pese a importância de analisar separadamente cada uma dessas dimensões da precarização do trabalho, a fim de melhor visualizar quando e como elas se manifestam, importa, sobretudo, compreender que elas – as dimensões, muitas vezes se entrelaçam, se somam, acumulam-se, compondo um só fenômeno, o qual, e, justamente por isso, deve ser analisado sob uma perspectiva social, tendo em vista que seus efeitos perpassam o trabalhador, influenciando na sociedade, na economia e na política, de modo intenso e global.

Assim, tendo em vista que o presente trabalho se propõe a analisar as condições de trabalho dos médicos vinculados ao serviço público do Estado da Bahia, na perspectiva do cenário de precarização ora delineado, faz mister compreender, de modo mais detalhado, como essa precarização social se perfaz no meio médico e, principalmente, diante das limitações do serviço público.

3.1.6 Precarização social do trabalho do médico no service público

Não há dúvidas, do quanto visto até aqui, que o fenômeno da precarização não se limita apenas aos trabalhadores historicamente fragilizados. Esta constatação se coaduna com as valiosas lições de Mézáros, para quem a degradação do trabalho ultrapassa também o círculo dos trabalhadores não-qualificados, alcançando cada vez mais aqueles altamente qualificados. Assim, tal qual restou demonstrado, no capítulo precedente, que os profissionais médicos também vivenciaram os desdobramentos do processo de reestruturação produtiva, não poderia ser diferente aqui, de modo que a classe profissional dos médicos, embora historicamente reconhecida como portadora de elevado *status* social, também foi afetada pelo fenômeno da precarização social do trabalho.

Interessante notar, justamente, que está aí o caráter abrangente e generalizado deste novo fenômeno, eis que a regressão social por ele provocada, se perpetua em todas as

dimensões, conforme demonstrado, e em toda as direções, haja vista que está presente tanto nas formas mais tradicionais de trabalho informal, quanto nos setores mais dinâmicos e modernos do país, atingindo, assim, todos os tipos de trabalhadores, até mesmo aqueles cuja natureza do trabalho é eminentemente intelectual, como é o caso dos profissionais dentistas, médicos e professores.

De acordo com Machado e Koster (2013, p.198), a precarização do trabalho envolve hoje, cerca de 30% dos 2,5 milhões de empregos no setor saúde. Estes dados foram coletados através de um levantamento feito pelo Ministério da Saúde, em 2002, por meio de uma pesquisa sobre a precarização do emprego no PFS³⁰. Entretanto, embora os dados coletados sejam referentes aos empregos municipais, sabe-se que muitos dos resultados, ali encontrados, se reverberam também nas instâncias estaduais públicas de saúde. Não há dúvidas, portanto, de que esta é uma realidade preocupante, haja vista que o setor saúde ocupa um papel importante na sustentação do mercado de trabalho no Brasil. (DEDECA, 2008).

No contexto da saúde, segundo Pessanha et al. (2013) entre as formas mais recorrentes de manifestação da precarização social, estão a baixa qualidade de contratos legais e a total flexibilidade por meio do acúmulo de diversos tipos de vínculo empregatício pelos trabalhadores, acrescido ou não pelo trabalho por “conta própria”, não raro um assalariamento disfarçado. Sabe-se que este cenário é ainda mais frequente no contexto das gestões públicas municipais, razão pela qual, certamente, foi este o foco da pesquisa acima suscitada.

Com efeito, há que se ressaltar que o processo de descentralização e da municipalização do SUS, com a transferência de gestão da força de trabalho para os municípios, se deu em um contexto bastante desfavorável, quando o Estado brasileiro submeteu-se a intensas reformas neoliberais. Neste sentido, ao tempo que a progressiva universalização do SUS, marcada pela posterior adoção do PSF, provocou a expansão expressiva e sistemática do volume de recursos humanos - especialmente na esfera municipal³¹ (DEDECA; TROVÃO, 2013), acabou ampliando também a exposição desses trabalhadores à situações de flexibilidade dos vínculos trabalhistas, não raro atípicos ou bastante precarizados (MACHADO; KOSTER, 2011).

³⁰ Na referida pesquisa, os médicos estiveram entre os tipos de profissionais do PSF, mais precarizados, eis que, por exemplo, estiveram em maior percentual na modalidade – *contrato temporários* (34,3%) e, em menor percentual na modalidade – *estatutários* (12,2%), comparativamente às demais (enfermeiro; 15,2%, cirurgiões-dentistas; 28,8%, auxiliares de enfermagem; 45,9%). (MACHADO; KOSTER, 2011, p. 198).

³¹ Conforme os dados apresentado por Machado e Koster (2011), em 2005, do total de estabelecimentos de saúde no Brasil, 55,3% correspondiam à esfera de governo municipal. E quanto aos dados sobre o emprego em saúde, entre os empregos públicos, 7.3% estavam na esfera federal, 23,9% na estadual e 68,8% na municipal.

Conforme salienta Eberhart et al. (2015), um dos resultados das reformas³² acima mencionadas, foi a implementação da Lei de Responsabilidade Fiscal³³ (LRF) que limita os gastos com força de trabalho em 60% da receita corrente líquida de estados e municípios. Desse modo, essa restrição passou a ser, corriqueiramente, apresentada como justificativa por muitos dos gestores municipais de saúde, para escolhas que acabam levando uma monta impressionante de profissionais médicos³⁴ a vivenciar o processo de ampliação das formas de subcontratação; terceirização, cooperativização, pejetização, e até mesmo, contratações apenas apalavradas, sem qualquer tipo de formalização específica, traduzindo-se – todas elas, em roupagens contratuais frágeis, instáveis e prejudiciais, ocasionando o injusto processo de marginalização desses trabalhadores.

No particular, ainda no que concerne ao trabalho pelo PSF, interessante observar que, embora anunciado com entusiasmo, eis que fundado numa estratégia com potencial para reverter os aspectos perversos do modelo brasileiro de atenção à saúde, excessivamente centrado no hospital e, conforme já salientado, com óbvias barreiras de acesso e óbvias iniquidades na entrega de serviços aos cidadãos (MACHADO; KOSTER, 2013), em verdade, sua execução, muitas vezes, ineficaz tem comprometido algumas expectativas, que no passado já forma bastante positivas.

E neste contexto, conforme avaliação normativa do PSF, feito pelo Ministério da Saúde e publicado em agosto de 2002, a “questão dos recursos humanos”, a qual consiste em problemas como a rotatividade de profissionais, a ausência de qualificação, mas sobretudo, com o então mencionado cenário de relações informais e precárias de trabalho, tem sido destacada como um dos pontos mais fragilizados do programa (ROSLY; ATHAÍDE, 2011).

Por sua vez, seguindo uma linha mais crítica, Varella e Pierantoni (2008), afirmam que essas relações informais de trabalho, propugnadas através do PSF, além de cumprir um papel como variável de ajuste da economia, foram antes de tudo uma estratégia para burlar as amarras jurídicas e ao mesmo tempo atender a demandas expansionistas do sistema (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Burlar as “amarras jurídicas” tornou-se possível a partir de um cenário complexo de

³² Vale salientar que além da LRF, a já mencionada emenda constitucional n. 19/98 também teve papel crucial na política de flexibilização dos vínculos de trabalho na administração pública.

³³ A LRF, trata-se de um Lei Complementar de n. 101, editada em 4 de maio de 2000, em razão da determinação constante no artigo 163 da Carta Maior, o qual visa, em síntese, a responsabilidade na gestão fiscal, pressupondo uma ação planejada e transparente para prevenir riscos e corrigir desvios capazes de atetar o equilíbrio das contas públicas.

³⁴ Pesquisa coordenada por Girardi e Carvalho (2002) apontava que entre os médicos que atuavam em unidades básicas de saúde, em que havia a implantação do PSF, 72% dos profissionais possuía formas precárias de vinculação.

formatos jurídico-institucionais³⁵ engendrado pela Administração Pública no setor saúde que buscam atender a inúmeros interesses, porém, não muito incomum, deixam de contemplar os interesses da própria classe trabalhadora. Assim, para além do PSF, na ausência dos concursos públicos, que é a forma constitucionalmente prevista de acesso ao cargo ou emprego público (art. 37, II da Constituição Federal), o Estado lançou mão de diversos outros modelos de vinculação institucional para a gestão de recursos humanos, não raro, em concomitância à preservação do regime de servidor público estatutário, dentro das unidades de saúde.

O manto protetivo legal sobre essa realidade, no setor público de saúde, se concretiza, ainda que as custas de fazer da exceção a regra, a partir do dispositivo legal que prevê a contratação de servidores para necessidades temporários e de excepcional interesse público. Disseminou-se então, as contratações de servidores mediante contrato temporário (no caso da Bahia, o REDA, lei 8745/93), ou se utilizando de terceirizações, ou de contratos com cooperativas ou ainda, mediante contrato de pessoa jurídica - pejetização³⁶, cuja prática foi viabilizada pelo art. 129, da Lei n. 11.196/05.

Nesse cenário jurídico e administrativo, a gestão do trabalho depara-se com o problema da precarização, que se originou de vínculos flexíveis de trabalho autorizados pelo Estado, a fim de suprir o aporte de trabalhadores tanto no âmbito federal, estadual e, mais excepcionalmente, municipal, devido à adoção do modelo assistencial proposto na implantação do SUS. (MACHADO; KOSTER, 2011, p. 197).

É no bojo desta realidade que se institucionaliza a instabilidade, eis que é o próprio Estado quem, ao invés de buscar minimizar ou compensar as desigualdades sociais, estimula a intensificação da insegurança (BLEICHER, 2011). Deste modo, importa ressaltar que embora a realidade de precarização social do trabalho médico esteja presente também, e até mais intensamente, no mercado de trabalho do setor privado, a gestão pública de saúde exercida sob o comando do Estado, o que neste particular interessa fundamentalmente à presente pesquisa, também é responsável direta e indiretamente pela generalização das práticas que precarizam o trabalho e a vida da “*pessoa-humana-que-trabalha*” (ALVES, 2011).

Sobre essa participação histórica e preponderante do Estado no processo de precarização ora estudado, valiosas são as lições de Borges et al. (1994, p. 4), para quem o

³⁵ Segundo Machado e Koster (2011), as formas de contratação existente na administração pública são classificadas em diretas e indiretas. Entre as diretas estão: servidor estatutário; servidor celetista; regime especial/contratos temporários e regime especial/cargos comissionados. Já as formas de contratação indiretas são: terceirização; cooperativas; trabalho vinculado indiretamente por meio de organizações sociais (OS); contratos de gestão com organizações civis de interesse público (OSCIPS); e trabalho vinculado indiretamente por meio de entidades filantrópicas e fundações privadas.

³⁶ A Pejetização na saúde pode ser compreendida, mais especificadamente, na pesquisa de mestrado intitulada: Pejetização e Descaracterização do Contrato de Emprego dos Médicos: o caso dos médicos de Salvador. (CARVALHO, 2010).

Estado Brasileiro “desempenha o papel de árbitro já comprometido” com Capital, tornando-se um “aliado histórico, fundamental e indispensável”.

[...] torna-se ainda mais transparente esta arbitragem comprometida do Estado, quando, na própria legislação, são criados mecanismos facilitadores do processo de modernização das relações de trabalho. É o caso, por exemplo, da remoção de qualquer obstáculo legal ao mecanismo da terceirização. Ou, o caso do desmonte gradativo e intencional do Estado, com o esvaziamento dos órgãos de fiscalização, que não dão conta do descumprimento sistemático da legislação por parte do patronato. (BORGES et al., 1994, p.4).

Para Koster (2008, p. 180), a crise envolvendo os trabalhadores de saúde, com a condescendência do Estado, tem sua base na baixa valorização do servidor público, o quê, segunda a autora, pode ser observado não só pela escassez de concursos públicos, mas também pela ausência de avaliações de desempenho eficientes, falta de investimento em qualificação profissional, baixos salários e/ou remunerações com diferenças brutais entre mesmas categorias e funções, ausência de carreira, ausência de direitos sociais, entre outros.

Todavia, uma vez mais, cumpre aclarar que a precarização do trabalho tanto no programa do PSF, quanto em outras políticas públicas implementadas pelo Estado, não se restringe à forma em que se concretiza o vínculo trabalhista. A composição do que Machado e Koster (2011) chamam de “quadro dramático” herdado pela Gestão do Trabalho no SUS, no que concerne à realidade médica, inclui uma série de outros aspectos e características, muitas das quais foram enunciadas inclusive, na abordagem da segunda (*organização e condições de trabalho*), e da terceira (*precarização da saúde do trabalhador*) dimensão da precarização social vista no item precedente.

Aliás, são nesses dois últimos pontos que a precarização social, analisada no presente tópico, une não só os médicos sujeitos a contratações indiretas, irregulares ou ilícitas, àqueles cujo ingresso na administração pública se deu de forma direta e regular (estatutários), os quais, por todas as razões já acima citadas, não por acaso estão em menor numero no complexo estrutural do sistema de prestação de serviço público de saúde. O fato é que a precariedade³⁷ nas condições de trabalho e os respectivos impactos na saúde dos profissionais, em que pese possam apresentar alguns nuances de intensidade, aparentemente, atinge a todos, independente da modalidade contratual.

A despeito disso, embora o caráter abrangente e intenso do problema, o tema sobre precariedade das condições de trabalho é comparativamente pouco enfrentado na literatura médica, e isto ocorre por diversos motivos. Um dos obstáculos, conforme afirma Druck

³⁷ Embora os termos precarização e precariedade nem sempre possuam dimensões denotativas semelhantes, motivo pelo qual alguns autores, inclusive, façam o uso diferenciado dos termos, no presente trabalho opta-se conotativamente, pela similitude conceitual dos termos.

(2013), está na análise da base de dados fornecida por pesquisas oficiais, eis que muitas vezes, “não permitem dimensionar com fidelidade a realidade das condições de trabalho no país” (DRUCK, 2013, p. 69), destarte, além disso, há o já sinalizado equívoco em concebê-la apenas como uma consequência de outros problemas do universo conceitual da precarização,

Este último argumento, remonta, assim, à própria incompletude conceitual do fenômeno da precarização do trabalho, empreendido pelos órgãos oficiais no país, os quais, de um modo geral, não vislumbram o problema na sua perspectiva multidimensional, outrora demonstrada. Insta esclarecer que, para o Ministério da Saúde (MS), trabalho precário é aquele em que não são garantidos os direitos sociais do trabalhador, assim como aquele no qual a forma de inserção foi sem concurso público (MACHADO; KOSTER, 2011, p. 200), e reforça, afirmando que esta precariedade está relacionada a alguma irregularidade no que diz respeito à situações de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e direito do trabalho. (KOSTER, 2008).

Vê-se, portanto, que a noção de trabalho precário encontra-se, de modo geral, mais diretamente associada a apenas uma das dimensões da precariedade; as formas de mercantilização da força de trabalho, o que inclui no seu bojo, a discussão sobre a redução da proteção social, a natureza dos vínculos contratuais e suas repercussões no setor público, além da noção temporalidade ou durabilidade do contrato de trabalho. Este último aspecto fora inclusive, incluído ao caráter da precariedade do trabalho em 2004, por imposição da *Agenda Positiva*³⁸ do Degerts³⁹, calcado no entendimento de que, quando temporário, a falta de garantia de continuidade expõe à situação de precariedade.

Pois bem, esta nítida restrição conceitual do tema parece equivocada e pode inclusive, conduzir ao enfrentamento do problema também de modo parcial ou restrito. Neste particular, interessante observar que a visão dos trabalhadores de saúde (TS) sobre a desprecarização na saúde não se coaduna necessariamente, com a visão do MS, acima exposta, nem com a visão

³⁸ Esta *Agenda Positiva*, que fora publicado em 2004 e reformulado ou aprimorado em 2005, constitui-se em um dos principais documentos criados pelo MS, que versam sobre a flexibilização e precarização do trabalho e através do qual o MS, entre outras questões, revela seu posicionamento sobre a definição do trabalho precário, e que, portanto, serve a nortear o comprometimento do órgão com a reversão do problema em questão. Para ver qual o conceito de trabalho precário segundo o MS, ver Koster, (2008, p. 107-108).

³⁹ O Degerts é um departamento do ministério da saúde que possui como competência (relativamente à questões da flexibilização e precarização do trabalho), entre outras, a de apontar as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais da área de saúde; desenvolver ações que garantam a oferta quantitativa de profissionais com perfil adequado às necessidades do SUS, assegurando não somente os deveres dos trabalhadores de saúde, mas também seus direitos; assim como participar de articulação intra e intergovernamentais, especialmente junto aos Ministérios do Trabalho e Emprego, do Planejamento, Orçamento e Gestão, da Educação e da Ciência e Tecnologia, para a busca de soluções que dizem respeito aos problemas que envolvem os trabalhadores do SUS, ou seja, problemas estes que por ora damos destaque à precarização do trabalho. (KOSTER, 2008, p. 103).

do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – órgãos de representação importantes na construção das políticas de gestão do trabalho no SUS.

Isto fica claro ao analisar a sistematização⁴⁰ desses pontos de vista feita por Koster (2008), em seus estudos sobre gestão do trabalho e precarização no SUS. De acordo com a síntese sobre as visões desses atores acerca da desprecarização do trabalho, imperioso contatar que a primeira preocupação explanada pela Bancada dos Trabalhadores da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – NNPS-SUS, é com as más condições de trabalho e remuneração em saúde no SUS. Vale chamar a atenção, inclusive, que não há qualquer outra menção às condições de trabalho nas “falas” dos demais atores que participaram da MNNP-SUS.

Ora, embora seja uníssono o entendimento quanto a importância de estabelecer um espaço de diálogo, negociação e reivindicações, de modo que o trabalhador da saúde atue também como “sujeito e protagonista na história de construção do SUS”, sabe-se que, contrário senso, muitas vezes, a vozes desses trabalhadores não são ouvidas.

Com efeito, ao não elevar as condições de trabalho ao mesmo patamar conceitual e de preocupação que as modalidades de contratação ou formas inserção no emprego público, o Estado, através do Ministério da Saúde e demais órgãos oficiais do setor, deixam de conceder a devida importância à essa dimensão da precarização no bojo das principais estratégias para proteção e valorização do trabalho e do trabalhador, subdimensionando assim, este outro intenso problema enfrentado nos serviços públicos de saúde.

Ademais, embora haja um consenso de que, para melhorar a qualidade da prestação de serviços é essencial posicionar o trabalhador como agente ativo do processo de trabalho em saúde, ainda assim, quando as questões relacionadas a esses trabalhadores são incluídas nas agendas dos gestores públicos da área, os assuntos debatidos muito frequentemente, versam sobre financiamento e organização da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007), deixando de lado inúmeros outros problemas que muitas vezes estão mais sintonizados com as reivindicações da classe.

O fato é que a gestão em saúde no Brasil, conforme já visto, eis que suscitado por diversos autores, foi profundamente abalada pela política de flexibilização implementada pelas reformas em referência, fato que concorre para implementação do processo de

⁴⁰ O quadro com a síntese sobre as visões, em 2006, da Bancada dos trabalhadores da Mesa de Negociação Permanente – SUS, do CONASS, do CONASEMS e do Ministério da Saúde sobre a desprecarização do trabalho em saúde se encontra na p. 182 da estudo de Koster (2008).

precarização do trabalho, em todas as suas dimensões, inclusive no serviço público de saúde.

Neste diapasão, vale notar que a gestão do trabalho em saúde se constitui como um nó crítico para a consolidação do SUS e para a garantia do direito à saúde (EBENRARDT, 2015), e, em que pese os esforços, reconhecidamente expendidos por uma parcela dos gestores e responsáveis pelas políticas públicas no setor saúde, no sentido de primar por iniciativas que proponham a desprecarização do trabalho e valorização dos profissionais de saúde, sabe-se que são inúmeros os desafios a serem enfrentados.

Algumas dessas estratégias de enfrentamento, por parte do Estado, do fenômeno da precarização social ora estudado, serão analisadas no último item deste presente capítulo. Entretanto, antes disso, considerando que o presente estudo se propõe a analisar as condições de trabalho enquanto uma dimensão importante da precarização que atinge os médicos - no trabalho e na vida, e que estas, por sua vez, estão intimamente relacionadas com a questão da gestão do trabalho, passa então, o presente estudo, a tecer algumas considerações sobre a relação entre esses dois elementos.

3.2 CONDIÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO DA GESTÃO DO TRABALHO NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE

Conforme esclarece Koster (2008), a evolução conceitual do termo Gestão do Trabalho parte da Administração de Recursos Humanos com origem na Ciência da Administração, como significado de capacidade de gerenciar pessoas, posteriormente, absorve então, o conceito de força de trabalho da Economia Política, com o uso descritivo e analítico do mercado de trabalho, e, somente depois, passa a ter um (re)significado ao somar a Sociologia do Trabalho, incluindo neste, o trabalhador como ser social e a sociedade.

Desta feita, somente através da articulação de todos esses elementos é que se torna possível subverter a compreensão dos trabalhadores da saúde apenas como “recursos gerenciáveis” bem assim, é que se realiza propriamente, pela função gestora, a verdadeira Gestão do Trabalho⁴¹, apta à construir condições de trabalho adequadas para a produção das atividades com qualidade, a partir de ações que reconheçam o valor do trabalhador e do seu trabalho.

⁴¹ A NOB/RH-SUS considera a Gestão do Trabalho no SUS como a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades - meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras.

Nesta perspectiva, é que se compreende que as condições de trabalho (cuja conceituação específica – que irá balizar a análise dos dados e os resultados das entrevistas, será abordada no próximo capítulo) dos trabalhadores da saúde estão intimamente relacionadas às relações de trabalho e às mudanças na organização do processo de trabalho implementadas pela referida função gestora no setor da saúde pública.

No particular, no que toca a esta função gestora, seja no aspecto macro-organizacional da gestão do trabalho (envolve a formulação de políticas de regulação para o mesmo) ou no aspecto micro organizacional (dentro das organizações de saúde) cumpre chamar a atenção para as mudanças implementadas a partir da burocracia gerencial proposta para a administração pública no setor saúde.

Assim, de acordo com as novas formas de gestão, então influenciadas por todo o contexto de mudanças – já abordadas no capítulo II – ocorridas após dos anos 70 e intensificadas especialmente a partir da crise do Estado e respectivas Reformas, passa-se a se valorizar as características flexíveis, que prezam incentivos por produção e resultados, reduzindo-se a um esforço gerencial pela busca da suposta eficiência e produtividade, através de procedimentos normatizados e certas vezes, “incapazes de responder as demandas por qualificação para o trabalho e equacionamento de conflitos” (SANTANA, 1996, p.437 apud KOSTER, 2008, p.59).

Em verdade, não só as condições de trabalho, como a própria vida dos trabalhadores são impactadas a medida que transformações de diversas ordens, em especial as mudanças provenientes dos modos de gestão do trabalho, ora mencionadas, repercutem no processo e organização do trabalho, bem como, no funcionamento do serviço de saúde. Estudos apontam inclusive, a influência dessas repercussões no adoecimento dos trabalhadores (GUIMARÃES, 2009; JACKSON FILHO, 2004; SILVA, 2013), adoecimento este, que tem evoluído de forma crescente e assustadora, tornando-se um fenômeno não apenas regional ou nacional, mas mundial, todavia, desacompanhado de políticas públicas que visem, de modo contundente, a combatê-lo. (BROTO; ARAÚJO, 2012, p. 292).

Sobre o mencionado impacto dessas mudanças no ambiente de trabalho em saúde, Navarro (2012) atribui, não só à implicações acerca da crescente amonta de trabalhos precários no serviço público e ou terceirizações, mas refere-se também à sobrecarga, à flexibilização da jornada de trabalho e sobretudo, ao avanço da ideologia gerencialista nas formas como este trabalho é organizado. É a partir desse viés que ora se analisa a relação entre a precarização das condições de trabalho e a gestão do trabalho no setor público de saúde.

Neste contexto, esclarece Navarro (2012, p. 69), que essa influência da ideologia

gerencialista ultrapassa inclusive, os espaços de trabalho, atingindo a sociedade como um todo, “tanto nas relações cotidianas, quanto nas esferas políticas e culturais, sempre com o intuito de promover a descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada”. Configura-se assim, uma lógica onde resta clara a subjugação das formas de organização e de prestação do trabalho à obtenção sistemática de lucro, onde a produção em massa, o alcance de metas e o fundamentalismo monetarista-financeiro se faz preemente e dominante.

Necessário observar, todavia, que essa lógica não é aplicada com a mesma intensidade ou da mesma forma entre as organizações públicas e privadas de saúde. Isso por quê, o processo de produção em saúde proposto pela legislação do SUS, em tese, se opõe à determinadas proposições do sistema capitalista, haja vista que o previsto é qualificar atendimentos, em vez de simplesmente quantificá-los, é criar projetos terapêuticos singulares e não em massa, além de não produzir visando lucro (VEÍSSIMO; ABRAÃO, 2015, p. 48).

Apesar disso, conforme tem apontado alguns autores, em que pese com certo atraso ou com menos intensidade, as pressões por mudanças e reestruturações, provenientes do discurso predominante na sociedade brasileira e no mundo, a favor do Mercado⁴², que atingem as organizações privadas acabam por atingir também as do setor público. Desse modo, o que Guimarães (2009) chama de “modismos administrativos” ou como referem-se Chiavegato Filho e Navarro (2012), conforme já suscitado, de “ideologia gerencialista”⁴³ tendem a impactar por sua vez, a gestão do trabalho em saúde no setor público, traduzindo-se em novas exigências para o trabalhador.

As mudanças, por sua vez, alteram o ritmo de trabalho, a natureza e a divisão de tarefas, as exigências em termos de resultados esperados, alteram-se os procedimentos prescritos, dentre outros aspectos da organização do trabalho. Na verdade, ocorre todo um conjunto de transformações que atinge também as relações sócio-profissionais e as condições de trabalho. É este conjunto de transformações que faz ampliar as exigências sobre os trabalhadores em diferentes aspectos quando da realização das atividades de trabalho. (GUIMARÃES, 2009, p. 164).

Ocorre que, não raro, as exigências supramencionadas, impostas através de mudanças organizacionais, não são correspondidas em termos de condições de trabalho disponibilizadas

⁴² Este modelo de discurso está ligado ao movimento internacional de reforma do aparelho do Estado dos anos 1980 e 1990, articulando-se com as estratégias neoliberais de estabilização econômica e estratégias administrativas orientadas para o mercado. No Brasil, esse movimento ganhou força nos anos 1990 com o debate da reforma gerencial do Estado e o desenvolvimento da “administração pública gerencial”, que seria, segundo Navarro (2012) um novo modelo de gestão disseminado em todo setor público, inclusive na área da saúde, influenciado intimamente pela “ideologia gerencialista”.

⁴³ O texto de autoria de Chiavegato e Navarro evidencia o avanço da ideologia gerencialista fundada na racionalidade instrumental taylorista e seus impactos nas condições e na organização do trabalho, bem como na saúde dos trabalhadores e nos processos de gestão.

ou ainda de treinamentos oferecidos. Neste sentido, o mencionado foco produtivista, normalmente adotado na formulação destas mudanças, atrelado a um modelo ainda burocrático, contribui para criar um espaço de trabalho contraditório (GUIMARÃES, 2009), e o enfrentamento, pelos trabalhadores, dessa presença contraditória de distintas lógicas (pública e privada) no sistema público de saúde acaba repercutindo diretamente na própria motivação desses profissionais para o trabalho.

Ademais, a combinação da sobrecarga da jornada, justificada também pelas Instituições públicas como necessária ao enfrentamento de uma crescente demanda de usuários que passaram a ter acesso à esse serviço essencial graças a universalização do SUS, com a recorrente precariedade das condições materiais de trabalho (deficiência dos meios e instrumentos de trabalho) acabam impondo aos profissionais desafios ainda mais complexos. Tal realidade seria traduzida numa injunção contraditória: “atender com qualidade mais pessoas e com menos tempo e menos acesso aos recursos” (ASSUNÇÃO; JACKSON FILHO, 2011, p.53).

Com efeito, pensar na motivação para o trabalho daqueles que atuam na área da saúde pública, nessas condições, torna-se imperativo, visto que este fator influi decisivamente na qualidade do serviço de atendimento público prestado aos cidadãos. Neste contexto, considerando que os trabalhadores da saúde são os protagonistas das atividades sujeitas à transformações no âmbito dos processos de trabalho, de acordo com Brito et al (2011, p.28), é preciso, portanto, que se disponha de meios adequados para desenvolver as atividades e para que as mudanças propostas tenham sentido para os trabalhadores.

Todavia, ao analisar algumas características comuns decorrentes da adoção do modelo de gerência pública baseado no ideário gerencialista, observou-se que os resultados seguem na direção oposta àquilo considerado como ideal. O aumento da carga de trabalho, em razão da redução de pessoal e dos novos imperativos de desempenho e produtividade; a incoerência em relação ao grau de autonomia, pois, a hierarquia está, em geral, bastante presente e a autonomia reduzida; a ausência de reconhecimento pelo trabalho realizado, uma vez que os funcionários sofreram com maior ou menor pesar o discurso sobre sua suposta ineficiência e baixa produtividade; e, por fim, a ausência de apoio social oferecido pelos colegas, superiores, subordinados ou usuários dos serviços, são algumas das características⁴⁴, de destaque,

⁴⁴ Segundo a pesquisa realizada por Chanlat (2002) – *que aborda a questão da motivação para o trabalho no setor público em geral*, as características apontadas são decorrentes da introdução de novas práticas de gestão de pessoal, particularmente a recorrência crescente ao contrato de duração determinado, ao tempo parcial e à terceirização, causando uma fragmentação das equipes de trabalho que não deixa de ter consequências sobre a qualidade dos serviços prestados.

apresentadas em pesquisa desenvolvida por Chanlat (2002), no setor público.

Em que pese tais aspectos tenham sido detectados pelo referido autor, sem especificar necessariamente uma categoria profissional, sabe-se que tais efeitos também se aplicam ao processo de trabalho da categoria médica. Nesta perspectiva é que Silva (2001), tomando como referência os modernos processos de racionalização, que englobam estratégias de gestão de recursos humanos, materiais e financeiros, salienta a perda, pelo médico, da autonomia do trabalho, como uma das consequências desse modo de gestão gerencialista.

Outro problema observado é a perda de autonomia sobre o processo de trabalho, seja por estar submetido às regras e normas burocráticas estabelecidas pela instituição empregadora (pública ou privada), como a imposição da carga horária, protocolos rígidos, cota de exames, ou as estabelecidas pelos convênios e/ou cooperativas, que se baseiam na produtividade. Estas normas definem, por exemplo, o número de pacientes a serem atendidos, as cotas de exames que podem ser solicitadas ou os procedimentos que podem ser executados, etc.; o estabelecimento destas cotas baseiam-se em critérios econômicos e não técnicos, o que interfere na autonomia do médico e na resolutividade do cuidado médico. (SILVA, 2001, p. 75-76).

Este contexto de racionalidade instrumental, consolidada pelo modelo taylorista/fordista de produção⁴⁵, comporta ainda a padronização dos atendimentos e construção de protocolos clínicos rígidos de conduta para cada tipo de tratamento oferecido pelos médicos, engessando ainda mais, em regras e normas, a referida autonomia desses profissionais. Não bastasse, passa a fazer parte dessa estratégia gerencialista a padronização de comportamentos e competências pessoais necessárias para determinadas tarefas, garantido o comprometimento máximo do trabalhador em relação à empresa ou serviço.

Assim, de acordo com Navarro (2014, 2014, p. 102) os gestores deixam de se concentrar nas condições reais de trabalho e passam a prescrever a subjetividade dos trabalhadores, dando “ênfase no indivíduo como principal ou até mesmo o único responsável pelas ações no trabalho.” Esta visão propugnada pelos gestores, segundo a autora, acaba culpando o trabalhador e inocentando a gestão, as condições e a organização do trabalho, e, esclarece ainda que, com a psicologização dos problemas, uma vez alienados, os indivíduos não questionam mais o papel da organização e da gestão do trabalho nos respectivos desempenhos, sendo levados em consideração somente as características pessoais dos trabalhadores.

⁴⁵ Acerca dos modos de agir em saúde, Navarro (2014) ressalta que as tentativas de gerenciamento do trabalho em saúde, com base nos princípios tayloristas/fordistas e no ideário gerencialista, configuram-se como uma missão difícil de ser executada na prática, pela própria natureza do objeto desse trabalho; o ser humano e sua variabilidade inerente. De modo, fazendo referência a Merhy (2002) ela afirma que um determinado grau de autonomia para o profissional é imprescindível e inevitável, uma vez que os profissionais da saúde devem ter um espaço próprio de gestão de seu trabalho, por conta da relação privada que estabelecem com os usuários dos serviços.

Como resultados dessa realidade, observa-se que as punições relativas ao “mau atendimento” recaem, principalmente, sobre o servidor (atendente), sendo a avaliação de desempenho (elemento que também faz parte de um suposto processo de controle de “qualidade⁴⁶” em saúde, preconizado pela gestão corporativa privada e disposto como uma das soluções para os males da gestão pública), utilizada mais para punir e controlar que para reconhecer o trabalho realizado (GUIMARÃES, 2009, p.164-165).

Essa é uma das consequências da contradição entre o foco produtivista, normalmente adotado na formulação das mudanças, e o modelo ainda burocrático vigente no setor público. Esta constatação é feita por Prado⁴⁷ (2006) apud Guimaraes (2009), onde acrescenta que esta contradição é identificada na cobrança de atendimento “de excelência” para o usuário-cidadão sem a contrapartida da instituição, ao mesmo tempo, que o peso maior na avaliação de desempenho do servidor é a do usuário, portanto, a culpabilidade acaba caindo, sempre, sobre ele (PRADO, 2006 apud GUIMARÃES, 2009).

Isto observar que este também é um problema vivenciado cotidianamente pelos médicos, de modo que, conforme ressalta Silva (2009), em denúncias referentes ao funcionamento do sistema veiculadas na imprensa, muito frequentemente os médicos são os responsabilizados por toda a inoperância do sistema. Cumpre chamar à atenção que este cenário é reforçado ainda, pelo próprio modelo (público ou privado) de saúde assistencial hegemônico em nossa sociedade; medicalizante, curativista, com atendimento centrado no hospital e na figura do médico.

Deste modo, esclarece Silva (2009), não por acaso, os médicos tornam-se o principal alvo das queixas da população e “passam do papel de *semi-Deus* para torna-se o *bode expiatório* da ineficiência e ineficácia do sistema de saúde pública.” (SILVA, 2009, p.40).

Ao aplicar os seus conhecimento sobre a ideologia gerencialista à organização do trabalho médico, Navarro (2014) conclui que a mencionada prescrição da subjetividade, “sutil” e “insidiosa,” somada à todos os demais elementos que constroem a ideia de um

⁴⁶ Segundo Navarro (2012, p.2014) esta noção de qualidade ou “qualidade total”, decorre de ideias e princípios administrativos da gestão privada, tais como o de “competência”, “cliente”, “excelência”, “mérito”, que são levados ao setor público através de uma aceitação do ideário gerencialista, e que, ao associá-lo a valores positivos, ensejam o avanço de uma concepção negativa do papel do Estado, onde geralmente as práticas de gestão e organização do trabalho, desse setor, são tidas como um elemento arcaico, burocrático e ineficiente.

⁴⁷ Prado investigou as mudanças decorrentes da modernização administrativa iniciada no âmbito da administração pública federal na década de 1980, em um serviço de atendimento ao público do Distrito Federal. Os resultados do seu estudo demonstraram que as exigências impostas aos trabalhadores, em função das mudanças organizacionais, não foram correspondidas em termos de condições de trabalho disponibilizadas e treinamentos oferecidos, repercutindo diretamente sobre a qualidade do serviço de atendimento público prestado aos cidadãos (PRADO, 2006 apud GUIMARÃES, 2009, p. 164).

suposto “planejamento estratégico⁴⁸” implementado no setor saúde – sob influência da referida ideologia gerencial, tem implicações não só na qualidade do trabalho, mas também, no caso dos médicos por ela entrevistados em sua pesquisa⁴⁹, nas condições de saúde desses profissionais.

Isso por que, conforme já aqui amplamente sinalizado, nem sempre os métodos e ferramentas de gestão originários do setor privado, estão adequados à realidade de funcionamento dos serviços públicos e assim, acabam não atingindo, necessariamente, os resultados esperados.

Em verdade, todas essas constatações, ao passo que retomam as importantes reflexões sobre o processo mundial de precarização social do trabalho, o qual, por sua vez, é fortemente influenciado pelos novos modos de organização e gestão gerencial, de igual modo, servem à explicar quão relevantes são as abordagens sobre condições de trabalho dos TS e dos médicos – objeto de estudo, no particular.

Neste contexto, vale notar que o já citado “desencaixe” entre as exigências do trabalho e as práticas de gestão acabam intensificando o processo de desgaste físico e emocional desses profissionais, gerando, inclusive, o aumento quantitativo de médicos com autopercepção da perda da qualidade da sua atividade e de qualidade da sua própria saúde⁵⁰. Assunção e Jackson Filho (2011, p.54) ao proporem em seus estudos a articulação entre as variáveis; “condições nocivas de trabalho”, “percepção negativa quanto à qualidade do cuidado” e “sintomas mórbidos dos trabalhadores”, constroem uma interessante indagação que se apresenta bastante pertinente ao tema em estudo: “a sensação de perda da qualidade do cuidado estaria adoecendo os indivíduos ou os indivíduos doentes estariam menos dispostos e capazes de desenvolverem as suas tarefas nos estabelecimentos de saúde?”

Com efeito, além da fadiga, da crescente insatisfação no trabalho e diminuição do bem-estar subjetivo, a saúde do médicos passa a ser mais um aspecto importante a ser observado dentro da perspectiva de análise da inadequação das condições materiais e

⁴⁸ O planejamento estratégico juntamente com a questão do gerenciamento flexível e participativo, são identificados por alguns autores, como as principais influências para o setor da saúde, decorrentes das transformações no mundo do trabalho e da ascensão da ideologia gerencialista, sobretudo a partir da década de 1980. (NAVARRO, 2014).

⁴⁹ Trata-se de pesquisa qualitativa, com objetivo de investigar a presença da ideologia gerencialista nas relações de trabalho de médicos de unidades básicas de saúde (UBS) do SUS, do Município de Jaguariúna-SP. Foram entrevistados 15 médicos, dois gestores da Secretaria de Saúde do Município (o secretário municipal e a diretora administrativa).

⁵⁰ Segundo Silva (2001) além dos acidentes de trabalho e das “doenças profissionais” (que se ligam à noção do “risco” - ou agente, no ambiente de trabalho), a **saúde** do trabalhador também pode ser afetada por doenças que possuem causa indireta com o trabalho, e que podem ter no desgaste um dos mediadores entre processo de trabalho e o surgimento ou agravamento das mesmas.

organizacionais nos estabelecimentos de saúde. Assim, conforme aponta Silva (2001) as características do perfil de saúde-enfermidade dos trabalhadores se devem muito, à maneira como combinam as exigências – feitas pela gestão, e a carência dos componentes humanizantes do trabalho.

Do exposto, entende-se absolutamente coerente as palavras de Koster (2008, p. 32) ao afirmar que “a racionalidade econômica envolta nos discursos reformistas do Estado acabou por influenciar no caminho da organização do sistema de saúde, desalinhando por vezes os ideais da reforma sanitária.” Neste perspectiva, não resta dúvidas que esse desalinhamento relaciona-se também, ao entendimento do trabalhador da saúde como subordinado à racionalidade econômica e gerencial – ora, brevemente estudada, e que, no contexto do serviço público de saúde, pode levar a consequências ainda mais danosas para o referido trabalhador.

Assim sendo, é certo que é longo, o caminho de busca por respostas aos desafios e problemas impostos ao campo da gestão do trabalho em saúde no SUS. Neste percurso, parece essencial o papel do já citado, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts), eis que lhe é conferido, pelo Ministério da Saúde, a responsabilidade, entre outras, pela proposição, pelo incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde no âmbito nacional.

Ademais, é inegável que houve, nos últimos anos, sinalizações positivas não só a partir da Degerts, como de outras instâncias ligadas diretamente ou não ao MS, quanto à formulação de políticas e programas nacionais e regionais que envolvem a desprecarização do trabalho e promovem a humanização das relações entre os profissionais envolvidos.

Algumas dessas estratégias de enfrentamento serão delineadas a seguir, não as eximindo, no entanto, de crítica pontual quanto à suposta limitação do quadro empírico da precarização (onde às questões que circulam em torno das condições de trabalho para os trabalhadores da saúde são conduzidas em segundo plano) em que se pautam e se orientam estas referidas estratégias.

3.3 AS ESTRATÉGIAS ESTATAIS DE ENFRENTAMENTO DO FENÔMENO DA PRECARIZAÇÃO

Em verdade, a questão da precarização do trabalho no setor saúde tem sido debatida e enfrentada, durante essas três últimas décadas, por inúmeros pensadores, pesquisadores e militantes da reforma sanitária brasileira, os quais também lutaram pela própria implantação e

consolidação do SUS, cujo princípio norteador é o acesso universal e integral aos serviços de saúde.

Durante muito tempo, então, tratou-se de uma luta contra-hegemônica, posto que, conforme apontam muitos autores (BORGES et al., 1994; KOSTER, 2008; MACHADO; KOSTER, 2011; MARTINS; MOLINARO, 2013; NAVARRO, 2012; PESSANHA; ARTHUR, 2013; RIZZOTO, 2000), a precarização do trabalho se intensificou justamente, em decorrência da Reforma do Estado operada no Brasil, na década de 1990, por governos fortemente comprometidos com a ideologia neoliberal, e que portanto, não tinha qualquer interesse na manutenção de espaços democráticos que permitissem o diálogo acerca da reivindicação dos trabalhadores.

Ocorre que, apenas nos últimos anos, é que este tema tem se tornado de fato presente também no cotidiano dos debates e, sobretudo, de ações implementadas por diversos atores sociais, políticos e órgãos governamentais nacionais, tais como o próprio Ministério da Saúde brasileiro, através, especialmente, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde⁵¹ (SGTES); ou dos já citados CONASS; CONASEMS, entre outros, e até no âmbito internacional, através da Organização Internacional do Trabalho (OIT) ou da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Koster (2008), esclarece que, embora a preocupação de se elaborar, implantar e implementar políticas voltadas para a área de Recursos Humanos em saúde sempre tenha existido, foi mais precisamente em 2003⁵², com a implantação da SGTES, que a trajetória dessas políticas verteu-se sobre uma forma diferenciada de se pensar a gestão; incluindo-se, assim, o conceito ampliado de Gestão do Trabalho em Saúde.

Todavia, antes mesmo de pontuar o que de fato tem sido feito na luta pela desprecarização do trabalho no seara da saúde pública, cumpre aclarar, conforme já sinalizado, que uma vez não havendo um consenso na eleição dos elementos que compõem esse cenário de precarização do trabalho, de certo também não há uma estratégia unificada de

⁵¹ O Ministério da Saúde, ao assumir o seu papel de gestor federal do SUS no campo da gestão do trabalho e da educação na saúde, criou a SGTES, como parte de sua estrutura, em 2003, atribuindo-lhe uma vasta competência para o enfrentamento de desafios e problemas referentes ao campo dos recursos humanos em saúde no SUS. Sua estrutura é composta do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde. As competências da Secretaria podem ser conferidas no Decreto nº. 5.974/2006. (KOSTER, 2008).

⁵² O ano de 2003, marca também outras importantes iniciativas no contexto de enfrentamento à *precarização do trabalho no SUS*, tais como: a constituição do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, através da Portaria nº. 2.430/2003; a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, por meio da Resolução nº. 331/2003 do CNS, e a realização do Seminário sobre desprecarização do trabalho em saúde do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde.

enfrentamento, o que, ao menos em tese, pode comprometer uma maior eficácia e abrangência das medidas e estratégias que visam reverter esta situação.

Vale chamar a atenção, por exemplo, que o CONASS e o CONASEMS, os quais, conforme já visto, são importantes atores sociais para a gestão do trabalho e saúde no SUS, diferem, em parte, do próprio Ministério da Saúde quanto ao conceito de precarização, eis que, embora prezem pela garantia dos direitos sociais para os trabalhadores, defendem a flexibilização do trabalho em certos casos (KOSTER, 2008), o que vai de encontro à exigência do concurso público ou seleção pública para inserção do trabalhador para provimento dos cargos na administração pública, sustentado pelo MS.

Já nas discussões em âmbito internacional, a OIT avança na amplitude do conceito de trabalho precário e vai além da preocupação com a instabilidade do vínculo e com a vulnerabilidade social do trabalhador - uníssona nos conceitos empreendidos nacionalmente, relacionando-o também com o conceito de “trabalho decente.” Para a OIT, seriam quatro, os pilares que fundamentariam o trabalho decente, a saber: a promoção do emprego; a referida promoção com adequada proteção social; respeito, por parte do empregador, aos princípios fundamentais e aos direitos no trabalho e, por fim, que esta decência se baseie também na liberdade para a realização do *diálogo social* (MACHADO; KOSTER, 2011).

Aliás, o baixo diálogo entre gestores e trabalhadores é apontado, inclusive, como uma das difíceis questões que interferem nas conduções das políticas de saúde no país (KOSTER, 2008). Não por acaso, desde 1993, por meio da Resolução nº. 52/1993 do Conselho Nacional de Saúde, foi criada a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP-SUS, com vistas a constituir um fórum permanente de negociação entre os gestores públicos e privados e trabalhadores do SUS para serem discutidos os principais pontos pertinentes à força de trabalho em saúde.

Ocorre que, conforme salienta Koster (2008, p.121), apesar da criação da mesa ter representado uma conquista, por um longo período, apenas algumas reuniões em intervalos irregulares foram realizadas. De modo que somente em 2003, a partir da já citada criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e do Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho (DEGERTS), a Mesa foi efetivamente reinstalada,⁵³ conduzindo as relações e as condições de trabalho ao centro do debate, somando-se ainda, ao contexto contemporâneo das negociações do trabalho em saúde no país, outras importantes

⁵³ A reinstalação foi feita por meio da Resolução nº. 331/2003 do CNS, adotando a denominação de Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Com nova estrutura e uma composição ampliada de seus membros, define metodologias de trabalho que passarão a ser adotadas para a condução e implementação da agenda a ser desenvolvida nos anos seguintes. (KOSTER, 2008, p. 121)

questões como; a jornada de trabalho, os planos de carreira, cargos e salários e a saúde do trabalhador da saúde.

De forma geral, os objetivos da Mesa Nacional de Negociação são os de implementar e consolidar as Mesas nos âmbitos municipais e estaduais, com vistas às diretrizes do governo atual referente à democratização das relações de trabalho no setor público; estabelecer espaços permanentes de negociação para edificação das bases de uma sociedade democrática, melhorar e ampliar o acesso do usuário do SUS ao atendimento, a partir da valorização do trabalho e dos compromissos firmados entre gestores, trabalhadores e empregadores. (KOSTER, 2008, p. 123).

Interessante observar ainda, que além de ser o ponto de partida para a criação do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS e da elaboração das diretrizes do Plano de Carreira, Cargos e Salários – SUS (KOSTER, 2008), a MNNP-SUS é responsável também por discutir de forma autônoma e propositiva todos os aspectos das relações de trabalho no SUS, inclusive questões polêmicas sobre as condições de trabalho, objeto do presente estudo.

Mais recentemente a MNNP-SUS apresentou importantes propostas para debate relativo ao eixo temático - *valorização do trabalho e da educação em saúde*, no contexto da 15ª Conferência Nacional de Saúde. Entre as oito propostas apresentadas⁵⁴, chama a atenção a que se refere ao tema da precarização; o combate a toda e qualquer forma de precarização no trabalho no setor público e privado, buscando no setor público, a não contratação dos serviços terceirizados de qualquer tipo e/ou contratação temporária, incentivando a realização de concursos públicos para o ingresso de servidores.

Deste modo, cumpre observar que embora a MNNP-SUS, através da proposta acima descrita, demonstre, inicialmente, ambicionar o combate à precarização em toda sua grandeza e dimensões, ao se referir ao setor público, no entanto, prioriza as atenções e esforços à apenas uma das questões ou dimensões que envolve esse complexo fenômeno; a forma de inserção e ou modalidade de contratação no setor público.

Ademais, mesmo diante da importância, ora mencionada, deste instrumento de democratização das relações de trabalho no setor público, cumpre aduzir que até o momento, a MNNP-SUS obteve pouco êxito no que concerne ao seu objetivo principal; o de desencadear um processo de sensibilização que resulte na implantação e implementação de Mesas de Negociação também, nos estados, Distrito Federal e em grandes cidades. Isso reflete e resulta em realidades de trabalho ainda muitos distantes das ideais no contexto de saúde pública e também, muito diversificadas quando comparados os diversos estados do país.

⁵⁴ As demais propostas podem ser conhecidas em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgtes/sgtes-gestao-do-trabalho/mesa-nacional/noticia-mesa-nacional/20123-propostas-da-mnnp-sus-a-15-conferencia-nacional-de-saude-cns>. Acesso em: 14 mar. 2016.

Destarte, para além da MNNP-SUS, outras medidas ou programas foram criados pelo Ministério da Saúde pensando na desprecarização na saúde, como os já mencionados Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS e a Agenda Positiva (2004, 2005), ambas conduzidas pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Tem-se ainda, o Humaniza SUS e o Observatório de Recursos Humanos em Saúde⁵⁵ (ObservaRH), este último, formado por iniciativa da já citada Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) com intuito de produzir informações e conhecimentos entre os 21 países da Região das Américas que fazem parte projeto, aprimorar, por sua vez a formulação de políticas públicas para recursos humanos no setor da saúde.

De acordo com os dados levantados por essa iniciativa da OPAS (2004), entre os problemas e desafios que emergem para a gestão do trabalho em saúde, decorrentes das mudanças no contexto global e nas condições de trabalho, encontram-se: complexidade da coexistência de regimes de trabalho diferenciados para categorias ocupacionais semelhantes; maior flexibilidade nas condições de trabalho e ênfase no enfoque de equipe; fragmentação de processos de trabalho; treinamento inadequado, centralizado e de impacto duvidoso; motivação deficiente, absenteísmo e baixa taxa de participação de trabalhadores em postos de tomada de decisão; regulamentos e normas inflexíveis e retrógrados; administração e avaliação insuficientes do desempenho da força de trabalho; falta de sistemas de incentivo para qualidade e produtividade. (NAVARRO, 2012, p. 77).

Cumprе ressaltar que as questões acima aludidas vão além das preocupações com a precariedade do vínculo contratual ou da ilegalidade na forma de inserção no trabalho. Nota-se que problemas como a *fragmentação de processos de trabalho*; o *treinamento inadequado*; o *absenteísmo*; a *falta de sistemas de incentivo para qualidade e produtividade* ou até a *baixa taxa de participação de trabalhadores em postos de tomada de decisão* por exemplo, podem ser – o que será melhor apurado nos próximos capítulos, componentes frequentes na rotina de trabalho dos médicos, mesmo daqueles que laboram gozando da estabilidade estatutária.

Neste sentido, nunca é demais ressaltar que todos estes elementos deveriam também subsidiar o consenso entre trabalhadores e gestores quanto ao conceito de precarização e assim, por consequência lógica, serem alvos das políticas de desprecarização do SUS, o que, nem sempre ocorre, haja vista o quanto já demonstrado até aqui.

Por outro lado, cumprе asseverar que o Ministério da Saúde também tem apresentado medidas bastante contributivas no combate à alguns dos exemplos de problemas e desafios apontados por iniciativa da OPAS, e acima descritos. Entre eles, salienta Koster (2008) está o Plano de Carreiras, Cargos e Salários – SUS, eis que o entende como uma contribuição

⁵⁵ A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (ObservaRH) é uma iniciativa patrocinada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil e compõe o projeto de âmbito continental da OPAS para os países da Região das Américas. Para saber mais: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/index.htm>

essencial para que gestores tenham um referencial para a implantação de planos que proporcionem a perspectiva de promoção na carreira do trabalhador, valorizando o trabalho e o trabalhador de saúde, o quê, naturalmente influencia numa maior motivação e assim, como afirma a autora, numa melhoria da qualidade dos serviços prestados à população (2008, p. 169).

Relativamente às políticas sob a competência do Degerts⁵⁶, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS assume certo protagonismo, pois, de logo, acaba sendo responsável por manter o tema entre as prioridades do Ministério da Saúde. Ademais, apresenta enquanto princípio, o trabalho em conjunto dos gestores na análise de alternativas de ação e na busca por soluções efetivamente viáveis. Os desdobramentos deste programa podem ser vistos também através das ações do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, bem assim ações que envolvem o governo federal não só por meio do Ministério da Saúde, como também pelo próprio Congresso Nacional (MACHADO, KOSTER, 2011).

A promulgação da emenda constitucional n. 51 feita pelo Congresso Nacional, com vistas dar sustentação legal ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi, portanto, um dos exemplos de atuação a nível federal em direção a desprecarização dos vínculos de trabalho. Assim, passa-se a legalizar as admissões dos agentes comunitários de saúde e agentes de combates as endemias por meio de processos seletivos públicos, substituindo as modalidades de contratações irregulares, que eram comuns no universo dessa categoria profissional no setor saúde.

Assim, uma vez compreendido que os reconhecidos avanços no setor tomam por base uma concepção de trabalho precário limitada, constata-se então, que a reversão gradual da precarização do trabalho neste contexto conduz muitas vezes, e tão somente, a realização de mais concursos públicos; a diminuição nominal da contratação temporária de excepcional interesse público de profissionais de PSF, entre outras.

E ainda assim, mesmo nesta perspectiva, apesar de todos os esforços ora demonstrados de Departamentos e Secretarias envolvidas com a gestão do trabalho e da educação na saúde (vinculadas ao Ministério da Saúde), a precarização dos vínculos de trabalho no setor de saúde ainda persiste como um dos importantes problemas a serem equacionados no que se

⁵⁶ Departamento é responsável, fundamentalmente, pela proposição, incentivo, acompanhamento e elaboração de políticas de gestão, planejamento e regulação do trabalho em saúde, nacionalmente. Também é do âmbito, deste Departamento, a negociação do trabalho em saúde junto aos segmentos do governo e dos trabalhadores no que se refere à gestão, à regulação e à regulamentação do trabalho. objetivando estruturar uma efetiva política de gestão do trabalho, nas esferas federal, estadual e municipal, envolvendo os setores público e privado que compõem o Sistema, contribuindo para promoção da melhoria e humanização do atendimento ao usuário do SUS.

refere à força de trabalho, que afeta especialmente a organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito do SUS (EBERHART; CARVALHO; MUROFUSE, 2015, p. 22).

Pois bem, os próximos dois capítulos da presente pesquisa versarão sobre as questões centrais do estudo, cabendo a análise das condições de trabalho de médicos vinculados direta e indiretamente ao serviço público de saúde do Estado da Bahia. Isso resulta em problematizar, inevitavelmente, alguns aspectos que compõem o cenário baiano de equacionamento da problemática da gestão do trabalho em saúde, bem assim, conseqüentemente, o cenário de precarização que eventualmente permeie as relações de trabalho destes profissionais.

Desse modo, uma vez feito o presente panorama geral das principais estratégias Estaduais de combate à precarização do trabalho no contexto nacional, vislumbra-se necessário apresentar, ainda que sucintamente, as especificidades do cenário atual de enfrentamento deste mesmo fenômeno no estado da Bahia, analisando algumas das medidas adotadas no âmbito da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde para solução dos problemas vistos até o momento.

3.2.1 Enfrentamento da precarização do trabalho na Bahia

Sabe-se que a trajetória político-institucional de construção do SUS tem assumido ritmos e formas diferenciadas em cada unidade da Federação, constatando-se avanços e dificuldades na operacionalização dos seus princípios e diretrizes (PINTO; TEXEIRA, 2011, p. 1777), de igual modo, certamente, o enfrentamento dos desafios e problemas relacionados a esta trajetória, tais como a precarização social do trabalho, ora analisada, também se dá em diferenciados modos e intensidades.

Ademais, não há dúvidas que a formulação, proposição e execução de propostas mais efetivas à problemática regional e local da precariedade do trabalho, dependem diretamente do grau de compromisso político dos dirigentes e gestores em relação ao problema, bem como, da capacidade de gestão de muitas secretarias de estado e municípios na área de gestão do trabalho e da educação em saúde, os quais, por sua vez, são consequência da conjuntura política que se estabelece, a partir da definição do governo que assume o comando do Estado.

De acordo com Pinto e Teixeira (2011), após as eleições de outubro de 2006, no cenário político configurado na Bahia a partir de 2007, o grupo dirigente adotou como eixos norteadores do governo a ampliação da democracia na saúde, a gestão participativa e a negociação coletiva em torno das estratégias de desenvolvimento econômico e social. Pinto e

Teixeira (2011) asseveram ainda, que essa postura resultou numa mudança de direcionalidade na gestão pública estadual, significando a retomada dos princípios e diretrizes da Reforma Sanitária.

Obviamente, a repercussão dessa comunhão de diretrizes foi sentida em diversas instâncias políticas e administrativas, tal qual na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, eis que a partir dela, implementou-se um novo esforço no processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual, onde a questão de recursos humanos – reconhecida, conforme já dito anteriormente, como um dos “nós críticos” do processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país (PINTO, 2011, p. 1778), passou a ser prioridade, fato que, na prática, traduziu-se na formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde⁵⁷ (PGETES).

A equipe gestora da SESAB assumiu, entre outros compromissos, a superação da precarização das relações e condições de trabalho, bem como a remuneração dos trabalhadores da saúde; a organização dos serviços e atuação dos profissionais de saúde; a responsabilização de gestores, gerentes e profissionais para prestar o melhor cuidado possível dentro das condições limitadas em termos financeiros e operacionais (PINTO; TEXEIRA, 2011, p. 1778, grifo nosso).

Vale salientar que todos esses compromissos acima citados, que posteriormente traduziram-se em ações, algumas as quais serão a seguir descritas, estiveram, aparentemente, pautados na convicção de que a mencionada ampliação da “democracia na saúde” se efetivaria a partir do estímulo à participação política de distintos atores nos processos decisórios de implementação das políticas de saúde. Isto posto, significa dizer que para desenvolver estratégias de superação e enfrentamento de problemas como a precarização das relações e condições de trabalho, faz-se necessário confluir vozes oriundas de diferentes esferas de governo, bem assim, outras para além do âmbito governamental.

É nesta perspectiva que Pinto et al. (2007, p. 28) falam em “janela de oportunidade” aberta na Bahia - referindo-se ao momento histórico de confluência de projetos políticos nas três esferas de Governo, e salientando a importância da realização das Conferências Municipais e da 7ª Conferência Estadual de Saúde, como espaço de articulação das bases necessárias para a construção do consenso em torno da agenda estadual de saúde.

⁵⁷ A PGETES foi desenvolvida sob a coordenação da Superintendência de Recursos Humanos da SESAB, no período de 2007-2008, e o seu processo de formulação confluiu para a construção de um amplo consenso em torno dos problemas prioritários, muito embora, afirma Pinto (2011, p.1783) foi mais difícil de se chegar a um acordo com relação às alternativas de encaminhamento e solução para eles. Informações mais aprofundadas acerca da PGETES, tais como: o contexto político estadual e político-institucional na SESAB em que ela foi formulada; caracterização dos atores envolvidos e a própria descrição e análise do processo de formulação da PGETES, formalizada no âmbito do SUS-Bahia em 2008, podem ser vistos no estudo realizados por Pinto (2011) denominado “Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual da Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008.

Neste sentido, cumpre aclarar que o resultado da discussão em torno, entre outras questões, da problemática dos recursos humanos realizada por representantes dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS no âmbito da referida Conferência, de certo, também contribuíram no processo de formulação da mencionada PGETES e da constituição da Agenda Estratégica da SESAB, em 2007-2008⁵⁸.

Neste particular, as informações qualitativas produzidas pelos gestores e representantes dos trabalhadores participantes das referidas Conferências Estaduais e Municipais de Saúde, oportunizadas à SESAB a partir da leitura de relatórios desses eventos, se demonstraram de grande valor na busca por superar, por exemplo, o problema da ausência de informação sistematizada acerca das condições de trabalho em que operam os trabalhadores.

Assim é que, neste contexto, a “Precarização das Relações de Trabalho: Vínculos e Condições” foi identificada como uma das características que afetam grande maioria dos trabalhadores dos SUS, inclusive em áreas estratégicas, como é o caso da atenção básica e dos serviços hospitalares de urgência/emergência (PINTO, 2009, p.45), de modo que ingressou na Agenda Estratégica da SESAB em 2007-2008⁵⁹, acima mencionada, e o seu respectivo enfrentamento se tornou uma das prioridades no PGETES (PINTO; TEXEIRA, 2011).

Com isso, a SESAB passou a adotar como objetivo, a implementação de alternativas gerenciais que permitiam a garantia do cumprimento dos direitos trabalhistas dos servidores da saúde e a melhoria das suas condições de trabalho e remuneração. Entre as ações estratégicas implementadas com esse fim, informa Pinto (2011), estiveram: a realização do diagnóstico e dimensionamento da força de trabalho do SUS-Bahia; a implementação de Mesa de Negociação Permanente do SUS-Bahia; implementação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da SESAB, além do suprimento das lacunas de pessoal da SESAB por meio da realização processo seletivo simplificado e/ ou concurso público, entre outras (PINTO, 2011, p. 1785).

Vê-se que elementos chaves do contextos da gestão do trabalho e das demandas dos

⁵⁸ A Agenda Estratégica é um dos documento institucionais mais importantes para o Colegiado de Gestão do SUS-Ba., onde são sistematizados objetivos, diretrizes e estratégias adotadas ao longo da gestão e o qual é atualizado anualmente.

⁵⁹ Além das características dos trabalhadores e das condições de trabalho no SUS-Bahia, outros problemas na área de recursos humanos no SUS-Ba, também foram identificados e sistematizados na Agenda Estratégica da SESAB, são eles: Problemas na área de gestão do trabalho e administração de recursos humanos; Problemas na área de formação e qualificação de pessoal; Problemas na estrutura e funcionamento da Superintendência de Recursos Humanos da SESAB. Vale salientar que esses outros problemas, embora também importantes, por limitação metodológica, não serão abordados no presente estudo. Para saber mais, ver Pinto et al. (2011, p. 1777-1788).

trabalhadores do SUS foram contempladas entre as estratégias de desprecarização propostas pela PEGETS. Com efeito, o diagnóstico e dimensionamento da força de trabalho do SUS-Ba (ingresso, provimento, movimentação, enquadramento, desenvolvimento na carreira e garantia de direitos trabalhistas) se tornaram prioridades, haja vista a já mencionada falta de informações e subsídios para as ações que busquem solucionar o problema.

Já a instalação da MNP-SUS, demonstra ser um importante e fundamental indicativo de interesse regional em discutir de forma autônoma e propositiva os aspectos relativos ao trabalho no SUS, inclusive as questões sobre a melhoria das condições de trabalho que, conforme já visto, constituem uma das principais reivindicações dos representantes dos trabalhadores do SUS, em nível nacional e local. Vale notar que, conforme salientado anteriormente, nem todos os estados da Federação se sensibilizaram quanto às diretrizes e orientações da MNP-SUS, de modo a implementar suas respectivas MNP-SUS.

Relativamente ao Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da SESAB, cumpre aclarar que se trata, em verdade, de uma revisão/reestruturação do PCCS que já existia desde 2002, criado através da Lei 8.361/2002. A conformação de um novo PCCV, se constituiria em um importante instrumento de gerenciamento da Política Estadual de Gestão Trabalho e Educação na Saúde (PEGETES), e representaria, em tese, dentre outras prerrogativas, a possibilidade de proporcionar novas formas de evolução baseadas em critérios de modernização e valorização da função pública e de estímulo à formação e à qualificação dos trabalhadores. (SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE, [20-]).

Assim, o PEGETES, através dessa medida, estaria respondendo a uma grande e, aparentemente, fundamentada queixa dos trabalhadores da Saúde na Bahia. Nesse contexto, vale chamar a atenção que a primeira reestruturação do PCCV do Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde foi realizada em 2009, por meio da Lei Nº 11.373/2009 e, de lá pra cá, ela já sofreu uma outra alteração em 2012, pela Lei nº. 12.598 de 28 de novembro de 2012.

Já sobre o PCCV dos médicos vinculados à SESAB, cumpre esclarecer que ele foi sancionado pelo então governador Jaques Wagner, através da Lei 12.888/2013. Este instrumento implementa uma nova carreira, estruturada em níveis e classes permitindo a evolução horizontal (progressão), mantendo a evolução vertical (promoção), de modo que a progressão ocorra a cada dois anos e a promoção a cada três anos, mediante apresentação de certificados de cursos, especializações, publicações de artigos, entre outros, com uma variação de 5% entre as classes.

Por fim, entre as ações que estiveram no bojo da Agenda Estratégica da SESAB – 2007-2008, está o esforço para a realização processo seletivo simplificado e/ ou concurso público. A realização de concurso público visa a combater especificamente a precariedade do trabalho na perspectiva do vínculo. No particular, nunca é demais lembrar que as ações estaduais de um modo geral, tendem sempre a estar alinhadas às orientações e diretrizes nacionais, e desse modo, a medida em comento, se coaduna com a postura do Ministério da Saúde quanto à conceituação de vinculação ou relação de trabalho precário.

Pois bem, considerando algumas das ações aqui citadas, que foram contempladas pela Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente em Saúde (PEGETES) nos últimos anos, nota-se que no cenário estadual, ao menos no plano político, há de fato uma postura positiva e proativa no sentido de agregar os princípios gerais do SUS, e buscar possibilitar a garantia de condições adequadas de trabalho, a participação dos trabalhadores na formulação de políticas (Plano de Cargos, Carreiras e Salários) e na criação de espaços de negociação, além da estruturação da gestão do trabalho, visando à regulação, regulamentação e desprecarização do trabalho em saúde, repolitização no estado da Bahia, a luta pelo SUS.

Entretanto, há que se ressaltar que também aqui, cabem algumas das críticas já feitas no contexto nacional, no que se refere ao equívoco em dispensar maior atenção ao combate à precarização do trabalho na perspectiva do vínculo contratual ou forma de inserção no serviço público, eis que os problemas relativos à precarização das condições de trabalho - entendidas pelo presente estudo através de uma conceituação ampla e abrangente, conforme será a seguir demonstrado, surgem como um alvo que demanda ações concretas e eficientes, posto que, especialmente no serviço público, podem impactar fortemente o trabalho e a vida dos trabalhadores da saúde, e dos médicos, no particular.

4 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS MÉDICOS NO SERVIÇO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

Uma vez compreendido que a precarização das condições de trabalho não pode ser considerada apenas como uma consequência de um processo mais amplo de precarização social do trabalho, mas sobretudo, uma das dimensões desse próprio fenômeno, passa-se então, nos próximos dois capítulos, a desenvolver as questões centrais propostas, e cujo epicentro constitui-se na análise das condições de trabalho dos médicos no serviço público do Estado da Bahia.

Vale registrar que esta análise será feita, conforme já brevemente mencionado, em duas etapas: a primeira – ainda no presente capítulo, por meio da análise de indicadores quantitativos das condições de trabalho dos médicos vinculados de forma estatutária com o Estado da Bahia (Pesquisa SESAB) e a segunda – objeto do quinto e último capítulo, através da análise qualitativa de entrevistas realizadas com médicos (titulares de variadas formas de vinculação com o Estado), onde as condições de trabalho serão auferidas sob a óptica mais subjetiva desses sujeitos.

Entretanto, considerando que são inúmeros os aspectos que podem e devem ser considerados quando se pensa em condições de trabalho, e mais, observando que elas se especificam em cada caso, a depender, geralmente, do tipo de ocupação ou profissão estudada, entende-se crucial, antes de tudo, esclarecer e delimitar conceitualmente a categoria condições de trabalho em que se baseia o presente estudo, na qual, estão referidas as especificidades e particularidades da atividade médica.

4.1 DELIMITANDO O CONCEITO DE CONDIÇÕES DE TRABALHO

Sabe-se que condições de trabalho são fenômenos de caráter multi e interdisciplinar (BORGES et al., 2013), o que leva a uma conceituação nem sempre uníssona na literatura. Historicamente, conforme aponta Borges (2013), antes mesmo da história da Psicologia do Trabalho e das Organizações (PTO)⁶⁰, as condições de trabalho foram tratadas em perspectivas distintas em obras clássicas, como por exemplo as de Marx (1867/1975) e Engels (1845/1986). Bem assim, o longo do século XX, a conceituação de condições de trabalho

⁶⁰ A PTO surgiu, entre outros aspectos, reagindo a demandas do setor industrial que solicitava respostas acerca de como escolher e adaptar o ser humano às condições organizacionais. (MARTIN-BARÓ, 1988 apud BORGES, 2013). As pesquisas que se seguiram buscaram evidenciar o impacto das relações interpessoais no desempenho profissional, contribuindo para inverter a atenção dos Psicólogos para o entorno organizacional.

seguiu sendo usada de forma ampla e inespecífica nas diversas ciências humanas, variando-se o foco entre os atributos pessoais, os aspectos do entorno e o conteúdo do trabalho, ou ainda, para alguns autores, considerando-se conjuntamente estes três elementos, através de uma conceituação mais global. (BORGES et al, 2013).

Essa amplitude conceitual é contemplada, por exemplo, por instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), e a OIT⁶¹, eis que lidam com uma concepção de condições de trabalho na qual se abrange o *ambiente do trabalho*, o *conteúdo* e os aspectos do *emprego e salariais* (BORGES et al., 2013). Assim, conforme esta perspectiva, a regulação do mercado de trabalho, as condições jurídicas de contratação, a estabilidade versus a instabilidade do emprego, a natureza dos postos de trabalho e os critérios de seleção adotados pelas empresas, entre outros relacionados ao emprego, não podem ser ignorados.

Apesar da importância de se compreender as condições de trabalho numa dimensão mais ampliada e complexa, por razões metodológicas neste estudo será utilizada uma conceituação mais restrita que exclui as características da relação contratual de trabalho, porque, entende-se que ela corresponde a uma dimensão da precarização social do trabalho, que não à ora estudada, a qual, inclusive, já é objeto de vasta produção teórica.

Contrário disso, elementos como ambiente e o conteúdo do trabalho assumem certo protagonismo quando se pensa na atividade médica e no que é imprescindível à preservação da saúde, e do bem estar de quem à pratica, bem assim, à própria efetivação da atividade de maneira adequada. Corroborando com este pensamento, a Aliança Mundial da Saúde, que congrega organizações e associações de trabalhadores de saúde, afirma que “a segurança e o bem-estar dos protagonistas dos sistemas devem ser premissas à qualidade dos serviços prestados ao usuário” (ALLIANCE MONDIALE/ORGANIZATION MONDIALE, 2008 apud ASSUNÇÃO E JACKSON FILHO, 2011, p. 46).

Sob o aspecto legal, a Constituição Brasileira de 1988 relaciona o tema condições de trabalho ao meio ambiente do trabalho e faz referências ao conceito de risco. Sendo assim, o instrumento constitucional nacional declara que são direitos dos trabalhadores a redução de riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança, bem como estão compreendidas, nas atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de vigilância à saúde do trabalhador e a proteção ao meio ambiente, nele incluído o ambiente de trabalho. No que concerne aos tais fatores de risco presentes ou relacionados ao trabalho, conforme

⁶¹ A OIT, através da Recomendação no. 171 de 1985, propõe a preservação da saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho mediante ações de melhorias das condições de trabalho.

classificação oficial do Ministério da Saúde, estariam classificados em: físicos; químicos; biológicos; ergonômicos e psicossociais; mecânicos e de acidentes (MEDEIROS et al., 2005).

Assim, quando se fala em ambiente do trabalho, refere-se, mais especificadamente, às condições físicas do ambiente de trabalho (o entorno físico, onde problemas normalmente incluem questões de estrutura, maquinário, etc), químicas e biológicas (exposição à doenças, HIV, Hepatite, mofo, falta de água potável, banheiro e instalações sanitárias), bem como à presença ou não dos riscos de acidentes (exposição sem EPIs adequados) e riscos ergonômicos (processos que exigem força excessiva, posturas desconfortáveis, tarefas repetitivas, levantamento de objetos pesados), que repercutem sobre a segurança e saúde física dos trabalhadores, bem como sua saúde mental e seu bem-estar.

Vale chamar a atenção para esses aspectos, especialmente quando se trata de condições de trabalho no setor público - caso em estudo, pois, estudos indicam que a percepção sobre a qualidade dos equipamentos de segurança nem sempre são positivas (MEDEIROS et al., 2005), além disso, as condições do ambiente em que são realizadas as atividades de atendimento e acompanhamento dos pacientes, e a disponibilidade de outros recursos necessários, aí incluídos os equipamentos, os instrumentos, ferramentas e material de consumo, nem sempre são as ideais, e muitas vezes por conta dessas deficiências o trabalho do médico fica inviabilizado ou gravemente comprometido.

Neste particular, Mendes (2013), ao analisar as condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviço de emergência de alta complexidade em hospitais públicos do Estado do Recife, aponta em seus estudos⁶² que a questão das condições do ambiente físico do trabalho surge como um dos fatores mais discutidos e pautados como relevante na motivação do profissional. E, ao considerar o que Dejours (1998) ensina, acrescenta que “o investimento nas condições objetivas oferecidas para o desempenho no trabalho (condições de higiene, conforto, segurança e equipamentos) é um caminho para evitar a insatisfação com o trabalho.” (MENDES et al., 2013, p.162).

Desta feita, uma vez entendido o papel que os diversos fatores que compõem o “ambiente de trabalho” assumem na conceituação de condições de trabalho, passa-se a dimensão do “conteúdo do trabalho”, e nele, estariam englobados os fatores do processo de

⁶² O trabalho teve o objetivo de investigar as motivações para o trabalho e avaliar as condições de trabalho oferecidas aos enfermeiros e médicos no atendimento aos usuários em serviços de emergência dos três maiores hospitais públicos de urgência e emergência do Recife, Pernambuco, todos sob gestão estadual. Foi solicitada ao profissional, relativamente às condições de trabalho, a avaliação das dimensões relacionadas ao conforto, equipamentos e insumos, quantidade de profissionais, meios de diagnose e terapia, suporte do serviço de laboratório e gerenciamento/organização do trabalho. As opiniões dos médicos e enfermeiros se direcionam majoritariamente às respostas "Ruim" e "Regular", que representam em média 79,8% das respostas.

trabalho e características da atividade, além das condições sócio gerenciais.

Deste modo, perseguindo ainda, a aproximação da definição do que será considerado neste estudo como condições de trabalho, torna-se essencial o estudo dos elementos que compõem o “processo de trabalho”, eis que, conforme já demonstrado em item anterior, os novos paradigmas que regulam e norteiam a condução dos processos de trabalho em saúde, ao longo das últimas décadas, ocasionaram mudanças importantes que afetaram tanto as relações de trabalho, quanto a sua organização e conseqüentemente, a atividade dos profissionais envolvidos.

Nas lições de Marx (1985) o processo de trabalho estaria dividido em três simples elementos: os meios de trabalho, os objetos de trabalho e a própria atividade em si (o trabalho em si mesmo). Apropriando-se deste conceito, Noriega (1993) afirma então, que além dos objetos e meios de trabalho, e da atividade dos trabalhadores (o trabalho em si mesmo), se acrescentaria ao conceito; a forma de organização e divisão do trabalho (NORIEGA, 1993 apud SILVA, 2001, p.59-60).

Assim, transmutando tal conceito para o universo do processo de trabalho da atividade médica, seria possível afirmar que o primeiro elemento - “objeto de trabalho” (o paciente), seria transformado através dos “instrumentos de trabalho” (instrumentos, conhecimentos e técnicas) em um “produto do trabalho”, que neste caso, não seria concebido sob forma de mercadoria, mas sim, se concretizaria num produto abstrato, subjetivo e intangível; a própria saúde. Nesta perspectiva, quando os médicos desenvolvem sua atividade, e, portanto, desprendem sua energia para, através do “processo de trabalho”, transformarem a natureza visando a “produção de saúde”, a existência de *condições de trabalho* satisfatórias, assume um caráter de extrema relevância.

É neste contexto que se impõe a relevância da organização e da divisão do trabalho citados por Noriega (1993), eis que são determinantes na definição de elementos que integram as vivências cotidianas dos médicos: a duração da jornada, o ritmo de produção, o trabalho em turnos ou noturno, os mecanismos de supervisão dos trabalhadores, o controle, a divisão e o conteúdo das tarefas, os incentivos e gratificações para a produção, o clima e a cultura organizacionais, a complexidade e periculosidade das tarefas e etc. Vale notar que tais elementos influenciam fortemente no bem estar físico e mental dos trabalhadores, de modo a se tornar uma categoria central no estudo da saúde dos trabalhadores. (SILVA, 2001, p. 60)

Não por acaso, a OMS, preocupada justamente com a saúde e o bem estar dos

trabalhadores, em 2007, propôs um Plano Global de Ação⁶³ para promover iniciativas voltadas a “ambientes de trabalho saudáveis⁶⁴”. Conforme este documento, entre os perigos⁶⁵ que eventualmente ameaçam o ambiente psicossocial do trabalho, está a organização do trabalho deficiente, a qual, por sua vez, se concretizaria, por exemplo, em problemas com a demanda de trabalho, a pressão com relação ao cumprimento de prazos, a flexibilidade nas decisões, a percepção insuficiente de recompensa e reconhecimento, o apoio dos supervisores, a clareza do trabalho, concepção do trabalho ou comunicação deficiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p. 09).

Esses fatores psicossociais ou também chamado de “cargas psíquicas⁶⁶” provenientes da organização e divisão do trabalho são frequentemente associados a fontes de estresse. O estresse ocupacional tem tido, inclusive, destaque entre os problemas de saúde mental relacionados ao trabalho, devido sua alta relação com as mudanças estruturais acima citadas, tornando-o de alta incidência entre os trabalhadores, inclusive com indícios de uma forte presença especialmente entre profissionais de saúde (SANTOS, 2003).

Isto é o que afirma, por exemplo, um estudo nacional que avaliou médicos e enfermeiras intensivistas, no qual, constatou-se que a presença de estresse neste ambiente ocupacional, originou insatisfação com o trabalho, repercutiu na saúde física, mobilizou sentimentos de sofrimento advindos da relação com os pacientes e familiares, trabalho em equipe, rodízio de funcionários, absenteísmo, além de alta prevalência de *burnout* nos médicos. (BARROS et al., 2008).

De fato, a síndrome de estafa profissional (Burnout)⁶⁷, vem se impondo de modo impactante entre os profissionais de saúde, especialmente entre médicos. Estudos como o que

⁶³ Em 2007, a Assembléia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde aprovou o Saúde dos trabalhadores: plano de ação global (PAG) – Para saber mais, acesse http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WH_A60/A60_R26-en.Pdf_.

⁶⁴ Segundo a OMS, um ambiente de trabalho saudável é aquele em que os trabalhadores e os gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho.

⁶⁵ Além de problemas de organização do trabalho, a OMS cita como perigos psicossociais; a cultura organizacional; o estilo de gestão de comando e controle; a falta de apoio para um equilíbrio entre vida profissional e familiar e o medo da perda de emprego relacionado a fusões, aquisições, reorganizações ou devido ao mercado de trabalho/economia.

⁶⁶ Segundo Facchini (1994) apud Silva (2001) “cargas psíquicas” seria uma das espécies de carga ou demanda psicobiológica que por sua vez, seria um atributo de um processo de trabalho em particular que pode gerar o desgaste do trabalhador. Especificamente, significaria fontes de estresse que se relacionam com a organização e divisão do trabalho.

⁶⁷ A síndrome da estafa profissional (*burnout*) constitui um quadro bem definido, caracterizado por exaustão emocional – que representa o esgotamento dos recursos emocionais do indivíduo e decorre principalmente da sobrecarga do conflito pessoal nas relações interpessoais; despersonalização - instabilidade emocional do profissional, que passa a tratar pacientes e colegas como de maneira fria e impessoal e ineficácia (ou sentimento de incompetência) - revela uma autoavaliação negativa associada à insatisfação e infelicidade com o trabalho. (TIRONE et al., 2009).

investigou a associação entre aspectos psicossociais do trabalho médico e a ocorrência de síndrome de burnout em médicos intensivistas na cidade de Salvador (TIRONE et al., 2009) ou, o que investigou a relação entre a Síndrome, o erro médico e a longa jornada de trabalho em residentes de medicina, em comum sobre o *burnout*, apontam que as práticas organizacionais, a intensidade da jornada e as novas exigências do trabalho são determinantes dos sintomas dessa síndrome. (CAMPELLO et al., 2009; TIRONE et al., 2009).

E não é só, há estudos que, ao analisar especificamente o funcionamento do setor público, também apontam para influência dos modos de organização sobre adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, sugerindo-os enquanto um fator explicativo importante para a precariedade e conseqüente comprometimento dos serviços prestados à população (JACKSON FILHO, 2004; GUIMARÃES, 2009). Neste sentido, Guimarães (2009) segue afirmando que a introdução dessas mudanças organizacionais num cenário produtivo marcado pelas especificidades e singularidades do setor público, pode muitas vezes gerar disfunções que contribuem para ocorrência de violência no trabalho, com, obviamente, repercussões negativas sobre a saúde desses profissionais.

A violência é também um aspecto importante a ser considerando quando se fala da discussão conceitual das condições de trabalho dos médicos, eis que, estudos indicam que os episódios de violência tem se tornado cada vez mais comuns no cotidiano de trabalho desses profissionais. Conforme salienta Dias (2009), nas mídias tradicionais e nas redes sociais, com frequência são veiculadas, com destaque, notícias de agressões e de violência física e moral contra profissionais de Saúde, incluindo médicos, em alguns casos envolvendo a morte desses profissionais, e de ofensas graves perpetradas por usuários dos serviços e familiares.

De fato, relativamente ao contexto médico, estudos (D. PAI, 2011; DIAS, 2009, SILVA, 2013) indicam que os registros de violência no trabalho são originados mais frequentemente de pacientes e familiares, sendo a agressão verbal e a ameaça de agressão física as modalidades mais comuns. Neste particular, insta observar que geralmente esta realidade de violência, “é resultante de um contexto estrutural que não oferece suporte suficiente para a construção de relações humanas saudáveis no âmbito da saúde” (D. PAI, 2011, p. 22)

São diversas as conseqüências para o médico, em decorrência destes incidentes de violência, potencializados, aliás, pela própria dinâmica de aceitação e banalização desses graves problemas na vivência cotidiana desses trabalhadores. Gera-se então, adoecimentos, sentimento de desvalorização, de desânimo com o trabalho e com a vida e, muito frequentemente, relata-se o abandono aos postos de trabalho – absenteísmo, como alternativa

frente às repercussões da violência laboral (D.PAI, 2009; BROTO, 2012).

Por fim, ainda na perspectiva sócio gerencial da abordagem das condições de trabalho, o presente estudo entende fundamental considerar também a categoria “desgaste”, haja vista, conforme aponta Dias (2009) ela é mais abrangente do que sofrimento e adoecimento relacionados ao trabalho. Assim para o autor (DIAS, 2009, p. 64) “o desgaste se expressaria como a perda total ou parcial das capacidades biopsíquicas” do trabalhador, em decorrência do processo de adaptação ao processo de consumo da sua força de trabalho. Ademais, o desgaste pode também ser observado como um mediador entre o processo de trabalho e o surgimento ou agravamento de doenças relacionadas ao trabalho (SILVA, 2001).

De acordo com Silva (2001) o referido desgaste pode expressar-se sob as mais diversas formas, como o sofrimento psíquico, o estresse, as doenças psicossomáticas, os transtornos mentais e as neuroses. Pitta (1999) em seus estudos⁶⁸ realizados em um grande hospital na cidade de São Paulo, também relaciona as consequências do desgaste sobre a morbidade dos TS, especialmente sobre o sofrimento psíquico, muito frequente, conforme aponta a autora, entre os profissionais de saúde.

Para os trabalhadores da área da saúde e, especialmente os médicos⁶⁹, um dos fatores que influenciam fortemente no desgaste profissional - físico e mental é o acúmulo de dois ou mais vínculos empregatícios (DIAS, 2009; MACHADO, 1997; NOGUEIRA et al., 2009), posto que submete-os a uma sobrecarga excessiva de trabalho prejudicando as condições de trabalho e as relações organizacionais. Sabe-se inclusive, que esta situação é ainda mais grave em determinados ambientes de trabalho, tais como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) ou em unidades de urgência e emergência, onde, frequentemente, os médicos laboram em regime de plantões, diurnos e noturnos.

Do exposto, nota-se que conceituar condições de trabalho no presente estudo, perpassa pela necessidade de contemplar a interação e o inter-relacionamento de todas as circunstâncias que circundam as especificidades do trabalho médico, envolvendo desde os fatores (material, psíquico, biológico e social) que compõem a noção de ambiente de trabalho

⁶⁸ Pitta (1999) utilizou o Self-Report Questionary-20 (SRQ-20), um instrumento desenvolvido por Harding et al. (1980) apud Pitta (1999) para screening de distúrbios psiquiátricos menores em populações, tendo encontrado a presença de 20,8% de positivos ao teste (SRQ+), ou seja, 20,8% dos trabalhadores de saúde apresentaram sintomas psico-emocionais tomados como expressão de sofrimento psíquico. Quanto aos problemas de saúde referidos pelos trabalhadores daquele hospital, encontrou-se que 42,1% destes tinham algum problema de saúde, o que poderia estar traduzindo, indiretamente, evidências de sofrimento psíquico (PITTA, 1999).

⁶⁹ De acordo com Machado et al. (1996) em seus estudos realizados pela FIOCRUZ, se observa que 80,4% dos médicos sentem-se desgastados em suas atividades, acumulam vários empregos, possuem uma carga horária extensa e mais da metade dos médicos vêem o futuro da profissão com pessimismo e incerteza, entre outras características.

até os aspectos inerentes ao conteúdo laboral, do qual descendem a compreensão do processo de trabalho e suas respectivas transformações decorrentes dos aspectos técnicos, econômicos e organizacionais do trabalho.

Ademais, importa salientar que a delimitação conceitual ora proposta está em consonância com os aspectos das condições de trabalho já incorporados no instrumento de coleta de dados submetidos aos médicos estatutários da Pesquisa SESAB, cujos resultados serão aqui utilizados e, por sua vez, subsidiou a construção do roteiro das entrevistas que buscou captar as narrativas de médicos acerca das condições de trabalho por eles vivenciadas, também no setor público de saúde do Estado da Bahia.

Em suma, considerando o percurso metodológico escolhido e bem assim, o alcance a que se pretende chegar com a presente pesquisa na análise sobre as condições de trabalho dos médicos no setor público de saúde, entende-se que, conceitualmente, estão abrangidos: os aspectos circunstanciais em que se produzem as atividades de trabalho, considerando tanto os fatores do entorno físico e psicossocial em que o trabalho se realiza; os aspectos relativos à remuneração e à estabilidade/insegurança, além das condições subjetivas e interrelacionais sob as quais os trabalhadores desempenham suas atividades, as quais são mais fortemente intermediadas pelos padrões de gestão e aspectos organizacionais do trabalho.

4.2 DOS MÉDICOS SERVIDORES DO ESTADO DA BAHIA – SESAB

Feitos os devidos esclarecimentos conceituais sobre as condições de trabalho que se está a falar, cumpre passar então, à análise se alguns desses aspectos acima mencionados, são, eventualmente, encontrados na prática do trabalho dos médicos servidores do Estado da Bahia. Vale ressaltar, todavia, que o alcance da visualização empírica de eventuais condições precárias de trabalho desses profissionais está associada e limitada, invariavelmente, ao próprio conteúdo do questionário utilizado na pesquisa **“Perfil da morbidade e fatores subjacentes às licenças médicas de servidores públicos da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia”**⁷⁰,- “Pesquisa SESAB”, que será melhor explicitada à seguir, bem assim, sua relação com o presente estudo.

⁷⁰ O projeto que ensejou na pesquisa supra mencionada, foi apoiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB (Edital 004/2009 de Pesquisas Prioritárias para o SUS – PPSUS), realizado pela equipe do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 2013, coordenada pela **Dra. Isabela de Matos Pinto** e utilizada previamente como subsídio para a Tese de Doutorado: **“Violência no trabalho em saúde: a invisibilidade do sofrimento nas organizações de saúde na Bahia”**, cuja autoria é de Iracema Viterbo Silva.

4.2.1 Trajetória e esclarecimentos metodológicos sobre o uso da Pesquisa SESAB

O interesse pela Pesquisa SESAB - deu-se em função da possibilidade de utilizar os dados por ela gerados para um mapeamento das condições de trabalho dos profissionais médicos, servidores, vinculados às unidades sob gestão direta da SESAB. Isso porque, em que pese o principal objetivo da referida pesquisa ter sido identificar as morbidades mais prevalentes entre trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, afastados por licença médica e investigar os fatores a ela associados (SILVA, 2013), as condições de trabalho desses profissionais constituíram-se em uma das variáveis trabalhadas, posto que, na própria pesquisa se considera que a enfermidade no serviço público pode ser consequência do modo da organização e do funcionamento do setor.⁷¹

A pesquisa constituiu-se a partir de um questionário que foi aplicado por entrevistadores, contendo 195 questões fechadas, distribuídas em oito blocos, a saber: bloco I) dados de identificação pessoais e vida familiar; bloco II) características ocupacionais; bloco III) questões sobre condições de trabalho - Effort-Reward Imbalance; bloco IV) questões sobre gênero e trabalho; bloco V) questões sobre saúde; bloco VI) hábito de vida relacionados; bloco VII) questões sobre violência no trabalho e, bloco VIII) questões sobre denominações religiosas e crenças pessoais. O survey teve início em dezembro de 2011, sendo entrevistados 129 homens, com taxa de resposta no percentual de 79% e 550 mulheres, cuja taxa de resposta alcançou 88%, resultando em um total de respostas de 85%.⁷²

Para chegar a esses números considerou-se uma amostra de 800 pessoas, onde, no universo de 636 mulheres selecionadas houve 13,5% (86) de perda e recusas, e, no montante de 164 homens, contou-se 21,3% (35) das referidas perdas e recusas. Relativamente às recusas, conforme salienta Silva (2013), a relutância e a desistência em participar foram, algumas vezes, um indício da influência que as pressões político-partidárias ainda exercem sobre o servidor público, que teme represálias quando discorda ou tece críticas contra a gestão.

Insta esclarecer que este percentual total de resposta corresponde à aplicação do questionário com trabalhadores de diversas áreas da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, que laboram na capital, nas 24 unidades que estão sob a gestão direta da SESAB,

⁷¹ A pesquisa afirma que a instância federal admite a relação entre a enfermidade dos servidores públicos e suas condições de trabalho quando afirmam que 24,7% dos afastamentos da classe trabalhadora são consequência do trabalho. (http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2014/sesion23/05-09_sesion23_4.pdf)

⁷² Maiores informações sobre a metodologia e o plano de amostral utilizado pela pesquisa, podem ser encontradas na tese: *Violência no Trabalho em Saúde: a invisibilidade do sofrimento nas organizações de trabalho na Bahia*, às pgs. 25 e 26.

além do núcleo do nível central (responsáveis pela área de formação das políticas) (SILVA, 2012, p. 24).

Nesta dissertação, foram utilizadas apenas as tabulações especiais referidas aos médicos, e, além disso, apenas alguns blocos de perguntas foram utilizados: os Blocos I e II, que tratam das características sócio-demográficas e ocupacionais dos entrevistados e o bloco III, sobre condições de trabalho propriamente ditas. Por fim, é relevante esclarecer que o uso que aqui se faz dos dados da pesquisa SESAB segue uma tendência⁷³ que valoriza o compartilhamento de dados quantitativos e qualitativos resultantes de pesquisas – na maioria das vezes financiadas com recursos públicos - considerando que, em muitos casos, é possível a re-utilização dos dados para outros objetivos que não aqueles colocados originalmente.

No Brasil, esta reutilização vem sendo estimulada pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), através da criação Consórcio de Informações Sociais (CIS)⁷⁴; organização que capta e disponibiliza para a comunidade acadêmica, bancos de dados sobre os mais variados assuntos, bem assim link para dados oferecidos por outras instituições. Assim, a ANPOCS juntamente com Departamento de Sociologia da USP, e com o apoio da CNPq, oportuniza a construção e disponibilização dessa rede de pesquisas, permitindo a multiplicação dos resultados já obtidos e estimulando o adensamento das relações entre pesquisadores de todo o Brasil e de outros países.

Observe-se que, dada à riqueza da Pesquisa SESAB, seus resultados já vêm sendo utilizados para a pesquisa acadêmica, como no caso de Iracema Viterbo Silva, pesquisadora que também analisou partes selecionadas do conteúdo total do questionário como subsídio para a discussão sobre a ocorrência de variadas formas de violência no local de trabalho valendo-se, sobretudo, dos questionamentos especificamente apostos no bloco sobre violência no local de trabalho⁷⁵, bem assim, aqueles relativos a uma das modalidades de violência

⁷³ A tendência e importância da questão do compartilhamento de dados das pesquisas, foi inclusive, objeto de debate no Encontro Anual da CSE, *Council of Science Editors* (CSE), organização internacional voltada ao desenvolvimento da editoração científica, que ocorreu em maio deste anos – 2016. Pontuou-se que, em algumas áreas, está se formando um consenso sobre a necessidade de disponibilização de dados, e que, questões ligadas a essa possibilidade de compartilhamento de dados impõem importantes pontos de atenção para pesquisadores e para equipes editoriais. (KIMURA, H. Encontro Anual de 2016 do Council of Science Editors (CSE); SciELO em Perspectiva. [viewed 07 July 2016]. Available from: <http://blog.scielo.org/blog/2016/06/20/encontro-anual-de-2016-do-council-of-science-editors-cse-destaca-ma-conduta-cientifica-e-disponibilizacao-de-dados-da-pesquisa/>)

⁷⁴ O CIS é contruído através de doação, pelos próprios pesquisadores e alunos de pós-graduação, dos bancos de dados resultantes de suas pesquisas. Uma vez recebidos pelo CIS, são catalogados e disponibilizados através do site (<http://www.nadd.prp.usp.br/cis/index.aspx>) onde conta também informações sobre literatura que utilizou o bando doado.

⁷⁵ De acordo com a autora, para investigação da violência auto-referida no local de trabalho foram selecionadas 19 questões do instrumento utilizado no estudo “Violência no Local de Trabalho no Setor Saúde”, versão em português e que abordavam cinco modalidades de violência, sua frequência e tipo de agressor.

denominada, assédio moral⁷⁶. Os seus achados compõem a sua Tese de Doutorado: **“Violência no trabalho em saúde: a invisibilidade do sofrimento nas organizações de saúde na Bahia”**.

Nesta perspectiva, cumpre afirmar ainda, que o questionário da Pesquisa SESAB ao realizar as perguntas sobre as condições de trabalho vivenciadas pelos servidores estaduais de saúde se utiliza de um instrumento de avaliação denominado Effort-Reward Imbalance (ERI)⁷⁷, o qual, a partir da análise quantitativa dos 46⁷⁸ itens que o compõem, quantifica o suposto equilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho, a fim de determinar reações ao nível emocional e fisiológico do trabalhadores, podendo inclusive, indicar o nível de risco de desenvolvimento de estresse ocupacional deles (FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2009).

Todavia, o presente estudo não fará a análise das condições de trabalho valendo-se do ERI enquanto um instrumento unidimensional, mas sim, apreciará cada resposta de forma individualizada, avaliando o conteúdo e a subjetividade contida em cada questão proposta. Desse modo, eventual estresse ocupacional, por exemplo, não será abordado enquanto resultado do desequilíbrio entre esforço-recompensa, ou seja, a partir de uma análise fatorial das partes que compõem o referido constructo. Assim, considera-se o estresse, como mais uma entre as diversas consequências advindas do labor em condições de trabalho precarizadas, podendo também ser captado pelas respostas fornecidas pelos sujeitos da pesquisa, devidamente re-trabalhadas com o cálculo de percentuais, chegando às tabulações apresentadas e analisadas no presente estudo.

⁷⁶ O tema assédio moral é objeto específico de investigação no artigo III (ASSÉDIO MORAL NO TRABALHO: A VIOLÊNCIA INVISÍVEL ENTRE SERVIDORES ESTADUAIS DE SAÚDE) da tese da referida autora. Neste capítulo, o estudo tem por objetivo estimar a prevalência de assédio moral no trabalho, utilizando-se do Negative Acts Questionnaire- Revised (NAQ-R) - instrumento para detecção do assédio moral, em uma amostra de servidores estaduais da saúde, observando a sua distribuição por características individuais e laborais.

⁷⁷ O ERI constitui um modelo teórico da escala de desequilíbrio entre esforço e recompensa, criado por Johannes Siegrist, originalmente aplicada em inglês, e usado para medir o nível de estresse a que o trabalhador está exposto. O ERI aplica-se a uma grande variedade de cenários ocupacionais, entretanto, o seu uso em contextos internacionais é limitado pela língua, exigindo, portanto, uma adaptação transcultural. No Brasil, o ERI foi traduzido e adaptado por Líliliana Andolpho Guimarães (UNICAMP) e, além da Pesquisa SESAB, já foi usado em outras ocasiões, como em um estudo com trabalhadores de banco (SILVA; BARRETO, 2010) ou o estudo sobre o estresse ocupacional entre médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais (FOGAÇA et al., 2009).

⁷⁸ Em que pese, conforme informado, a versão original seja composta de 46 itens, o instrumento comporta uma versão reduzida de 23 itens, organizadas em escalas unidimensionais: esforço (6 itens), recompensa (11 itens), e comprometimento excessivo (6 itens). Esta foi a versão usada pela pesquisa SESAB.

4.2.2 Perfil dos médicos SESAB em Salvador

Com o objetivo de traçar um panorama geral das características ocupacionais e sócio-demográficas dos médicos da SESAB, inicialmente, realizou-se uma análise descritiva da tabulação univariada de quase todas questões selecionadas. Dentro do universo total de 679 servidores entrevistados⁷⁹, distribuídos entre as 24 unidades assistenciais da capital e a administração central vinculadas diretamente à SESAB, a pesquisa obteve resposta de 92 médicos, divididos entre 61 mulheres e 31 homens. Destes, 64% são casados, 18% são solteiros e os restantes 17% são separados, divorciados ou desquitados. A maioria dos entrevistados, 58%, se autodeclarou chefe de família⁸⁰, 28% declarou compartilhar, igualmente, a chefia da casa com seu(a) conjuge ou companheiro, 12% indicou outras opções de responsável provedor, companheiro(a) ou algum dos ascendente imediatos, e 2% declaram não haver a preponderância de um responsável em seus lares.

Em relação a cor autodeclarada os médicos declaram-se, na sua maioria, (60%), pretos e pardos (negros), sendo a cor branca mencionada por 36% dos entrevistados, ficando a origem asiática e indígena restrita a uma pequena parcela de 2% em cada uma. Em relação ao nível de escolaridade, a grande maioria (76%) indicou ter feito uma especialização ou residência e deste montante, 69% são mulheres e 31% homens. Do contingente total, 14% afirmaram ter concluído o mestrado, onde as mulheres também representaram maioria com 62%, contra 38% dos homens. Apenas 9% dos entrevistados afirmaram possuir somente o superior completo, montante este dividido igualmente entre homens e mulheres, e, apenas uma mulher, no contingente total dos entrevistados, declarou possuir o título de Doutora, correspondendo a 2% da totalidade. Quanto aos rendimentos mensais dos entrevistados, primeiramente, isenta ressaltar que, considerando que a pesquisa utilizou como parâmetro a renda total da família⁸¹ e não a renda mensal individual, um tratamento estatístico mais rigoroso que pudesse formular comparações mais específicas restou prejudicado. Entretanto, os dados demonstraram que 60% dos médicos declarou renda familiar acima de 14 salários mínimos – SM; 25% entre 10 a 14SM; 14% de 6 a 10SM e apenas 1% indicou como renda familiar o

⁷⁹ Conforme dados da amostra, foram selecionadas 800 pessoas que atendiam aos critérios de inclusão, 121 pessoas recusaram participar do estudo ou não foram localizadas, correspondendo a 4,3% de recusas e 10,8% de perdas. Entre essas perdas e recusas, quanto à função exercida, 33,0% eram profissionais da medicina, 34,7% auxiliares e técnicos em enfermagem e 14% auxiliares ou técnicos administrativos.

⁸⁰ Conforme esclarece o manual do entrevistador da pesquisa SESAB, na página 05, o chefe da família representa-se como o provedor da casa, responsável pela administração e finanças.

⁸¹ As opções de respostas foram estabelecidas de antemão, ficando o entrevistado instruído a assinalar de acordo com a faixa de renda sugerida, baseadas no salário mínimo como parâmetro. O salário mínimo fixado à época da pesquisa correspondia a R\$ 545,00 (quinhentos e quarente e cinco reais).

montante de 3 a 6SM.

Entre as características relatadas acima, um aspecto que chama bastante a atenção é a predominância quantitativa de mulheres na amostra. Este fato aponta para o conhecido processo de feminização ou feminilização da medicina⁸², já suscitado por diversos autores e bem delineado pelo CFM no último estudo publicado sobre a demografia médica no país (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013). Em que pese esta feminização já venha sendo observada desde o final dos anos 80 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p. 21), segundo o Conselho Federal de Medicina o ano de 2011 se constituiu em um importante marco neste processo, quando, pela primeira vez o número de registros profissionais de mulheres na medicina - 52,6% superou o dos homens - 47,4%, fato que vem se repetindo nos anos subsequentes, reforçando ainda mais esta tendência a feminização da profissão (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p. 45).

Assemelhando-se aos dados obtidos em estudos realizados nacionalmente, em Salvador a participação feminina na categoria médica tem aumentado, chegando à índices bastante notáveis, em especial nas novas gerações de profissionais. Assim, conforme apontado em pesquisa realizada sobre condições de trabalho de médicos em Salvador (NASCIMENTO SOBRINHO et al., 2006), este resultado indica que, muito brevemente, a categoria médica na capital também deixará de ser formada predominantemente por profissionais do sexo masculino, aproximando-se da média nacional.

Desse modo, considerando que a área da saúde é ocupada predominantemente por mulheres - além do crescente número de médicas, as áreas de enfermagem e de auxiliares técnico de enfermagem são profissões já historicamente, de presença predominantemente feminina, muitas situações são determinadas pelas influências de gênero, de modo que, o presente estudo, não poderia deixar de considerar o gênero enquanto uma das categorias de análise.

Em síntese, a influência da dimensão de gênero na profissão médica já havia sido destacada por Machado (1997), ao apontar que para 22% das médicas brasileiras a condição feminina, influenciou a escolha da especialidade a ser exercida. Coadunam-se com esta informação, pesquisas mais recentes, eis que indicam que há concentração das mulheres em poucas especialidades, posto que enquanto os homens são maioria em 40 das 53

⁸² A feminização da medicina representa uma tendência histórica e consistente de crescimento quantitativo de mulheres na formação e ingresso no mercado de trabalho médico, em especial nas faixas etárias mais jovens.. Dados de 2012 informam que entre profissionais com 50 e 54 anos, as mulheres representam 42,28%; na faixa etária entre 30 e 34, esse percentual chega a 47,42%, passando os homens no grupo etário abaixo de 29 anos. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013).

especialidades atualmente existentes, as mulheres são em maior número em apenas 13⁸³ áreas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013), onde há a preferência pelas áreas básicas, tais como: Pediatria, Dermatologia, Medicina da Família, Clínica Médica e outras, em detrimento de especialidades cirúrgicas, tal qual a Ortopedia e Traumatologia, onde o homens representam 95%.

Desse modo, o afastamento das mulheres de determinadas especialidade se daria, em tese, em função da ideia de que nelas, há a necessidade de maior força e resistência física, formação mais demorada, a exigência de maior disponibilidade de tempo, e maior dificuldade de coordenar práticas profissionais com a vida familiar (SCHEFFER, 2013).

Nesta perspectiva, a preferência das mulheres pelo emprego público também estaria, em certa medida, relacionada ao corte de gênero, haja vista as vantagens do emprego público que, além de garantir direitos que na grande maioria dos casos são negados no setor privado, onde é mais raro o assalariamento (licença maternidade, abono de faltas e férias etc), permite às mulheres médicas, por tradição da cultura organizacional, como aponta Machado (1997, p.150) maior flexibilização das inúmeras exigências sociais impostas à mulher, haja vista que o horário (apesar de formalmente preestabelecido), a produtividade e o controle burocrático tendem a ser menores nas instituições públicas.

Em que pese alguns afirmem o contrário,⁸⁴ Scheffer (2013) entende que há evidências que, tal processo de feminização guarda mais aspectos positivos do que negativos para o sistema de saúde, pois, em virtude das características do seu exercício profissional e até mesmo da preferência pela especialização em determinadas áreas, as médicas poderão assumir papel primordial num contexto nacional marcado pela reorientação do modelo assistencial do sistema de saúde, a partir da atenção básica, e por novos desafios epidemiológicos e demográficos, à exemplo do crescimento das doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento da população.

[...] Também poderão exercer funções indispensáveis para atender a necessidade de reorientação do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro, a partir da atenção básica focada no trabalho em equipe multiprofissional, dirigida a

⁸³ A maioria feminina, conforme percentual, dá-se nas seguintes especialidade: 69,63% em Pediatria, 54,63%, em Medicina de Família, 50,96% em Clínica Médica, 50,53% em Ginecologia e Obstetrícia, 48,54% em Medicina Preventiva, em Dermatologia (72,90%), Genética Médica (66,50%), Endocrinologia e Metabologia (65,01%) e em Alergia e Imunologia (60,83%). Chama a atenção também a Infectologia, com 55,52% de mulheres. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

⁸⁴ Entre aqueles que entendem a feminização como um fenômeno negativo, o principal argumento seria de que tal processo representaria um fator de redução da disponibilidade de médicos em atividade. Isso devido à tendência das mulheres médicas trabalharem um número menor de horas semanais; assumirem menor volume de serviços e menos plantões, se comparados aos homens; optarem por uma vida profissional mais curta que a dos médicos e se instalarem menos frequentemente no interior e nas periferias dos grandes centros, áreas de difícil provimento de profissionais.(SCHEFFER, 2013, p. 30-31).

populações de territórios, destinada a solucionar os problemas de saúde mais frequentes e orientada pelos princípios do vínculo e da humanização do atendimento. Neste sentido, a maior presença das mulheres na medicina no Brasil poderá fazer aumentar a legitimidade da profissão, diante da adoção de práticas que vão ao encontro das reais necessidades do sistema de saúde e dos anseios da população. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p. 30).

O fato é que, não há como negar que uma nova compreensão acerca do trabalho deve responder aos grandes avanços consubstanciados no aumento quantitativo e qualitativo das mulheres enquanto força produtiva, e na medicina, vide o avançado processo de feminização, então apontado, esta dinâmica terá que ser implementada mais do que nunca. Sendo assim, seguramente, ainda serão demandados esforços das entidades de representação da categoria e do próprio Estado, no sentido do estabelecimento pleno das igualdades de oportunidades e condições de trabalho entre médicos e médicas.

Outras importantes características a serem observadas são a idade dos médicos entrevistados e o tempo de admissão no serviço público, visto que a medicina, conforme já esclarecido em capítulos precedentes, passou, nas últimas décadas, por transformações agudas que ensejaram mudanças tanto no plano do mercado de trabalho, como nas formas de gestão da saúde e até mesmo no modo em que o exercício profissional, propriamente dito, se realiza.

Desse modo, certo é que nem todos os profissionais vivenciaram essas mudanças com a mesma intensidade, bem assim, atualmente as consequências desse novo paradigma frente a realidade das condições de trabalho no serviço público também não são vividas de mesma forma pelos mais jovens que, de um modo geral, estão iniciando na profissão no serviço público, e aqueles que já estão mais próximos da aposentadoria, os quais já possuem um nível de autonomia mais sedimentado, também em função, geralmente, de uma maior antiguidade enquanto servidor, de modo a lhe permitir uma maior liberdade, por exemplo, na escolha de melhores postos de trabalho dentro da Instituição pública.

Sobre essas variáveis, cumpre esclarecer que por escolha metodológica da Pesquisa SESAB, após a avaliação das medidas de tendência central, as variáveis contínuas “idade” e “tempo de serviço” foram convertidas em variáveis categóricas. Desse modo, foram criadas duas categorias para a variável “tempo de serviço”: 1 a 19 anos e 20 a 41 anos, enquanto que idade foi recategorizada em três faixas etárias. Uma faixa de 25 a 39 anos, outras duas de 40 a 49 anos e de 50 a 69 anos. (SILVA, 2013, p.38) Assim, tanto na análise da tabulação univariada, quanto na dos cruzamentos entre as variáveis escolhidas, serão estas as classes utilizadas. Relativamente à idade, no plano amostral geral da pesquisa a mediana de idade era de 48 anos (IIQ: 40; 54) para ambos os sexos, sendo que 43,3 % das mulheres e 49,6% dos

homens encontravam-se na faixa etária de 50 a 69 anos (SILVA, 2013, p. 40). Já no que concerne aos médicos, embora a mediana também tenha sido de 48 anos, conforme já apontado, o percentual entre aqueles com a faixa etária mais avançada é ainda maior, de modo que 56% dos entrevistados estavam acima de 64 anos, enquanto que 39% estavam enquadrados entre aqueles que possuem de 28 a 31 anos.

Esta realidade demonstra um quadro de pessoal relativamente envelhecido, visto que 56% dos médicos entrevistados já estão mais próximos da aposentadoria do que do início da vida profissional. Nesta faixa etária, conforme esclarece Machado ao delinear os ciclos da vida profissional⁸⁵ do médico, (MACHADO, 1995, 1997, p. 123-126) provavelmente se está na fase de desaceleração no mundo do trabalho, onde os profissionais estão, de modo geral, há mais de 25 anos no mercado e buscam reduzir as atividades. Estão também, mais próximos da chamada fase de paralisação da vida profissional, onde, segundo a autora, médicos com mais de setenta anos de idade, estão, igualmente, reduzindo as atividades ou possivelmente já envolvidos em processos de aposentadoria.

Vale salientar, inclusive, que a composição etária dos médicos da SESAB em Salvador caminha na direção oposta ao observado no universo profissional dos médicos no país, haja vista que, embora a permanência no exercício da medicina por maior número de anos seja uma realidade, juntamente com a feminização já apontada, a juvenização/juvenescimento⁸⁶ da categoria médica no Brasil é um processo corrente e bastante intenso.

Pesquisa de 2004 já apontava que 63,4% dos médicos que exerciam a medicina no Brasil eram jovens com menos de 45 anos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004). Mais recentemente, pesquisa demográfica feita pelo Conselho Federal de Medicina em 2013), apontou que o grupo de médicos de até 39 anos representa 40.59% do total de profissionais na ativa, e, entre as mulheres, 17.62% de todas as profissionais tem 29 anos ou menos. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 26).

Com efeito, a diferença entre o cenário da amostra de médicos entrevistados e a realidade da pirâmide etária do médico em atividade no Brasil fica ainda mais evidente ao se observar que por conta da combinação processos de juvenização e feminização mencionados, a concentração no contexto nacional seria na base dos 24 aos 40 anos, tanto de homens como mulheres. Neste cenário, conforme o estudo de Machado, estariam incluídos tantos os

⁸⁵ Para mais informações sobre as fases da vida profissional do médico no Brasil, ver em Machado, pg. 123-126.

⁸⁶ O juvenescimento é resultado de um consistente aumento da entrada de médicos mais novos no mercado de trabalho. Conforme aponta a última Demografia Médica realizada em 2013 e publicada pelo CFM, 2015, A média entre os homens é de 48,8 anos - desvio padrão de 15,8, e, entre as mulheres, 42 anos - desvio padrão de 13 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013, p. 43).

profissionais que estão na fase de iniciação da carreira, correspondente à faixa etária em torno dos 30 anos, quanto àqueles na fase de afirmação no mercado, entre os 40 e 45 anos, quando cresce o trabalho de consultório e se reduz, justamente, a participação no setor público.

Se a associação da idade com os ciclos de vida profissional dos médicos parece inevitável, demonstra-se razoável também, a correlação entre a variável *idade* e o *tempo de admissão no serviço público*, que para os efeitos práticos no presente estudo, se reintrepreta como “tempo de serviço” na SESAB.

Pois bem, ao sugerir um “envelhecimento” do contingente médico da amostra, se estaria indicando também, de um modo geral, uma falta de renovação no quadro médico, pois, ainda que os dados obtidos pela Pesquisa SESAB indiquem que 23% dos médicos possuíam apenas um ano de serviço na SESAB na ocasião da pesquisa (ver Tabela 1), indicando, possivelmente, a realização recente de um concurso público, ainda assim, observou-se que a maioria, 52%, estão na segunda faixa estabelecida na pesquisa, que vai de 20 a 39 anos de tempo de serviço.

Nota-se assim, que esses dados se coadunam perfeitamente com os percentuais etários já sinalizados, posto que, embora a referida faixa de tempo de serviço, pela sua amplitude, possa admitir variadas gerações de médicos, não há como negar que o médico que possui mais de 20 anos na profissão esteja próximo dos 50 anos de idade, ou que aqueles laborem há mais de 30 anos estejam em torno dos sessenta anos de idade.

Ademais, ao observar a tabela (Tabela 1) onde consta distribuição dos médicos entrevistados por ano de admissão no serviço na SESAB, constata-se que, se não é possível falar em ausência total de concursos públicos nos últimos anos, resta peremptório observar que, à exceção da última seleção já mencionada, as renovações sempre foram muito tímidas, de modo que por anos consecutivos o ingresso de novos profissionais se dava de um em um.

Sem falar no longo período de 5 anos em que sequer houve qualquer admissão na quadro efetivo da SESAB, o qual certamente corresponde ao período em que os reflexos das mencionadas Reformas foram vistos no setor público de forma mais aguda, situação que for parcialmente revertida, conforme salientam Martins e Molinaro (2013) a partir do segundo mandato do Presidente Luis Inácio Lula da Silva (2005-2008), quando estabeleceu-se como meta a regularização das relações de trabalho no setor público, promovendo-se a realização de concursos públicos.

Tabela 1 – Distribuição de médicos por ano de admissão no serviço na SESAB, em Referencial - 2011. Salvador, Bahia, Brasil, 2016

| Quantidade de anos no serviço SESAB | Freq. (quant. de médicos) | Percentual |
|--------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|
| 1 | 21 | 23% |
| 2 | 1 | 1% |
| 3 | 3 | 3% |
| 4 | 2 | 2% |
| 5 | 5 | 5% |
| 8 | 1 | 1% |
| 9 | 1 | 1% |
| 14 | 1 | 1% |
| 15 | 1 | 1% |
| 16 | 1 | 1% |
| 17 | 1 | 1% |
| 19 | 6 | 7% |
| 20 | 4 | 4% |
| 21 | 4 | 4% |
| 22 | 4 | 4% |
| 23 | 6 | 7% |
| 25 | 1 | 1% |
| 26 | 5 | 5% |
| 27 | 5 | 5% |
| 29 | 7 | 8% |
| 30 | 5 | 5% |
| 31 | 1 | 1% |
| 33 | 4 | 4% |
| 39 | 2 | 2% |
| Total | 92 | 100 |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

No particular, sabe-se que são inúmeros os fatores que influenciam neste cenário, porém, interessante notar que essa baixa frequência de ingresso de médicos na carreira pública estadual, nem sempre é reflexo direto da falta de concursos ou seleções públicas que deveriam ser realizadas pelo Estado, mas também do próprio desinteresse por parte dos profissionais.

Com efeito, embora reconheçam que a estabilidade do cargo de servidor público, "livra" o trabalhador da pressão e instabilidade do mercado, através de salários fixos e garantias de direitos sociais e trabalhistas, por outro, os expõe a outros fatores que contribuem para o seu mal-estar no trabalho ou para a construção de um processo complexo de desgaste profissional, tais como a exposição frequente a ambientes com deficiência infra-estrutural (material e insumos), a baixa remuneração, raros programas de incentivo ao aprimoramento profissional e desvalorização social - visto que funcionários públicos são corriqueiramente tidos como ineficientes e morosos pela sociedade. (VERÍSSIMO, 2013, p. 45).

Por último, outra importante variável para a análise das condições de trabalho desses profissionais é a que se refere ao tipo de unidade de trabalho, assim definida pelo perfil da unidade com relação ao tipo de assistência que presta à comunidade (SILVA, 2013, p.07). Conforme a pesquisa SESAB, foram 7 os tipos de unidades consideradas⁸⁷: hospital de emergência de grande e médio porte; unidade de emergência de pequeno porte; hospital especializado; unidade de atenção especial à saúde; maternidade; nível central (área de gestão, compreendendo a diretoria geral, auditoria, superintendências e demais setores envolvidos com a gestão da SESAB) e por último, o que a pesquisa denominou de "outros" como sendo qualquer outra situação que não se enquadre nas unidades referidas, como por exemplo, assistência domiciliar.

O próprio critério utilizado como baliza para a categorização das unidades, acima citado, por si só já revela a importância desta variável, pois, ao definir o tipo de assistência, muitas vezes se define também, e de modo consistente, inúmeras diferenças no que concerne ao processo e a organização do trabalho médico, as quais invariavelmente vão repercutir, para melhor ou pior, nas condições de trabalho e na saúde desses profissionais, ou ainda, vai lhes conferir desgastes específicos que resultará em consequências também particulares para o profissional.

Assim é que, por exemplo, a pressão no trabalho, o ambiente de tensão ou o nível de

⁸⁷ Para conhecer a descrição pormenorizada das Instituições que compõem cada tipo de unidade considerado na pesquisa, ver página 07- procedimentos para aplicação do questionário, no Manual do Entrevistados, anexo da Pesquisa SESAB.

exigências vivenciadas certamente não serão os mesmos entre os médicos que laborem na área de assistência, numa emergência de um grande hospital ou numa área de formação de políticas ou de gestão em alguma Superintendência que integre o rol de unidades que compõem o chamado nível central. Não se trata porém, de comparar o nível de pressão ou de conflitos vivenciados em razão da modalidade de trabalho à qual desenvolvem no setor público, mas tão somente de observar, conforme demonstram os estudos, que ambos enfrentam pressões e problemas, porém, cada um com suas especificidades e consequências.

Desta feita, por exemplo, ao tempo que no primeiro caso, o médico, além do desgaste em função da jornada de plantão já frequentemente exaustiva, ainda irá se defrontar, entre outros desafios, com a pressão inerente à demanda por ações rápidas e efetivas, nos ambientes burocráticos de gestão ou estratégicos de manutenção de sistemas, os profissionais – que possuem escalas menos dinâmicas, são obrigados a lidar com as adversidade de um contato diário entre as mesmas pessoas e mais constantemente, com suas chefias, além de vivenciarem disputas por cargos comissionados com mais frequência, eis que, como aponta SILVA (2013, p.86) “na maioria das vezes a ocupação destes é influenciada pelas disputas político-partidárias, situação que pode gerar animosidades e perseguições”.

Todavia, há que se ressaltar que, de um modo geral, a existência ou não do setor de emergência no ambiente sócio gerencial dos grandes hospitais, conforme apontado acima, poderá influir diretamente em elementos como jornada, turnos, hierarquias, divisão e fragmentação, mecanismos de controle e outros aspectos que expõe o médico a desgastes específicos. Neste diapasão, encontra-se vasta literatura médica (MACHADO; 1997; PALÁCIOS, 1993; PITTA, 2003; SANTOS; 2009; SARINHO; 2005; SILVA, 2013, 2001.) que aponta que o trabalho assistencial em emergências e ou em regime de plantão em hospitais é ainda mais intenso e expõem os trabalhadores a um grau ainda maior de determinantes de risco à saúde e a situações de maior estresse⁸⁸.

⁸⁸ No campo da saúde, notam-se algumas pesquisas sobre as causas do estresse ocupacional ou ainda que relacionam a Síndrome de Burnout ao local de trabalho, e que no caso dos médicos, geralmente relacionam esses problemas à ambiente de urgência/emergência ou à unidade de terapia intensiva. É o caso de um estudo sobre *burnout* entre profissionais de urgências pediátricas (enfermeiros e médicos) do Recife, onde verificou-se que os profissionais das urgências "entrelaçam" o sentimento de responsabilidade pela vida dos pacientes com a desmotivação gerada pelas insuficientes condições de trabalho e desvalorização profissional, situação que repercute sobre a vida mental dos profissionais e, conseqüentemente, sobre "as suas respostas diante das situações de trabalho" (SARIONHO et al., 2005). Há ainda o estudo que sobre a violência no trabalho em pronto socorro, onde aponta-se que a grande maioria dos trabalhadores que convivem com o *burnout* encontra-se no grupo exposto à violência nesses ambientes de trabalho (D. PAI, 2009, p. 147).

O estudo realizado por Palácios⁸⁹ (1993) sobre o trabalho hospitalar e a saúde mental dos trabalhadores de saúde em um hospital na cidade do Rio de Janeiro é um clássico da literatura médica, e nele, a autora aponta que o percentual de sofrimento em função da insuficiência de tempo para realização das tarefas é mais intenso entre os médicos que trabalham na emergência, do que entre os que estão fora dela. Além disso, a autora ressalta que nesses ambientes há a existência de menor sentimento de equipe e maior e mais rígida divisão de trabalho, de modo que todos esses elementos reforçam a tese, portanto, de que a emergência é um dos locais de maior desgaste da prática médica.

O fato é que se pela própria natureza e a de seu objeto de trabalho - o contato com a dor, o sofrimento e a morte do paciente - a atividade do médico já é uma atividade em si mesma desgastante (PITTA, 1999) na emergência, onde se defrontam com os pacientes graves, cujos cuidados imediatos, tão necessários e essenciais à manutenção da vida em questão, frequentemente esbarram nos limites impostos por condições de trabalho inadequadas e precárias, este desgaste tende a ser, sem dúvida, muito mais intenso.

Nos serviços de emergência, de uma maneira geral, há um acúmulo de pacientes ambulatoriais devido à demanda reprimida e à precariedade do sistema de saúde. O médico, neste ambiente, corre contra o tempo para atender o maior número de pessoas, lidando com o imprevisto, o inesperado, atendendo pacientes pelos corredores em cima de macas, atuando em condições precárias de material e equipamentos e, às vezes, com deficiência de recursos humanos. (SILVA, 2001, p.147).

A nível nacional, o CFM vem demonstrando, consistentemente, em suas pesquisas demográficas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004; 2013) que as atividades de plantão continuam sendo predominantes principalmente entre os médicos mais jovens e que estão ingressando na carreira, os quais possuem até 39 anos. É cediço, por sua vez, que os serviços de emergência funcionam em sua maioria com médicos plantonistas, portanto, esse cruzamento de perfil da unidade com a idade dos médicos revela-se bastante útil para confirmar a presença dos jovens também, nas atividades de emergências em saúde.

Santos (2009), aponta, inclusive, um dos fatores que contribuem para esta realidade, afirmando que o “trabalho na emergência atrai muito a atenção dos médicos e médicas recém formados, pois é ali onde vão adquirindo a prática e conhecendo a realidade concreta que irão enfrentar posteriormente no exercício profissional” (SANTOS, 2009, p. 10). Todavia, é certo que nem sempre as atividades de emergência (a qual, como já dito, pode ser executada em regime de plantão - *mais frequente*, ou de rotina), e que são fonte de grande sacrifício e

⁸⁹ Para saber mais, ver: PALÁCIOS, M. P. **Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro**, 1993. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 1993.

desgaste, se tornam o meio de ingresso na carreira por livre escolha destes jovens.

O fato é que a grande maioria daqueles que laboram em emergência e ou em regime de plantão, são também os que acumulam múltiplos vínculos e intensa jornada laboral, e sendo assim, estes postos de trabalho acabam sendo, de um modo geral, preteridos pelos médicos mais experientes e com carreiras consolidadas ou cuja idade já não lhes permite se expor a esse tipo de desgaste, passando, portanto, a ser o caminho mais frequentemente disponível ao mais jovens. Vale ressaltar aqui, conforme será adiante melhor abordado, que há algumas particularidades no que concerne ao serviço prestado em hospitais de grande porte no serviço público, onde nota-se um percentual também relevante de profissionais mais maduros.

Tabela 2 – Distribuição percentual de médicos conforme cruzamento das variáveis **idade** e **tipo de unidade**. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Idade | Tipo de Unidade | | | | | | | Total |
|---------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | HEGP | UEPP | HE | UAES | MAT | NC | OTS | |
| 25 – 39 | 33% | 4% | 24% | 16% | 9% | 11% | 2% | 100% |
| | 48% | 100% | 73% | 50% | 44% | 28% | 33% | 49% |
| 40 – 49 | 35% | 0% | 8% | 4% | 15% | 31% | 8% | 100% |
| | 29% | 0% | 13% | 7% | 44% | 44% | 67% | 28% |
| 50 – 59 | 33% | 0% | 10% | 29% | 5% | 24% | 0% | 100% |
| | 23% | 0% | 13% | 43% | 11% | 28% | 0% | 23% |
| Total | 34% | 2% | 16% | 15% | 10% | 20% | 3% | 100% |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Person chi2 (12) - 17.6920 Pr - 0.125

Fonte: Dados extraídos a partir da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

Na amostra de médicos da pesquisa SESAB, verificou-se que somando todos os médicos que estão lotados em algum tipo de hospital (hospital de emergência de grande porte, hospital especializado e maternidades), chega-se a um percentual total de 60%, o qual, inclusive, é compatível com a média nacional dos médicos que laboram nos setores públicos de saúde em unidades hospitalares, que em 2004 era de 57% (CONSELHO FEDERAL DE

MEDICINA, 2004) e em 2013 passou a corresponder a 51,5% (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013, p. 111).

Embora note-se um suave declínio da concentração do trabalho em hospitais, estes dados reverberam, em última análise, o dito em pesquisas que indicam o hospital como sendo, ainda hoje, predominante no exercício da medicina no país⁹⁰, a despeito dos esforços do Ministério da Saúde no sentido de fortalecer políticas estratégicas que visem combater o protagonismo do modelo assistencial hospitalocêntrico curativista, e, conseqüentemente, diminuir a concentração do trabalho médico nestes locais.

O estímulo à mudanças do padrão assistencial⁹¹ no país tem dado resultados, haja vista os dados, por exemplo, da pesquisa do Conselho Federal de Medicina (2004) que apontou o crescimento no volume dos postos de saúde voltados para atenção básica e preventiva, modo que se no final da década de 90 compreendiam o cenário laboral de apenas 1,3% dos médicos, no período aferido pela referida pesquisa, em 2004, já seriam ocupados por 14,3% destes. Já conforme a mais recente pesquisa, em 2013, o montante de médicos do setor público a ocupar os serviços de atenção primária em saúde (incluindo unidades básicas e Programa de Saúde da Família) já alcançava 23,5%.

Todavia, mudanças ainda mais efetivas esbarram, entre outras explicações, na clara valorização do consumo de serviços médico-hospitalares pelos próprios usuários, a qual é reforçada, de certo modo, pela incerteza quanto ao atendimento nos referidos postos de saúde. Ademais, essa demanda sem fim por atendimento médico em hospitais, que perdura até os dias atuais, se daria em função da percepção dos usuários da garantia de acesso ao atendimento mais rápido em serviços de urgência/emergência e a busca por segurança e satisfação na utilização de tecnologias consideradas mais potentes, em particular a utilização de fármacos, a realização de exames sofisticados e o acesso a especialistas. (REIS et al., 2006, p. 42).

Com isso, a questão do trabalho em urgências e emergências retoma sua importância no contexto do presente estudo e, ao se quantificar a participação dos médicos, no contexto da totalidade da amostra, que atuam nesse tipo de atividade⁹², chega-se ao percentual de 46%. Ao

⁹⁰ Conforme pesquisa do CFM, em 2004, a atividade do médico em hospitais, quando comparada com outros tipos de atividade assistenciais, à exemplo de ambulatório; posto de saúde, unidade do PSF, Pronto-Socorro, era predominante tanto no setor público, 56,6%, quanto no setor privado, 68,5%.

⁹¹ A implantação de programas como o PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde e o PSF - Programa Saúde da Família que dariam centralidade à atenção básica em saúde e seriam dirigidos para as populações mais pobres, seriam alguns dos exemplos dessa políticas. com vistas , a concentração da prestação do serviço ainda são nos hospitais.

⁹² Para quantificar o percentual de médicos, do total da amostra, que trabalham em atividades de emergência somaram-se os seguintes tipos de unidade: hospital de emergência de grande/médio porte (34%), unidade de

realizar o cruzamento desses tipos de unidades com a variável idade (ver Tabela 2), constata-se que entre os médicos na faixa etária mais jovem, de 25 a 39 anos, 50% deles atuam nessas atividades - de urgência e emergência, reconhecidamente desgastantes.

Embora esse percentual seja o maior comparativamente às demais faixas etárias, confirmando a já mencionada literatura médica que indica que os jovens ingressam na carreira médica em serviços de emergência e através de plantões, preferencialmente em hospitais, chama a atenção outro importante dado que, aparentemente, contraria esse padrão. Verificou-se uma participação importante em emergências, também na faixa etária de 50 a 69 anos, visto que 42% de todos os médicos nessa idade estão distribuídos pelas unidades que prestam este tipo de serviço, em especial, nos hospitais de emergência de grande e médio porte. Assim, embora menor que o percentual visto na faixa etária mais jovem, ele se sobrepõe ao montante de médicos da faixa etária mediana, entre 39 e 49 anos, que atuam nesta modalidade de assistência, (38%).

Muito embora a jornada intensa, condições estruturais geralmente precárias e as demais características associadas ao funcionamento de um serviço de urgência/emergência em hospitais, já sobejamente comentadas, a priori, de um modo geral, não atraíam a atenção dos médicos que se encontram na fase desaceleração ou paralisação da vida profissional, no caso do serviço público, esta realidade se modifica um pouco. Isso por que, a estabilidade proporcionada por esse tipo de emprego se torna mais relevante nesta etapa da vida, possibilitando, inclusive, que o médico possa se dedicar a apenas mais uma atividade, geralmente, ao consultório particular.

Ademais, a experiência de médicos nessa faixa etária, os quais, geralmente, possuem um olhar mais apurado em face do imediatismo de cada caso, bem como, maior domínio sobre as adversidades que a realidade de uma emergência produz, são elementos que conferem reconhecimento pelo trabalho desses profissionais, de modo que fortalecem os níveis intersubjetivos de satisfação com o trabalho e enseja também em uma motivação a mais, para que esses profissionais continuem no serviço público.

Assim, de acordo com o que já foi suscitado anteriormente, e cotejando com a bibliografia sobre o tema, entende-se que o processo de precarização e degradação das condições de trabalho que vem marcando as Instituições de Saúde, bem assim os ambientes dos hospitais brasileiros, no particular dos hospitais públicos, atingem sobretudo aqueles que se encontram na linha de frente do sistema (COSTA, 2005; GODOY, 2009; OLIVEIRA,

emergência de pequeno porte (2%) e maternidades (10%). O restante é dividido em hospital especializado (16%), unidade de atenção especial à saúde (15%), nível centra (20%) e outros (3%).

2009), ou seja, provavelmente aqueles que possuem pouca idade (salvo a exceção mencionada acima), e geralmente menor tempo de admissão no serviço público, tornando-se, por sua vez, alvo mais impactado pelas novas gestões de trabalho em saúde.

Neste contexto, coube ao presente estudo neste primeiro momento, desvendar em que medida a realidade dos médicos entrevistados converge ou não para esse cenário nacional, e neste desígnio, variáveis como *gênero, idade, tempo de serviço na Sesab e tipo de unidade de trabalho* revelaram-se marcadores importantes. Desse modo, essas mesmas variáveis serão as seguir usadas em cruzamentos com as respostas às questões voltadas primeiramente para a captação de eventual satisfação dos médicos com o seu trabalho e, em seguida, em face das questões sobre as condições de trabalho desses profissionais.

4.2.3 Resultados obtidos com os cruzamentos de microdados da pesquisa SESAB

Antes de analisar os dados do bloco III da pesquisa SESAB que versam mais especificamente, sobre as condições de trabalho dos médicos que compõem a amostra, resta imprescindível explicar como estes dados foram sistematizados no caso desta dissertação em relação à variável *satisfação no trabalho*. Com efeito, esta satisfação foi medida por meio da questão “**Como o (a) Sr (a) se sente em relação ao seu trabalho neste lugar**”, com possibilidade de cinco alternativas de respostas: muito satisfeito, razoavelmente satisfeito, pouco satisfeito, insatisfeito e muito insatisfeito.

Aqui, optou-se por criar duas novas categorias, mais abrangentes de: “satisfeitos” como sendo aqueles que fizeram referência a satisfação, independentemente da intensidade, seja ela pouca, razoável ou muita, e “insatisfeitos”; aqueles que se afirmaram pouco e muito insatisfeitos. Dito isto, poderia-se afirmar que a satisfação com o trabalho é preponderante entre os médicos servidores do Estado, haja vista que 88% dos entrevistados comporiam o grupo dos satisfeitos, enquanto que os insatisfeitos corresponderiam a 12% do total de médicos.

No entanto, considerando que a pergunta permite ainda, a medição do nível dessa satisfação, recorrendo-se à escala original de opções apenas secundariamente, neste caso específico, vale notar que entre os “satisfeitos”, 50% estão apenas, razoavelmente satisfeitos, 15% se disseram pouco satisfeitos, e cerca de 23% muito satisfeitos. Desse modo, observando que é pequeno, o montante de médicos que se afirmam efetivamente satisfação, entende-se que a problematização acerca dos aspectos que podem influir neste nível de satisfação do profissional ainda revela-se necessária e pertinente.

Ao realizar o cruzamento da variável *satisfação no trabalho* com a *idade*, relativamente à média da totalidade dos médicos “insatisfeitos” - muito e pouco (12%), vislumbrou-se apenas um suave aumento no grupo dos médicos mais jovens, de 25 a 39 anos (19%). Todavia, se comparado este percentual dos mais jovens, ao dos médicos na faixa de 50 a 69 anos, nota-se que ele é mais que o dobro: apenas 9% dos médicos mais maduros se declararam insatisfeitos, proporção aliás, bem mais próxima à dos médicos da faixa medianda, de 39 a 49 anos (10%). Neste sentido, se constata que embora seja efetivamente pequeno o nível de insatisfação em qualquer das faixas etárias consideradas, se comparadas entre si, os jovens representam os mais insatisfeitos.

Isto é o que se observa na Tabela 3 (abaixo), onde também constam os percentuais relativos ao cruzamento com o tipo de unidade, o gênero e o tempo de serviço.

Tabela 3 - Distribuição percentual acerca de **como se sente em relação ao seu trabalho** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Satisfeito* 88% | Insatisfeito** 12% |
|---------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Idade | | |
| 25 – 39 | 65% | 19% |
| 40 – 49 | 76% | 10% |
| 50 – 59 | 78% | 9% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 92% | 8% |
| 20 a 41 anos | 84% | 16% |
| Tipo de Unidade*** | | |
| HEGP | 81% | 19% |
| UEPP | 50% | 50% |
| HE | 100% | 0% |
| UAES | 100% | 0% |
| MAT | 100% | 0% |
| NC | 100% | 0% |
| OTS | 56% | 44% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

Legenda:

*Satisfeitos = à soma da satisfeitos + razoavelmente satisfeitos + pouco satisfeitos

**Insatisfeitos = à soma de insatisfeitos + muito insatisfeitos

***Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Assim, quando se leva em consideração o tipo de unidade, os resultados tendem a se distanciar com mais substância, para mais ou para menos, em face da média total de satisfação. Isso é o que ocorre, por exemplo, em relação às maternidades, visto que 44% dos médicos que laboram neste tipo de unidade se disseram insatisfeitos, percentual bastante superior aos 12% de insatisfeitos do contingente total.

Comparativamente aos outros tipos de unidade destaca-se ainda mais a insatisfação indicada pelos que trabalham em maternidades, pois, nas unidades de atenção especial à saúde, nos hospitais especializados e no nível central, e na modalidade atribuída como “outros”, não há um médico sequer que haja declarado qualquer nível de insatisfação, vislumbrando-se entre aqueles lotados nos hospitais de emergência de grande e médio porte, 20% de insatisfeitos e entre os médicos que laboram nas unidades de emergência de pequeno porte, onde o percentual chega a 50%.

Moreno (2009) aponta que um levantamento realizado com dados de quinze países europeus, observou-se que trabalhadores submetidos a vínculos precários apresentavam índices maiores de insatisfação no trabalho, fadiga, dores musculares que aqueles com vínculo empregatício formal (MORENO et al., 2009, p. 131). Observa-se que essa leitura sugere o critério da vinculação contratual⁹³ enquanto elemento protetivo do trabalhador e neste viés, propulsor ou influenciador no nível de satisfação deste último.

Nesta perspectiva, ao transmutar este argumento para a realidade da amostra, o nível de satisfação, bem assim, a própria amplitude percentual de médicos que assim, se autodeclararam, estariam fortemente justificados, visto que eles possuem vínculos formais diretamente com o Estado, de modo que gozam da estabilidade contratual que os diferencia dos demais, lhes garantido, em tese uma maior segurança, além de um rol importante de direitos e garantias sociais.

Todavia, insta esclarecer que eventual afirmação de satisfação no trabalho não autoriza a conclusão de que o trabalhador esteja absolutamente livre de vivenciar outras dimensões da precarização que também possam impactar na realização de suas atividades profissionais, tal qual na sua vida pessoal e saúde. Prova disso é que, por outro lado, o mesmo autor (MORENO et al., 2009) segue afirmando que “estudos indicam que o absenteísmo e os sintomas de estresse são maiores entre trabalhadores de emprego permanente” (BENEVIDES

⁹³ A vinculação contratual precária, sem proteção social é objeto de preocupação em uma das dimensões ou tipos de precarização propostas por Druck (2011, 2013). Na dimensão, a autora problematiza acerca da vulnerabilidade das formas de inserção e mercantilização da força de trabalho e as desigualdades sociais, porém, vale ressaltar que o estudo mais aprofundado deste problema não é objetivo específico de análise no presente estudo.

et al., 2000 apud MORENO et al., 2009, p.131).

E neste diapasão, vale salientar que o surgimento do estresse, acima referido, grande gerador de problemas ocupacionais é favorecido pela conjunção de diversos fatores, como por exemplo: condições de trabalho precárias; falta de treinamento; falta de reconhecimento; insegurança; baixos salários e problemas na interação com colegas. Sendo assim, em verdade, entende-se que mesmo presentes estes aspectos mais objetivos que podem compor um cenário de precarização é a dimensão mais subjetiva do trabalhador que dará maior ou menor peso a cada um deles, de modo a formatar a sua percepção de satisfação com o trabalho.

Assim, se faz oportuno analisar, como já dito, a posição dos médicos da amostra em relação aos demais questionamentos efetuados pelo questionário SESAB, os quais enfocam, justamente, alguns dos aspectos mencionados acima. A pressão de tempo no trabalho, por exemplo, foi objeto do primeiro questionamento, porém, antes de adentrar à discussão dos resultados, resta peremptório fornecer alguns esclarecimentos importantes acerca das perguntas e das opções de respostas nesta parte do questionário (Bloco III, sobre condições de trabalho).

As perguntas foram realizadas no formato de assertivas e, ao entrevistado, foram oportunizadas quatro opções de respostas: concorda totalmente; concorda mais que discorda, discorda mais que concorda e discorda totalmente. Entretanto, para simplificar as análises e permitir uma melhor visualização dos resultados, essas opções de resposta foram recategorizadas em apenas duas variáveis: “concordo”, que englobaria a soma das duas primeiras opções e “discordo,” onde levaria-se em consideração a somas das opções discordo mais que concordo e discordo totalmente. Passa-se então, à analisar os resultados encontrados.

* **Autonomia e controle sobre o processo de trabalho**

Perguntados se concordavam ou não com a assertiva: O (a) Sr. (a) **se sente constantemente pressionado (a) para fazer seu trabalho em pouco tempo**, mais da metade dos entrevistados (61%), afirmaram não sentir-se constantemente pressionados no trabalho, enquanto que 39% concordaram com a assertiva, reconhecendo a referida pressão (Tabela 4). As mulheres parecem ligereiramente mais afetadas pela pressão de tempo do que os homens, pois, se 43% delas admitiram a referida pressão, apenas 32% dos homens o fizeram.

Esta percepção negativa do tempo de trabalho é mais sentida também entre os mais jovens (62%). Este percentual de concordância com a assertiva decresce proporcionalmente ao avanço da idade, eis que corresponde a 48% entre os médicos na faixa etária do meio, de

40 a 49 anos, e é de apenas 27% dentro da totalidade de médicos mais maduros, de 50 a 69 anos.

Uma possível interpretação para estes dados é que, como visto, metade (50%) dos médicos na faixa de 25 a 39 anos, se distribuem em hospitais de emergência de grande e médio porte e em maternidades, tipos de unidade onde a assistência se realiza fundamentalmente por meio de serviço de urgência e emergências, locais que, conforme já suscitado no item precedente, comportam ambiente de trabalho com a demanda sempre alta, clima constante de tensão e jornadas reconhecidamente mais intensas, o que se traduz numa maior pressão de tempo sobre os médicos que ali atuam. Além disso, outras características próprias dessa faixa etária podem influenciar nesse cenário, à exemplo, possivelmente, da menor experiência dos jovens que ainda não sabem como organizar ou administrar as adversidades do trabalho em emergências.

Ademais, nesses dois tipos de unidade mencionados (HEGP e maternidades), o montante dos que se sentem pressionados também foi superior à média vista em todos os tipos de unidade. No caso das maternidades, por exemplo, 89% dos médicos concordaram que se sentem constantemente pressionados para realizar o trabalho em pouco tempo, patamar, portanto, infinitamente superior aos 39% do total e também maior, quando comparado à todos os demais tipos de unidade.

Na sequência tem-se o nível central, tipo de unidade que corresponde às atividades estratégicas de gestão da SESAB, (o qual, aliá, também possui forte presença de médicos jovens), com 50% de contingente que se reconheceram pressionados no trabalho. Por fim, um último dado vale ser destacado: tanto nas unidades de emergência de pequeno porte quanto nas unidades de atenção especial à saúde, a posição dos médicos foi unânime no sentido de discordar da referida assertiva.

Ainda na perspectiva de ponderar sobre o nível de autonomia e de controle sobre seu processo de trabalho, os médicos foram questionados se eles “**são constantemente interrompidos ou atrapalhados no trabalho**”. Desse modo, se no questionamento anterior a maioria dos médicos negaram sentir-se pressionados no trabalho, reafirmando portanto, sua autonomia, também aqui, o resultado da análise segue esta lógica, pois, a maioria dos médicos (57%) disseram discordar da afirmação de que sofrem constantemente interferências em seu trabalho, muito embora o percentual de 43% de médicos que admitem o contrário não deva ser subestimado (Tabela 5).

Mais uma vez, assemelhando-se aos resultados da questão precedente, a variável idade demonstra-se importante para mostrar que os médicos jovens, comparativamente, às demais

faixas etárias, são os que mais concordaram com a assertiva (58%), e conseqüentemente, admitiram que são constantemente interrompidos e atrabalhados no curso do seu labor. Entre os médicos na faixa etária mediana esse percentual foi de 33%, e entre os mais velhos; 40%, ambos, porém, correspondem a montantes inferiores ao da destruição da totalidade, já exposta.

Em relação aos tipos de unidade de trabalho, em quase todos eles, os resultados semelhantes à média, à exceção das unidades de atenção especial à saúde⁹⁴, onde os achados parecem sugerir que os médicos gozam de maior controle sobre o processo de trabalho, pois, apenas 14% dos médicos lotados neste tipo de unidade admitiram que são interrompidos no trabalho, um montante, portanto, bem inferior ao da média geral. Realidade, em tese, diametralmente oposta àquela vivida pelos médicos que laboram em maternidades, eis que 88% deles admitiram que são interrompidos constantemente. A variável gênero não se demonstrou relevante neste quesito.

⁹⁴ As especialidades das unidades de atenção especial consistem em atenção ao idoso; ao deficiente, tratamento para diabetes e endocrinologia, doenças sexualmente transmissíveis; anti-veneno; oncologia; e um laboratório de análise clínica e patologia.

Tabela 4 – Distribuição percentual acerca da **pressão para a realização do trabalho em pouco tempo** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 39% | Discordo 61% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 32% | 68% |
| Mulheres | 43% | 57% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 62% | 38% |
| 40 – 49 | 48% | 62% |
| 50 – 59 | 27% | 73% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 29% | 71% |
| 20 a 41 anos | 50% | 50% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 42% | 58% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 33% | 67% |
| UAES | 0% | 100% |
| MAT | 33% | 67% |
| NC | 50% | 50% |
| OTS | 89% | 11% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 5 – Distribuição percentual acerca da **constante interrupção no trabalho** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 43% | Discordo 57% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 39% | 61% |
| Mulheres | 46% | 54% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 48% | 42% |
| 40 – 49 | 33% | 67% |
| 50 – 59 | 40% | 60% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 38% | 63% |
| 20 a 41 anos | 50% | 50% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 45% | 55% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 40% | 60% |
| UAES | 14% | 86% |
| MAT | 89% | 11% |
| NC | 50% | 50% |
| OTS | 33% | 67% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

* Cargas fisiológicas e aumento de exigências.

Facchini (1994) apud Lemos (2005) afirma que o conceito de “carga” refere-se às exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, que geram desgaste do trabalhador. Ou seja, as “cargas” são mediações entre o processo de trabalho e o desgaste do trabalhador. Desse modo, uma carga seria um atributo de um processo de trabalho em particular, que pode aumentar a probabilidade de que um grupo de trabalhadores “expostos” experimente um dano psicobiológico em comparação com aqueles que não estiveram expostos. Cargas fisiológicas, segundo a categorização feita pelo mesmo autor, seriam:

esforço físico e visual, deslocamentos e movimentos exigidos pela tarefa, as horas extras de trabalho, intensificação ou extensão da jornada, turnos noturnos e rotativos, etc.

Neste contexto, considerando que uma das características mais marcantes do trabalho médico é a intensidade da jornada de trabalho, posto que, de um modo geral, esses profissionais tem jornadas⁹⁵ extensas - em especial aqueles que laboram em regime de plantão e, geralmente, ainda possuem múltiplas e variadas vinculações no mercado de trabalho, é possível afirmar que os médicos que vivenciam diariamente essas cargas fisiológicas, certamente, estão imersos em intenso processo de desgaste e, possível sofrimento.

Nesta perspectiva, revelou-se bastante oportuno o questionamento sobre a possibilidade de **serem pressionados com frequência para trabalhar além do horário**. E a resposta, neste particular, demonstrou que os médicos da SESAB em sua maioria, não são pressionados para realizar horas extras, haja vista que 86% discordou da assertiva (Tabela 6). Embora essa pressão para passar do horário seja pequena, ela é referida pelos homens, um pouco mais que o dobro de vezes do que pelas mulheres, vide os índices de concordância que são, respectivamente, 23% e 10%.

Quando comparadas as faixas etárias dos médicos, os jovens se revelam um pouco mais pressionado para laborar depois do horário, pois, 27% deles admitiram essa pressão, percentual, que no caso dos médicos de idade mediana, chega à apenas 5%, - abaixo da média total, e entre aqueles na fase de desaceleração profissional, de 50 a 69 anos, 11%. Estes achados vão ao encontro de pesquisas que esclarecem que o perfil etário dos empregos médicos revela uma tendência à redução da jornada, à medida que se avança na faixa etária (MENELAU NETO, 2006). Essas informações confirmam a relação entre o ritmo de trabalho no setor público e o ciclo de vida profissional nas fases de consolidação e desaceleração propostas por Machado (1997, p.27).

Quanto ao tipo de unidade, os médicos que laboram nas maternidades e no nível central foram os que mais se afastaram da média de 14% entre os que admitiram que sofrem a carga de laborar além do horário. Assim, se no nível central esse percentual subiu para 22%, nas maternidades foi ainda maior, 33%.

Deve-se observar aqui, que grande parte dos médicos entrevistados, conforme já demonstrado, trabalham em hospitais de emergência de grande e médio porte (HEGP), onde

⁹⁵ De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), criada em 1943 e que regulamenta as relações de trabalho em empresas privadas, em seu artigo 58 e 59, como também no artigo 7o (inciso XIII) da Constituição Federal de 1988, a jornada de trabalho definida para médicos, como também para dentistas, é de 4 horas/dia; como o médico acumula várias atividades, com vários tipos de vínculos, ele excede em muito o estabelecido pela lei em sua jornada de trabalho, não só nas atividades de plantão, como também nas atividades ambulatoriais e hospitalares (PERES et al, 1995).

os plantões de 12hs (52%) e de 24hs (23%) constituem a modalidade de jornada diária mais frequente (Tabela 7). Desse modo, vale salientar que embora se trate de jornadas longas e cansativas, trabalhar além do horário nessas modalidades é relativamente menos provável, pois as trocas de plantão entre os próprios médicos tendem a efetivamente ocorrer no tempo planejado. Mesmo porque, muitas vezes esses médicos precisam, inclusive, se deslocar para assumir uma nova jornada em outro posto de trabalho, assalariado ou não.

Diferentemente, por exemplo, do que ocorre no nível central, onde se desenvolvem mais comumente atividades burocráticas, administrativas e de gerenciamento e onde, dada a importância estratégica da atividade para funcionamento do sistema, os postos são ocupados, geralmente, por médicos em cargos comissionados provenientes de indicações políticas, de modo que podem estar mais vulneráveis às exigências de labor além do horário, estendendo suas jornadas, as quais são predominantemente de 4hs/dia (39%), 6hs/dia (28%), 8hs/dia (17%), ficando um pequeno percentual 5% (cada uma) nas seguintes jornadas; 10, 12 e 24hs/dia.

Em relação às maternidades, embora o trabalho realizado também se faça dentro de padrões hospitalares, os achados relacionados ao labor além do horário previamente fixado podem ser explicados em razão da natureza do objeto de trabalho em si, eis que, nesses tipos de unidades, além das emergências propriamente ditas (partos), as atividades ambulatoriais e de enfermagem são igualmente importantes – o que se supõe a partir da alta frequência do labor, pelos médicos, em jornadas de 8hs/dia (22%), o que ocorre em unidades hospitalares de emergência comuns. Assim, nestas atividades, os médicos, ainda que possuam jornada definida, tendem a só encerrar o trabalho após o atendimento de todas as consultas agendadas e, em que pese as queixas de aligeiramento de consultas, em face da alta demanda, podem comumente ser instados a ultrapassar seus respectivos horários.

A **exigência de esforço físico** foi outra espécie de carga fisiológica abordada no questionário. Sobre isso, 63% negaram que seus respectivos trabalhos lhes exigam esforço físico, restando 37% de médicos que se disseram exigidos fisicamente (Tabela 8). Esse esforço despendido é mais sentido entre os homens (48%, contra 31% das mulheres), na faixa etária de 40 a 49 anos (42%, contra 39% nos mais jovens e 33% nos médicos mais maduros).

Esta faixa etária é composta, segundo Machado (1997), em grande maioria, por médicos que se encontram na fase de consolidação da carreira, com mais de 10 e menos de 25 anos de atividade, cujo comportamento profissional é, em parte, semelhante aos daqueles que se encontram na fase de afirmação (mais jovens), eis que também laboram em jornadas extensas, porém, em tese, já não possuem o mesmo vigor físico. Desse modo, as atividades

que eventualmente requisitem um esforço físico mais elevado, de um modo geral, serão mais sentidas e conseqüentemente mais referidas por aqueles da faixa etária do meio.

Neste tema, chama à atenção ainda a discrepância entre os percentuais relacionados aos hospitais de emergências e maternidades e os demais tipos de unidade. Isso porque, entre aqueles que laboram em HEGP, 61% afirmam sentir-se exigidos fisicamente e nas maternidades o percentual é de 78%. Assim, além de bastante elevado em relação à média, chama mais atenção quando comparado aos demais, em especial às unidades de emergência de pequeno porte e o tipo de unidade intitulada como “outros” - corresponde à todas as demais atividades não listadas, à exemplo da assistência domiciliar, pois, em ambas os médicos foram unânimes em afirmar que o trabalho não lhes exige esforços físicos.

Pois bem, uma vez questionados sobre a exigência de trabalhar além do horário e sobre a exigência de esforço físico no trabalho, considerando que outras tantas exigências podem advir como *efeitos ou conseqüências, presente ou ausentes no processo de trabalho* (SILVA, 2001, p. 60), perguntou-se então aos médicos, sobre a percepção deles quanto ao **trabalho ter se tornado, nos últimos anos, cada vez mais exigente**. Costatou-se que o trabalho tornou-se mais exigente para 63% dos entrevistados (Tabela 8), sendo que esta nova carga de exigências no trabalho, espelhando a resposta anterior, foi mais referida pelos médicos na faixa de 40 a 49 anos (81%) menos sentida pelos médicos mais velhos (49%).

Sabe-se que mudanças impostas pelo neoliberalismo, assim como a reestruturação produtiva; as mudanças tecnológicas e as modificações na organização do trabalho, nas últimas décadas, tiveram repercussões sobre o processo de trabalho dos serviços de saúde e, conseqüentemente, sobre o trabalho médico. Este tema foi objeto específico do capítulo 2 do presente estudo, de modo que restou demonstrado que estes processos afetaram também as condições de trabalho, as atividades dos trabalhadores e, sobretudo, resultaram em nova exigências no trabalho para os profissionais.

Como o contexto da pesquisa foi o serviço público, as questões relativas às conseqüências para o trabalhador (à exemplo da imposição de ampliação de competências e níveis de desempenho) da transmutação para o setor público da lógica privada do modelo gerencial de gestão do trabalho também deve ser considerado. Assim, embora a pergunta não especifique de qual exigência se está a falar, entende-se que as respostas devem variar de acordo, entre outras razões, com a possibilidade maior ou menor de adaptabilidade dos médicos em face dessas mudanças e exigências que se fizeram presentes no trabalho.

Neste sentido, entende-se que os médicos na faixa etária de 50 a 69 anos, há mais tempo em atividade e em tese, com mais tempo de serviço, geralmente gozam de maior

autonomia e controle sobre seu processo de trabalho, e, assim, tendem a ser menos afetados pelas mudanças e cobranças acima mencionadas.

Relativamente ao tipo de unidade, chama a atenção apenas que estão lotados nos hospitais especializados e na unidade denominada “outros” os médicos que menos acusaram sentir o aumento das exigências no trabalho, vide os percentuais, respectivamente, de 47% e 33%, ambos, inclusive, inferiores ao percentual médio.

Tabela 6 – Distribuição percentual acerca da **pressão para trabalhar além do horário** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo % | Discordo % |
|-------------------------|----------------------|----------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 23% | 77% |
| Mulheres | 10% | 90% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 27% | 77% |
| 40 – 49 | 5% | 95% |
| 50 – 59 | 11% | 90% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 10% | 90% |
| 20 a 41 anos | 18% | 82% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 13% | 87% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 7% | 94% |
| UAES | 7% | 93% |
| MAT | 33% | 67% |
| NC | 0% | 100% |
| OTS | 22% | 78% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O nº da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 7 - Distribuição de médicos por **jornada diária** em horas, de acordo com o **tipo de unidade** de trabalho. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Horas | Tipo de unidade | | | | | | | Total |
|-------|-----------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| | HEGP | UEPP | HE | UAES | MAT | NC | OTS | |
| 3 | 0% | 0% | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% |
| | 0% | 0% | 7% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| 4 | 20% | 0% | 13% | 13% | 0% | 47% | 7% | 100% |
| | 10% | 0% | 13% | 14% | 0% | 39% | 33% | 16% |
| 5 | 0% | 0% | 67% | 33% | 0% | 0% | 0% | 100% |
| | 0% | 0% | 13% | 7% | 0% | 0% | 0% | 3% |
| 6 | 8% | 0% | 15% | 31% | 0% | 38% | 8% | 100% |
| | 3% | 0% | 13% | 29% | 0% | 28% | 33% | 14% |
| 7 | 0% | 0% | 100% | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% |
| | 0% | 0% | 7% | 0% | 0% | 0% | 0% | 1% |
| 8 | 13% | 0% | 0% | 25% | 25% | 38% | 0% | 100% |
| | 3% | 0% | 0% | 14% | 22% | 16% | 0% | 9% |
| 9 | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% | 0% | 0% | 100% |
| | 0% | 0% | 0% | 0% | 11% | 0% | 0% | 1% |
| 10 | 33% | 0% | 0% | 33% | 0% | 33% | 0% | 100% |
| | 3% | 0% | 0% | 7% | 0% | 6% | 0% | 3% |
| 12 | 48% | 3% | 15% | 12% | 15% | 3% | 3% | 100% |
| | 53% | 50% | 33% | 28% | 56% | 6% | 33% | 36% |
| 20 | 67% | 0% | 33% | 0% | 0% | 0% | 0% | 100% |
| | 6% | 0% | 7% | 0% | 0% | 0% | 0% | 3% |
| 24 | 64% | 9% | 9% | 0% | 9% | 9% | 0% | 100% |
| | 23% | 50% | 7% | 0% | 11% | 6% | 0% | 11% |
| Total | 34% | 2% | 16% | 15% | 10% | 20% | 3% | 100% |
| | 100% | 100% | 100% | 100% | 11% | 100% | 100% | 100% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O nº da amostra foram de 92 médicos.

Tabela 8 – Distribuição percentual acerca da **exigência de esforço físico** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 37% | Discordo 63% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 48% | 52% |
| Mulheres | 31% | 69% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 38% | 62% |
| 40 – 49 | 43% | 57% |
| 50 – 59 | 33% | 67% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 35% | 65% |
| 20 a 41 anos | 39% | 61% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 61% | 39% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 20% | 80% |
| UAES | 21% | 79% |
| MAT | 78% | 22% |
| NC | 0% | 100% |
| OTS | 11% | 89% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

* **Relação interpessoais e reconhecimento.**

As relações interpessoais e a falta de reconhecimento são alguns exemplos de fatores psicossociais e de organização que interferem na saúde mental dos trabalhadores. (SANTOS, 2003, p.3). O reconhecimento no trabalho, por exemplo, é um aspecto importantíssimo no combate à exaustão emocional⁹⁶, e segundo os estudos de D. Pai (2011) a insuficiência desse

⁹⁶ A autora D. Pai (2011) identificou em seu estudo intitulado: **A violência no trabalho em pronto socorro e as implicações para a saúde mental dos trabalhadores**, que a satisfação com o local de trabalho e o reconhecimento são as variáveis de maior influência (inversa) sobre a Exaustão Emocional. Este estudo também mostrou que o reconhecimento no trabalho foi categoria de maior influência na realização profissional, e que, na

reconhecimento associa-se, por sua vez, também à baixa realização profissional e à despersonalização – que se caracteriza por sentimentos negativos e reações de rejeição voltados à relações interpessoais no trabalho.

Neste sentido, entende-se que a satisfação pela via intersubjetiva do reconhecimento pode ser gerada pelas interações saudáveis dos médicos com os usuários (pacientes e familiares), assim como por via das fontes de respeito, apoio e cooperação frente aos impasses do trabalho por parte das chefias e, sobretudo, dos próprios colegas. O contrário disso caracterizaria um processo de estranhamento dos médicos com relação ao seu trabalho, de empobrecimento da identidade profissional e do sentido do trabalho, eis que, conforme aponta Navarro (2011) nestas situações os médicos não se reconhecem na atividade a que se dedicam cotidianamente, alegando não terem apoio dos colegas para a execução das tarefas e nem reconhecimento por parte das chefias e dos pacientes. (NAVARRO, 2011, p.110).

Assim, conforme esclarece D. Pai (2011), quando o profissional não é beneficiado pela via do reconhecimento o trabalho passa a ser desprovido de significado, de sentido e a sua identidade é questionada, uma vez que a utilidade da sua atuação e a contribuição original do esforço são postas em risco, resultando em alienação, desmotivação para o trabalho e por fim, a patologia (D. PAI, 2011, apud GERNET, 2010, p. 161).

Tais esclarecimentos se fizeram necessários, tendo em vista que essa construção intersubjetiva do processo de reconhecimento tornou-se objeto de inquirição por meio de quatro perguntas, nas quais a percepção dos médicos foi medida quanto: ao **respeito que merece dos chefes**; ao **respeito dos seus colegas de trabalho**; a possibilidade de **contar com o apoio em situações difíceis** e por fim, a percepção de um **tratamento injusto no trabalho**.

Sobre a primeira assertiva (**respeito que merece dos chefes**), observou-se um elevado índice de concordância (86%), ou seja, a percepção de que gozam do respeito dos chefes foi referida por um montante considerável de médicos (Tabela 9). De um modo geral, não houve qualquer modificação significativa desse percentual em razão das variáveis idade ou tipo de unidade. Apenas no que diz respeito ao gênero, constatou-se que a sensação de reconhecimento ora materializada pela percepção de respeito dos chefes, foi mais referida pelos homens (90%), do que pelas mulheres (84%), cujo o percentual foi levemente inferior à média, acima mencionada.

Sobre o tema, vale aduzir que próximo ao final da década de 90, Machado et al (1997) apresentou em sua pesquisa, dados empíricos apontando que mulheres médicas sofriam

eventual presença da violência no trabalho, pode ser um fator determinante para impedir a instalação dos agravos psíquicos, especialmente quando se trata da Síndrome de Burnout. (D. PAI, 2011, p. 149-152).

discriminações, por vezes sutis, por parte dos próprios colegas. Adensando tal raciocínio, a autora afirmou ainda que muitas vezes as médicas escolhem sua especialidade profissional (residência médica) que, justamente, lhes podem assegurar boa aceitação da clientela e reconhecimento profissional junto aos colegas (MACHADO, 1997, p. 156). Assim, muito embora acredite-se que os diferenciais de gênero venham, ao longo do tempo, sendo amenizados no contexto do mercado de trabalho em saúde e, mais ainda no cenário da prática médica em si, especialmente em função das consequências e efeitos da já comentada feminilização da medicina, ainda assim, entende-se que a condição feminina por vezes ainda é motivo de preconceitos, discriminações e desprestígio.

Vale ressaltar, entretanto, que o convívio harmonioso e respeitoso entre colegas, traduzidos via sentimento de pertencimento e valorização da contribuição singular de cada um, foi destacado pelos entrevistados. Assim, se como visto acima, 86% concordou que possuíam o respeito dos chefes, o respeito entre colegas foi referendado por 96% do total de médicos (Tabela 10).

Entre os profissionais que possuem de 40 a 49 anos, a percepção de respeito e reconhecimento entre pares, alcançou os 100%, enquanto foi referido por 98% daqueles na faixa etária mais velha, diminuindo para 88% entre os mais jovens. O respeito entre colegas de trabalho permaneceu alto, independentemente do tipo de unidade considerado e não houve qualquer alteração relevante em face da variação de sexo.

A assertiva seguinte foi: *no trabalho o sr(a) pode contar com apoio em situações difíceis*, e 83% dos médicos entrevistados afirmaram que sim (Tabela 11). Este resultado sugere uma baixa ocorrência de conflitos interpessoais entre os trabalhadores, repercutindo positivamente no ambiente de trabalho. Ademais, a presença latente do apoio social no trabalho representa, em última instância, um contraponto à *individualização que paira sobre o trabalho contemporâneo* (D.PAI, 2011), a qual preconiza, justamente, a substituição deste apoio por valores de outra natureza, como a competitividade pela excelência e a negação dos problemas coletivos (D PAI, 2011, p. 88).

Quanto maior a faixa etária observada, maior a percepção de apoio, assim, entre as faixas dos mais jovens notou-se 73%, na do meio 77%, sobressaindo-se uma elevação mais acentuada entre os médicos mais maduros, onde o percentual foi de 91%. Nos hospitais especializados notou-se o menor percentual de concordância com a assertiva (68%), demonstrando conseqüentemente, que neste tipo de unidade o apoio social e profissional no trabalho não é tão forte quanto em outros tipos de unidade, tais como nas unidades de emergência de pequeno porte ou unidades de atenção especial à saúde e ainda, no tipo de

unidade denominada “outros”, onde os percentuais alcançaram 100%.

Uma possível interpretação para esses dados talvez seja a de que os tipos de unidade onde a percepção de apoio foi unânime, correspondem exatamente às unidades de pequeno porte, onde, possivelmente, a média ou baixa complexidade organizacional permita que o processo de trabalho não seja tão fragmentado, intermediado por tanta burocracia e, supostamente, menos influenciado pelos modos de gestão gerencialista, que privilegia o produtivismo, o culto à performance, à excelência e à competitividade máxima. (DIAS, 2009; D. PAI, 2011; NAVARRO, 2011), favorecendo assim, por sua vez, o trabalho em equipe; uma maior abertura ao diálogo em torno do desempenho no trabalho e a consequente sensação de apoio em situações limites.

Por fim, tem-se o questionamento sobre a percepção de um **tratamento injusto no trabalho**, e, coerentemente às demais respostas acima analisadas aqui o resultado também indicou uma avaliação positiva por parte dos médicos acerca do tratamento por eles recebidos, em seus respectivos ambientes de trabalho. Desse modo, grande maioria (88%) discordou da assertiva e nesta via, afirmou que se percebem tratados com justiça e de forma adequada no trabalho (Tabela 12).

Também aqui a percepção em relação a um suposto tratamento justo no trabalho aumenta proporcionalmente ao avanço da faixa etária (77%, 81%, 98%), além disso, o tratamento justo é referido um pouco mais pelas mulheres (90%) do que pelos homens (83%). Por via inversa, a percepção de injustiça, ainda que pequena, teve uma frequência - que no contingente da totalidade foi de 12%, um pouco maior entre os médicos lotados nos HEGP e nas maternidades, respectivamente, 19% e 17%.

Tabela 9 – Distribuição percentual acerca do **aumento de exigência do trabalho nos últimos anos** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 63% | Discordo 37% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 74% | 26% |
| Mulheres | 57% | 43% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 73% | 27% |
| 40 – 49 | 81% | 19% |
| 50 – 59 | 49% | 51% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 50% | 50% |
| 20 a 41 anos | 77% | 23% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 69% | 31% |
| UEPP | 50% | 50% |
| HE | 47% | 53% |
| UAES | 64% | 36% |
| MAT | 78% | 22% |
| NC | 77% | 22% |
| OTS | 33% | 64% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O nº da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 10 – Distribuição percentual acerca do **respeito que merece dos chefes** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 86% | Discordo 14% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 90% | 10% |
| Mulheres | 84% | 16% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 85% | 15% |
| 40 – 49 | 86% | 14% |
| 50 – 59 | 85% | 13% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 81% | 19% |
| 20 a 41 anos | 91% | 9% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 84% | 16% |
| UEPP | 100% | 0% |
| HE | 87% | 13% |
| UAES | 86% | 14% |
| MAT | 89% | 11% |
| NC | 83% | 17% |
| OTS | 100% | 0% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O nº da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 11 – Distribuição percentual acerca do **respeito que merece dos colegas de trabalho** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 96% | Discordo 4% |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 100% | 0% |
| Mulheres | 93% | 7% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 88% | 12% |
| 40 – 49 | 100% | 0% |
| 50 – 59 | 98% | 2% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 98% | 2% |
| 20 a 41 anos | 93% | 7% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 97% | 3% |
| UEPP | 100% | 0% |
| HE | 93% | 7% |
| UAES | 100% | 0% |
| MAT | 100% | 0% |
| NC | 89% | 11% |
| OTS | 100% | 0% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 12 – Distribuição percentual acerca do **apoio em situações difíceis** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 83% | Discordo 17% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 81% | 19% |
| Mulheres | 84% | 16% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 73% | 27% |
| 40 – 49 | 77% | 24% |
| 50 – 59 | 91% | 9% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 88% | 12% |
| 20 a 41 anos | 77% | 23% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 87% | 13% |
| UEPP | 100% | 0% |
| HE | 68% | 33% |
| UAES | 100% | 0% |
| MAT | 78% | 22% |
| NC | 72% | 38% |
| OTS | 100% | 0% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

* **Promoção no trabalho, segurança e valorização da carreira profissional**

Considerando que a amostra é constituída de médicos estatutários, que foram conduzidos a concordar ou discordar de uma assertiva que **afirmava a pouca probabilidade de ser promovido no futuro**, a análise dos resultados perpassaria pela necessidade de problematizar sobre a existência ou não do PCCS, ou ainda de uma suposta inadequação ou desatualização do mesmo. Sim, pois, a possibilidade de mobilidade que foi inquirida e do desenvolvimento na carreira pública na área da saúde dependem de previsão no PCCS instituído pelo Estado e da efetivação deste instrumento pelos gestores.

Segundo Koster (2008), os gestores apontam o PCCS como o mais sério problema na gestão de pessoas nos estados, visto que está entre os principais motivos de insatisfação entre os servidores públicos. Isso porque é consenso entre gestores e trabalhadores da saúde que o PCCS deva efetivamente valorizar a carreira, garantindo não só a atualização do salário ou incentivos, por exemplo, mas também privilegiando o esforço de formação e qualificação dos profissionais e sobretudo, garantindo também a mobilidade desses profissionais ao longo da carreira.

De todo modo, a promoção deve ser encarada como um importante fator no processo de valorização do trabalhador e que interferirá diretamente, de forma positiva, na autopercepção do já mencionado reconhecimento pelo trabalho. Nesta perspectiva, considerando que os médicos da SESAB possuem PCCS que foi instituído pela lei 8.361/2002 e restaurado em fevereiro de 2009, através da Lei 11.373⁹⁷ (passando a ser denominados de PCCV), ao observar o percentual elevado de médicos que veem com pessimismo a probabilidade de serem promovidos no futuro (75%) (Tabela 13), se supõe que este PCCS, mesmo com mudanças visando seu aprimoramento, possa não atender às expectativas destes profissionais ou não venha sendo cumprido, ao menos neste particular.

A percepção de falta de mobilidade e progressão na carreira difere muito pouco em razão da idade, do gênero ou do tipo de unidade de trabalho, eis que o resultado do cruzamento com todas essas variáveis, de modo geral, convergem para a média.

Diferentemente da maioria das questões vistas até o momento, onde os percentuais demonstraram-se elevados para um lado ou para o outro, quando questionados se **já haviam passado ou ainda poderiam passar por mudanças indesejadas no trabalho**, houve uma divisão mais equilibrada entre os médicos; 53% concordaram, admitindo com isso, certa insegurança em relação ou futuro no trabalho, e 47% discordaram da assertiva (TABELA 14).

Esta sensação de insegurança em relação a possíveis mudanças no trabalho apareceu relacionada mais fortemente aos jovens, de 20 a 39 anos, eis que nesta faixa etária o percentual de concordância subiu para 73%, bastante superior ao da totalidade; entre as mulheres (57%), e pelos médicos lotados nas maternidades (77%), no nível central (72%), e no tipo de unidade outros (100%) quando comparados aos das demais unidades. Vale ressaltar ainda, que o hospital especializado foi o único tipo de unidade onde o resultado é inverso ao

⁹⁷ A publicação da Lei no. 11.373 que instituiu o novo Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) da SESAB constitui o resultado de um processo de revisão que começou desde 2007. Esta lei representa, entre outras premissas, o esforço realizado pela Superintendência de Recursos Humanos das SESAB, no processo de negociação e pactuação entre gestores e trabalhadores do executivo estadual, que ocorre na Mesa de Negociação Permanente – Setorial da Saúde/ MENP – SESAB.

apontado pela média geral.

Embora no questionamento o termo “mudanças” se apresente enquanto um conceito aberto, a ênfase na percepção dessas mudanças vista entre os médicos jovens, leva a crer que este achado pode estar relacionado ao fato desses profissionais se encontrarem mais frequentemente lotados em hospitais, onde, ao longo dos anos, muitas mudanças foram sentidas em função do desenvolvimento de modos de gestão e organização do trabalho marcados fortemente pela visão biologicista, tecnicista, gerencial e produtivista.

Corroboram com este entendimento, as ponderações de Santos (2005), ao afirmar que os mais jovens demonstram, por exemplo, maior questionamento em relação ao uso indiscriminado da tecnologia e à repercussão de tal fato na assistência; gerando muitas vezes um excesso de tecnicismo em detrimento de uma maior preocupação com o humanismo nas práticas médicas, ou ainda acerca da postura dos médicos mais jovens em face dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde no país (SANTOS, 2005, p. 22-25). E justifica a autora, afirmando que as novas gerações são levadas a uma reflexão maior dentro dos cursos de medicina sobre a ética médica e a responsabilidade social⁹⁸.

Pois bem, retomando o debate sobre a relevância dos PCCS para a evolução na carreira e valorização no trabalho dos trabalhadores estatutários, questionou-se os entrevistados quanto a se **posição por eles ocupada naquele momento estava de acordo com o seu nível de conhecimento ou treinamento.**

Dentro do contexto, já mencionado, do intenso processo de especialização que envolve hoje a medicina moderna, onde se impõe uma divisão rígida de trabalho, parcelado, fragmentado, a qualificação do trabalhador, ou seja, a equação entre o que ele sabe na teoria e a atividade que na prática ele executa no seu posto de trabalho, assume grande relevância. Conforme esclarece Silva (2001), tanto quando o trabalhador realiza tarefas aquém de sua qualificação, quanto nos casos onde tarefa executada é mais complexa do que sua qualificação permite, pode-se ter sofrimento com conseqüente desgaste (SILVA, 2001, p 64).

Todavia, a falar pelos dados extraídos na presente pesquisa, isto não ocorre com a imensa maioria dos médicos entrevistados, visto que 92% deles afirmam que a posição que

⁹⁸ Neste particular, a autora afirma que os cursos de formação médica tem passado por mudanças curriculares significativas, estabelecidas pelo Ministério de Educação, que traz em sua composição, orientações mais aproximadas da consciência da responsabilidade social que a profissão requer. (SANTOS, 2005, p.20-21) Entretanto, vale ressaltar que há estudos que indicam entendimento em sentido oposto, onde afirma-se que no passado, nas escolas médicas se aprendia a compreender o ser humano na sua plenitude, o raciocínio médico era mais apurado e humanizado, além disso, afirma-se que a tendência, atual, dos jovens entrarem mais cedo na universidade, por vezes, pode ser ruim porque eles não têm formada a dimensão do exercício da Medicina e, uma vez ingressos no curso, tendem a sair na ilusão de que a profissão lhes dará riqueza e poder, valorizando-se as perspectivas mercadológicas.

ocupam está de acordo com o nível de treinamento e conhecimento que possuem (TABELA 15). Variáveis como tipo de unidade, gênero e idade não influenciaram nesse cenário de modo que certamente, este é um elemento importante no contexto de satisfação com o trabalho, visto no início do questionário.

Tabela 13 – Distribuição percentual acerca do **tratamento injusto no ambiente de trabalho** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo | Discordo |
|-------------------------|-----------------|-----------------|
| | 12% | 88% |
| Gênero | | |
| Homens | 16% | 14% |
| Mulheres | 10% | 90% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 23% | 77% |
| 40 – 49 | 19% | 81% |
| 50 – 59 | 2% | 98% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 6% | 94% |
| 20 a 41 anos | 18% | 82% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 19% | 81% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 0% | 100% |
| UAES | 7% | 93% |
| MAT | 11% | 89% |
| NC | 17% | 83% |
| OTS | 0% | 100% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 14 – Distribuição percentual acerca da **percepção de improbabilidade para ser promovido futuramente** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 75% | Discordo 25% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 77% | 23% |
| Mulheres | 74% | 26% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 73% | 27% |
| 40 – 49 | 81% | 19% |
| 50 – 59 | 11% | 90% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 73% | 27% |
| 20 a 41 anos | 77% | 23% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 71% | 29% |
| UEPP | 100% | 0% |
| HE | 80% | 20% |
| UAES | 67% | 33% |
| MAT | 89% | 11% |
| NC | 67% | 33% |
| OTS | 67% | 33% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 15 – Distribuição percentual acerca da **percepção de j'a passou ou pode vir a passar por mudanças indesejadas no trabalho** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 53% | Discordo 47% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 45% | 55% |
| Mulheres | 57% | 43% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 73% | 27% |
| 40 – 49 | 43% | 57% |
| 50 – 59 | 47% | 53% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 44% | 56% |
| 20 a 41 anos | 62% | 36% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 58% | 42% |
| UEPP | 50% | 50% |
| HE | 47% | 53% |
| UAES | 50% | 50% |
| MAT | 78% | 22% |
| NC | 72% | 38% |
| OTS | 100% | 0% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

* **Recompensa e salário**

Trata a presente questão da percepção de recompensa pelo esforço despendido no trabalho, posto que a assertiva se desenvolveu da seguinte forma: “**considerando todos os seus esforços, o Sr. (a) recebe o respeito e reconhecimento que merece.**” De um modo geral, a maioria (67%) dos médicos entrevistados afirmou sentir-se recompensada por meio do respeito e reconhecimento que obtêm no trabalho (Tabela 16). No entanto, o percentual de discordância, ou seja, daqueles que não se percebem respeitados e reconhecidos, foi bastante referido (53%) entre os médicos que fazem parte da faixa etária mais jovem, entre 25 a 39

anos, apresentando, portanto, um percentual bem superior ao estabelecido no contingente total que foi de apenas 33%. As outras variáveis parecem não influenciar tanto este cenário.

Vale notar que o reconhecimento em referencia não se materializa em melhoria salarial, posto que, conforme já mencionado a maioria dos médicos não acreditam numa progressão salarial, bem assim, conforme ainda será demonstrado, apresentam forte insatisfação quanto à remuneração obtida.

Na sequência, ainda na perspectiva da recompensa, outra pergunta buscou investigar se as **chances futuras no trabalho estavam de acordo com o esforço despendido e as conquistas**. E a resposta dos médicos foi bem dividida, pois, enquanto um pouco mais que a maioria, 58%, afirmaram enxergar que suas as chances futuras no trabalho estavam de acordo com seus esforços e conquistas, um percentual também considerável, de 42%, afirmaram o contrário (Tabela 17).

Os mais descontentes com as suas chances futuras, mais uma vez, foram os médicos mais jovens (50%). Levando em consideração o tipo de unidade, este descontentamento viu-se com mais ênfase também entre os que laboram nos hospitais especializados, 53%, e nas maternidades, 55%, apresentando percentuais superiores, inclusive à faixa média da totalidade. Não foram registradas discrepâncias entre os percentuais masculinos e femininos.

Completando esse tópico (recompensa e salário), por óbvio o salário, reconhecido historicamente como a principal recompensa pela força de trabalho desprendida, também foi objeto de questionamento. Vale ressaltar que em se tratando de cargo público, a remuneração justa e compatível com a função exercida e que seja um dos fundamentos de uma política de valorização do trabalhador, deve ser, evidentemente, contemplada nos respectivos PCCS.

Sabe-se ainda, que o salário, sem dúvida, sempre foi uma das maiores queixas da categoria, e, embora pesquisas indiquem que entre as faixas predominantes na medicina, que iniciam em 4SM até 15SM, o setor público oferece melhor nível de remuneração (MENELAU NETO, 2006) do que no setor privado, a insatisfação salarial por parte dos médicos no setor público parece ser ainda, uma realidade. Este é, por sua vez, o cenário dos médicos estatutários que foram entrevistados, visto que 95% deles consideram que **o respectivo salário não é o adequado, frente aos seus esforço e conquistas** (Tabela 18). As demais variáveis consideradas não conduziram a quaisquer alterações em face da totalidade.

Tabela 16 - Distribuição percentual quanto a se a **posição por eles ocupada estava de acordo com o seu nível de conhecimento ou treinamento**, de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 92% | Discordo 8% |
|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 93% | 7% |
| Mulheres | 92% | 8% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 88% | 12% |
| 40 – 49 | 95% | 5% |
| 50 – 59 | 93% | 7% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 96% | 4% |
| 20 a 41 anos | 89% | 11% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 94% | 6% |
| UEPP | 50% | 50% |
| HE | 94% | 6% |
| UAES | 100% | 0% |
| MAT | 89% | 11% |
| NC | 89% | 11% |
| OTS | 100% | 0% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 17 – Distribuição percentual acerca do **receber o respeito e o reconhecimento que merece** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 67% | Discordo 32% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 61% | 37% |
| Mulheres | 70% | 30% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 46% | 54% |
| 40 – 49 | 62% | 38% |
| 50 – 59 | 82% | 18% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 77% | 23% |
| 20 a 41 anos | 57% | 43% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 65% | 35% |
| UEPP | 50% | 50% |
| HE | 67% | 33% |
| UAES | 79% | 21% |
| MAT | 67% | 33% |
| NC | 61% | 39% |
| OTS | 100% | 0% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O nº da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 18 – Distribuição percentual acerca das **chances futuras estarem em equilíbrio com os esforços e conquistas** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 58% | Discordo 42% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 58% | 42% |
| Mulheres | 57% | 43% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 50% | 50% |
| 40 – 49 | 53% | 43% |
| 50 – 59 | 62% | 38% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 60% | 40% |
| 20 a 41 anos | 55% | 45% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 65% | 35% |
| UEPP | 50% | 50% |
| HE | 47% | 53% |
| UAES | 64% | 36% |
| MAT | 56% | 44% |
| NC | 44% | 56% |
| OTS | 100% | 0% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

* Condições de irritabilidade e dificuldade de desligar-se do trabalho.

O primeiro questionamento deste de ciclo de perguntas parece, indiretamente, estar relacionado ao primeiro questionamento deste bloco de questões, visto que se naquela ocasião questionou-se acerca da existência de pressão temporal no trabalho, aqui, afirma-se sua existência de modo a questionar um possível, e dela decorrente, condição de irritabilidade ou de saturação.

Cerca de 70% dos médicos discordaram da assertiva, afirmando com isso, que não se sentiam **facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço** (Tabela 19). Esse

percentual foi diminuindo, proporcionalmente à diminuição das faixas etária chegando, no caso dos médicos mais jovens, ao montante de 62%. Não houve diferenças significativas entre homens e mulheres, e em relação à variável tipo de unidade, apenas nos hospitais especializados o percentual (47%) daqueles que admitiram sentir-se saturados pela pressão do tempo foi mais acentuada do que na distribuição total (30%). Este dado parece contrariar o que informa a literatura em geral e o visto até aqui, no sentido de que, normalmente, são os médicos lotados em hospitais de emergências os mais saturados pelas pressões de tempo.

Na sequência, foram realizadas algumas perguntas com vista a verificar eventual super comprometimento do entrevistado com o trabalho ou ainda, sua capacidade de desligar-se do trabalho. Na primeira delas, questionou-se a **possibilidade de já acordar pensando no trabalho**, e, logo em seguida, procurou-se medir a capacidade do entrevistado de **desligar-se com facilidade do trabalho, após o fim da jornada**.

As respostas foram compatíveis entre si, cerca de 64% dos médicos discordaram da primeira assertiva, afirmando, conseqüentemente, que não acordam pensando no trabalho (TABELA 19), bem assim, 68% do contingente total, concordou com a segunda pergunta, afirmando que consegue, com facilidade desligar-se do trabalho, ao chegar em casa (TABELA 20). Analisando as respostas por idade, constatou-se que os médicos na faixa etária de 25 a 39 anos são os que referiram maior desgaste para conseguir desligar-se do trabalho, seja quando acordam (42%), ou após a jornada de trabalho (50%). Já em termos de facilidade para desligar-se do trabalho, de um modo geral, esta foi mais referida pela faixa etária do meio, onde se observou percentuais de 76% para ambas as perguntas, superiores inclusive aos percentuais da totalidade.

De modo geral, a sintonia das respostas para ambas as perguntas permaneceu independentemente do cruzamento com quaisquer das variáveis. Entende-se relevante apontar, porém, que nas maternidades, comparativamente ao total, bem assim às demais unidades, se localizaram os índices indicativos de maior desgaste com 44% dos médicos lotados nesse tipo de unidade afirmando dificuldade tanto em acordar sem pensar no trabalho, quanto em desligar-se dele ao chegar em casa.

Tabela 19 – Distribuição percentual acerca do **salário ser adequado em relação aos esforços e conquistas** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 5% | Discordo 95% |
|-------------------------|-----------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 6% | 94% |
| Mulheres | 5% | 95% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 8% | 92% |
| 40 – 49 | 5% | 95% |
| 50 – 59 | 4% | 96% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 4% | 96% |
| 20 a 41 anos | 7% | 93% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 3% | 97% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 7% | 93% |
| UAES | 14% | 86% |
| MAT | 0% | 100% |
| NC | 6% | 96% |
| OTS | 0% | 100% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Tabela 20 – Distribuição percentual acerca da possibilidade de ficar **facilmente saturado pelas pressões de tempo no serviço de acordo com idade**, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 30% | Discordo 70% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 23% | 77% |
| Mulheres | 34% | 67% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 38% | 62% |
| 40 – 49 | 29% | 71% |
| 50 – 59 | 27% | 76% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 23% | 77% |
| 20 a 41 anos | 39% | 61% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 33% | 77% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 47% | 53% |
| UAES | 29% | 71% |
| MAT | 33% | 77% |
| NC | 39% | 61% |
| OTS | 0% | 100% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

* **Percepção externa do esforço e supercomprometimento**

A penúltima questão versa sobre a percepção externa quanto ao **sacrifício feito pelos médicos entrevistados no curso de suas atividades**. Vale apenas ressaltar que nem sempre essa percepção externa, da família, amigos e colegas, corresponderá à autopercepção de sacrifício dos médicos entrevistados. Pois bem, os dados permitem constatar que da totalidade entrevistada, cerca de 61% afirma que a percepção externa daqueles ao seus redor é, de fato, que eles se sacrificam demais pelo trabalho (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição percentual acerca **pensar nos problemas do trabalho logo quando acorda** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 36% | Discordo 64% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 35% | 65% |
| Mulheres | 36% | 64% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 42% | 58% |
| 40 – 49 | 24% | 76% |
| 50 – 59 | 38% | 62% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 35% | 65% |
| 20 a 41 anos | 36% | 64% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 35% | 65% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 40% | 60% |
| UAES | 43% | 57% |
| MAT | 44% | 56% |
| NC | 33% | 67% |
| OTS | 0% | 100% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O n° da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Os pontos de maior distanciamento da distribuição do total são vistos quando analisadas as variáveis idade e tipo de unidade. Em relação às faixas etárias, nota-se que os médicos, de 40 a 49 anos, foram os que mais discordaram da assertiva (52%), caminhando, portanto, na direção oposta ao percentual visto no contingente geral. Por sua vez, essa relação entre trabalho e sacrifício é a mais referida na faixa etária mais jovem, com apenas 30% de discordância. A percepção externa de sacrifício foi menos referida também pelos médicos lotados nas unidades de atenção especial à saúde e para aqueles que laboram no nível central, haja vista que neles, respectivamente, apenas 36% e 33% discordaram da assertiva.

Neste quesito, as colocações feitas sobre as fases da carreira médica, propostas por

Machado servem bem a explicar tais achados no que se refere à idade. Isso porque, segundo a autora, os médicos que se encontram nesta faixa etária intermediária, encontram-se na fase de consolidação da carreira e, geralmente, são os que dominam (qualitativa e quantitativamente) o mercado de serviços, seja nas instituições privadas ou públicas que compõem o sistema de saúde. (MACHADO, 1997, p.124), e atuam mais fortemente em consultórios, com maior seletividade na efetivação dos contratos. É a faixa também onde se localiza o maior número de empresários do ramo médico.

Ademais, considerando que, sob o ponto de vista do olhar externo (daqueles que não estão vivenciando outros aspectos do trabalho, como as condições de trabalho, os aspectos interpessoais ou as exigências do processo de trabalho em si) o sacrifício está mais frequentemente associado à intensidade da jornada. Desse modo, compreende-se que seja natural uma forte percepção de sacrifício em relação ao labor daqueles que estão mais expostos à estas longas e intensas jornadas e ao multiemprego: os médicos mais jovens.

Na última questão buscou-se saber se o entrevistado **consegue dormir direito à noite se adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito**. Entende-se que, em tese, se está a medir uma espécie de super comprometimento do empregado em relação ao trabalho. Neste perspectiva, cumpre demonstrar que pouco mais da maioria, 55%, afirmou que consegue dormir a noite caso tenham adiado alguma tarefa, enquanto que um relevante percentual de 45% dos médicos entrevistados admitiram o contrário, discordando assim da assertiva (TABELA 22).

As mulheres parecem ser mais afetadas pela preocupação em caso de tarefas adiadas, eis que nota-se um leve aumento no seu percentual comparativamente às da totalidade (51% discordou da assertiva). Esse aumento também foi notado entre os médicos da faixa etária mais jovem, e entre aqueles que laboram no HEGP, nas maternidades e no nível central, como se vê na tabela 22.

Tabela 22 – Distribuição percentual acerca da possibilidade de **conseguir desligar-se do trabalho** de acordo com idade, tempo de serviço, tipo de unidade e gênero. Salvador, Bahia, Brasil, 2016.

| Variáveis | Concordo 32% | Discordo 68% |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| Gênero | | |
| Homens | 81% | 19% |
| Mulheres | 62% | 38% |
| Idade | | |
| 25 – 39 | 8% | 92% |
| 40 – 49 | 50% | 50% |
| 50 – 59 | 76% | 24% |
| Tempo de Serviço | | |
| 1 a 19 anos | 73% | 27% |
| 20 a 41 anos | 64% | 36% |
| Tipo de Unidade* | | |
| HEGP | 65% | 35% |
| UEPP | 0% | 100% |
| HE | 73% | 27% |
| UAES | 79% | 21% |
| MAT | 56% | 44% |
| NC | 61% | 39% |
| OTS | 0% | 100% |

Fonte: Dados extraídos a partir da listagem de microdados da Pesquisa: Estudos Sobre o Perfil de Morbidade dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. O nº da amostra foram de 92 médicos.

*Tipos de unidade:

HEGP – Hospital de Emergência de Grande e Médio Porte

UEPP – Unidade de Emergência de Pequeno Porte

HE – Hospital Especializado

UAS – Unidade de Atenção Especial à Saúde

MAT – Maternidade

NC – Nível Central

OTS – Outros

Insta observar que estas últimas questões são bastante relevantes para a pesquisa, visto que permitem um dimensionamento de como e quanto o trabalho pode interferir na vida pessoal desses médicos. Pois a medida que se afirma acordar pensando nos problemas do trabalho; não conseguir se desligar do trabalho ao dormir, ou ainda, não conseguir dormir à noite caso tenham adiado alguma tarefa do trabalho que deveria ter sido feita, demonstra-se que o tempo de “não-trabalho”, tão necessário à reprodução da força de trabalho e proteção da saúde do trabalhador não está sendo usufruído da forma adequada.

Assim, embora a maioria dos médicos, conforme visto, afirme que consegue separar adequadamente o trabalho e a vida pessoal, o que, lhe permite usufruir melhor o referido

tempo de não-trabalho e assim, proteger-se face o processo de desgaste profissional, um percentual também importante da amostra, aproximadamente um terço dos entrevistados, asseveraram em sentido contrário, demonstrando-se, portanto, vulneráveis ao mencionado desgaste, ao estresse ou ainda ao sofrimento e desprazer com o trabalho.

Interessante notar que este resultado se coaduna com os resultados de pesquisa feita pelo Conselho Federal de Medicina (2004) onde foi sugerido que o maior impacto do desgaste profissional se faça sentir na vida pessoal do médico, de modo que embora a maioria, de acordo com aquela pesquisa, tenha se demonstrado satisfeito com sua vida e trabalho, a porcentagem de insatisfeitos também chegou a quase um terço do total.

Ao realizar a análise quantitativa das respostas fornecidas acima, pelos médicos que compuseram a amostra da Pesquisa SESAB, observou-se que vários aspectos considerados na referida pesquisa revelaram uma proporção relativamente baixa de respostas que traduzem condições e relações inadequadas de trabalho, muito embora, o percentual que assinala as respostas mais negativas não seja desprezível.

Assim, se de um modo geral, ao analisar o contingente total, constata-se que esses médicos, em uma maioria de fato consistente, negam que são pressionados a realizar horas extras, não se sentem exigidos fisicamente, gozam do respeito que merecem dos chefes e colegas, bem assim, podem efetivamente contar apoio em situações difíceis e, além disso, afirmam que são tratados com justiça no trabalho e que ocupam um cargo compatível com o conhecimento e treinamento que possuem. Por outro lado alguns índices relevantes observados nas respostas também indicaram a existência de preocupações e insatisfações dos médicos, entre elas: verificou-se uma forte percepção dos médicos quanto ao aumento de exigências no trabalho; a descrença quanto à possibilidade serem promovidos e um descontentamento quase que absoluto quanto aos salários.

Destarte, há que se ressaltar ainda, que embora alguns importantes aspectos/questões que se associam às condições de trabalho desses médicos não apresentem percentuais no sentido de uma suposta precariedade, considerando o índice de respostas negativas, supõe-se que constituem questões controvertidas entre os profissionais e por isso mesmo, demandam atenção e cuidado.

Neste contexto, estiveram os questionamentos: sobre pressão temporal e interrupção no trabalho; a preocupação e inseguranças com possíveis mudanças indesejadas no trabalho; a percepção de recompensa através do respeito e reconhecimento pelos esforços despendidos no trabalho; a vivência da percepção externa (familiares, amigos e colegas) de que há um grande sacrifício pelo trabalho; a percepção de que as chances futuras no trabalho estão de acordo

com os esforços e conquistas e por fim, as questões que conduzem à repercussão do trabalho na vida pessoal desses médicos, onde observou-se percentuais equilibrados quanto a possibilidade de acordar pensando no trabalho; conseguir desligar-se facilmente dele, ao chegar em casa e, conseguir dormir caso tenha adiado alguma tarefa.

Relativamente ao cruzamento dos referidos questionamentos com as variáveis consideradas, de modo geral, fora desenhado um quadro de maior desgaste e de possíveis indícios de precariedade entre os médicos mais jovens, cujas as respostas destoam muito frequentemente dos médicos nas outras faixa etárias, bem ainda, em alguns casos, destoam inclusive, do percentual da totalidade; e daqueles que laboram em unidades que possuem o serviço de emergência - chamando especialmente a atenção para o HEGP e as maternidades, e ainda do médicos lotados no nível central.

Com efeito, a análise ora apresentada permite constatar que o HEGP e as maternidades tem sido destacados pelos médicos servidores da SESAB, como um local onde se observa a maior pressão temporal no trabalho e no caso das maternidades, pressão também para realização de labor além do horário; maior nível de exigências físicas e ainda, são associadas como os tipos de unidade onde o maior número de médicos fizeram referência a um tratamento no trabalho, supostamente, injusto.

Já no nível central, ficou claro o caráter particular de estresse e tensão provocado pelo clima político que circunda o processo de assunção dos cargos comissionados, bem assim, a influência de todos os demais aspectos ligados à alta responsabilidade que essas atividades estratégicas demandam, prova disso é que os médicos que laboram neste tipo de unidade, sobressaindo-se entre os demais, indicaram que são pressionados para trabalhar além do horário e por outro lado, se sentem inseguros em relação a possíveis futura mudanças indesejadas no trabalho.

5 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS MÉDICOS. PERCEPÇÃO SUBJETIVA E VISÃO DO SERVIÇO

Neste capítulo são discutidos os dados colhidos e produzidos a partir das entrevistas feitas com médicos que estão inseridos no serviço público de saúde do Estado, na cidade do Salvador. Buscou-se, através da articulação entre o debate teórico e os achados empíricos que emergiram das entrevistas realizadas, descrever e levantar elementos explicativos acerca da precarização das condições de trabalho desses profissionais bem assim, conforme a visão dos entrevistados, problematizar acerca da repercussão dessas condições nas suas vidas pessoais e na qualidade da própria atividade por eles exercida.

Embora a precarização associada ao tipo ou modalidade de vínculo com o serviço público, conforme já exaustivamente demonstrado, não componham necessariamente a tônica do presente estudo, cumpre esclarecer que entre os médicos entrevistados, além de alguns estatutários, há também profissionais titulares das mais variadas formas de contratação pela administração pública: alguns enquanto pessoa jurídica prestando um serviço terceirizado para realização de serviços de anestesia, outros cooperativados e ainda um médico pejetizado – *pessoa jurídica do eu-sozinho* (CARVALHO, 2010), em flagrante fraude aos princípios constitucionais de contratação via concurso público.

Assim, em se tratando de uma pesquisa qualitativa, onde os entrevistados são estimulados a expor livremente suas ideias a partir do roteiro de entrevista proposto, há que se ressaltar ser possível que alguns dos aspectos relatados por esses profissionais acerca de suas condições de trabalho, possam surgir associados às características provenientes das suas respectivas modalidades contratuais.

5.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA UTILIZADA

Insta esclarecer que a escolha do presente estudo não contempla uma abordagem mista (quantiquantitativa), de modo que, embora muitos dos assuntos aventados na Pesquisa SESAB tenham sido também abordados nas entrevistas feitas na pesquisa de campo ou ainda, tenham naturalmente irrompido das falas dos entrevistados, a análise dessas entrevistas não se orienta a partir da confrontação desses achados entre si, ou, necessariamente da sua complementariedade.

Nesse sentido, pretende-se, em verdade, oportunizar o acesso às vivências e percepções dos médicos que também atuam no serviço público do Estado, possibilitando por

sua vez, compreender outros aspectos/dimensões não tratadas na Pesquisa SESAB, e que são essenciais aos objetivos da presente pesquisa. Tais pretensões, se coadunam perfeitamente com aquilo que Minayo preconiza como razão para utilização da metodologia qualitativa: “aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.” (MINAYO; SANCHES, 1993, p.247).

Portanto, a opção pela metodologia qualitativa, fundamentou-se na necessidade de explorar com maior profundidade o processo de precarização do trabalho dos médicos – sob o viés específico das condições de trabalho no serviço público - tentando desvelar questões subjetivas por vezes difíceis de serem quantificadas.

5.2 PARTICIPANTES

A priori, a seleção dos sujeitos da pesquisa obedeceu a apenas um critério: que entre os múltiplos vínculos de trabalho do médico, pelo menos um, fosse no serviço público de saúde do Estado. Eles foram contactados mediante indicação interpessoal, e tal qual o procedimento utilizado por Schraiber (1995),⁹⁹ que também estudou os médicos, o primeiro médico que aceitou colaborar com a pesquisa serviu de ponte para acessar outros profissionais, que atendessem ao critério supramencionado, conformando-se assim, uma amostra tipo Snowbal ou “bola de neve”, ou ainda, como chamado por Schraiber (1995); “gerações” de sujeitos indicados.

Destarte, tendo em vista que, a partir da análise dos dados produzidos através do cruzamento dos microdados da Pesquisa SESAB (examinada no capítulo precedente), variáveis como idade, gênero e tipo de unidade demonstraram-se bastante relevantes para a compreensão da diversidade do cenário da prática médica e das condições de trabalho vivenciadas no serviço público, a presente pesquisa buscou garantir também, na medida do possível, uma diversidade de situações abrangendo os médicos.

Assim, contrariamente ao que geralmente ocorre na metodologia quantitativa, nas quais a seleção da amostra se dá de forma aleatória, no presente estudo qualitativo, além de tentar assegurar os diferentes ciclos de vida profissional e, sobretudo, como já dito, um conjunto variado de experiências e expressões do cotidiano no serviço público, buscou-se

⁹⁹ Foi realizada pesquisa qualitativa aplicada à saúde coletiva e medicina social, baseando-se em estudo acerca das transformações históricas da autonomia profissional dos médicos na passagem da medicina liberal para a atual medicina tecnológica. A pesquisa de campo valeu-se de entrevistas abertas e gravadas para colher depoimentos pessoais sobre histórias da vida profissional de médicos formados entre 1930-1955.

ainda garantir um “número suficiente de interlocutores para permitir a reincidência e complementariedade das informações” (MINAYO, 2007, p. 197).

Deste modo, para esta pesquisa, foram entrevistados seis médicos, sendo quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino, na faixa etária de 34 a 52 anos. Destes, um graduado há mais de 20 anos, dois entre 15 e 20 anos e três com, exatamente, 10 anos de formados. Além da especialidade proveniente do curso de residência comum à todos, há ainda, dois médicos com pós graduação lato sensu em Acupuntura, e um que possui curso de mestrado, todos laborando durante todo o período com a atividade médica. Por fim, em relação aos tipos de unidade de trabalho, a amostra é composta de três médicos que laboram em hospitais de emergência de grande e médio porte, dois em maternidade, um que labora em hospital especializado e um no setor de regulação.¹⁰⁰

Nesta perspectiva, em sintonia mais uma vez ao que afirma Minayo (2007), insta ressaltar que o número de sujeitos entrevistados, definido pelo critério de saturação das informações, não teve tanta importância quanto o aprofundamento das questões relevantes e a abrangência dos atores principais sobre o tema, cabendo por fim, asseverar que eles não foram identificados pelos seus nomes, sendo utilizada uma ordem numérica de 1 a 6.

5.3 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Embora, para captar a percepção subjetiva desses profissionais acerca do tema, uma comunicação mais livre e aberta tenha sido permitida e incentivada, as entrevistas foram guiadas por um roteiro construído a partir de esforços no sentido de oportunizar uma ampla abordagem dos diversos elementos que confirmam a atividade profissional dos médicos, à exemplo do aumento de jornada, da intensificação da produtividade ou da ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho, além dos elementos que, assim como estes, se comunicam também com aspectos da vida fora do trabalho, tais como o tempo de descanso e o convívio com a família.

Cumprir registrar que o arcabouço teórico utilizado para a construção do referido roteiro esteve pautado na delimitação conceitual de “condições de trabalho” proposta em item específico do quarto capítulo, haja vista que, conforme assinalado, devido ao caráter

¹⁰⁰ Em que pese este tipo de unidade caracterize-se mais enquanto uma atividade administrativa e não assistencial, entende-se que persiste o caráter de “atividade médica” haja vista que as competências médicas de diagnóstico e avaliação de risco são requisitos essenciais ao exercício da função, de modo que a função denomina-se como “médico regulador”.

multidisciplinar do termo, são muitas as interpretações e conseqüentemente, os elementos que podem compor o que se entende por condições de trabalho.

Assim, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado composto por três blocos de questões: no primeiro bloco realizou-se a identificação geral do entrevistado (destinado a caracterizar os indivíduos integrantes da amostra segundo sexo, idade, estado civil e a existência de filhos); o segundo, ainda visando delinear as características da amostra, versou sobre a formação, trajetória profissional e características ocupacionais (ano de graduação, tempo de exercício profissional, especialização, vínculos profissionais, carga horária total trabalhada/semanal, turnos de trabalho).

E por fim, no terceiro bloco, questionou-se sobre as condições de trabalho propriamente ditas, subdividindo-o em outras três categorias: na primeira foram tratadas questões sobre as condições físicas e materiais do trabalho que podem ter impacto na saúde (corporal e psíquica) do trabalhador, tais como a exposição a aspectos nocivos do ambiente físico (riscos ocupacionais, falta de EPI); sobre a necessidade de esforço físico no trabalho entre outras questões. Na sequência questionou-se acerca do processo e características da atividade, onde os médicos responderam sobre o espaço da autonomia no trabalho, sobre as organizações do tempo (exigência de tarefas complexas com rapidez), sobre a colaboração dos pares (chefes e colegas) na realização do trabalho (apoio à iniciativas diante de imprevistos ou conflitos no curso do trabalho, além da questão do reconhecimento, e outras).

Encerrando esta etapa, questionou-se sobre as condições do ambiente sociogerencial, onde a preocupação recaiu sobre a organização da atividade, sobre a fragilidade infraestrutural e eventual pressão o médico (exigências desproporcionais às condições de infraestrutura), sobre o diálogo em torno do desempenho no trabalho, ainda sobre a violência no trabalho – amistosidade das relações interpessoais (agressões verbais, violência física ou intimidações), e por último, foram estimulados a falar sobre eventuais desgastes provenientes da atividade, possível falta de motivação para o trabalho e o resultado disso, na prestação da respectiva assistência.

Embora no primeiro momento o roteiro de entrevista aparente ser estruturado de forma relativamente rígida, tendo em vista a metodologia qualitativa utilizada, cumpre ressaltar que ele foi entendido apenas como um ponto de partida, de modo que, inevitavelmente, o roteiro inicial sofreu algumas modificações no transcurso da fase de campo e, de acordo com as imprevisíveis interações entre o entrevistado e o entrevistador, ele foi adaptado, quando necessário, a cada informante. Assim, as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas, e o referido roteiro inicial se encontra apresentado no APÊNDICE A, desta dissertação.

5.4 PROCESSO DE ANÁLISE E ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Após a transcrição dos audios das entrevistas, procedeu-se uma primeira leitura contínua e exaustiva das informações ali colhidas, a fim de permitir a impregnação do conteúdo das falas e de identificar os temas significantes e nucleares que compuseram a comunicação, e que, por sua vez, permitem traçar com mais acuidade os contornos e sentidos do fenômeno estudado.

Na sequência, a análise operacionalizou-se objetivando confirmar ou refutar as hipóteses da pesquisa, além de se assegurar que o material coletado apresentava validade qualitativa pelos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. (MINAYO, 2007). E por fim, realizou-se o tratamento das informações e as interpretações, interrelacionando os temas encontrados com o aporte teórico, e, eventualmente, dentro do possível, com os achados da Pesquisa SESAB.

Vale ressaltar que as análises dessas narrativas serão feitas à luz do cenário de precarização do trabalho que toca a categoria médica, e que, no presente estudo, conforme já demonstrado no capítulo 3, se articula com o debate teórico e conceitual da precarização social do trabalho a partir da apropriação, mais especificadamente, de duas - “organização e condições de trabalho” e “precarização da saúde do trabalhador”, das cinco dimensões da precarização suscitadas por Druck, Franco, Siligman-Silva (2010), as quais são denominadas também como “padrões de gestão e organização do trabalho” e “condições de (in) segurança e saúde no trabalho” na tipologia proposta por Druck (2009, 2011, 2013) acerca do fenômeno.

O estudo desenvolvido atendeu às prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, bem ainda, com a recentemente publicada Resolução 510/16¹⁰¹, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador (Processo n. 1.387.263, em 16 de janeiro de 2016). Todas as informações que resguardam os direitos dos sujeitos da pesquisa foram explicadas verbalmente aos participantes do estudo, assim como os objetivos da pesquisa e o compromisso assumido pela pesquisadora de contribuir com a construção do conhecimento multidisciplinar na área de Políticas Sociais e Cidadania. Essas informações também

¹⁰¹ Cumpre esclarecer que há época em que a presente pesquisa foi aprovada, a resolução vigente ainda era a 466/12, todavia, vale salientar que o estudo está também de acordo o que quanto assinalado por esta nova Resolução – 510/16, que regula a avaliação da ética em pesquisa nas ciências humanas e sociais (Diário Oficial da União Nº 98, seção 2, de 24 de maio de 2016, páginas 44 a 46) Entende-se como um passo importante da luta que vêm mantendo há anos as associações de ciências humanas e sociais, para garantir uma avaliação da ética nos procedimentos de pesquisa que seja condizente com as características e especificidades dessa área de saber. <http://www.portal.abant.org.br/index.php/comite-de-etica-em-pesquisa-nas-ciencias-humanas>

constaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, anexo II, assinado em duas vias, pelo participante e pelo pesquisador, ficando uma das vias de posse do entrevistado e a outra do pesquisador.

Assegurou-se aos sujeitos, que a sua colaboração era voluntária e passível de desistência a qualquer momento. Foi ainda assegurado ao participante, que mesmo sendo extremamente reduzidos os riscos implicados na sua contribuição à pesquisa, todos os cuidados foram tomados para impedir que eles ocorram, sendo o mais importante deles a garantia do anonimato. Finalmente, foi ressaltado que o benefício principal da pesquisa, qual seja; a contribuição que aportará à ampliação das discussões acerca do fenômeno da precarização social do trabalho que hoje, atinge a todos os profissionais, inclusive os médicos, bem como do reconhecimento das condições de trabalho enquanto uma das dimensões relevantes deste processo.

5.5 VISÃO DOS MÉDICOS

A seguir, são enunciadas as visões dos médicos entrevistados sobre suas condições de trabalho, a eventual repercussão destas no âmbito de suas vidas e, sobre os possíveis efeitos para a prestação do serviço público de saúde a que se propõem. Como dito, algumas questões se insurgiram de forma recorrente entre os relatos dos entrevistados, sendo por isso instadas como condutoras – unidades temáticas de análise.

5.5.1 Riscos no ambiente físico do trabalho

Em que pese o presente estudo não tenha a pretensão de realizar uma abordagem específica no campo da Saúde do Trabalhador, nem tampouco analisar aspectos epidemiológicos do perfil dos médicos que compõem a amostra, de acordo com o proposto caráter amplo e multidisciplinar do conceito de condições de trabalho, resta inevitável a imersão em alguns aspectos que se relacionam com a proteção da saúde e a segurança desses profissionais.

Pois bem, conforme já explicitado acima, a seleção intencional da amostra buscou garantir uma certa heterogeneidade nas características, tanto pessoais, quanto relativas aos ciclos de vida profissional e cenários laborativos dos médicos entrevistados. Assim, entre as realidades laborais a serem consideradas, tem-se desde médicos que em virtude da especialidade, exercem predominantemente sua atividade numa sala de um centro cirúrgico de

um grande hospital; médico que realiza atividades ambulatoriais numa pequena sala de um posto de saúde; alguns que realizam atendimentos e ou cirurgias de alta complexidade em unidades hospitalares especializadas e até titulares de cargos de gestão/administrativo em centros de regulação.

Destarte, sabe-se que, muitas vezes, o que há em comum entre todos esses ambientes de trabalho é a permanente exposição a um ou mais fatores que produzam risco para a saúde: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos, no manuseio de instrumentos e máquinas, além, principalmente, daqueles de natureza psicossocial. Sabe-se que esses fatores de risco “interagem sinergicamente, potencializando efeitos e danos para a saúde” (DIAS, 2009, p.64), tornando a natureza do trabalho médico, geralmente, difícil para todos eles.

Vale notar que, embora no contexto do pensamento da saúde ocupacional e até na legislação brasileira o termo “risco” seja o comumente usado, o presente estudo optou por substituí-lo pelo conceito de cargas de trabalho¹⁰² – o qual já foi inclusive brevemente explicitado quando da análise dos dados da Pesquisa SESAB, mais especificamente quando foi abordado o tema “*cargas fisiológicas e aumento de exigências*”. Neste sentido, observa-se que os efeitos dessas “cargas” sobre a saúde dos médicos se expressam em múltiplas formas e intensidades, traduzidas em variadas queixas observadas a partir da narrativa dos médicos entrevistados.

Entre as mais frequentes, em relação ao meio ambiente físico do trabalho, estão: a **exposição à agentes biológicos** sem equipamentos de proteção adequados ou de qualidade duvidosa, os problemas estruturais como **falta de material, precariedade das instalações sanitárias e de conforto**, a **insegurança em relação ao local de trabalho (violência urbana que interfere no ambiente do trabalho)**, além do impacto das “cargas fisiológicas”, que no caso do entrevistados, traduziu-se em exigências de **esforço físico para realização de determinadas atividades**.

Acerca da exposição aos agentes biológicos, os depoimentos evidenciam a consciência dos entrevistados em relação aos riscos de contaminação, especialmente entre aqueles cuja especialidade está associada ao ambiente cirúrgico, como no caso do entrevistado (01), anestesiólogo, que indicou tais riscos como inerentes a sua profissão, fazendo inclusive

¹⁰²O conceito de carga de trabalho foi utilizado por Laurell e Noriega para nomear a relação entre os fatores que interagem dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste. Este se expressa como a perda total ou parcial das capacidades biopsíquicas que acomete grupos de trabalhadores que apresentam perfil de adoecimento semelhante. Os autores categorizam as cargas de trabalho como biológicas, químicas, mecânicas, físicas, fisiológicas e psíquicas. Assim, nas situações de trabalho, o trabalhador está simultaneamente exposto a múltiplas cargas de trabalho, em processo crescente e cumulativo. (SILVA, 2001, p.64).

referência ao frequente contato com materiais perfurocortantes, fluidos e sangue contaminados¹⁰³.

Destarte, embora se observe especificamente na fala supramencionada, a aceitação desses riscos com certa passividade – o que evidenciou-se, de modo geral, entre os depoentes -, demonstrou-se recorrente a preocupação com a exposição ao risco de contaminação decorrente da falta de material em geral, ou sobretudo, da qualidade dos materiais existentes, inclusive, dos equipamentos de proteção individual (EPI), como se transcreve:

[...] no dia a dia, o material que a gente manuseia nem sempre é o ideal, digamos não em termos de incompleto, necessariamente, mas em termos de melhor qualidade. No caso da maternidade, a gente tem uma certa exposição a pacientes que são H.I.V. positivo, H.T.L.V., vírus C e nem sempre a gente tem todos os E.P.I.s, todos os equipamentos de proteções individuais a mão, bem como os melhores materiais para a gente não correr tantos riscos biológicos. [...] falta agulhas ideais para aquele procedimento e muitas vezes existe o material mas ele é de péssima qualidade e digo coisas simples, como luva de procedimento, luvas estéreis, passando por outros equipamentos de proteção, bem como laringoscópio, canos, enfim todos os materiais que fazem parte do arsenal do anestesista. Nós temos sempre algum déficit de qualidade. (entrevistada 02)

[...] Há uma variabilidade muito grande da qualidade dos materiais que usamos no setor publico como agulhas, cateteres, etc. A tendência é ter os mais baratos e nem sempre de boa qualidade. Além disso, há falta de insumos e menos controle destes. (entrevistada 05)

Outro aspecto importante a ser analisado, é a relação que alguns médicos fazem dos problemas acima aludidos com os objetivos econômicos da gestão do serviço. Isto se observa ainda na fala da entrevistada (02), eis que para ela, muitas vezes as escolhas da unidade se pautam no argumento de uma suposta economia nos custos, em detrimento da proteção dos profissionais e da própria eficiência do serviço prestado: “a gente sabe que a unidade escolhe uma marca mais barata, mais simples para economizar nos custos, mas, muitas vezes, é um gasto maior, porque, por exemplo, ao invés da gente abrir uma luva, a gente abre três porque rasga mais rápido, e além disso, a gente fica exposto”.

Esta percepção de que a escassez de recursos faz com que os aspectos econômicos e financeiros norteiam as práticas da gestão em sinal oposto à obrigação e responsabilidade de promover as condições de trabalho saudáveis e prevenir as doenças profissionais e os acidentes de trabalho e, de que esta realidade conduz a ressonâncias na qualidade da prestação do serviço, já é antiga entre os profissionais de saúde, particularmente no setor público. Este

¹⁰³ DIAS (2009), aponta para a existência de estudos mostram que a ocorrência de acidentes com material perfurocortante potencialmente contaminado é maior em hospitais menores, que os homens se acidentam mais do que as mulheres e que o treinamento em biossegurança não reduz as ocorrências. A acidentabilidade não parece estar relacionada ao conhecimento das normas de segurança e também não afeta o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), sugerindo a necessidade de se reavaliar o treinamento em serviço. (CAIXETA, 2005 apud DIAS, 2009).

cenário, conforme salienta Medeiros et al (2005), já motivou muitas lutas, reivindicações e propostas por parte dos trabalhadores do setor saúde, movimentos sociais e segmentos do governo, em determinados momentos do processo de construção histórico-social das políticas de saúde no Brasil.

Destarte, embora se notem alguns avanços, de um modo geral, o problema persiste, gerando, muitas vezes, desgastes, sofrimento e sentimento de impotência nos profissionais envolvidos, e, posteriormente, em alguns casos, um certo conformismo por parte do trabalhador. Este sentido de conformismo se instala, geralmente, em nome da vontade, do profissional, de realizar o seu trabalho e do senso de responsabilidade e comprometimento com a assistência prestada. Isto é o que se constatou claramente, por exemplo, no depoimento do entrevistado (1);

[...] muitas vezes se a gente for levar à risca as condições ideais de trabalho alguns procedimentos nem seriam feitos, mas sendo certo ou errado ficamos sempre pensando “ah, mas o paciente é do SUS e se você não fizer agora ele não vai operar, se não fizer agora ele não vai ter o atendimento, se você for esperar que tudo fique perfeito o hospital vai parar”. Você acaba se moldando. (entrevistado 1).

Dentre as narrativas dos entrevistados, chama a atenção também, a recorrência de insatisfações quanto às condições de higiene das instalações sanitárias e de conforto disponibilizadas nos ambiente de trabalho, e, quanto à insegurança do local. À exceção da entrevistada que indicou laborar no setor de regulação, local onde, conforme afirmou, tem estacionamento com segurança, além de ter um lugar para o almoço e uma salinha para descanso, todos os demais, foram enfáticos em denunciar as condições precárias de infraestrutura a que estão submetidos. Leia-se alguns desses:

[...] a gente tem um repouso que é compartilhado com a sala de armazenamento de materiais e o banheiro nas piores condições possíveis de higiene. Bem como o quarto as vezes está com o um cheiro muito forte. Ar-condicionado que quebra e fica pingando dentro do quarto, faz uma sujeira, mofo, dentre outras coisas (entrevistada 2)

[...] as questões de higiene do conforto médico por exemplo, são péssimas. Sabe que o ar é super velho e não há qualquer manutenção. Ele continua contaminando o ambiente que era para ser limpo. (entrevistado 4)

[...] A falta de segurança nas unidades públicas de saúde é um dos principais problemas que os profissionais enfrentam. Apesar de eu trabalhar em unidade fechada como o Centro Cirúrgico, recebemos pacientes com envolvimento em atos ilícitos, usuários de drogas, etc. Por vezes não há vagas para internamento no hospital, estes pacientes após a cirurgia permanecem no CRPA (Centro de Recuperação Pós-Anestésica), no ambiente em que os profissionais descansam. Não há fechadura no conforto médico. Além disso, utilizam o mesmo sanitário dos profissionais. (entrevistada 5)

Do exposto, insta ressaltar que o “quarto” ou “conforto médico” supra mencionados são de essencial importância especialmente para médicos que realizam trabalho noturno ou

laboram em turnos – frequentemente jornadas de 12 ou 24 horas trabalho (que é o caso de quatro dos sete entrevistados).

Esses locais são usados pelos médicos entre um procedimento/cirurgia e outro, durante o longo período em que ficam à disposição dentro da unidade, de modo que servem também para atenuar os efeitos que o trabalho nessas condições (noturno e em turnos) provocam sobre o organismo, os quais, ocorrem devido a dessincronização que existe entre os horários do trabalhador e aqueles do resto da sociedade (dormir, quando todos estão acordados; trabalhar, quando todos estão dormindo). Conforme aponta Silva (2001), “estes efeitos sobre o organismo afetam a organização temporal dos fenômenos biológicos, fisiológicos e/ou psicológicos tornando o organismo mais suscetível às agressões presentes no ambiente de trabalho.” (SILVA, 2001, p. 120).

O trabalho noturno é também emblemático quando se problematiza uma outra questão levantada pelos médicos e também já mencionada nos trechos acima: a insegurança no local de trabalho. Esta se traduz, conforme observado nos depoimentos, no medo e na sensação de vulnerabilidade em relação à violência que permeia o bairro onde se situam os hospitais e unidades públicas de saúde em que estão lotados a maioria dos entrevistados, haja vista que, conforme ressalta Silva (2013, p.33), “muitos trabalhadores da saúde exercem suas atividades, à noite, sozinhos ou de forma isolada, estando sujeitos a um risco maior de violência”.

[...] a gente trabalha num local que é na periferia, que são bairros bastante perigosos. Então já tiveram várias ocorrências com colegas, com funcionários na chegada e na saída do hospital. E é um público diferenciado nesse sentido também. A gente atende muito paciente vítima de lesão a prova de fogo, que deu entrada, como a gente diz “no quente da ação”, então às vezes vem o paciente, vem o traficante que se envolveu na agressão, muitas vezes a gente recebe pacientes que são trazidos pela polícia e até dentro do hospital, por mais que seja policiado, já aconteceu de traficantes entrarem. Então a gente se sente em alguns momentos exposto também a violência mesmo dentro da unidade. (entrevistada 02)

[...] Por exemplo, o lugar que eu trabalho é virado para uma favela, onde inclusive, já teve um tiro que atravessou as paredes do centro cirúrgico. Fora isso, tem estórias de invasões e até agressões no hospital. [...] Hoje meu maior medo é o acesso ao hospital, por que eu chego às 19hs da noite e sabe que a qualquer momento pode sofrer um assalto, ou sequestro, como já aconteceu com o colega. (entrevistado 04)

Destarte, cumpre aclarar, que por ora, não se está a falar da violência que se faz presente nas relações interpessoais, seja com chefias, colegas ou o público no exercício das atividades (a qual também merecerá a devida apreciação em momento específico), mas sim, de um outro aspecto dessa mesma “violência no trabalho¹⁰⁴”, cujos os desdobramentos atigem

¹⁰⁴ Sobre as diferenças entre “violência do trabalho” e “violência no trabalho”, Silva (2013) aponta que a primeira está relacionada às precárias condições laborais e aos novos paradigmas que regulam e norteiam a condução dos processos de trabalho, aumentando a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de

não só a saúde e o bem estar dos trabalhadores, como alcançam também a realização do próprio serviço, eis que, podem influenciar até mesmo na baixa disponibilidade de profissionais para o trabalho nessas unidades. Sobre a indicação da violência e das más condições de higiene e conforto como aspectos que desmotivam o trabalho nas unidades públicas, estão, respectivamente, os entrevistados (6) e (4).

[...] como a gente trabalha em sistema de sobreaviso, a gente as vezes tem que ir de madrugada para os hospitais e em nenhum hospital tem segurança. Você não tem estacionamento para colocar o carro perto da entrada, então é inseguro demais. [...] Tem alguns casos de alguns colegas que não trabalham à noite nesses lugares por esse problema, eu é que não posso me dar ao luxo, mas se eu puder, no futuro evitarei esses plantões noturnos. Com certeza. (entrevistado 6).

[...] isso tem sido batido na diretoria para que a gente possa atrair outros anestesistas para compor o quadro, que nunca está completo. O ambiente não é limpo regularmente, não tem ventilação. [...] no conforto médico, ar condicionado muito velho, sem ninguém pra limpar, eu mesmo que limpo, sempre que vou, banheiro afastado do quarto, ficou anos fechado, quebrado, agora está funcionando. Então isso é um dos fatores que não conseguem atrair aos colegas pra virem dá plantão (entrevistado 4).

Assinala-se a relevância dessas narrativas, haja vista que a fixação do médico no local de trabalho é um dos grandes desafios no enfrentamento de problemas graves e polêmicos que afetam, principalmente, o sistema público de saúde no país; a alta rotatividade e a má distribuição dos profissionais. Com efeito, de acordo com o último censo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (2015), o “ambiente seguro/sem violência” foi o quarto fator de fixação mais citado (97,2%) entre os sugeridos no estudo¹⁰⁵, ficando atrás apenas de fatores como “qualidade de vida” com 97,9%, e dos fatores “salário/remuneração” e “condições de trabalho” que foram citados por mais de 98% dos entrevistados.

Por fim, imperioso mencionar que a incidência de demanda por esforço físico na execução das atividades foi senso comum entre os médicos entrevistados, muito embora essas cargas fisiológicas mencionadas tenham divergido quanto a origem e a sua materialização objetiva no ambiente de trabalho. Assim, em alguns casos, essas exigências físicas estiveram relacionadas, como na fala da entrevistada (6) - cirurgiã pediátrica, às características próprias da atividade, decorrentes da especialidade escolhida, agravadas porém, pela precariedade

adoecimentos. Por outro lado, a violência presente nas relações interpessoais, seja com chefias, colegas ou o público no exercício das atividades, caracteriza a violência no trabalho (SILVA, 2013, p. 15) Vale salientar, entretanto, que o presente estudo, conforme explicitado no capítulo IV, entende a categoria condições de trabalho de modo amplo, abrangendo, assim, ambos os aspectos suscitados pela referida autora.

¹⁰⁵ O estudo elencou alguns fatores que levariam o médico a se fixar em seu local de trabalho, possibilitando respostas múltiplas, a serem consideradas em ordem de relevância. Além dos fatores já citados, em quinto lugar ficou a “possibilidade de aperfeiçoamento e especialização” – 96.9%, seguido por “plano de carreira” – 96.7% e “reconhecimento profissional” – 96.5%. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015, p. 135).

infraestrutural do ambiente, à exemplo da falta de “leito que fosse alto suficiente”¹⁰⁶ ou da falta de foco – “luz certa para enxergar adequadamente”, obrigando-a a fazer o procedimento “agachada, inclinada sobre a criança”.

Já para outros médicos, o citado esforço físico foi explicitado como uma carga extra, não necessariamente vinculada aos respectivos processos de trabalho, porém, imposta em virtude de desajustes na condução da organização e divisão das tarefas, no caso, mais especificadamente, de uma suposta insuficiência de equipe técnica. Assim é que, relataram alguns entrevistados, a necessidade de “auxiliar em carregar o paciente” (entrevistada 2), bem assim, “transportar o paciente de uma maca para a outra” (entrevistado 1), tarefas que, segundo esses médicos, resultam em um “trabalho muscular extra” que quando cumulados com as atividades próprias ao seus processos de trabalho, se transformam em mais um fator gerador de cansaço ao final do dia.

Neste particular, insta esclarecer que dentro da ampla e complexa estrutura organizacional dos ambientes hospitalares, onde, sabe-se, o labor é essencialmente coletivo porém, fortemente compartimentalizado e especializado (LUCCA et al, 2009), as atribuições comentadas acima, geralmente compõem o plexo de tarefas de cargos técnicos específicos, respectivamente, técnico de enfermagem e maqueiro.

Assim, o trabalho desses profissionais, tal qual o de todos os demais que, de algum modo, dão sustentação ao processo de cuidar, assume sua parcela de importância, e a ausência ou suposta insuficiência numérica de qualquer deles, acaba impactando no desenvolvimento do processo de trabalho do todo, implicando um leque de problemas; a acumulação de trabalho ou imposição de esforços não originalmente previstos - como nos casos ora relatados, podendo ainda, em situações mais extremas gerar ansiedade, desgaste e sentimento de impotência nos trabalhadores. (MEDEIROS et al., 2005).

Com efeito, não há dúvida quanto a importância dos aspectos suscitados e analisados até aqui, os quais foram traduzidos pelos médicos, muitas vezes, em forma queixas e denúncias igualmente relevantes, as quais se coadunam com estudos que apontam os investimentos nas condições objetivas – relacionadas ao ambiente físico laboral, oferecidas para o desempenho no trabalho (condições de higiene, segurança e equipamentos) como um caminho para evitar a insatisfação com o trabalho (MENDES et al., 2013, p.162).

Todavia, cabe ainda problematizar, a partir das narrativas colhidas, as condições de trabalho no contexto do ambiente psicossocial do trabalho, as quais estão mais relacionadas à

¹⁰⁶ Estudos apontam a incidência de lombalgia e maior prevalência de varizes em membros inferiores em médicos cirurgiões (DIAS, 2009).

fatores inerentes aos processos de trabalho e às características da atividade, e que, por sua vez, também influenciam intensamente na saúde e na vida dos médicos entrevistados. Assim, vale notar que alguns elementos inerentes ao contexto psicossocial em comento, foram selecionados (e serão a seguir analisados), posto que emergiram com mais representatividade, inclusive, por apontar para uma certa homogeneidade no conteúdo da fala dos médicos entrevistados.

5.5.2 Autonomia e intensificação da jornada

Conforme esclarece Dias (2009), entre os fatores de risco psicossociais presentes no trabalho em Saúde, decorrentes dos modos de organização e da gestão do trabalho, estão: a sobrecarga de trabalho; o trabalho em turnos; a pressão pelo cumprimento de prazos e demandas incompatíveis entre si; o controle excessivo explícito ou implícito, com pouca autonomia de decisão; o ambiente físico adverso e inadequado; a violência física e/ou velada na forma de assédio moral, comportamento agressivo ou intimidação; a pouca participação nas decisões e a comunicação deficiente na equipe; a ausência de recompensas e reconhecimento; a falta de apoio para equilibrar a vida profissional e familiar (DIAS, 2009, p. 65).

Assim é que, essas situações se articulam e se somam no contexto das condições do trabalho médico, refletindo-se em inúmeras consequências para a vida do profissional, dentro e fora do trabalho. Por essa razão, muitos desses itens também fizeram parte do roteiro de entrevista, principalmente na parte dos questionamentos sobre o processo de trabalho e características da atividade. Com efeito, as respostas obtidas, a seguir analisadas, de certo contribuem para a compreensão do cenário produtivo em que estão envolvidos esses profissionais, no setor público.

Nesta perspectiva, a questão da autonomia e do poder que o trabalhador tem sobre o seu processo de trabalho parecem centrais, visto que a jornada e intensidade de trabalho que, de um modo geral, se constituem nas principais queixas dos médicos e das quais derivam inúmeros outros problemas, estão intrinsecamente associadas ao nível de controle que o profissional têm acerca desses dois elementos supra mencionados – *autonomia e poder sobre o processo de trabalho*. Entretanto, de acordo com os relatos obtidos, nota-se que este entendimento não parecer ser bem compreendido por alguns dos médicos entrevistados, visto que ao tempo que reafirmam sua autonomia, admitem que em nome de um suposto produtivismo, frequentemente, realizam suas atividades sob pressão temporal, são

impossibilitados de decidir sobre o planejamento e ritmo do que se realiza, ou ainda, sofrem com elevadas exigências no trabalho.

A obviedade desta contradição aparece claramente, por exemplo, no discurso do entrevistado (1), eis que assim afirma:

[...] Eu considero minha autonomia preservada, apesar de existir muita pressão. Então existe uma pressão dos gestores e dos colegas para que haja a produtividade, muitas vezes não trabalhamos com as condições ideais. [...] E essas equipes de cirurgia que a gente trabalha dependem muito também dessa questão da produtividade então eles sempre vão querer que os procedimentos ocorram em qualquer horário e de qualquer maneira porque envolve tanto uma pressão da direção para que eles ocorram e também pela própria produtividade que esses procedimentos são gerados. Então a pressão é até grande. Então a autonomia existe, mas muitas vezes, pra você preservar a sua autonomia irá precisar entrar em embate com alguns colegas e gestores também. (entrevistado n. 1).

Também se subsume esta contradição no discurso da entrevistada n. (2), pois, embora tenha afirmado que no dia a dia tinha uma boa autonomia para exercer seu ofício na maneira que entedia adequada, “para o melhor atendimento do paciente”, fazendo ressalva apenas quanto a limitação de material e condições do hospital, no bojo de outras resposta, foi possível observar indícios de uma forte ingerência externa no processo de trabalho desta profissional, à exemplo da resposta fornecida ao ser questionada sobre pressão temporal no trabalho:

[...] Algumas vezes, não é a regra, mas no Hospital X a gente tem um volume muito grande e na verdade é uma cobrança em cadeia. O hospital cobra das enfermeiras que deem rotatividade nas salas e nós, como anestesistas acabamos sendo cobrados na sequência, de iniciar logo, de não demorar. (entrevistada n. 2).

Ou ainda, quando, ao relatar o aumento de desgaste nos últimos anos, faz referência ao aumento de movimento no centro cirúrgico e a conseqüente sobrecarga, afirmando:

[...] ainda existe um sobrecarga em termos de trabalho e sempre existe a cobrança no ponto de vista da diretoria. A gestão sempre nos cobra para que a gente atinja as metas pelo menos das cirurgias eletivas, gerando mais rotatividade para o hospital, gerando uma base de lucro melhor com baixo custo, e por aí vai. (entrevistada 2)

Importa notar que o foco produtivista extraído da fala de ambos entrevistados, constitui-se em uma das características inerentes aos novos padrões de gestão e organização do trabalho, os quais, conforme esclarece Navarro (2012, 2014) são fortemente influenciados pela lógica gerencialista privada. De fato, os entrevistados (1) e (2) laboram no serviço público do Estado, atuando como uma empresa terceirizada, para cobrir os postos de anestesia dentro do centro cirúrgico e no setor de hemodinâmica do hospital, o qual, por sua vez, constitui-se numa unidade gerenciada por uma parceria público privada, cuja modalidade

institucional de gestão¹⁰⁷ se justifica principalmente, em tese, pela busca por eficiência para o Serviço Público. (CARRERA, 2012, p. 11).

Embora não caiba ao presente estudo, nem seja de sua pretensão auferir se tal desiderato - no que concerne a eficiência, foi efetivamente alcançado no caso específico da unidade mencionada, importa aclarar que nem sempre este objetivo se concretiza, ou pior, conforme esclarece Navarro (2012), muito frequentemente, este modelo de gerência pública enseja novas práticas de gestão de pessoal que, ao privilegiar o produtivismo, o culto à performance, à excelência, e à competitividade máxima, podem até ensejar consequências danosas para os profissionais.

Deste modo, este cenário resulta em indicadores, já inclusive mencionados no presente estudo, como o aumento da carga de trabalho, em razão da redução de pessoal e dos novos imperativos de desempenho e produtividade; incoerência em relação ao grau de autonomia, pois a hierarquia está, em geral, bastante presente e a autonomia reduzida - exatamente conforme se depreende nos depoimentos dos médico (1) e (2) supra apontados, além da ausência de reconhecimento pelo trabalho realizado e, por fim, ausência de apoio social oferecido pelos colegas, superiores, subordinados ou usuários dos serviços (NAVARRO, 2012, p. 74-75).

No entanto, ainda no que concerne à relação entre a autonomia dos médicos e o modelo de gestão e organização do serviço no setor público, cumpre chamar a atenção para que os relatos de outros médicos deram conta de uma realidade adversa à gestão gerencialista, porém, ainda que por outros motivos, igualmente danosa e propulsora de desgastes e desmotivação. É o caso da médica (5), concursada, que labora num hospital de emergência de grande porte, cuja gerência do serviço está diretamente vinculada à SESAB, e que, embora assegure ser possuidora de uma autonomia técnica na realização do ato médico sob sua responsabilidade, revela claramente, sofrer pressão de instâncias hierárquicas superiores e até dos próprios colegas na realização do seu trabalho:

[...] No setor público não é estabelecida uma meta, não há cobrança de quanto seja necessário produzir e não há uma organização da demanda externa, mesmo aquelas que chegam através do Sistema da Regulação. Além disso, é um hospital de emergência que ao longo do tempo foi mudando o seu perfil e ainda não fizemos as adaptações necessárias. Hoje há cirurgias eletivas e programadas cujos pacientes não passam por avaliação pré-anestésica e não dão o consentimento informado. Também o número de anestesiológista é inferior ao de cirurgião, há pressão destes para que

¹⁰⁷ Na saúde, no Brasil do século XXI, diferentes modalidades institucionais da gestão pública atendem de variadas formas as orientações da gestão pública contemporânea. São elas: autarquias, fundações, entidades beneficentes, empresas públicas, sociedades de economia mista, serviços sociais autônomos, organizações sociais (OS), organizações da sociedade civil de interesse público (OSCIP) e mais recentemente, parceria público-privada (PPP).

seja feita logo o seu procedimento. Por vezes, temos que “brigar” para ter uma vaga de UTI para uma cirurgia que foi de emergência porque a mesma estava reservada para procedimento programado de ortopedia. Há uma tendência de o hospital valorizar a realização destes procedimentos. (entrevistada 5).

Fica identificada assim, não só uma queixa em relação à desorganização do atendimento, como também uma denúncia de sobrecarga de trabalho em virtude da já mencionada redução ou insuficiência de pessoal. Interessante observar ainda que ao afirmar haver uma valorização por parte da gestão na realização dos procedimentos ortopédicos¹⁰⁸ em detrimento das emergências, a entrevistada parece sugerir, ainda que de modo sutil, que a decisão da gestão pode estar fundamentada em objetivos outros, que não necessariamente àqueles que visem melhor assistir à demandas emergenciais da população.

Cumprir chamar à atenção que a referência a supostos problemas gerados pela falta de leitos, onde a gestão do hospital acaba privilegiando cirurgias eletivas, em prejuízo de emergências graves, também foi detectado na fala do entrevistado (4):

[...] acontece muito também que às vezes você tem um paciente que tem vagas reservadas na UTI, para fazer uma cirurgias que são eletivas, que teoricamente podem esperar e tem paciente de emergência grave que você às vezes tem que ficar...tendo que conversar com o diretor de UTI, pra botar o paciente e pegar a vaga daquele que teoricamente não precisaria. Tem esses incomodinhos que vc acaba tendo que se indispor com o colega pra fazer o que é justo. (entrevistado 4).

Neste particular, embora não seja possível afirmar, categoricamente, que são critérios econômicos e financeiros que estão a influenciar as posturas dos gestores dirigentes, porém, no tocante ao assunto ora em debate – a autonomia, sabe-se que, muito frequentemente, na rotina de grandes hospitais, conforme afirma Silva (2001), critérios econômicos se sobrepõem aos técnicos, interferindo na autonomia do profissional e na própria resolutividade do cuidado médico. (SILVA, 2001).

5.5.3 Relações interpessoais. Reconhecimento e apoio social

Tradicionalmente, a categoria médica é reconhecida pelas relações de cooperação entre os diversos agentes na prática profissional. Santos (2005) ressalta que esta característica é beneficiada pelo próprio caráter coletivo da medicina, na qual é frequente o trabalho em equipe, possibilitando a emergência de fortes laços de solidariedade. De fato, em várias falas identificou-se este espírito de camaradagem e de apoio no ambiente assistencial ou clínico,

¹⁰⁸ É senso comum entre a classe médica que a ortopedia é uma especialidade cuja a remuneração varia bastante de acordo com demanda pelo materiais ortopédicos usados. Assim, os cirurgiões, além de receber pelo ato médico realizado, geralmente, recebem pela utilização do material/prótese escolhida. Este assunto já foi inclusive objeto de matéria jornalística.

todavia, curiosamente, estas relações de cordialidade, respeito e apoio, foram observadas apenas entre “pares” com a mesma especialidade.

Neste sentido, todos os entrevistados ao afirmarem que contavam com o apoio dos colegas nos momentos difíceis, no curso da atividade, o fizeram com referência expressa em se tratar de médicos da mesma especialidade, restando claro que o mesmo, não ocorre quando se fala de colegas de outras especialidades, embora os processos de trabalho se relacionem – eis que são interdependentes, por tratar-se de uma equipe de trabalho. Não raro foi detectado, nas entrevistas, situações de ausência de apoio, desconforto, conflito, e até mesmo de violência nas relações interpessoais entre colegas e entre estes, e a supervisão/gerência/diretoria.

Assim é que a ausência de reconhecimento e apoio social, os quais, conforme visto no item anterior, também são apontados como consequências desses novos paradigmas que regulam e norteiam a condução dos processos de trabalho no setor saúde (NAVARRO, 2012), ou ainda, são classificados como “perigos psicossociais” que podem causar sérios “estresses emocional ou mental” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010, p.10), de igual modo, marcaram fortemente o discurso dos médicos entrevistados.

[...] só houve discussão com um colega cirurgião, do hospital público porque o mesmo queria colocar cirurgia eletiva quando eu era a única anestesiológica no plantão de um hospital de porta aberta para emergências. E durante o período em que fui coordenadora deste hospital tive que acompanhar processos de atritos de alguns cirurgiões com anestesiológicos (entrevistada 5)

[...] Então existe uma pressão dos gestores e dos colegas para que haja a produtividade, muitas vezes não trabalhamos com as condições ideais. Alguns colegas cirurgiões, até dessa unidade do estado, já pediram pra que eu fosse afastado da unidade, na direção, eu fui considerado problemático e certinho, já que eu queria que tudo estivesse certo para realizar o procedimento enquanto eles julgavam que por ser unidade pública, do estado, o procedimento nunca seria realizado se as coisas estivessem todas corretas. [...] Com os anos acebi ficando mais complacente para que esses embates e situações diminuíssem mas acaba formando uma rotina. [...] **Ou eu escolhia permanecer nessa unidade do estado e me moldar pra maneira que as coisas estavam acontecendo, ou eu acabava saindo.** (entrevistado 1)

[...] Bom, em relação a Central de Regulação, os próprios colegas que estão no outro lado da ponta, no caso os médicos que estão pedindo para que nós consigamos às vagas para eles, eles nunca estão satisfeitos com a gente, eles brigam, eles dizem que nosso trabalho não serve pra nada, eles nos dizem desaforos e realmente nem sempre a gente consegue regular os pacientes que tem necessidade, porque a rede não oferece vaga o suficiente. Nunca tem vaga de U.T.I. nem NEO NATAL que são as U.T.I.s para as crianças. **E eu chego em casa insatisfeita porque eu não consegui fazer o máximo que eu poderia,** porque foge das minhas mãos, eu não tenho como dar vaga se não existe vaga e nem todo mundo entende isso e acha que a culpa é da gente. (entrevistada 3)

Da leitura dos trechos acima, fica nítido como as questões gerenciais e organizacionais do trabalho acabam afetando as relações interpessoais no contexto do trabalho em saúde. Seja

em função da pressão exercida pelos modos de gestão que estimulam a produtividade e à competitividade máximas, provocando muitas vezes, o comprometimento de uma possível rede de apoio e reconhecimento inter-pares, tão necessária à atividade em saúde, seja pelo má gerenciamento de um problemas que em verdade, se constitui na matriz geradora da maior parte dos conflitos entre usuários, acompanhantes e inter/entre equipes: o excesso de usuários em relação ao suporte estrutural, material e humano oferecidos.

A primeira hipótese incide claramente na realidade de trabalho descrita pelo médico (1), onde a “desumanização no trabalho” (ALVES, 2011) é reconhecida, no particular, pela precarização das relações interpessoais e inter-hierárquicas no ambiente interno do trabalho. No caso apontado, o individualismo competitivo chega a tal ponto que o médico entrevistado, conforme relata, teve sua saída requerida pelo próprio colega, de modo que a saída encontrada – talvez para fugir de um possível adoecimento ou da própria perda do emprego, foi a resignação e naturalização da violência por ele vivenciada. Neste contexto, o perfeito enquadramento das palavras proferidas por Alves (2011, p. 175) e a situação narrada, impõe a respectiva transcrição:

A experiência nos ensina que, no intramuros, a vida de cada um confunde-se com a vida econômica da empresa, e o tempo do trabalhador passa a ser o tempo necessário ao aumento da taxa de lucro da organização. Homens e mulheres vivem esta complexidade permeada de paradoxos, onde tudo se mistura e tudo se confunde, sendo levados a crer na perda de nitidez da fronteira entre capital-trabalho. Transformados em objetos, despidos de autonomia, expropriados dos direitos agora flexibilizados, vivem o individualismo competitivo e antropofágico, revelando a violência do e no trabalho, que vai se tornando cada vez mais sutil. [...] O tradicional companheirismo — agora fragmentado — possibilita a obediência e a submissão pelos múltiplos medos, o que leva aos conflitos entre os pares. Àqueles que não se ajustam ou adoecem resta-lhes a exclusão do mundo do trabalho. É a morte em vida, na medida em que os adoecidos e desempregados sentem-se inúteis, sozinhos, culpados, envergonhados, humilhados e jogados a própria sorte.

Já no que concerne ao relatado acima pela entrevistada (3), que labora na Central de Regulação, nota-se que a causa do estranhamento se deu pela ausência de meios estruturais na esfera da sua atividade, a qual foi determinante não apenas para o desgaste de sua interação com os colegas, mas também, e sobretudo, para sua insatisfação com trabalho, resultando na sensação de impotência e na exposição ao sofrimento¹⁰⁹. Assim é que, ao mesmo tempo em que trabalha pressionada pela intensa demanda por atendimento, a médica também enfrenta a capacidade limitada para o atendimento requisitado. Segundo Assunção e Jackson Filho (2011, p.51), a mobilização impedida e as margens estreitas para a ação podem explicar não

¹⁰⁹ Compreende-se sofrimento no trabalho como uma vivência individual e/ou compartilhada, consciente e/ou inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança, provenientes dos conflitos entre as necessidades de gratificação das pessoas e as restrições impostas pelo ambiente.

apenas o adoecimento dos trabalhadores da saúde, mas também, a piora na qualidade do atendimento.

Ademais, uma auto-cupabilização também pode ser extraída da leitura do discurso da médica (3), em referência. Trata-se da “psicologização” dos problemas organizacionais, frequentes nas relações de trabalho permeadas pelo ideário gerencialista, conforme afirma Navarro (2014). Assim, a médica é levada a se colocar, bem assim é vista pelos demais, como debilitada, inconveniente, além de responsável pela situação em que se encontra, resultando assim, na “crescente culpabilização individual e na fragilização dos coletivos de trabalho” (NAVARRO, 2014, p.98).

Conforme esclarece Assunção et al (2011), quando expostos a situações extremas, em que se sentem menos potentes para ajudar o usuário, o suporte social da gestão pode conferir equilíbrios indispensáveis. No entanto, a partir das narrativas de alguns entrevistados, aqui exemplificados pela fala emblemática da médica (2), se observa que nem sempre esse suporte é oferecido. Assim, o enfraquecimento dos laços de cooperação vertical, entre os médicos e os chefes/gerentes ou diretores, também se torna uma realidade, e, além da ausência de reconhecimento e apoio, já mencionados, *a pouca participação nas decisões* surge como mais um fator de risco psicossocial decorrentes dos modos de organização e da gestão trabalho que tendem a influenciar neste cenário. (DIAS, 2009).

[...] Quanto a colaboração de superiores, da nossa coordenação de anestesia a gente sempre tem apoio, algumas vezes pode acontecer alguma dificuldade em relação a diretoria, porque muitas vezes nós somos cobrados de realizar procedimentos que o hospital não teria suporte, ou então falta vaga de U.T.I. e o paciente está em estado muito grave para aquela unidade e a diretoria tem que dar esse respaldo pra gente, tem que assumir o paciente também, digo no caso, em termos de diretoria médica. E muitas vezes nós somos pressionados, porque temos que fazer o atendimento e não temos esse respaldo da diretoria. A gente, inclusive, cobra certas coisas que nós não somos respondidos. [...] como eu falei muitas vezes do gestor, nós não temos uma boa visão, porque, sai um pouco a visão do profissional médico e entra a do administrador e muitas vezes o administrador trata o médico como um mero funcionário. E a gente, geralmente, no dia a dia, **pode acontecer de não se sentir respeitado como um profissional médico.** (entrevistada 2).

Por outro lado, importa ressaltar que ao falar das chefias, por vezes, os médicos entrevistados se referem também ao espaço de atuação limitado que estas gestões possuem, afirmando que a mudança dependeria de investimentos por parte da macroestrutura, todavia, salientam ainda, a suposta incoerência de um processo de gestão de serviços deslocado das reais necessidades que surgem no desenrolar das ações criadas diante das demandas dos usuários.

[...] Eles sempre tentam resolver, falam que vão tentar resolver e que o que acontece na maioria das vezes é falta de recurso, aí eles sempre se dispõem a resolver, mas pela falta de recurso a resolução não é tão rápida. (entrevistado 4).

Eu sinto um descaso geral por parte dos gestores, mas tentam uma melhora. Na verdade acho que quem está lá em cima parece que nunca trabalhou lá embaixo. Então, não tem aquela vivência. Exemplo, pedem algo que você nunca vai usar, pedem muito de algo que você não usa e do que se usa, pedem em quantidade menor. Acaba o que se usa muito, bem mais rápido sempre. Parece que a pessoa não está ali vendo o que acontece. É uma falta de gestão mesmo, não é nem má vontade é falta de saber o que acontece realmente no meio. (entrevistada 6).

De um modo geral, a análise das queixas supra descritas, permitem supor que não há, nos referidos ambientes de trabalho, por parte da gestão, uma articulação objetiva que favoreça a criação de condições de trabalho para a produção das atividades com qualidade. Assim sendo, ao ressaltarem “o descaso geral por parte dos gestores” frente às condições impróprias de trabalho, a médica denuncia a já mencionada falta de diálogo entre eles, que são “inventores e construtores de sua própria prática” (KOSTER, 2008, p. 61) e a função gestora, e de certo modo, reafirma a sensação de desrespeito vivenciada e mencionada pela entrevistada (2), citada anteriormente.

Sobre esta realidade, D. Pai (2011) aponta que uma estrutura organizacional eventualmente sucateada do serviço público, conduz o trabalhador a se sentir violentado na medida em que são ignoradas as necessidades para o cumprimento da tarefa de forma digna. E, não sendo atendidas as demandas mínimas para o exercício do trabalho, o trabalhador se sente esquecido ou até coisificado, pois, precisa continuar dando conta do trabalho independente do teor das experiências necessárias para o seu cumprimento. Esta realidade prejudicaria então, a recompensa subjetiva do trabalho, pela perda do seu sentido.

5.5.4 Violência na relação profissional-usuário

Sabe-se que a violência no trabalho em saúde pode assumir variadas formas, e que para identificá-la, conforme aponta D. Pai (2011, p. 30) por vezes, pode demandar esforços na tentativa de superar sua aparência como ato rotineiro, natural e inscrito na ordem das coisas, como se fossem conflitos próprios do trabalho. Conforme visto acima, os conflitos entre os próprios trabalhadores (entre pares e na perspectiva hierárquica), em alguns casos, podem desdobrar-se em episódios de violência, e que, de acordo com o relatado, em algumas situações acabam sendo tolerados, silenciados, e assim, naturalizados entre os próprios profissionais.

Todavia, o comprometimento da relação profissional-usuário e o desencadear disso em forma de violência, também foram identificadas de forma veemente na fala dos médicos.

Entre os entrevistados não houve relato de qualquer violência física, mas a agressão verbal¹¹⁰ e a ameaça/intimidação por parte de usuários dos serviços foram modalidade de violência psicológica¹¹¹ bastante referidas, não só em relação à eles próprios, como também em relação à colegas.

Eu trabalho também em consultório com visita pré anestésica, assim uma situação que não é incomum, por algum motivo no consultório você suspende o atendimento/cirurgia e se o paciente estava tendo um perspectiva, uma esperança muito grande de fazer essa cirurgia, por qualquer motivo que seja, **ele pode enxergar em você o causador da postergação ou até, a não realização dessa cirurgia e isso pode causar algum tipo de embate.** (entrevistado 1).

Comigo mesma, eu já fui agredida por um marido de uma paciente que tentou me tirar da sala de parto e que, segundo ele, estava armado, e era pra eu parar o parto que eu estava fazendo e atender a mulher dele que ele achava que era mais importante que os outros pacientes. E de colegas eu conheço uma colega que estava dando plantão em Feira de Santana, estava atendendo um paciente e um filho chegou com um pai em pós-infarto e queria que ela atendesse o pai dele. Como ela já estava atendendo outro paciente, ele jogou ela no chão e chutou o rosto dela. Ela teve vários traumatismos de face, teve que ser operada e no final não deu em nada, porque a justiça disse que ele estava em desespero por causa do pai e não deu em nada. Ela fraturou o maxilar. [...] **Já aconteceu também de paciente agredir, dizer desaforos, dizer que o serviço não presta e querer culpar a gente como médicos pelas falhas do estado e da prefeitura. Acaba que quem ouve é a gente, né.** (entrevistada 3).

Violência verbal, algumas vezes. E violência física, graças a Deus, nunca me aconteceu. Mas como atendemos esse perfil de pacientes que eu citei, que muitas vezes tem envolvimento com tráfico, hoje em dia a grande população usuária do SUS, que é de baixa renda, boa parte tem algum nível de envolvimento. Na maternidade, por exemplo, várias vezes a gente tem internada lá esposas de traficantes e já aconteceu, não comigo anestesista, mas com uma obstetra de ter uma arma apontada para a cabeça e chegar lá dentro do hospital quebrando a porta da admissão. Então algumas vezes acontece. Não é a rotina mas acontece da gente estar exposto. **Agressão verbal é até mais do que agressão física, é mais frequente.** (entrevistada 2).

Como se vê, os médicos relacionam esses comportamentos agressivos por parte dos usuários e respectivos parentes, à insatisfação quanto ao atendimento prestado ou a insuficiência do sistema em atender à suas demandas e expectativas, tornando-o, pela proximidade com os supostos agressores, os principais “culpados”, e conseqüentemente, “alvos” dessas ações de violência. Porém, há que se ressaltar que a gênese dessa violência, como se depreende das narrativas em referência, está associada também ao próprio contexto

¹¹⁰ De acordo com os estudos realizados por Silva (2013), sobre a violência no trabalho em saúde nas organiza..., a agressão verbal foi a modalidade de violência mais referida, especialmente pelos auxiliares técnicos de enfermagem (28,0%) e pelos médicos (23,9%).

¹¹¹ Para a OIT, a violência psicológica, por sua vez, tem sido observada pelo uso deliberado do poder ou ameaças de se utilizar da força física contra outra pessoa ou grupo, o que pode prejudicar o desenvolvimento moral, físico, mental, espiritual ou social. Assim, também têm sido considerados como violência psicológica a agressão verbal (definida pelo comportamento humilhante e desrespeitoso à dignidade), a intimidação/assédio moral (definida pela humilhação com ataques persistentes), o assédio sexual (ofensa ou constrangimento de natureza sexual) e a discriminação racial (conduta ofensiva com base em raça, cor, nacionalidade, religião ou associação com uma minoria) (D. PAI, 2009, p. 8-17).

de violência em que se perfazem as interações humanas das respectivas comunidades usuárias dos serviços.

Assim, em que pese se afirme que a violência no trabalho pode ocorrer independentemente do contexto sócio-econômico e do tipo de sistema de saúde vigente (SILVA, 2013, p. 15), não há como negar que a localização geográfica das unidades de lotação desses médicos - por se tratar de áreas com maior risco de violência, possa ter influenciado neste cenário. Vale lembrar inclusive, conforme dito por uma das entrevistadas – cujo trecho já fora acima transcrito, que a violência, é um dos motivos que dificultam a fixação de profissionais de saúde, comprometendo a assistência à população.

Assim, as peculiaridades do serviço em que estão imersos os entrevistados, acabam contribuindo para a propagação da violência, tornando o convívio com ela, um imperativo diário. Corrobora com o quanto afirmado, o relato da médica (6), para quem as agressões de usuários se tornaram “corriqueiras” no curso de suas atividades:

[...] Só de paciente, nem de chefe, nem de colega. Com colegas uma discussão ou outra mas como estamos de igual para igual, fica como uma discussão mesmo não acho que seja uma violência pura e simplesmente. Mas quando é o paciente ele está ali numa situação vulnerável e você fica sem ter como e você não tem como responder no mesmo nível, e aí já teve pacientes que já perderam totalmente o respeito. Tudo bem que existem muitos médicos que faz valer essa discussão que a gente está tendo agora, mas a questão do descaso de já chegar na agressividade e tem que fazer o que ele quer que você faça que é o certo, aí paciente é uma agressão corriqueira, mas nunca recebi agressão física de algum paciente. (entrevistada 6).

Quando questionada sobre uma eventual intervenção ou apoio por parte da supervisão ou gestão da unidade, a médica foi categórica em afirmar que não encontrava na instituição qualquer amparo para as situações de violências.

Nenhum apoio, mas as vezes ele colocam aquele papelinho dizendo que servidor público não pode ser desrespeitado. Um segurança ou outro que chega para dar aquela intimidada no paciente, tentam estar mais presentes, mas acho que é uma questão até pessoal do segurança por ser homem e em ver uma mulher sendo agredida ele já chega junto, mas pra te dizer que tem uma norma, que tem alguma movimentação da direção por conta disso, eu não vejo nenhuma. (entrevistada 6).

Neste sentido, além de se sentirem esquecidos mediante a precariedade das condições objetivas de trabalho, conforme suscitado no item anterior, os trabalhadores não encontram na instituição, uma vez mais, um amparo para as situações de violência, o que os fragilizam, podendo repercutir na “vivência do abandono¹¹²” (D.PAI, 2011, p.104).

¹¹² De acordo com D. Pai (2011) o abandono pode ser tratado como um tipo de violência psicológica quando se constitui pela negligência às necessidades para execução de um trabalho digno e à garantia da saúde do trabalhador. Assim, têm-se aqui os efeitos lesivos desse abandono, diante dos quais o sujeito reage, uma vez que, sem a sua valorização, o trabalhador se vê diante da anulação da sua contribuição (de utilidade e de estética), constituinte de sua identidade a partir do reconhecimento do outro.

Ademais, a fala descreve a necessidade de prescrição de condutas quanto a atuação de profissionais habilitados para a proteção da equipe de saúde, eis que a falta de segurança no ambiente laboral gera medo, sensação de vulnerabilidade dos profissionais, oportuniza a práticas de crimes e, como ora mencionado, de violência, nas mais variadas modalidades, especialmente, quando se trata de labor em unidades hospitalares (D. PAI, 2011; SILVA, 2013), como são os casos dos médicos acima citados.

5.5.5 Remuneração, segurança e estabilidade

O pagamento do trabalho médico tem se caracterizado como um dos assuntos mais discutidos dentro da medicina, bem como tem sido um dos maiores motivos de queixas por parte dos profissionais¹¹³. Não por acaso, o cenário internacional tem apontado a baixa remuneração, como um dos desafios para a gestão do trabalho em saúde (KOSTER, 2008). Porém, embora esta insatisfação generalizada com a remuneração ocorra tanto no setor privado quanto no serviço público, os profissionais apontam que há uma diferenciação entre esses dois cenários. Isto é o que se infere, por exemplo, nos relatos da médica (5) e do médico (4), ambos da mesma especialidade, que laboram na mesma unidade hospitalar de emergência vinculada diretamente à SESAB, sendo, porém, titulares de modalidades diferenciadas de vínculo; estatutário e PJ, respectivamente.

[...] Só tenho salário do hospital público. Sou concursada, logo tenho direito a férias, décimo terceiro, afastamento por doença, etc. Mas o salário no estado é muito inferior ao que se paga no privado. No privado não tenho data para receber, não é fixo, mas de acordo a produção do grupo. (entrevistada 5).

[...] muito defasado do que deveria ser, na verdade tem anos que não tem reajuste e é um dos motivos de não conseguir completar o quadro de anestesistas do hospital. Você tem um salário que não atrai nem mesmo o recém formado. (entrevistado 4).

Todavia, além da diferença entre privado e público, sabe-se que mesmo dentro do próprio setor público, como é o caso acima, há diferenciações de modalidade de pagamento e níveis de remuneração, a depender da modalidade de inserção e ou vinculação com administração pública. Corrobora também, com este entendimento, os depoimentos dos médicos que possuem mais de um vínculo com o setor público, eis que foram observados diferentes graus de insatisfação com a remuneração, pois, de um modo geral, as contratações

¹¹³ Entre as causas principais de desgaste profissional Machado indica, em ordem decrescente de importância: excesso de trabalho/multiemprego, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade com a “vida”, área de atuação/especialidade, relação médico-paciente, conflito/cobrança da população e perda de autonomia (MACHADO, 1997, p. 173).

mediante pessoa jurídica (terceirizados) estiveram associadas à uma melhor remuneração, enquanto que à modalidade estatutária, foram reputados os piores salários.

Este é o caso da médica cirurgiã (6), a qual possui múltiplos vínculos e que além do labor em consultório privado, e de um vínculo estatutário, ainda presta serviços através de uma mesma pessoa jurídica para outros três hospitais públicos do Estado e um filantrópico. Assim, ao ser questionada sobre o salário, respondeu o seguinte:

Assim, poderia ser melhor, mas o hospital x eu acho que paga bem na minha PJ, apesar de eu não ter as vantagens. Porém, o meu concurso público paga muito mal, muito mal mesmo [...] mas tem as vantagens de toda uma questão de seguro, de você ter segurança, de ter licença maternidade. Essa questão toda dos direitos sociais do trabalhador que a gente não tem como pessoa jurídica. Porque a gente recebe um pouco melhor como Pessoa Jurídica, mas não tem segurança nenhuma, que é uma desvantagem (entrevistada 6).

Seguindo esta mesma linha, está a entrevistada (2), anestesista que labora em um hospital de alta complexidade, recebendo através de uma pessoa jurídica, e em uma maternidade, cujo ingresso, se deu após a aprovação em concurso público. Assim, a médica em referência, ressalta a necessidade de manter a contratação enquanto concursada em função da estabilidade propiciada pelo referido vínculo, muito embora afirme que a respectiva remuneração está bastante aquém da merecida.

[...] Eu diria que no trabalho terceirizado, que é no caso do Hospital X que nós trabalhamos com a nossa pessoa jurídica, nossa empresa prestando serviços ao hospital, eu considero que eu tenho uma remuneração adequada, já no concurso do estado, nós temos um valor muito defasado, sem reajustes já há alguns anos, eu diria que a gente recebe 50% a menos que nos outros postos de trabalho. E até quando a gente por acaso faz serviços extras, cobrindo férias de colegas, dando plantões extras, quando a unidade tem necessidade, tem uma escala pendente a gente entra cobrindo, nós recebemos através de pessoa jurídica e os valores são realmente abaixo de qualquer outro posto de trabalho no mercado de Salvador. [...] Estabilidade eu sinto apenas na contratação do estado, porque eu sou concursada e nos outros hospitais, a gente busca sempre estar presente, mostrando que veste a camisa da empresa. Não é que no estado não estivesse, mas a gente tem essa necessidade no lugar onde a gente não tem vínculo, porque hoje em dia, a qualquer momento, a gente pode ser convidado a sair e perder este posto no trabalho. (entrevistada 2).

Interessante observar que a médica indica, acima, que a opção em manter o vínculo estatutário está relacionada à dificuldade de permanência no mercado de trabalho, seja na iniciativa privada ou até mesmo, enquanto terceirizada, nos serviços públicos de saúde. Neste sentido, afirmou que “a segurança do profissional médico, em termos de mercado de trabalho tem caído um pouco nos últimos anos” e esclareceu que, atualmente, em razão de redução de custos, vivenciou um corte bem grande no hospital em que presta serviço para o estado como PJ, o que resultou inclusive na redução da equipe, onde colegas de sua especialidade e de outras, “foram convidados a deixar a escala”.

Assim é que, para a médica (2) a ameaça de perder o emprego passou a ser uma realidade também entre os médicos, o que, segundo ela, não ocorria no passado. Neste particular, de acordo com Druck (2013) um dos tipos de precarização calca-se na condição de desemprego e a ameaça permanente deste, produzindo isolamento, perda de enraizamento, de identidade, que resultam na sensação de descartabilidade e de desvalorização. Embora entre os médicos, dados evidenciem que praticamente inexistente o desemprego (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004), sabe-se, todavia, que o sentimento de insegurança tem sido vivenciado, conforme visto acima, cada dia mais por esses profissionais.

E se a insegurança, no caso dos médicos, não está necessariamente ligada ao desemprego, não há dúvidas de que está intimamente relacionada à queda de rendimentos. Este tem sido apontado, historicamente, com um dos principais determinantes para o acúmulo e a simultaneidade de trabalhos – multiemprego¹¹⁴, característica que marca a prática médica.

Com efeito, a expectativa incutida no imaginário tanto da sociedade quanto dos médicos, de que a medicina permitiria uma boa ascensão econômica ou até mesmo o enriquecimento, atualmente, esbarra, muito frequentemente, numa realidade de alta competitividade, insegurança e de salários bem abaixo do valor “ideal.” De modo que a prática do multiemprego, embora reconhecidamente maléfica não só para a saúde do médico, como para a própria qualidade da assistência, passa a se constituir, de acordo com a fala desses profissionais, no principal mecanismo compensatório e corretivo para a suposta remuneração adequada. Este tema foi recorrente nas falas do entrevistados, como no caso da médica (6), todavia, este contexto aparece muito bem delineado no depoimento da médica (5):

[...] Acho que interfere bastante, nós temos que acumular trabalhos, não só porque falta especialistas na minha área principalmente, como o trabalho para você ter uma fonte de renda adequada, então acaba que você fica sobrecarregado, mas não tem jeito. (entrevistada 6).

[...] Infelizmente a precarização do trabalho médico levou este profissional a diversificar o vínculo. Só tem emprego o concursado do estado, mas a remuneração é muito inferior ao mercado privado, daí ser pouco atrativo. Além disso, apesar do déficit, depois do último concurso há quase oito anos, o governo não acena com a realização de nova seleção para esses profissionais. Em todos os outros vínculos não há segurança, seja no serviço público ou privado. Trabalhamos sem carteira assinada e sem direitos trabalhistas. Além de tornar mais difícil a rotina diária, é necessário trabalhar mais para pagar previdência privada, seguro de saúde, INSS como autônomo. As mulheres médicas postergam por muito tempo a maternidade, já que fazem curso de duração longa, depois especialização e quando entram no

¹¹⁴ Os dados mais recentes divulgados sobre a profissão médica, apontam que 48,5% dos médicos possuem três ou mais vínculos, considerado pela pesquisa como toda ocupação, vínculo empregatício, posto, cargo, função ou emprego médico remunerado. Caso se some os médicos que possuem dois vínculos (29,5%) com aqueles que acumulam três vínculos (24,3%), o percentual chega a 53,8%. (CONSELHO REGIONAL DE MADICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2015, p.101).

mercado não têm licença-maternidade. Essa diversidade traz prejuízo à assistência da população, principalmente no hospital público (entrevistada 5).

Conforme se vê, a médica (5) analisa a contexto de trabalho da sua categoria numa perspectiva bastante realista e crítica, e arremata afirmando, “em relação a outras profissões, o médico consegue algumas conquistas mais cedo, mas acho que o preço que paga atualmente para isso é muito alto”. De fato, oportuna essa comparação, eis que, diferentemente de outros profissionais, os quais, com o passar dos anos têm maiores chances de desfrutar de uma aposentadoria digna, conforme prescreve Gouveia et al. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2004, p.141), os médicos precisam conviver com o *germe capitalista da produtividade*, tentando garantir o seu sustento (e futuro) enquanto goza de boas condições físicas e mentais.

A questão da produtividade é particularmente importante, quando se analisa as modalidades¹¹⁵ de remuneração existentes no meio médico, pois, a remuneração flexível¹¹⁶, que está intrinsecamente associada ao desempenho produtivo do trabalhador, passou a ser uma realidade latente entre esses profissionais, especialmente, para aqueles vinculados também de forma flexível, tanto na iniciativa privada quanto no serviço público.

Assim, em que pese o assalariamento (remuneração por salário mensal) permaneça sendo o mais comum no país (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013), o pagamento por número de pacientes atendidos ou por procedimentos realizados, por exemplo, tem se tornado bastante frequente nas instituições de saúde onde a organização do trabalho está pautada nos ideais gerencialistas de gestão. Esta é a modalidade de pagamento vivenciada pelo médico (1), no hospital da rede pública do Estado, onde presta serviço através de uma pessoa jurídica formada por ele e outros colegas da mesma especialidade.

[...] Nesse nosso contrato a gente tem um acordo também de que a direção do hospital, a coordenação, garante o piso mínimo, até para garantir a disponibilidade do profissional para o hospital. Só que como a gente trabalha com procedimentos de alta complexidade dentro desse hospital, então existe um repasse do MS para cada tipo de procedimento que é realizado, então existe também uma produtividade. Então a gente funciona como pessoa jurídica, com um contrato assinado com o hospital, prestando serviços, existe um piso mínimo, mas a depender da produtividade, do volume de cirurgias, vai existir uma remuneração variável com a nossa produtividade. Isso para mim, eu acho o ideal por que estimula tanto os cirurgiões quanto o grupo de anestesia a produzir mais. (entrevistado 1).

¹¹⁵ Conforme o CFM os médicos são remunerados nas seguintes modalidades: assalariamento (recebimento por salário mensal) é a forma mais comum (44,4%) no país, seguida por número de pacientes atendidos (23,2%), por hora trabalhada (13,5%), por número de procedimentos (10,8%) e por “pacote” (7,2%). Pacote, comum entre planos e seguros de saúde, é o conjunto de procedimentos e atos médicos necessários ao atendimento de determinado diagnóstico ou situação clínica.

¹¹⁶ A remuneração flexível, tal qual as novas formas de contratação - precária, foram regulamentadas a partir da flexibilização das leis trabalhistas para atender às novas tendências e exigências do mundo do trabalho - acumulação flexível, bem ainda os interesses econômicos empresariais. (PIOVESAN, 2009).

Nota-se que, para o médico (1), a remuneração flexível/variável é vista de forma positiva, entretanto, ao analisar os desdobramentos dessa modalidade de pagamento no cotidiano de trabalho deste mesmo profissional, observa-se que ela está também relacionada à intensificação da jornada, à sujeição a determinados tipos de pressão e até mesmo, à já citada fragilização das suas relações interpessoais no trabalho. Isto, é o que se constata do seguinte trecho do seu depoimento:

[...] As vezes, as equipes pressionam para a gente começar esses procedimentos já fora dos horários, já de noite, alegando que o procedimento é de urgência, emergência, então, não raramente na unidade do Estado, eu me vejo virando noites em procedimentos que podem até mesmo ser eletivos, por estas questões das variáveis. E essas equipes de cirurgia que a gente trabalha dependem muito também dessa questão da produtividade então eles sempre vão querer que os procedimentos ocorram em qualquer horário e de qualquer maneira porque envolve tanto uma pressão da direção para que eles ocorram e também pela própria produtividade que esses procedimentos são gerados. Então a pressão é até grande. [...] Essa unidade do Estado que eu trabalho, eu comecei antes com dois dias da semana como plantão semanal e mais o sobreaviso, a mais ou menos um ano e meio eu decidi largar um dos dias porque os desgastes, o estresse, até minha relação com os colegas tinha começando a deteriorar, pensei até em lagar o serviço completamente, mas optei por diminuir minha carga horária na unidade para ver se me adequava. (entrevistado 1).

Fica claro, portanto, que a remuneração flexível, conforme aponta Piovesan (2009), além de provocar a instabilidade financeira dos trabalhadores, enseja também o envolvimento do operário conforme os interesses da empresa, o qual, é seduzido pela possibilidade de auferir uma remuneração, em tese, quantitativamente melhor, a custas, porém, da deteriorização qualitativa das suas condições de trabalho.

No Estado eu trabalho com alta complexidade, com alguns tipos de cirurgia que a grande maioria dos colegas não quer trabalhar, não só pela questão de conhecimento e técnica que muitos, as vezes nem tem para fazer, e os que fazem acham que o que o Estado está remunerando não é justo. Eu falo que se eu fosse seguir pela razão eu não estaria trabalhando onde estou, pela remuneração que eles estão oferecendo. Acabo fazendo por que gosto muito dessa especialidade e do tipo de cirurgia que eu faço. Então de uma maneira objetiva não é justo o que a gente está recebendo não. (entrevistado1).

Vale salientar que em função da metodologia utilizada na pesquisa, aqui revela-se mais sobre as percepções dos médicos sobre sua renda do que sobre a renda propriamente dita. Assim, frente a proposta de analisar a noção mais subjetiva desses médicos acerca de suas condições de trabalho, há a possibilidade dos entrevistados referirem à sua renda pautados num patamar idealizado, que não mais corresponda aos limites reais vistos na prática da medicina contemporânea.

5.5.6 Desgaste e motivação para o trabalho

Não há dúvidas que ao trabalhar, o trabalhador interage com elementos presentes no processo e no ambiente de trabalho, e esta relação pode propiciar adaptação, crescimento, construção de conhecimento, saúde ou pode conduzir ao desgaste, sofrimento e adoecimento (D.PAI, 2009). É sobre essa premissa que se afirma que o diagnóstico quanto ao desgaste profissional do médico é bastante alarmante, pois, se por um lado a profissão médica, conforme já suscitado anteriormente, é em si mesma uma atividade desgastante, por outro, sabe-se que o enfrentamento, pelo médico, da precariedade que se manifesta – em diversas instancias, tais como a falta de pessoal, o excesso de pacientes, a escassez de leitos e recursos entre outros fatores, acaba por intensificar ainda mais esses desgastes.

Assim, embora o “desgaste” enquanto um aspecto ou consequência da atividade médica tenha sido mencionado ligeiramente em diversas passagens da presente dissertação, quando efetivamente questionados sobre a percepção do seu próprio desgaste profissional, os principais argumentos suscitados pelos médicos, foram os referidos acima. Assim, a fala do entrevistado (1) exemplifica de modo emblemático a articulação entre a “precariedade do sistema” e a sensação do desgaste, em que pese, outros entrevistados também tenham se posicionado nesta linha.

Sim, bastante. Até teve um dado que uma revista americana divulgou recentemente dizendo que a profissão de anestesista é uma das mais estressantes. A gente trabalha sempre com paciente críticos/graves, questões de definições de condutas, condutas rápidas, imediatas; isso é a rotina da nossa profissão. Claro que se você ficar tenso, estressado, nervoso, toda vez que isso acontece na sua rotina você deve ter escolhido a profissão errada, mas no final das contas, isso gera um estresse ao final do dia, uma adrenalina pela questão da responsabilidade que você tem. E as operações que você tem que resolver, infelizmente a gente não fica só responsável pelo paciente, a gente também tem que se preocupar se as condições estão adequadas, se os materiais estão presentes. Então o ideal seria que o médico pudesse se dedicar apenas aos pacientes e não tivesse que se preocupar porque está faltando material tal ou porque não tem uma U.T.I. para o paciente ir. Então, nos preocupamos com muitas coisas que não é nem de nossa responsabilidade, mas acaba sendo. (entrevistado 1).

[...] realmente, a demanda de trabalho é muito grande para as condições que a gente tem no dia a dia. E a demanda de atendimento a gente nem comenta, porque a população, hoje em dia precisaria de uma quantidade muito maior de quantidades de unidades de postos, de hospitais. Então a demanda de paciente é muito grande, as condições de trabalho, de maneira geral são ruins, gerando o estresse em que o profissional é submetido e ele acaba muitas vezes trabalhando por amor. Ele faz além do que ele deveria ou do que ele poderia em prol do paciente, em prol daquele atendimento. (entrevistada 2).

Extremamente desgastante. Acho que o grande problema da minha profissão é ser muito desgastante. Acho que o psicológico principalmente. Na verdade você está ali com a vida humana, acho que é uma coisa que estressa bastante, independente de você estar no melhor lugar do mundo, aquilo ali por si só já é estressante. E a falta

de condições de trabalho que a gente vive de uma maneira geral ajuda bastante a não conseguir trabalhar da melhor forma. (entrevistada 6).

Inevitável, portanto, observar, uma vez mais, o quanto a precariedade das condições mais objetivas do trabalho (fundada muitas vezes na racionalização de recursos, na redução de pessoal e no aspecto macroestrutural; na insuficiência de investimento) podem repercutir na capacidade ou potencialidade do trabalhador, que se vê desgastado, estressado, insatisfeito, possivelmente desmotivado para o trabalho ou até mesmo doente, especialmente, no que diz respeito aos aspectos psicológicos, como dito acima pela entrevistada (6).

Acrescente-se à esse cenário, a sobrecarga de trabalho e o multiemprego, que já foi sinalizado no início do Capítulo 4, quando se procedeu a definição acerca das condições de trabalho e em outras ocasiões ao longo do presente estudo, como um dos elementos que influenciam diretamente no desgaste dos médicos em geral. Pelos médicos entrevistados nesta etapa da pesquisa, o multiemprego foi abordado como recurso para auferir melhor remuneração - conforme mencionado no item precedente, mas também esteve fortemente associado como um dos motivos para a exiguidade dos tempos destinados a pausas no trabalho, ao repouso e a tão necessária recuperação do cansaço.

Acham que é sacrificante demais, ninguém queria essa vida desgastante para mim e nem pra si mesmo, então por exemplo eu trabalho todo final de semana, então isso acaba interferindo na minha vida pessoal com a minha família, ou com o meu namorado. É um problema constante na minha vida, uma insatisfação minha difícil de resolver, digamos assim. [...] Então, eu tenho trabalhado bastante para isso, entende? Hoje eu estou melhor do que eu já fui antes. Eu não consigo me desligar totalmente, mas estou com uma curva de melhora. Eu faço terapia há anos. Eu estou trabalhando nisso para saber diferenciar o que é minha vida profissional do que é a minha vida pessoal, saber separar bastante isso. (entrevistada 6).

Sim, eu sempre acho que não tenho tempo pra mim, pra nada. Nunca tenho tempo, minha vida é muito estressante, muito corrida, principalmente que as vezes eu saio de madrugada para fazer parto e no outro dia estou super cansada para trabalhar. Às vezes eu acho que sacrifico a minha vida pessoal e social. [...] eu gostaria de ter mais tempo pra minha família. Eu sacrifico o meu horário em prol do meu trabalho. Acho que as pessoas ao meu redor têm essa percepção, porque minha família está sempre reclamando. (entrevistada 3).

Todo mundo sente é um trabalho desgastante, por se tratar de fim de semana e pelo fato de que quando você chega do pós-plantão você fica de uma forma que você não consegue ficar tranquilo no outro dia. Fica muito cansado, precisando repousar para compensar a noite perdida (entrevistado 4).

Os problemas estão mais relacionados com a carga horária excessiva e trabalho noturno. Há stress crônico, enxaqueca, distúrbio do sono, irritabilidade, cansaço que leva ao sedentarismo e ganho de peso. Tenho muita dificuldade em realizar atividade física regularmente, pois não tenho hora para sair. (entrevistada 5).

Observa-se claramente das narrativas acima descritas, que os médicos enfrentam dificuldades ou até mesmo, vivem em conflito em virtude de suas atividades lhes imponem

um espaço estreitado de tempo de viver e conviver fora do ambiente de trabalho. Interessante observar que no caso da médica (6) (cirurgiã pediátrica), a qual admite inclusive uma incapacidade de desligar-se do trabalho e a conseqüente busca por ajuda profissional, a jornada por ela apontada chega a alcançar 100 horas por semana, distribuídas entre um plantão que cumpre enquanto estatutária em uma maternidade do Estado, e enquanto PJ, presta serviço (grande parte em regime de sobreaviso), para outros quatro hospitais (3 estaduais e um filantrópico que também atende o SUS).

Não obstante todas essas dificuldades e contradições enfrentadas pelos médicos no processo de produção do cuidado em Saúde, na prática, os benefícios da gratificação moral do fazer em saúde, muitas vezes, servem como sustentos aos entraves da organização e das condições precárias do ambiente físico do trabalho. Por outra via, Mendes et al (2013, p.162) afirma, em que pese absolutamente relevantes para o desempenho profissional, “a melhoria das condições de trabalho e as recompensas econômicas não geram, isoladamente, maior envolvimento ou maior motivação”, pois, salienta o autor, “no caso dos profissionais de saúde o conteúdo humanístico e social do trabalho implica em outros mecanismos de motivação”.

De fato, entre as narrativas dos médicos, vislumbrou-se a referência à consciência de uma responsabilidade social inerente à profissão; menção à satisfação profissional através da possibilidade de realização de um trabalho bem feito, bem ainda, a referência ao amor pela profissão e/ou pela atividade escolhida como elementos propulsores de motivação para o trabalho.

O local do meu trabalho na SESAB, como eu tinha falado anteriormente em algum momento, se eu fosse seguir a razão eu não estaria mais trabalhando. Acabo fazendo com gosto e como falam é a nossa “cachaça”. Todos os meus amigos, colegas de profissão ou não, ainda me questionam porque eu mantenho este tipo de vínculo, porque não é pelo dinheiro, pois eu poderia estar sendo mais bem remunerado em uma outra unidade trabalhando por um convênio particular, porém eu mantenho esse vínculo que é num lugar que me desgasta bastante. É uma coisa mais emocional que profissional. Saber que eu estou ajudando as pessoas. Eu acho que isso é o mais importante. Eu sempre quis ser médica para ajudar as pessoas é o que mais me motiva. (entrevistada 3).

Eu mantenho minha motivação por que eu gosto de prestar um serviço a comunidade, de certa forma é uma modo que eu tenho de ajudar a população carente, e eu sei que é um plantão que necessita de anestesista, né, como eu tô há anos nessa função eu me sinto apto para realiza-la de boa, bem feito. (entrevistado 4).

Nas duas situações, tanto no privado, quanto no público, tanto cirurgias eletivas, quanto emergenciais, eu gosto muito do que faço e gosto mais ainda quando consigo um lugar que me dá as condições ideais para atender, fazer um bom atendimento no meu paciente e perceber que o meu trabalho contribuiu pra ele sair melhor do que ele entrou. (entrevistada 2).

Denota-se, assim, que as respostas obtidas se coadunam, uma vez mais, com as lições de Mendes et al (2013, p.62), eis que afirma que “a motivação no trabalho tem raízes na organização, no ambiente externo e no próprio indivíduo.”

Pois bem, a partir das narrativas colhidas ao longo desta pesquisa de campo, pôde-se observar que há a prevalência de uma percepção negativa por parte dos médicos, quanto às condições de trabalho por eles vivenciadas. Nesta perspectiva, sucintamente, restou constatado a insuficiência de ações por parte da função gestora (no setor público de saúde), quanto à garantia de uma ambiência favorável à motivação, comprometimento e desempenho do profissional, seja no aspecto físico do ambiente, como também em relação as demanda psicossociais que envolvem a atividade médica.

Ademais, observou-se que o processo de trabalho dos médicos entrevistados, o qual, acredita-se, devem refletir a realidade de outros médicos que também laboram no serviço público de saúde do Estado, são caracterizados por situações-limite em que predominam uma carga de trabalho excessiva, com longas jornadas e intensificação do trabalho, intermediada por múltiplos vínculos, assumidos para garantir uma renda mínima, condizente com as expectativas sociais e ambições pessoais, além da baixa autonomia; das dificuldades crescentes relacionadas à deficiência de infraestrutura e segurança; da alta exigência quanto a produtividade (em alguns casos); das dificuldades nas interações interpessoais e da redução do prestígio social.

Assim, acredita-se que estas respostas, ora analisadas e cotejadas, a partir da expressão - queixosas ou não - das vivências dos trabalhadores, ajudam a tecer algumas considerações que não são conclusivas, mas que podem contribuir para o surgimento de movimentos de enfrentamento dos problemas apontados neste texto e outros problemas não contemplados aqui.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos vistos até aqui procuram demonstrar quão complexo é o cenário que envolve as questões relativas ao trabalho em saúde, em especial ao trabalho do médico. Assim, esta pesquisa começou com a exposição e reflexão crítica acerca das transformações no mundo do trabalho e os reflexos desses aspectos para o mercado de trabalho em saúde e para o trabalho médico em particular, demonstrando que tal análise se torna essencial, inclusive, para compreensão da prestação dos serviços de saúde (pública e privada) atualmente no País.

Essa sequência histórica permite a construção do cenário no qual o fenômeno da precarização social do trabalho estabelece suas raízes, atuando de modo generalizado e impactando, através de suas múltiplas dimensões, não só o trabalhador como a sociedade, influenciando na economia e na política. Coube então ao presente estudo realizar a abordagem desse amplo processo sob a perspectiva do setor público de saúde, buscando apontar os modos em que esta precarização social afeta o trabalho e a vida dos médicos, eis que estes compõem o presente universo de estudo.

Neste sentido, nota-se que as consequências desse “novo” fenômeno ensejam prejuízos não só em relação às formas de inserção no mercado de trabalho como também, além de outras questões, conduzem à assunção de prejuízos no que se refere à organização e às condições de trabalho desses profissionais.

Sob este último aspecto é que se debruça centralmente o presente estudo, haja vista que o objetivo da presente dissertação, conforme já apresentado na introdução, foi descrever e analisar as condições de trabalho dos médicos no serviço público do Estado da Bahia. Procurou-se, mais especificamente, reconhecer e problematizar em que medida as condições de trabalho infrafirmadas compõem uma das dimensões do cenário de precarização social que abrange a profissão médica, seja no que se refere ao ambiente físico de trabalho, seja em relação aos aspectos pertinentes às atribuições relacionadas à gestão do trabalho na saúde pública.

Neste particular, observa-se que as discussões em torno da precarização das condições de trabalho se constituem um importante problema no processo de formulação de Políticas de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Embora governos, agências internacionais e empresas declarem reconhecer a importância crucial desses trabalhadores para os seus sistemas e sua políticas, existem deficiências graves no suporte garantido pela gestão dos sistemas às atividades por eles desenvolvidas.

Ademais, entende-se que pouco se conseguiu avançar em termos de melhorias concretas, dentre outros motivos, em virtude, justamente, de os problemas envolvendo as condições de trabalho desses profissionais não serem enfrentadas adequadamente, inclusive, pelos órgãos oficiais. Demonstra-se, então, como essa dimensão propriamente dita da precarização social do trabalho, vem sendo compreendida, muitas vezes, como uma entre várias outras consequências desse fenômeno.

Neste diapasão, à luz da hipótese principal formulada, a de que as condições de trabalho dos médicos que atuam em Salvador e que laboram no serviço público do Estado da Bahia estão marcadas pelo signo da precarização social do trabalho, cumpre apresentar a sistematização das principais conclusões já anunciadas no decorrer da análise como resultado da investigação realizada.

Entretanto, cumpre aclarar que tais considerações serão feitas, inevitavelmente, em duas etapas, da mesma forma que foram também desenvolvidos especificadamente os objetivos da presente pesquisa. Destarte, cabe ainda ressaltar que as abordagens metodológicas utilizadas também se diferenciaram, permitindo, cada uma ao seu modo, mensurar e avaliar de forma particular as condições de trabalho dos profissionais envolvidos na pesquisa.

Condições de trabalho dos médicos servidores públicos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SESAB foi criada pela Lei nº 2.321, de 11 de abril de 1966, e é regida atualmente pela Lei nº 10.955, de 21 de dezembro de 2007. Este órgão “tem por finalidade a formulação da política estadual de saúde, a gestão do Sistema Estadual de Saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com as disposições da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”.

As unidades nas quais estão lotados os médicos que fizeram parte da amostra nesta etapa da pesquisa estão entre aquelas sob gestão direta da SESAB, junto com o nível central (área de formulação das políticas). Assim, embora não se trate aqui de um estudo avaliativo da gestão ou das políticas públicas desenvolvidas ou implementadas pelo órgão na setor do trabalho em saúde, vale registrar que as condições de trabalho, analisadas a partir das entrevistas feitas com esses profissionais são objeto de preocupação e responsabilidade direta da referida Secretaria.

Nesta perspectiva, cumpre aclarar que, de fato, as discussões em torno da precarização das condições de trabalho se constituíram em um problema importante no processo de

formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do referido órgão. Frente a um contexto favorável no qual a gestão do trabalho tornou-se uma prioridade, desenvolveu-se a Pesquisa SESAB (já explicitada no capítulo 4), de onde também originou-se o questionário com as perguntas utilizadas pelo presente estudo como subsídio para o levantamento e análise de alguns aspectos das condições de trabalho dos médicos que laboram no serviço público do Estado da Bahia.

Ao verificar o teor de cada pergunta, optou-se, para fins de análise, por agrupá-las de acordo com a afinidade da temática. Assim, foram definidos os seguintes itens: autonomia e controle sobre o processo de trabalho; cargas fisiológicas e aumento de exigências; relações interpessoais e reconhecimento; promoção no trabalho, segurança e valorização da carreira profissional; recompensa e salário; condições de irritabilidade e dificuldade de desligar-se do trabalho, e, por fim, percepção externa do esforço e supercomprometimento.

De um modo geral, contrariando o esperado inicialmente, a análise quantitativa das respostas fornecidas pelos médicos não conduziu a um quadro por meio do qual se traduzem condições e relações de trabalho necessariamente precarizadas, muito embora, há que se ressaltar, em alguns aspectos importantes da categoria “condições de trabalho” aventadas neste estudo, o percentual que assinala as respostas mais negativas não seja desprezível.

Isto é o que ocorre, por exemplo, quando se aborda a questão da autonomia e do controle sobre o processo de trabalho pelos médicos através de indicadores como pressão temporal e interferência constantes no trabalho, haja vista que, mais de um terço do entrevistados reconheceu tais indicadores em sua rotina laboral, respectivamente 39% e 43%.

De igual modo, percentual bastante semelhante ao acima apontado destacou uma sensação negativa quando questionado sobre suposta recompensa em face dos esforços e conquistas já alcançadas (42%), e, ainda no bojo deste tópico da recompensa, observou-se o total descontentamento em relação ao salário. Vale salientar que esta insatisfação no Estado se encontra no bojo de um cenário nacional no qual se reconhece que a remuneração dos trabalhadores no setor saúde não acompanhou a real necessidade de reajustes. Além disso, vislumbra-se, no mesmo cenário, um quadro de injustiças e desigualdades de salários pagos para as mesmas categorias entre regiões do país.

Outro ponto que merece ser ressaltado é o que se refere à promoção no trabalho, segurança, e valorização da carreira profissional. Em que pese tais médicos serem estatutários, fato que lhes garante, sem dúvida, a segurança contratual e suas adjacências, além de demonstrar uma desesperança frente à suposta possibilidade de promoção (75%), revelaram os entrevistados ainda uma insegurança latente quanto a possíveis mudanças indesejadas em

relação ao futuro no trabalho, girando em torno de 53%. Ademais, foi possível observar que os percentuais acima referidos e o quadro empírico acima traçado sofreram algumas alterações ao se realizar o cruzamento das referidas perguntas com as variáveis idade, gênero e tipo de unidade.

De um modo geral, a categoria “gênero” pouco influenciou estruturalmente os percentuais da totalidade, o que conduz à suposição de que a modalidade contratual estável (de servidoras estatutárias) fundada na assunção de vantagens e direitos legalmente assegurados às médicas acabam por minimizar algumas diferenças relacionadas ao corte de gênero. Tais diferenças, todavia, não se pode negar, são ainda bastante perceptíveis, especialmente no setor privado de saúde. Além disso, vale observar que, não por acaso, esse achado se coaduna com o afirmado pela literatura médica, já mencionado no referencial teórico, no que se refere à preferência das mulheres pelo emprego público.

Diferentemente da variável acima referida, a idade e o tipo de unidade renderam algumas variações significativas entre as próprias subdivisões da categoria, e, em alguns questionamentos pontuais, foram observadas diferenciações importantes em face da totalidade. Neste sentido, foi verificado que os médicos mais jovens, de fato, são os mais impactados pelas situações de precariedade e eventual exposição a condições de trabalho inadequadas, resultado que, conforme já visto, está em sintonia com a literatura no setor saúde.

Os médicos mais jovens, que, no presente estudo, foram representados por uma faixa etária de 25 a 39 anos, indicaram que são mais interrompidos no trabalho, bem como sofrem mais pressão na realização de tarefas, do que a média total da amostra. Ainda nesta perspectiva, os percentuais de respostas mais negativas por parte dos jovens superaram o do contingente total também em dois itens já suscitados: o da percepção de recompensa, e, especialmente, o que se refere à insegurança no trabalho, eis que 73% entre os mais jovens reconheceram temer mudanças futuras e indesejadas, enquanto que, na amostra geral, o percentual, conforme acima citado, correspondeu a 53%.

Por sua vez, as condições de trabalho nos HEGP e, principalmente, nas maternidades estiveram frequentemente associadas pelos médicos às respostas mais negativas frente ao questionamentos que lhes foram feitos. Sendo assim, esses locais estiveram relacionados à pressão temporal realizada sobre os profissionais, à pressão para realização de labor além do horário e a maior nível de exigências físicas, permitindo-se supor que se tratam de locais onde os médicos, comparativamente aos outros tipos de unidade, possuem a autonomia reduzida e um nível de cobrança mais elevado. Além disso, vale notar que foram nestes tipos de unidade

onde se observou o maior volume de médicos que fizeram referência a um tratamento supostamente injusto.

O nível central (área de gestão e formulação das políticas) também apareceu relacionado a um ambiente ao qual os médicos associaram uma pressão constante para realizar as atividades em menor tempo, uma maior pressão para trabalhar além do horário, e, ainda, onde os profissionais se sentem inseguros em relação a possíveis futuras mudanças indesejadas no trabalho. Neste contexto, cumpre aclarar que embora apenas 33% (menor índice entre as unidades consideradas) dos médicos concordem com o fato de que as pessoas próximas relacionam o seu próprio trabalho como uma atividade sacrificante, na prática, ficou claro o caráter particular de estresse e tensão vivenciados por esses profissionais, o que se acredita que pode ser influenciado pelo clima político que circunda o processo de assunção dos cargos comissionados (comuns nesse tipo de unidade), bem como por todos os demais aspectos ligados à alta responsabilidade que essas atividades estratégicas demandam.

Condições de trabalho dos médicos que laboram no serviço público do Estado da Bahia, independentemente do tipo de vinculação contratual.

Diferentemente da etapa anterior, nesta, as condições de trabalho dos médicos foram pontuadas e analisadas a partir de uma abordagem qualitativa das narrativas colhidas nas entrevistas que foram gravadas e posteriormente transcritas. Ora, foi permitido alcançar outros aspectos que não foram abordados no questionário da Pesquisa SESAB, bem como alguns aspectos semelhantes, porém vislumbrados e reelaborados a partir da subjetividade e vivências particulares dos entrevistados.

Também aqui alguns temas conduziram as análises assumindo certo protagonismo. Desta feita, porém, não por escolha metodológica do presente estudo, mas sim por terem se revelado, de forma autônoma, enquanto unidades temáticas significantes e nucleares que compuseram a comunicação e que, por sua vez, permitiram traçar, com mais acuidade, os supostos contornos e sentidos empíricos da precarização estudada no plano teórico. Foram eles: riscos no ambiente físico do trabalho; autonomia e intensidade de jornada; relações interpessoais, reconhecimento e apoio social; violência na relação profissional-usuário; remuneração, segurança e estabilidade; e, ao final, desgaste e motivação para o trabalho.

Relativamente ao ambiente físico do trabalho, as falas dos médicos muitas vezes traduziram-se em queixas que percorreram aspectos que são comumente associados à visão mais clássica do que se entende por condições de trabalho. Assim, foi constatada a exposição frequente dos profissionais a agentes biológicos - ante à falta ou a má qualidade dos EPI's; à falta de materiais de trabalho e à precariedade das instalações sanitárias e de conforto, além

do aumento da demanda pela realização de esforço físico, especialmente nos tipos de unidades complexas - os hospitais, e devido principalmente à insuficiência na equipe técnica.

Verificou-se, ainda, a insegurança no local de trabalho como uma das principais preocupações dos médicos, problema que toca mais diretamente o(a)s plantonistas que frequentemente se dirigem a essas unidades de saúde à noite e sozinhos, expondo-se a uma condição de vulnerabilidade ainda maior. Este problema foi enunciado, inclusive, como um elemento que influencia fortemente na disponibilidade de profissionais para essas unidades de saúde, as quais, geralmente, conforme citado pelos entrevistados, já sofrem com a alta rotatividade e insuficiência de profissionais.

Por ora, ainda que o presente estudo não objetive fazer uma análise comparativa das respostas dos médicos entrevistados na primeira e segunda etapa, vale chamar a atenção que, no questionário SESAB, não constam perguntas relativas ao ambiente físico do trabalho. No entanto, supõe-se que os aspectos suscitados possam também compor a realidade dos médicos da amostra da Pesquisa SESAB. Isso porque alguma das unidades às quais se referiu parte dos entrevistados nesta segunda etapa, também comõem o rol de unidade vinculadas diretamente à SESAB e que, portanto, foram consideradas na pesquisa sobre a qual se debruçou a primeira fase deste estudo.

Revela-se importante a advertência acima aludida, posto que, conforme já mencionado, os investimentos nas condições objetivas – relacionadas ao ambiente físico laboral, oferecidas para o desempenho no trabalho (que englobam, entre outros aspectos, as condições de higiene, segurança e equipamentos), são frequentemente apontados como um caminho para evitar a insatisfação com o trabalho, bem como para evitar problemas como o desgaste, sofrimento e sentimento de impotência nos profissionais envolvidos.

Relativamente à autonomia e intensidade das jornadas, algumas ambiguidade e contradições foram reveladas a partir dos depoimentos dos atores envolvidos nesta fase de campo. Observou-se o esforço dos médicos em reafirmar sua autonomia, mesmo com a ciência e reafirmação de que são conduzidos à intensificação da jornada ou, por exemplo, à sujeição aos interesses da gestão no que se refere à ordem e priorização do tipo de procedimento ou cirurgia a ser realizado, ainda que esta ordem não atenda a critérios técnicos vislumbrados por eles.

De acordo com uma parte dos entrevistados, suas condições de trabalho estiveram marcadas ainda por relações interpessoais conflituosas, nas quais a necessária rede de apoio e reconhecimento inter-pares demonstrou-se comprometida. Frente ao que foi suscitado pelos médicos, entende-se que este problema, que de um modo geral não foi detectado no caso dos

médicos da Pesquisa SESAB, está marcado pela influência dos ideais produtivistas e do individualismo competitivo, os quais constituem alguns dos principais aspectos pertencentes aos novos modos de gestão e organização do trabalho inerentes à administração gerencialista pública, que vem sendo implementada em algumas unidades do Estado.

Já a violência na relação entre os médicos entrevistados e os usuários foi um tema fortemente aludido nas narrativas da grande maioria dos médicos entrevistados, e estes conflitos foram referidos, principalmente, como consequência do problema que envolve a expectativa dos usuários e a deficiência macro e microestrutural do sistema, que se traduz frequentemente, conforme relatado, por exemplo, no excesso de usuários em relação ao suporte estrutural, material e humano oferecidos.

A precariedade das condições de trabalho traduziu-se ainda numa insatisfação quase geral em relação ao salário. Embora esta insatisfação também tenha sido destacada pelos médicos servidores públicos, na Pesquisa SESAB, algumas particularidades foram observadas. Entre elas, vê-se a presença da remuneração flexível que está intrinsecamente associada ao desempenho produtivo do trabalhador, a qual se constitui em modalidade comum nas instituições de saúde onde a organização do trabalho está pautada nos ideais gerencialistas e que se fundamenta no pagamento por número de pacientes atendidos ou por procedimentos realizados.

Vale notar, a priori, a percepção positiva dos médicos entrevistados quanto a esse tipo de remuneração, eis que possibilita ao profissional auferir uma remuneração num padrão geralmente acima daquela modalidade “assalariada” implementada nas Instituições públicas de saúde. Todavia, a análise das narrativas conduziu ao entendimento de que este tipo de remuneração, marcada pelo envolvimento do operário conforme os interesses da empresa, acaba contribuindo para a deteriorização qualitativa das condições de trabalho.

Por fim, ao ponderar sobre a repercussão das condições de trabalho analisadas nesta etapa, na vida pessoal e na motivação para o trabalho dos profissionais entrevistados, ficaram constatadas a sobrecarga de trabalho e a frequente prática do multiemprego como influentes no processos de desgaste profissional, visto que a soma desses dois elementos enseja no intenso comprometimento do tempo de não-trabalho, tão necessário à vida pessoal e à saúde desses médicos.

Neste contexto, foram apontadas pelos médicos outras razões para o desgaste profissional e para a falta de motivação para o trabalho: os problemas causados em função da precariedade das condições mais objetivas do trabalho, como a falta de pessoal, excesso de pacientes e escassez de leitos e recursos e os ruídos das relações estabelecidas com pacientes e

demais membros da equipe, no curso do processo de trabalho. Constatou-se que este cenário contribui para uma elevada carga psíquica, podendo repercutir na capacidade ou potencialidade para o trabalho, eis que a grande maioria dos entrevistados se disse desgastada e estressada.

Por outro lado, a vivência subjetiva desses profissionais em relação às suas respectivas condições de trabalho, reveladas através das entrevistas concedidas, permitiu ao presente estudo compreender que os benefícios da gratificação moral do fazer em saúde, bem como a consciência do conteúdo humanístico e social do trabalho por eles desenvolvidos, implica em outros mecanismos de motivação. Tais mecanismos minimizam não só os entraves da organização e das condições precárias do ambiente físico do trabalho, como também eventuais insatisfações que envolvem as recompensas econômicas pelo serviço prestado.

Com efeito, as considerações baseadas nesta etapa da pesquisa, em uma literatura crítica e nas consistentes falas dos médicos envolvidos, revelam que o trabalho em saúde, bem como, mais especificamente, as condições de trabalho no serviço público são permeadas por contradições e situações de precariedade. Neste sentido, esses médicos que atuam na produção de saúde dos indivíduos e da coletividade são expostos a situações que ameaçam sua própria saúde, comprometendo ainda suas relações sociais e familiares.

Constatou-se, por sua vez, que essa precariedade, ao atingir a motivação dos profissionais, podem repercutir também no desempenho profissional, e, conseqüentemente, na qualidade da assistência prestada, muito embora tenha ficado claro que há elementos para além do caráter extrínseco do próprio indivíduo (ambiente externo, condições higiênicas, salários etc) que contribuem para a sua realização profissional e, assim, para manter a respectiva motivação para o trabalho em meio às adversidades aqui sinalizadas.

À título de conclusão destas reflexões, ora considerando as discussões empreendidas nas duas etapas do presente estudo, pode-se dizer que há algumas diferenciações quanto à percepção da precariedade das condições de trabalho vivenciadas pelos médicos da Pesquisa SESAB e daqueles entrevistados na pesquisa de campo. Entende-se que não só a modalidade institucional da gestão pública da saúde pode influenciar na organização e nas condições de trabalho dos médicos, como reconhece-se, também, a influência da própria modalidade de vinculação contratual do profissional com a unidade de saúde pública. Todavia, este é um tema que não foi explorado no presente estudo, e que, portanto, pode ser objeto de outras investigações.

Destarte, é imperioso ressaltar que os médicos de ambas as amostras, de algum modo, vivenciam, embora certamente em intensidades diferentes, velhos e novos problemas que

constam de um contexto ainda mais amplo – o da gestão do sistema de saúde e desempenho nas organizações públicas. Nessa perspectiva, produzir informações sobre as condições de trabalho dos médicos que atuam no serviço público do Estado da Bahia significa também oferecer subsídios para o necessário planejamento de ações de prevenção, vigilância e formulação de políticas de enfrentamento do fenômeno das precarização social, que, em sua multidimensionalidade, abrange a profissão médica e todas as demais do setor saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Celia. O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. **Texto para Discussão**, Brasília, n. 599, nov. 1998. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_599.pdf>. Acesso em: 23 set. 2012.
- ALVES, G. **Trabalho e subjetividade**: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório. São Paulo: Boitempo, 2011.
- _____.; VIZZACCARO-AMARAL, André Luís; MOTA, Daniel Pestana. (Org.). **Trabalho e saúde**: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI. São Paulo: LTr, 2011.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- _____.; JACKSON FILHO, J. M., Transformações do Trabalho no Setor Saúde e Condições para cuidar. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs.). **Trabalhar na Saúde**: Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- _____. BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2011.
- _____. et al. Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v.23 p.193-201.2007.
- _____.; TAVARES, I. R.; SERRA, P. J. (Org.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG. 2012.
- ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BELISSÁRIO, Soraya Almeida. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores**. Belo horizonte: Nescon/UFMG, 2007.
- BARROS D. S et al. Médicos plantonistas de unidades de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à Síndrome de Burnout. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. [S.l.], v.20, n.3, 2008.
- BLEICHER, Lana. **Autonomia ou assalariamento precário?** O trabalho dos cirurgiões-dentistas na cidade de Salvador. 2011, 130f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador, 2011.
- BONAVIDES, Paulo. **Do Estado Liberal ao Estado Social**. 7.ed. São Paulo: Malheiros, 2001.
- BORGES, A, **Desestruturação do mercado de trabalho e vulnerabilidade social**: a Região Metropolitana de Salvador na década de 90. Salvador, UFBA, 2003.

BOURDIEU, P. A precariedade está hoje por toda parte. In: _____. **Contrafogos**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **O poder simbólico**. São Paulo: Difel, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Orientações gerais para elaboração de editais**: processo seletivo público: agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_desprec_acs.pdf>. Acesso em: 30 set. 2012.

BRITO, Jussara et al. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a infração e a ausência de normas. In.: ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CARRERA, Mariana B. M. **Parceiria Público-privada na saúde no Brasil**: Estudo de caso do Hospital do Subúrbio de Salvador – Bahia. 2012, 105f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2012.

CARVALHO, M. M. B. **O Professor, um profissional**. Sua saúde e a educação em saúde na escola. 1995. 186f. Trabalho de Conclusão de Curso (Tese de doutorado) - Universidade São Paulo, 1995.

CARVALHO, Maria Amélia Lira de. **Pejotização e descaracterização do contrato de emprego**: o caso dos médicos em Salvador – Bahia. 2010. 153 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania) – Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2010.

CARVALHO, A. I.; RIBEIRO, J. M. Modelos de atenção à saúde. In.: CARVALHO, A.I.; GOULART, F. A. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro; Brasília: Fiocruz, 1998.

CHANLAT, J. F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7, 2002, Lisboa, **Anais....** Lisboa, 2002.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lucia. A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 96-115, abr. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **O médico e o seu trabalho**: aspectos metodológicos e resultados do Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2004.

_____. Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília: CFM, 1998.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Demografia médica 2011. São Paulo, 2011. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Cen troDados&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=4>. Disponível em: 17 mar. 2015.

CORDEIRO, H. A. **As empresas médicas**: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Gral, 1984.

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público. 2005. 268f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

COSTA, Márcia da Silva. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092005000300008>. Acesso em: 30 set. 2012.

D. PAI, Daiane. **Violência no trabalho em pronto socorro**: implicações para a saúde mental dos trabalhadores. 2011, 218f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

DEDECA C. S. O Trabalho no Setor Saúde. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v.22, n.2, p.87-103, 2008.

_____.; TROVÃO, C. J. B. Marques, A Força do trabalho no complexo da saúde: vantagens e desafios. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v.18, n. 6, 1555- 1567, jun. 2013.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista de Saúde Ocupacional**, v.14, n. 54, p.7-11. Abr./jun. 1986.

_____. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo, Cortez/Oboré, 1992. 168p.

DIAS, Elizabeth Costa. Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho. **Rev Bras Med Trab.** [S.l.], v.13, n.2, p.60-8, 2015.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo. Duas Cidades, 1976.

_____. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DRUCK, G. A Precarização Social do Trabalho no Brasil: alguns indicadores. In: RICARDO ANTUNES, (Org.). **Riqueza e Miséria do Trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

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

_____. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n.01, p. 37-57, 2011.

_____. **A precarização social do trabalho no Brasil**: uma proposta de construção de indicadores. Salvador: CRH/UFBA/CNPq. Projeto de Pesquisa Bolsa Produtividade do CNPq, 2007/2010, 2010.

_____. O avanço da terceirização do trabalho: principais tendências nos últimos 20 anos no Brasil e na Bahia. **Revista Bahia Análise e Dados**, Salvador, n.especial, 2011.

_____; OLIVEIRA, L. P.; SILVA, S. A precarização social do trabalho no Brasil: o caso da vulnerabilidade dos jovens e dos sindicatos. In: BRAGA, T.; VIDAL, F. NEVES, L. (Org.) **Trabalho em questão**. Salvador: SEI, 2010.

EBERHARDT, Leonardo Dresch; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE; Neide Tiemi. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, Jan./mar. 2015.

FRANCO, T; DRUCK, G. O trabalho contemporâneo no Brasil: terceirização e precarização. In: SEMINÁRIO FUNDACENTRO. Salvador, 2009.

FRANCO, Tânia; DRUCK, Graça; SELIGMANN-SILVA, Edith. Ensaio as novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.35, n.122, p. 229-248, 2010.

_____.; _____.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo: Fundacentro, v.35, n.122, p.229-248, 2010.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia; CARVALHO, Werther Brunow de; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.708-12, 2010.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO, Cristiana Leite; GIRARDI, Luísa Gonçalves. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais. [S.l.], 2007. Disponível em: < http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/NESCON-UFMG/Modalidades_contratacao_trabalho_medico.pdf >. Acesso em: 21 set. 2014.

_____.; _____.; Mercado de trabalho e regulação das profissões de saúde. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A.L.A. (Org.). **Recursos humanos em saúde, política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. São Paulo: Unicamp, 2002.

GODOY, S. C. B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho**: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte. 2009. 188f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

GUIMARÃES, Magali Costa. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Ocup.** São Paulo, v.34 n.120, jul./Dez. 2009.

HARVEY, D. **A Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança

cultural. São Paulo: Loyola, 1993.

_____. **Condição Pós-Moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural . 6 ed. São Paulo: Loyola, 1996.

IVO, Anete Brito Leal (Coord.). **Dicionário temático desenvolvimento e questão social**: 81 problemas contemporâneos. Brasília: CNPq; Salvador: Fapesb, 2013.

JACKSON FILHO, J. M. A RBSO e seu compromisso com o campo da Saúde do Trabalhador. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v.34, n.120, p.104-105, 2009.

_____. **Desenho do trabalho e patologia organizacional**: um estudo de caso no serviço público. Produção, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 58-66, 2004.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.918-928, 2010.

KOSTER, Isabella. **A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008, 208f. Dissertação (mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

LACAZ, F. A. de C. et al. Gestão do trabalho e tecnologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde em municípios do estado de São Paulo In.: ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

LEMONS, J. C. Cargas psíquicas no trabalho e processos e processos de saúde em professores universitários. 2005, 147f. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LOURENÇÃO, L. G.; MOSCARDINI, A. C.; SOLER, Z. A. S. G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.56, n.1, 2010.

_____. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MACHADO, M. H. Sociologia da profissões: uma contribuição ao debate teórico. In. MACHADO, M. H. (Org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 13-33.

_____.; KOSTER, I., Emprego e Trabalho em Saúde no Brasil: As políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs). **Trabalhar na Saúde**: Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____. **Os médicos no Brasil um retrato da realidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.

_____.; KOSTER, Isabela. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In.: ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____. **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. et al. **Perfil dos Médicos no Brasil – relatório final: Médicos em números.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. FIOCRUZ/CFMMS/PNUD. v. 1 e 12.

MACIEL FILHO, Rômulo; PIERANTONI, Célia Regina. O médico e o mercado de trabalho em saúde no Brasil - revendo conceitos e mudanças. In: BARROS, André Falcão do Rêgo (Org.) et al. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2.

MACIEL, R. H., et al. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. **Revista de Saúde Pública**, v.44 n.5, p.950-956, 2010.

MARQUES, Ana Paula Pereira. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego. Um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 18, n.6, p.1545-1554, 2013.

MARTINS, M. I. C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, 2013.

MARX, K. **O Capital: Crítica da Economia Política.** São Paulo: Abril, 1985.

MEDICI, A. C. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura.** Rio de Janeiro: Ensp, 1992.

MENDES, Antonio da Cruz Gouveia. Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em services de emergência de alta completixade. **Reben**, [S.l.], 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina do trabalho à Saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.25, n.5, p.341-349, 1991.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** [S.l.], Hucitec,1997.

MÉSZÁEROS, I. **A teoria da alienação em Marx.** 1930. São Paulo: Boitempo, 2006.

MINAYO; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-248, 1993.

_____. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MOURA, Jackeline da Silva. Notas explicitivas sobre a categoria precarização do trabalho como elemento estrutural e social do trabalho na contemporaneidade. In.: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICA PÚBLICAS, 7, 2015, São Luís. **Artigos...**, São Luís, 2015.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes; NASCIMENTO, Mônica de Andrade; CARVALHO, Fernando Martins. Transformações no Trabalho Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecultura/artigos-encontro-12/Texto29.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2012.

_____.; _____.; _____. Transformações na organização do trabalho médico no Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.28, n.1, p.78-90, jan./jun. 2004.

_____. 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.

_____. Transformações no trabalho médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.29, n.2, maio/ago. 2005.

NOGUEIRA, R. P. A força do trabalho em saúde. **Revista de Administração Pública**, [S.l.], v. 17, n. 3, jul/set., p. 61-70, 1983. Disponível em: <bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewArticle/10660> Acesso em: 08 set. 2014.

_____. A reforma do Estado e os recursos humanos de saúde: flexibilidade de ação com continuidade de direção. (Breve ensaio). **Rev. Assoc. Saúde Pública do Piauí** Teresina, v.2, n. 1, p. 32-35, 1999.

_____. A força de trabalho em saúde no contexto da reforma sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p.332-342, jul.set. 1987.

NORIEGA, M. Organización laboral, Exigencias y Enfermedad. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Para la investigación sobre la salud de los trabajadores**. [S.l.], Organización Panamericana de la Salud, 1993. p. 167-187.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE ESTAÇÃO. **O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado**. Fortaleza: CETREDE/UFC/UECE, 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Trabalho_medico.pdf>. Acesso em: 30 set.2012.

OLIVEIRA, Murilo Carvalho Sampaio. Avanços, recuos e esperanças: a lei 12.551/2011. [S.l.], 2012. Disponível em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI147589,21048-Avancos+recuos+e+esperancas+a+lei+125512011>>. Acesso em: 30 out. 2012.

OLIVEIRA, N. T. **O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o setor de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário**. 2009. 148f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Site institucional. [S.l.], 2010. Disponível em:<<http://www.paho.org/bra/>>. Acesso em: 9 mar. 2015.

OSÓRIO, Cláudia et al. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PALÁCIOS, M. P. **Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro**, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993.

PEDROSA NETO, Antônio Henrique et al. (Coord.). **Os Médicos e a saúde no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

_____. The Medical Profession at Issue (1922): A Historical and Sociological View. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p.600-615, Oct./dec., 1995.

PESSANHA, E. G. da Fonte; ARTUR, Karen, Direitos trabalhistas e organização dos trabalhadores num contexto de mudanças no mundo do trabalho: efeitos sobre o trabalhadores da saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Salvador, v.18, n. 6, 1569-1579, jun. 2013.

PIERANTONI, C. R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humano: limites e possibilidades. **Cien Saude Colet.** [S.l.], v.6, n.2, p. 341-360, 2001.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da política de gestão do trabalho e educação na saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, set. 2011.

PINTO, Augusto. **A organização do Trabalho no século XX: taylorismo, fordismo e toyotismo**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos: Desafios e perspectivas contemporâneas. **Rev. TST, Brasília**, v. 75, n.1, jan./mar. 2009.

PITTA, A. **Hospital: Dor e Morte como ofício**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Hospital dor e morte como ofício**. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

PORTO, Lorena Vasconcelos. A precarização das relações trabalhistas e os acidentes de trabalho. O exemplo italiano. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 14, n. 2118, 19 abr. 2009. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/12648>>. Acesso em: 28 set. 2012.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardozo de; Cecílio, Luiz Carlos de oliveira. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. SUS e pactos pela saúde. [S.l.], [201-].

RODRIGUES NETO, E. Reorientando o setor saúde no Brasil: Desafios para a prática e a educação médicas. **Divulgação em Saúde para Debate**, [S.l.], n. 14, p. 66-74, 1996.

ROOSLI, A. C. B. da S.; ATHAYDE, Milton. Gestão, trabalho e psicodinâmica no cotidiano da estratégia saúde da família. In.: ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SALA, A.; PARREIRA, S. M. C. P., O Trabalho no Setor Hospitalar: Adoecimento e afastamentos por motivos de saúde. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs). **Trabalhar na Saúde: Experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SALA, Arnaldo; PEREIRA, S. M. de C. P. O trabalho no setor hospitalar: adoecimento e afastamentos por motivos de saúde. In.: ASSUNÇÃO, Ada Ávila (Org.). **Trabalhar na**

saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____.; CORREA, Dalila Alves. A saúde mental no trabalho e a gestão de pessoas: uma proposta de aproximação Interdisciplinar. [S.l.], [20-]. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/4mostra/pdfs/123.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

SANTOS, T. S. dos. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital **Sociologias**, Porto Alegre, n.6 Jul./Dec. 2001. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S151745222001000200008&script=> Acesso em: 08 set. 2014.

_____. Considerações sobre mudanças na profissão médica e diferenciações ocupacionais no interior de um Hospital Universitário (HCPA). [S.l.], [20-].

SANTOS, J. B. F. et al. O trabalho do médico: de profissional liberal a assalariado. In: _____. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde - estação Cetrede/UFC/UECE:** reflexões de pesquisas. Fortaleza: Eduece, 2006.

SANTOS, Lenir. Administração pública e a gestão da saúde. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. C. (Orgs.). **Gestão pública e relação público privado na saúde.** Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 68-86.

_____. O poder regulamentador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v.3, 2008.

SANTOS, J. B. F. UCHOA, J. F. MENELAU NETO, J. Precarização do Trabalho de Nível Técnico em Saúde no Nordeste: um Enfoque nos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. In: BARROS, A. F. R. (Org.). **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil:** estudos e análises. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SCHRAIBER. L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, fev. 1995.

_____. **O médico e o seu trabalho:** limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC; 1993.

_____. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v.11, n.1, p.57-64, 1995.

_____. A profissão de ser médico. In.: A. M. Canesqui (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico.** São Paulo: Hucitec. 2000.

_____. **O médico e suas interações:** a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. 2008.

SCHEFFER, Mário (Coord.). **Demografia médica no Brasil:** dados gerais e descrições de

desigualdades. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2011. v. 1. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/demografia_2_dezembro.pdf>. Acesso em: 30 set. 2012.

SELIGMANN-SILVA, E. Desemprego e psicopatologia da recessão. In: BORGES, L. H.; MOULIN, M. G. B.; ARAÚJO, M. D. (Org.) **Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações**. Vitória: UFES, 2001.

SILVA, Ana Paula da; QUEIROZ, Evandro de Souza. O estresse e sua relação com a jornada de trabalho da enfermagem em unidade hospitalar. **Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, [S.l.], v.1, n.01, ago. 2011.

SILVA, Lindomar Pinto da. **A influência da reforma gerencial sobre a cultura de uma organização pública**: a Secretaria da Fazenda do Estado da Bahia em análise. 2011, 378f. Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2011.

SILVA, Iracema Viterbo. **Violência no trabalho em saúde**: a invisibilidade do sofrimento nas organizações de saúde na Bahia. 171f., 2013. Tese (Doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SILVA, Marta Maria Alves da. **Trabalho médico e o desgaste profissional**: pensando um método de investigação. 2001. 186f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. do R. Características do mercado de trabalho no setor de saúde DNA década de 1990: reflexões. In.: NEGRI, B.; FARIA, A L .D. (Org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002.

SILVA-ROOSLI, A. C. B.; ATHAYDE, M. Gestão, trabalho e psicodinâmica do reconhecimento no cotidiano da estratégia Saúde na Família. In.: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE – SUPERH. Site institucional. Salvador, [20-].

TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.55, n.6, 2009.

VARELLA, T. C.; PIERANTONI, C. R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Physis**, [S.l.], v. 18, n.3, p.521-544, 2008.

VERÍSSIMO, Daniela Maria Maia; ABRÃO, Jorge Luís Ferreira. SUS: problema ou solução? O sofrimento dos trabalhadores da saúde. **Revista da RET**, [S.l.], ano 8, n.16, 2015.

VIANA, Márcio Túlio. **As relações de trabalho sem vínculo de emprego e as novas regras de competência**. [S.l.], 2005. Disponível em: <http://www.trt3.jus.br/escola/download/artigos/relacoes_trabalho_vinculo.pdf>. Acesso em: 21 set. 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar, voluntariamente, do projeto da pesquisa “**As Condições de Trabalho no Serviço Público do Estado da Bahia**”, realizada no âmbito do Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania, da Universidade Católica do Salvador, sob a responsabilidade da mestrandia Joana Rêgo Silva Rodrigues e sob a orientação da Profa. Dra. Ângela Maria Carvalho Borges.

Esta pesquisa pretende estudar a precarização do trabalho de médicos que laboram no serviço público de saúde no Estado da Bahia, na perspectiva de análise das condições de trabalho destes profissionais, buscando evidenciar, por sua vez, de acordo com a percepção dos próprios trabalhadores, os desdobramentos dessas condições de trabalho para sua vida pessoal e na motivação para a atividade profissional desenvolvida.

Trata-se, metodologicamente, de um pesquisa qualitativa, em estudo exploratório, com a realização de entrevistas semi estruturadas para coleta de dados primários. No entanto, a pesquisa conta ainda com: a análise quantitativa de dados secundários extraídos da análise das tabulações e sistematização de microdados da pesquisa ISC/SESAB/FAPESB; pesquisa no banco de dados do IBGE, do Ministério do Trabalho, entre outros cujo conteúdo se relacione diretamente à categoria médica na Bahia e à atividade por ela desenvolvida nos serviços públicos e, análise de material empírico capturado a partir de pesquisas em acervo bibliográfico sobre o tema.

O roteiro de entrevistas dirigido aos profissionais participantes combinam perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Responder a esta pesquisa não envolverá riscos significativos ao participante, além da expressão de sua opinião, haja vista que todos os procedimentos adotados obedecem aos Critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Para minimizar qualquer desconforto e manter a privacidade e o anonimato do entrevistado, o questionário não deverá conter qualquer identificação. O entrevistado terá a liberdade de participar o não do estudo, garantindo-se a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento. Todas as informações serão sigilosas, guardadas por cinco anos em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes.

A participação neste estudo não trará ao participante nenhum ganho financeiro, mas estará colaborando para ampliação das discussões acerca do fenômeno da precarização social

do trabalho que hoje, atinge a todos os profissionais, bem como do reconhecimento das condições de trabalho enquanto uma das dimensões deste processo. Poderá ainda, contribuir como subsídio para construção de estratégias de enfrentamento do problema.

O Sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, entretanto, caso ocorra, haverá o ressarcimento por parte do pesquisador. Será solicitado ao entrevistado, aproximadamente, 1 (uma) hora para a resposta o questionário. Em caso de dúvidas, a qualquer momento do estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através do e-mail: joana_rsrodrigues@hotmail.com ou do telefone (71-99916-3295); ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisada UCSAL: na Av. Cardeal da Silva, n. 205, Federação, Salvador/BA, CEP: 40231-902, Tel: (71) 3203-8913 ou email – cep@ucsal.br . O Sr.(a) receberá uma via deste Termo, ficando uma outra via de posse da pesquisadora.

Tendo em vista os itens acima apresentados e informado a respeito do propósito da pesquisa sobre “**As Condições de Trabalho no Serviço Público do Estado da Bahia.**”, discutindo, inclusive, com a pesquisadora Joana Rêgo Silva Rodrigues, sobre a minha decisão em participar desse estudo, ficando claro para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos usados, desconforto, riscos e garantia de confidencialidade e esclarecimentos permanentes, e ainda isenção de despesas eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o processo.

Salvador, _____ de _____ de 2016

(Assinatura do participante)

(Assinatura do pesquisador responsável)

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Nome: Joana Rêgo Silva Rodrigues | CPF: 794466555.87 |
| Programa: Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania | Instituição do Programa: Universidade Católica do Salvador |
| Projeto: As Condições de Trabalho dos Médicos no Serviço Público do Estado da Bahia | |

BLOCO I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Número de identificação do entrevistado ()

1. Data da entrevista: ____/____/____

2. Local da entrevista: _____

3 Idade:_____ Data de Nascimento: __/__/__

4 Sexo: () Feminino () Masculino

5 Estado Civil: () solteiro () casado () união estável () viúvo () divorciado

6 Filhos: Sim() número () Não()

BLOCO II – FORMAÇÃO; TRAJETÓRIA PROFISSIONAL e CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS

1. Ano em que se graduou em medicina.

2. Tempo de exercício profissional.

3 Pós graduação: Especialização () mestrado () doutorado (). Quais:

4. Que tipo de vínculo possui atualmente no serviço público de saúde do Estado da Bahia? Especifique.

5. O(a) Sr (a) possui outro vínculo profissional? Especifique

6. Em que tipo de unidade exerce suas atividades atualmente: 01) Hospital de Emergência (_)

02) Hospital (grande e médio porte) () 03) Unidade de Emergência (pequeno porte) ()

04) Hospital Especializado () 05) Unidade de Atenção Especial à Saúde () 06) Maternidade

() 07) Nível Central () 08) Outro ()

7. Que tipo de atividade o Sr (a) desenvolve atualmente? 01) assistencial ()

02) administrativa () 03) gestão () 04) fiscalização / auditoria () 05

Outra _____

8. Quantas horas o (a) Sr (a) trabalha por semana no serviço público? Como se organiza?

9. Qual a jornada de trabalho semanal somando todos os vínculos profissionais que possui?

BLOCO III – QUESTÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

PARTE A – FATORES E CONDIÇÕES FÍSICAS E MATERIAIS

O (a) Sr (a) se percebe exposto a risco físico em virtude do meio ambiente em que trabalha?

Se a resposta for positiva explique quais os possíveis efeitos e impactos para sua saúde.

O trabalho do Sr.(a) lhe exige esforço físico? Qual?

O (a) Sr (a) se percebe exposto a algum tipo de violência no trabalho? Explique:

PARTE B – FATORES DE PROCESSO E CARACTERÍSTICAS DA ATIVIDADE

Como vê sua autonomia no desenvolvimento da sua atividade profissional no setor público? E nas demais?

O seu processo de trabalho lhe coloca em situações que lhe obrigam a desenvolver tarefas no tempo e/ou ritmo insuficientes? Explique:

O (a) Sr.(a) se sente pressionado (a) para fazer seu trabalho em pouco tempo? Caso a resposta seja positiva, quem realiza essa pressão? Explique:

O (a) Sr (a) realiza trabalho além do horário? Explique:

Durante o seu trabalho, o (a) Sr (a) tem algum tempo de intervalo para almoço ou descanso?

Durante o seu trabalho, em situações difíceis, o (a) Sr (a) pode contar com a colaboração dos colegas ou dos seus superiores/ gestores/ou responsáveis pela instituição? Comente:

O (a) Sr (a) entende que seu salário/renda é adequado?

PARTE C – CONDIÇÕES DO AMBIENTE SOCIOGERENCIAL

No cotidiano do seu trabalho (a) Sr (a) vivencia a falta de equipamentos e materiais de trabalho? Explique:

(a) Sr (a) considera sua atividade profissional desgastante? Por quê?

(b) (a) Sr (a) se sentem motivado para o trabalho?

O que o (a) Sr. (a) pensa acerca das exigências no trabalho. Percebe mudanças ao longo do tempo? Explique:

O que o (a) Sr. (a) sente que possui o respeito que merece dos chefes e colegas?

(a) Sr (a) percebe alguma diferença entre o trabalho no serviço público e nos outros locais em que trabalha? Explique?

O que o (a) Sr. (a) pensa acerca da prática do multiemprego?

O (a) Sr. (a) foi vítima de algum tipo de violência no local em que trabalha? Explique:

**APÊNDICE C - ESTUDO SOBRE O PERFIL DE MORBIDADE DOS TRABALHADORES
DE SAÚDE DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

QUESTIONÁRIO

BLOCO I

PARTE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ENTREVISTADOR (A): (Estas informações deverão ser preenchidas previamente)

A1. Formulário n° (Será preenchido pela Coordenação da Pesquisa)

A2. Código da unidade

A3. Matrícula do (a) entrevistado (a) n°

A4. Código do (a) entrevistador (a):

A5. Data da entrevista: ____/____/____

A6. Local da entrevista: 1 () Trabalho 2 Residência 3 () Outro _____

ENTREVISTADOR (A): Iniciaremos nossa entrevista solicitando algumas informações sobre seus dados pessoais e vida familiar

B1 Idade: ____ Data de Nascimento: ____/____/____

B2 Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino

B3. Local de moradia:

1 () Capital _____ (bairro)

2 () Interior _____ (cidade)

B4. Com relação a sua raça ou cor o (a) Sr (a) a considera: (Resposta estimulada e única).

MOSTRE CARTÃO DE RESPOSTAS n° 1

PARTE B - DADOS PESSOAIS E VIDA FAMILIAR

1 () Branca 2 () Preta 3 () Parda 4 () Amarela (de origem asiática) 5 () Indígena

6 () Recusou-se a responder 7 () Não sabe

B5. Qual o grau mais alto de educação que o (a) Sr (a) cursou?

1 () Alfabetização

2 () Primeiro grau. 2.1 () completo 2.2 () incompleto

3 () Segundo grau. 3.1 () completo 3.2 () incompleto

4 () Superior. 4.1 () completo 4.2 () incompleto

5 () Especialização () Residência

6 () Mestrado

7 () Doutorado

B6. Com relação a sua situação conjugal atual o (a) Sr (a) é:

01 () Casado (a) ou possui companheiro (a) 02 () Solteiro (a) 03 () Separado (a),
desquitado (a) ou divorciado (a). 04 () Viúvo (a)

B7. O (a) Sr (a) tem filhos?

1 () Sim. Quantos? 2 () Não

B8. Qual a idade do filho mais velho?

() () anos

() Não respondeu

() NSA

B9. Quantas pessoas residem com o (a) Sr (a)? Reside sozinho (a)

e do mais novo? () () anos

B10. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa? (Leia as alternativas)

1 () O (a) senhor (a)

2 () Seu (ua) cônjuge ou companheiro (a)

3 () O (a) senhor (a) e seu cônjuge ou companheiro (a), igualmente 4 () Seu pai ou sua
mãe

5 () Seu filho ou sua filha

6 () Não tem chefe

7 () Outra pessoa: _____

8 () Não sabe () não quer responder

B11. O (a) Sr (a) costuma realizar alguma dessas atividades em casa?

Lavar () Sim () Não

Passar () Sim () Não

Cozinhar () Sim () Não

Limpar () Sim () Não

Cuidar de filhos () Sim () Não

B12. Quanto tempo no total o (a) Sr (a) costuma gastar, por semana, na realização dessas atividades?

Horas minutos 00 () Não realiza essas atividades ()

B13. Alguém realiza ou ajuda o (a) Sr (a) a realizar essas atividades em casa?

Nunca

De vez em quando. Quem? _____

Sempre. Quem? _____

B14. Qual foi, aproximadamente, a faixa de renda total de sua família no mês passado?

() 1 SM até 3 SM () Acima de 3 SM até 6 SM () Acima de 6 SM até 10 SM

() Acima de 10 SM até 14 SM () Acima de 14 SM () Não lembra () Recusou-se a responder

BLOCO II – QUESTÕES SOBRE CARACTERÍSTICAS OCUPACIONAIS

ENTREVISTADOR (A): Agora farei algumas perguntas relacionadas a sua inserção na SESAB e sobre o local onde o (a) Sr (a) está lotado.

A1. Qual a data da sua admissão na SESAB? ____/____/____

A2. Ao ser admitido na Secretaria de Saúde do Estado em quantas unidades (a) Sr (a) já trabalhou, incluindo a que trabalha atualmente? _____

ENTREVISTADOR (A): As próximas perguntas dizem respeito à unidade da SESAB que o (a) Sr (a) trabalha atualmente

A3. Lotação atual: _____

A4. Tipo de unidade [Entrevistador assinala a resposta de acordo com as instruções do manual] 01 () Hospital de Emergência (grande e médio porte) 02 () Unidade de Emergência (pequeno porte) 03 () Hospital Especializado 04 () Unidade de Atenção Especial à Saúde 05 () Maternidade 06 () Nível Central 07 () Outro

A5. Com relação a sua atividade profissional o (a) Sr (a) é: (Resposta estimulada e única).

01 () Médico 02 () Enfermeiro 03 () Fisioterapeuta 04 () Nutricionista

05 () Assistente Social 06 () Farmacêutico 07 () Terapeuta Ocupacional

- 08 () Auxiliar de Enfermagem 09 () Técnico de Enfermagem 10 () Técnico em Radiologia 11 () Psicólogo 12 () Auxiliar ou Técnico Administrativo
13 () Outros _____

A6. Que tipo de atividade o Sr (a) desenvolve atualmente?

- 01 () Assistencial 02 () Administrativa 03 () Gestão 04 () Fiscalização () Auditoria
05 () Outra _____

A7. Quantas horas o (a) Sr (a) trabalha por dia nesse lugar?

A8. Quantos dias o (a) Sr (a) trabalha na semana nesse lugar?

A9. Há quanto tempo o (a) Sr (a) está lotado (a) nesse lugar?

A10. A função que o (a) Sr (a) exerce atualmente está compatível com o seu nível de escolaridade e decapacitação? (Apresente o CARTÃO DE RESPOSTAS 2)

- 01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante
05 () Extremamente

A11. Como o (a) Sr (a) se sente em relação ao seu trabalho neste lugar? (Apresente o CARTÃO DE RESPOSTAS 3).

- () Muito satisfeito () Razoavelmente satisfeito () Pouco satisfeito () Insatisfeito
() Muito insatisfeito

A8. O (a) Sr (a) possui outro vínculo profissional?

1 Sim. Com o Serviço Público. Qual a instância?

01 Federal _____

02 Estadual _____

03 Municipal _____

2 Sim. Com o Serviço Privado

3 Sim. Trabalha por conta própria. Possui consultório ou negócio próprio

4 Não.

ENTREVISTADOR (A): Se A8=SIM aplicar as questões A9 e A10. Se A8=NÃO pule para o bloco III

A9. Juntando as horas que o (a) Sr (a) trabalha nesse (s) outro (s) lugar (es) qual o total de horas que o (a) Sr (a) trabalha por dia nesse (s) outro (s) lugares?

A10. Quantos dias o Sr. (a) trabalha por semana nesse (s) outro (s) lugar (es)?

BLOCO III – QUESTÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO – EFFORT-REWARD IMBALANCE

ENTREVISTADOR (A): A seguir apresentarei algumas afirmações referentes às suas condições de trabalho atuais aqui nessa unidade da SESAB. O (a) Sr (a) deverá dizer se concorda ou discorda, de acordo com as opções deste cartão de respostas (Apresentar CARTÃO DE RESPOSTAS 4).

BLOCO III – QUESTÕES SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

PARTE A - ESFORÇO

A1 – O (a) Sr.(a) se sente constantemente pressionado (a) para fazer seu trabalho em pouco tempo.

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo
() Discordo totalmente

A2 – Constantemente interrompem e atrapalham seu trabalho.

01() Concordo totalmente 02 () Concordo mais que discordo 03 () Discordo mais que concordo 04 () Discordo totalmente

A3 – O (a) Sr(a) tem muita responsabilidade no seu trabalho.

01 () Concordo totalmente 02 () Concordo mais que discordo 03 () Discordo mais que concordo 04 () Discordo totalmente

A4 – O (a) Sr (a) é pressionado (a) com frequência a trabalhar além do horário.

01 () Concordo totalmente 02 () Concordo mais que discordo 03 () Discordo mais que concordo 04 () Discordo totalmente

A5 – Seu trabalho exige esforço físico.

01 () Concordo totalmente 02 () Concordo mais que discordo 03 () Discordo mais que concordo 04 () Discordo totalmente

A6 – Nos últimos anos, seu trabalho tem se tornado cada vez mais exigente

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo
() Discordo totalmente

PARTE B - RECOMPENSA

B2– O (a) Sr(a) tem o respeito que merece dos seus chefes.

() Concordo totalmente () Concordo mais que discordo () Discordo mais que concordo
() Discordo totalmente

B3– O (a) Sr (a) recebe o respeito que merece dos seus colegas de trabalho.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

B4– No trabalho o (a) Sr (a) pode contar com apoio em situações difíceis

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo (
 Discordo totalmente

O (a) Sr (a) é tratado injustamente no trabalho.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

B5 – O (a) Sr (a) vê poucas possibilidades de ser promovido (a) no futuro.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

B6– O (a) Sr (a) passou ou ainda pode passar por mudanças não desejadas no trabalho.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

B7– O (a) Sr (a) tem pouca estabilidade no trabalho.

01 Concordo totalmente 02 Concordo mais que discordo 03 Discordo mais que
concordo 04 Discordo totalmente

B8 – A posição que o (a) Sr (a) ocupa atualmente no trabalho está de acordo com seu nível educacional e seu treinamento.

01 Concordo totalmente 02 Concordo mais que discordo 03 Discordo mais que
concordo 04 Discordo totalmente

B9 – No trabalho, considerando todos os seus esforços, o (a) Sr (a) recebe o respeito e o reconhecimento que merece.

01 Concordo totalmente 02 Concordo mais que discordo 03 Discordo mais que
concordo 04 Discordo totalmente

B10 - Suas chances futuras no trabalho estão de acordo com o seu esforço e conquistas.

01 Concordo totalmente 02 Concordo mais que discordo 03 Discordo mais que
concordo 04 Discordo totalmente

B11 – Considerando todos os seus esforços e conquistas, seu salário/ renda é adequado.

01 Concordo totalmente 02 Concordo mais que discordo 03 Discordo mais que
concordo 04 Discordo totalmente

PARTE C – COMPROMETIMENTO EXCESSIVO

C1– O (a) Sr(a) fica facilmente saturado (a) pelas pressões de tempo no serviço.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

C2– O (a) Sr (a) começa a pensar nos problemas de trabalho logo que acorda pela manhã.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

C3 – Quando chega em casa, o (a) Sr (a) consegue relaxar e desligar-se do trabalho com facilidade.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

C4 – As pessoas próximas dizem que o (a) Sr (a) se sacrifica demais pelo seu trabalho.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

C5– O trabalho raramente deixa o (a) Sr (a). Ele ainda está na sua cabeça quando o (a) Sr (a) vai dormir.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

C6 - O (a) Sr (a) não consegue dormir direito à noite se adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

Concordo totalmente Concordo mais que discordo Discordo mais que concordo
 Discordo totalmente

BLOCO IV – QUESTÕES SOBRE GÊNERO E TRABALHO

ENTREVISTADOR (A): Agora apresentarei para o (a) Sr (a) idéias ou concepções que algumas pessoas costumam ter em relação ao homem e à mulher. O (a) Sr (a) deverá dizer se concorda ou discorda em cada uma das afirmativas que eu irei apresentar. (Apresentar CARTÃO DE RESPOSTAS 4)

A1. A mulher que pode escolher não deve trabalhar fora de casa.

01 Concordo 02 Concordo mais que discordo 03 Discordo mais que concordo
 04 Discordo totalmente

A2. A natureza da mulher a torna melhor profissional de enfermagem, serviço social e nutrição do que o homem.

01 Concordo 02 Concordo mais que discordo 03 Discordo mais que concordo
 04 Discordo totalmente

A3. O homem é naturalmente mais capaz de assumir cargos de direção e comando do que a mulher.

01 () Concordo 02 () Concordo mais que discordo 03 () Discordo mais que concordo
04 () Discordo totalmente

A4. Profissionalmente, os médicos são mais confiáveis do que as médicas.

01 () Concordo 02 () Concordo mais que discordo 03 () Discordo mais que concordo
04 () Discordo totalmente

A5. As mulheres são pacientes mais fáceis de lidar do que os homens.

01 () Concordo 02 () Concordo mais que discordo 03 () Discordo mais que concordo
04 () Discordo totalmente

BLOCO V - QUESTÕES SOBRE SAÚDE

ENTREVISTADOR (A): Agora faremos algumas perguntas sobre sua saúde e alguns problemas que o (a) Sr.(a) teve ou tenha.

De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o (a) senhor (a) considera sua saúde? (Apresente o CARTÃO DE RESPOSTA 5)

() 1 Excelente () 2 Boa () 3 Regular () 4 Fraca () 5 Muito fraca

A – Alguma vez um médico lhe informou que o (a) Senhor (a) teve ou tem alguma das seguintes doenças?

PARTE A – DOENÇAS JÁ DIAGNOSTICADAS

Hipertensão (pressão alta)

01 Sim. () Com que idade? _____ 02() Não 03() Sim, somente durante gravidez
04() Não sabe 05() NQR

A2- Diabetes

01 () Sim. Com que idade? _____ 02() Não 03() Sim, somente durante gravidez
04() Não sabe 05() NQR

A3– Colsterol alto (gordura no sangue)

01 () Sim. Com que idade? _____ 02() Não 03() Não sabe 04() NQR

A4 – Infarto do miocárdio (ataque do coração)

01 () Sim. Com que idade? _____ 02() Não 03() Não sabe 04() NQR

A5 – Angina de peito (dor no peito ou isquemia ou má circulação no coração)?

01() Sim. Com que idade? _____ 02() Não 03() Não sabe 04() NQR

A6 – Insuficiência cardíaca (coração grande ou dilatado)

01() Sim. Com que idade?_____ 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

A7 – Febre reumática (reumatismo com problema no coração, válvula entupida, sopro no coração que exige controle médico)

01()Sim. Com que idade?_____ 02() Não 03()Não sabe 04()NQR

A8 – Doença de Chagas

01()Sim. Com que idade?_____ 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

A9 – Acidente Vascular Cerebral

01() Sim. Com que idade? 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

A10 – Doença do rim (insuficiência, pedra ou cálculo, nefrite, doença policística)

01() Sim. Com que idade?_____ 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

A11 - Trombose ou embolia

01() Sim. Com que idade?_____ 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

A12 – Asma (bronquite asmática)

01() Sim. Com que idade?_____ 02()Não 03()Não sabe 04() NQR

A13 – Enfisema, bronquite crônica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

01() Sim. Com que idade?_____ 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

A14 Artrite reumatóide, lúpus eritematoso, reumatismo, artrose, artrite ou outro problema nas articulações (juntas)?

01()Sim. Com que idade?_____ 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

A15 – Cirrose de fígado ou hepatite

01()Sim. Com que idade?_____ 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

A16- Câncer

01()Sim. Com que idade? _____ 02()Não 03()Não sabe 04()NQR

PARTE B – AFASTAMENTOS POR MOTIVO DE DOENÇA

ENTREVISTADOR (A): As questões seguintes referem-se a afastamentos por motivo de doença que porventura o (a) Sr (a) tenha tido no último ano ou nos últimos dez meses.

B1 – O (a) Sr (a) esteve afastado (a) das suas atividades laborais em decorrência de problemas de saúde no período de JANEIRO A DEZEMBRO DE 2010?

01 () Sim 02 () Não

B2 - Quantas vezes isto aconteceu? _____vez (es) NSA

B3 – Qual foi o diagnóstico?_____ NSA

B4 – Quanto tempo o (a) Sr (a) permaneceu afastado nesse período?

anos () () meses () () dias NSA

B5 – O (a) Sr (a) esteve afastado (a) das suas atividades laborais em decorrência de problemas de saúde em 2011?

01 () Sim 02 () Não

B6 - Quantas vezes isto aconteceu? _____ vez (es) NSA

B7 – Qual foi o diagnóstico? _____ NSA

B8 – Quanto tempo o (a) Sr (a) permaneceu afastado nesse período? anos () () meses () () dias NSA

ENTREVISTADOR (A): Verifique Se B1 e () ou B5 = SIM, APLIQUE B9 e B10. Se B1 e B5 = NÃO, PULE PARA A PARTE C.

B9 – O (a) Sr (a) recebeu o apoio necessário de seus colegas quando precisou ausentar-se do trabalho por motivo de doença? (Apresentar CARTÃO DE RESPOSTAS 2).

01() Nada 02() Muito pouco 03() Mais ou menos 04() Bastante 05 () Extremamente 06 () NSA

B10 – O Sr (a) recebeu o apoio necessário do seu (sua) chefe quando precisou ausentar-se do trabalho por motivo de doença? (Apresentar CARTÃO DE RESPOSTAS 2).

PARTE C - QUESTÕES SOBRE A SITUAÇÃO EMOCIONAL

ENTREVISTADOR (A): Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre como o (a) Sr(a) tem se sentido nos últimos dias.

SEÇÃO A

A1. Às vezes, as pessoas se sentem tristes ou deprimidas. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) tem se sentido triste ou deprimido?

01 () Sim 02 () Não

A4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu triste ou deprimido(a)?

A2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o (a) Sr (a) foi capaz de gostar ou se interessar pelas coisas como costumava fazer?

01 () Sim 02 () Não, não me divirto ou me interesso ----→01 () Sim 02 () Não A5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o (a) Sr(a) foi capaz de gostar ou se interessar pelas coisas como costumava fazer?

A3. ENTREVISTADOR (A) verifique:

SE A1 = NÃO E A2 = SIM, PULE PARA SEÇÃO C SE A2 = NÃO E A5 = SIM, PULE PARA SEÇÃO C SE A4 = NÃO E A2 = SIM, PULE PARA SEÇÃO C SE A4 = NÃO E A5 = SIM, PULE PARA SEÇÃO C SE A4 = SIM OU A5 = NÃO, APLIQUE A6

NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o (a) Sr (a) se sentiu pior: LEIA AS ALTERNATIVAS

01 () durante a manhã 02 () no final do dia 03 () não teve diferença

B2. Muitas pessoas sentem que, quando estão tristes, deprimidas () se sentem incapazes de gostar ou se interessar pelas coisas têm seu desejo sexual modificado. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o (a) Sr (a) acha que seu desejo sexual: LEIA AS ALTERNATIVAS

01 () aumentou 02 () diminuiu ou está o mesmo de sempre não se aplica

B3a. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o(a) Sr(a) se sentiu triste, deprimido(a) () incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas, o (a) Sr(a) estava tão inquieto (a) que não conseguia ficar sentado (a)?

01 () Sim 02 () Não

B3b. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o(a) Sr(a) se sentiu triste, deprimido (a) incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas o(a) Sr (a) estava fazendo coisas mais lentamente como, por exemplo, caminhar mais devagar?

01 () Sim 02 () Não

B3c. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o (a) Sr (a) se sentiu triste deprimido (a) () incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas o(a) Sr (a) estava falando menos do que o normal?

01 () Sim 02 () Não

B4. Agora, pense NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. Em pelo menos uma ocasião, o (a) Sr (a) se sentiu culpado (a) por alguma coisa que não deu certo, mesmo não sendo sua culpa?

01 () Sim, ao menos uma vez 02 () Não

B5. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr (a) tem sentido que não é tão bom (boa) quanto as outras pessoas?

01 () Sim 02 () Não

B6. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr (a) se sentiu completamente sem esperança, por exemplo, em relação ao seu futuro?

01 () Sim 02 () Não

B7. Entrevistador (a): Verifique

Se B4=NÃO e B5=NÃO e B6=NÃO, PULE PARA A SEÇÃO C Se B4=SIM ou B5=SIM ou B6=SIM, APLIQUE B8

B8. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o (a) Sr(a) sentiu que não vale a pena viver?

01 () Sim 02 () Sim, mas não nos últimos 7 dias (PULE PARA A SEÇÃO C) 03 () Não (PULE PARA SEÇÃO C)

B9. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o (a) Sr. (a) pensou em se matar?

01 () Sim 02 () Sim, mas não nos últimos 7 dias (PULE PARA A SEÇÃO C) 03 () Não

(PULE PARA SEÇÃO C)

(a). O (a) Sr (a) falou com seu médico sobre isso (pensar em se matar)?

01 () Sim 02 () Não, mas falou com outra pessoa 03 () Não

SEÇÃO C

ENTREVISTADOR (A): Agora, gostaria de perguntar sobre preocupações.

C1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o (a) Sr (a) notou que estava mais preocupado (a) com as coisas do que deveria estar?

01 () Sim, preocupado

02 () Não-----→ 01 () Sim

02 () Não (PULE PARA A SEÇÃO D)

C3 (a). O (a) Sr(a) pode me dizer o que tem deixado o(a) Sr (a) preocupado (a) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? Escolha uma ou mais opções desse cartão. Entrevistador (a): Mostre o CARTÃO DE RESPOSTAS 6

() Situações com membros da sua família () Relacionamento com esposo(a) companheiro(a)

() Relacionamento com amigos () Moradia () Problemas () financeiros () Sua saúde física () Sua saúde mental (Vá para a PARTE D) () Trabalho () estudo ou falta de trabalho

() Problemas com a justice () Problemas políticos () Notícias ()

Outros _____ () Não sabe informar () nada em especial

ENTREVISTADOR (A): Para as próximas perguntas, gostaria que o (a) Sr (a) pensasse sobre as preocupações (EXCLUINDO AQUELAS RELACIONADAS A SUA SAÚDE FÍSICA) que o (a) Sr (a) teve.

C4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias o(a) Sr (a) teve essas preocupações?(EXCLUINDO PREOCUPAÇÕES REFERENTES À SUA SAÚDE FÍSICA)

01 () 4 dias ou mais 02 () 1 a 3 dias 03() nenhum (PULE PARA A SEÇÃO D)

C5. Tendo em vista sua situação atual, o (a) Sr (a) considera que tem se preocupado demais (EXCLUINDO PREOCUPAÇÕES REFERENTES A SUA SAÚDE FÍSICA)

01 () Sim 02 () Não

C6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, essas preocupações (EXCLUINDO AQUELAS REFERENTES A SUA SAÚDE FÍSICA) foram: LER AS ALTERNATIVAS

01 () muito desagradáveis 02 () um pouco desagradáveis 03 () ou não foram desagradáveis

C7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o (a) Sr (a) esteve preocupado (a) (EXCLUINDO PREOCUPAÇÕES REFERENTES A SUA SAÚDE FÍSICA) por mais de 3 horas no total, em algum dia?

01 () Sim 02 () Não

C8. Há quanto tempo o(a) Sr (a) tem se preocupado com as coisas do modo como o (a) Sr (a) me descreveu? (Apresentar CARTÃO DE RESPOSTAS 7)

01 () Menos que duas semanas 02 () Entre duas semanas e menos de seis meses 03 () Entre seis meses e menos de um ano 04 () Entre um ano e menos de dois anos 05 () Dois anos ou mais

SEÇÃO D

D1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o (a) Sr (a) tem se sentido ansioso (a) ou nervoso (a)?

01 () Sim, ansioso ou nervoso

02 () Não-----→ 01 () Sim 02 () Não

Algumas pessoas têm fobias, isto é ficam nervosas ou desconfortáveis com coisas ou em situações específicas em que não existe um perigo real, Por exemplo, elas podem ficar nervosas falando ou comendo na frente de estranhos, quando estão longe de casa ou em salas cheias ou podem ter medo de altura. Outros se sentem nervosos ao ver coisas como sangue ou aranhas.

D3. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o (a) Sr (a) se sentiu ansioso (a) ou nervoso (a) () tenso (a) com alguma coisa ou situação específica em que não existia perigo real?

01 () Sim

02 () Não (D1= Não D2= NÃO, PULE PARA A PARTE D – USO DE MEDICAMENTOS

D2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o (a) Sr (a) notou alguma vez que seus músculos estavam tensos ou que o (a) Sr (a) não conseguia relaxar?

D4. Entrevistador(a): verifique

Se D1 = SIM ou D2 = SIM e D3 = SIM. APLIQUE D5

Se D1 = SIM ou D2 = SIM e D3 = NÃO. PULE PARA D6

D5. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quando o (a) Sr (a) se sentiu ansioso (a) ou nervoso (a) () tenso (a), isso foi sempre ocasionado por alguma situação ou coisa específica ou às vezes o (a) Sr (a) sentiu ansiedade () nervosismo() tensão de uma maneira geral?

01 () Sempre ocasionada por uma fobia. PULE PARA A PARTE D (USO DE MEDICAMENTOS)

02 () Às vezes sentiu ansiedade em geral

D6. As próximas perguntas estão apenas relacionadas com ansiedade ou nervosismo () tensão de uma maneira geral. Em quantos, DOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o (a) Sr (a) sentiu ansiedade () nervosismo() tensão de uma maneira geral?

01 () 4 dias ou mais 02() 1 a 3 dias 01 () Nenhum (PULE PARA A PARTE D - USO DE MEDICAMENTOS)

D7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, essa ansiedade ou nervosismo () tensão foi: LEIA AS ALTERNATIVAS.

01 () muito desagradáveis 02 () um pouco desagradáveis 03 () ou não foram desagradáveis

D8. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o (a) Sr (a) se sentiu ansioso (a) ou nervoso (a) () tenso (a) o (a) Sr (a) teve algum dos sintomas que APARECEM NESTE CARTÃO? MOSTRE O CARTÃO DE RESPOSTAS 8

01 () Sim-----→

D7a. Qual desses sintomas o (a) Sr (a) teve quando se sentiu ansioso (a) () nervoso (a) () tenso (a)? É possível escolher mais de uma opção. MOSTRE O CARTÃO 8

01 () coração acelerado ou palpitações 02 () mãos suadas ou tremendo 03 () tontura 04 () falta de ar () 05 sensação estranha no estômago () 06 boca seca () 07 () náusea

08 () Não ou vontade de vomitar

D9. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o (a) Sr (a) se sentiu ansioso (a) () nervoso (a) () tenso (a) por mais de 3 horas, no total, em algum desses dias?

01 () Sim 02 () Não

D10. Há quanto tempo o (a) Sr (a) tem sentido ansiedade

() nervosismo () tensão de maneira geral do modo como o (a) Sr (a) me descreveu? (Apresentar CARTÃO DE RESPOSTAS 7)

01 () Menos que duas semanas 02 () Entre duas semanas e menos de seis meses 03 () Entre seis meses e menos de um ano 04 () Entre um ano e menos de dois anos 05 () Dois anos ou mais

ENTREVISTADOR (A): Agora faremos algumas perguntas sobre o uso de medicamentos que o (a) Sr (a) tenha usado nas últimas duas semanas

1 – Nas últimas duas semanas, o (a) Sr (a) usou algum tipo de medicamento?

01 () Sim 02 () Não

2 – Em caso positivo, essa medicação é de uso contínuo?

01 () Sim

02 () Não, apenas de uso esporádico

PARTE D – USO DE MEDICAMENTOS

ENTREVISTADOR (A): Agora faremos algumas perguntas sobre o uso de medicamentos que o (a) Sr (a) tenha usado nas últimas duas semanas

1 Nas últimas duas semanas o(a) Sr (a) tomou algum medicamento.?

BLOCO VI – HÁBITOS DE VIDA RELACIONADOS

ENTREVISTADOR (A): Agora, gostaríamos de saber um pouco sobre os seus hábitos de vida. Vamos falar sobre o hábito de fumar, uso de bebidas alcoólicas e sobre a prática de atividade física.

A1. O (a) Sr (a) fuma ou já fumou alguma vez na vida

01 () Sim 02 () Não, mas já fumei 03 () Não

A2. Em geral, quantos cigarros por dia o (a) Senhor (a) fuma? _____

A3. Com que frequência o (a) Sr (a) consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc.)?

01 () Nunca 02 () Uma vez por mês ou menos 03 () 2 ou 4 vezes por mês 04 () 2 a 3 vezes por semana 05 () 4 ou mais vezes por semana

A4. Quantas doses () copos () taças, contendo álcool, o (a) Sr. (a) consome num dia em que normalmente bebe?

01 () 1 a 2

02 () 3 a 4

03 () 5 a 6

04 () 7 a 9

05 () 10 ou mais

06 ()NSA

A5. Em relação à atividade física, o (a) Sr (a) costuma realizar algum tipo de atividade física no seu tempo livre?

01 () Sim. De que tipo? 02 () Não

() Caminhada

() Corrida

() Ginástica de academia

() Natação

() Pedalar

() Outro _____

Quantos dias por semana o (a) Sr (a) faz esse tipo de atividade e quanto tempo no total elas duram por dia? ____ dias por semana minutos () dia

BLOCO VII - QUESTÕES SOBRE VIOLÊNCIA NO TRABALHO

PARTE A – VIOLÊNCIA

ENTREVISTADOR (A): Atualmente as pessoas vivem muito preocupadas com a situação de violência que vem atingindo a sociedade moderna, inclusive em alguns espaços de trabalho. As perguntas seguintes dizem respeito a algumas situações que o (a) Sr (a) possa ter vivenciado no seu trabalho.

A1 - Qual é o seu grau de preocupação com a violência na unidade da SESAB onde o Sr (a) trabalha? (Apresentar CARTÃO DE RESPOSTAS 9).

01 () Muito preocupado 02 () Bastante preocupado 03 () Preocupado 04 () Pouco preocupado 05 () Nada preocupado

A2 - NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) Sr (a) foi vítima de VIOLÊNCIA FÍSICA na unidade da SESAB onde trabalha? (entende-se por VIOLÊNCIA FÍSICA o uso de força física contra outra pessoa ou grupo que resulta em dano físico, sexual ou psicológico. Inclui bater, dar pontapé, esbofetear, alvejar, empurrar, morder, beliscar, contaminar com produtos orgânicos – p.e, saliva, sangue, entre outros)

01 () Sim. Quantas vezes? _____ 02 () Não

A4 - Quem o (a) agrediu fisicamente?

() 01 Chefe do setor. Supervisor ou Diretor () 02 Colega de profissão () 03 Médico da

equipe () 04 Outro profissional da equipe_____ () 05 Usuário

() 06 Outros_____

A5 - NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) Sr (a) foi vítima de AMEAÇA()AGRESSÃO VERBAL na unidade da SESAB onde trabalha? (entende-se por AMEAÇA()AGRESSÃO VERBAL um comportamento que humilha, degrada ou indica uma falta de respeito pela dignidade e valor de uma pessoa. É a comunicação por palavras, tom ou postura que rebaixa, ameaça, acusa ou desrespeita o outro)

01 () Sim. Quantas vezes?_____

A6 - Quem o (a) ameaçou verbalmente?

01() Chefe do setor. Supervisor ou Diretor 02 () Colega de profissão 03 () Médico da equipe 04 () Outro profissional da equipe_____ 05 () Usuário

06 () Outros_____ 07 () Não

A7 - NOS ÚLTIMOS 12 MESES, o (a) Sr (a) foi vítima de ASSÉDIO SEXUAL na unidade da SESAB onde trabalha? (Entende-se por ASSÉDIO SEXUAL qualquer comportamento de natureza sexual indesejado, não recíproco e mal recebido que é ofensivo para a pessoa envolvida que faz com que se sinta ameaçada, humilhada ou embaraçada).

01 () Sim. Quantas vezes?_____

A8 - Quem o (a) assediou?

01 () Chefe do setor. Supervisor ou Diretor 02 () Colega de profissão 03 () Médico da equipe

04 () Outro profissional da equipe_____ 05 () Usuário 06 ()

07 Outros_____ 08 () Não

A9 - Nos últimos 12 meses, o (a) Sr (a) sofreu DISCRIMINAÇÃO na unidade da SESAB onde trabalha? (Entende-se por DISCRIMINAÇÃO qualquer conduta ameaçadora baseada na raça, cor, linguagem, nacionalidade, religião, associação com uma minoria, nascimento ou outra característica que não é recíproca nem desejada e que afeta a dignidade das mulheres ou dos homens no trabalho).

01 () Sim. Quantas vezes?_____ De que tipo?_____

02 () Não

A10 - Quem o (a) discriminou?

01 () Chefe do setor. Supervisor ou Diretor 02 () Colega de profissão 03 () Médico da equipe 04 () Outro profissional da equipe_____ 05 () Usuário

06 () Outros_____

A11 - Nos últimos 12 meses, o (a) Sr (a) sofreu danos materiais contra a sua PROPRIEDADE

PESSOAL na unidade da SESAB onde trabalha? (Por exemplo: danos a seu veículo particular, assalto ou roubo)

01 () Sim. Quantas vezes? _____

C1 - Quem provocou os danos?

01 () Chefe do setor. Supervisor ou Diretor 02 () Colega de profissão 03 () Médico da equipe 04 () Outro profissional da equipe _____ 05 () Usuário

06 () Outros _____ 02 () Não

A6 - Nos últimos 12 meses, o (a) Sr. colega de profissão Médico da equipe (a) testemunhou na unidade da SESAB onde trabalha algum incidente de: (indique mais de uma opção se for o caso)

01 () Violência física 02 () Ameaça 03 () agressão verbal 04 () Assédio moral

05 () Assédio sexual 06 () Discriminação 07 () Violência contra propriedade pessoal

08 () Não testemunhei nenhum incidente

A7 - Nos últimos 12 meses, quantas vezes o (a) Sr (a) testemunhou algum desses incidentes?

01 () Uma vez 02 () 2 ou 4 vezes 03 () 5 a 10 vezes 04 () várias vezes por mês

05 () uma vez por semana 06 () diariamente 07 () Nenhuma

PARTE B - QUESTÕES SOBRE ASSÉDIO MORAL

ENTREVISTADOR(A): as questões que se seguem referem-se a alguns comportamentos que podem ocorrer por parte de colegas ou superiores. O (a) Sr (a) deverá responder de acordo com a resposta que melhor corresponde à sua experiência nos últimos seis meses: (Apresentar CARTÃO DE RESPOSTAS 10).

B1. Alguém reteve informações que podem afetar o seu desempenho no trabalho?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B2. Foi humilhado (a) ou ridicularizado (a) em relação ao seu trabalho?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B3. Foi obrigado a realizar um trabalho abaixo do seu nível de competência?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B4. Áreas ou tarefas de sua responsabilidade foram retiradas ou substituídas por tarefas mais desagradáveis ou mais simples?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B5. Espalharam boatos ou rumores sobre você?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B6. Foi ignorado (a), excluído (a) ou “colocado (a) na geladeira”?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B7 – Foram feitos comentários ofensivos sobre a sua pessoa, suas atitudes ou sobre sua vida privada?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B8 – Gritaram com o (a) Sr (a) ou o(a) Sr (a) foi alvo de agressividade gratuita?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B9 – Foi alvo de comportamentos intimidativos tais como “apontar o dedo”, invasão do seu espaço pessoal, empurrões?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B10 – Recebeu sinais ou dicas de que você deve pedir demissão ou largar o emprego [transferir-se para outra unidade]?

() 01 Nunca () 02 De vez em quando () 03 Mensalmente () 04 Semanalmente

() 05 Diariamente

B11 – Foi constantemente lembrado dos seus erros ou omissões?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B12 – Foi ignorado ou foi recebido com uma reação hostil quando tentou uma aproximação?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B13 - Recebeu críticas persistentes ao seu trabalho e esforço?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 () Diariamente

B14 – Suas opiniões e pontos de vista foram ignorados?

01 () Nunca 02 () De vez em quando 03 () Mensalmente 04 () Semanalmente

05 ()Diariamente

B15 – Pessoas com as quais você não tem intimidade lhe aplicaram “pegadinhas”?

01 ()Nunca 02 ()De vez em quando 03 ()Mensalmente 04 ()Semanalmente

05 ()Diariamente

B16 – Foi solicitado (a) a realizar tarefas despropositadas ou com um prazo impossível de ser cumprido?

01 ()Nunca 02 ()De vez em quando 03 ()Mensalmente 04 ()Semanalmente

05 ()Diariamente

B17 - Foram feitas alegações contra o (a) Sr (a)?

01 ()Nunca 02 ()De vez em quando 03 ()Mensalmente 04 ()Semanalmente

05 ()Diariamente

B18 – Sofreu supervisão excessiva de seu trabalho?

01 ()Nunca 02 ()De vez em quando 03 ()Mensalmente 04 ()Semanalmente

05 ()Diariamente

B19 – Foi pressionado a não reclamar um direito que o (a) Sr (a) tem?

01 ()Nunca 02 ()De vez em quando 03 ()Mensalmente 04 ()Semanalmente

05 ()Diariamente

B20 – Foi submetido a sarcasmos ou alvo de brincadeiras excessivas?

01 ()Nunca 02 ()De vez em quando 03 ()Mensalmente 04 ()Semanalmente

05 ()Diariamente

B21 – Foi exposto a uma carga de trabalho excessiva?

01 ()Nunca 02 ()De vez em quando 03 ()Mensalmente 04 ()Semanalmente

05 ()Diariamente

B22 – Foi ameaçado (a) de violência ou abuso físico ou foi alvo de violência real?

01 ()Nunca 02 ()De vez em quando 03 ()Mensalmente 04 ()Semanalmente

05 ()Diariamente

PARTE C – ACIDENTE DE TRABALHO

ENTREVISTADOR (A):As perguntas seguintes dizem respeito a acidentes ou lesões físicas que possam ter ocorrido com o (a) Sr (a) na unidade da SESAB onde trabalha.

C1. Alguma vez na vida o (a) Sr (a) sofreu algum tipo de lesão física ou acidente no seu local de trabalho?

01 ()Sim 02 ()Não

C2. Em caso positivo, de que tipo?

01 () Acidente com pérfuro-cortante 02 () Queda

03 () Outro _____

C3. Em caso positivo, foi feita a notificação à Junta Médica?

01 () Sim 02 () Não

BLOCO VIII - QUESTÕES SOBRE

PARTE A - DENOMINAÇÃO RELIGIOSA

ENTREVISTADOR (A): As próximas perguntas que farei referem-se à prática de atividade religiosa A1. O (a) Sr (a) tem alguma religião ou frequenta algum grupo religioso?

01 () Católico 02 () Evangélico 03 () Protestante 04 () Candomblé 05 () Espírita

06 () Espiritualista 07 () Outra. Qual? _____ 08 () Não tem religião, mas acredita em Deus 09 () É ateu

A2. Para quem tem religião: o (a) Sr (a) é praticante?

01 () Sim 02 () Não 03 () Não se aplica

A3. Com que frequência o (a) Sr (a) participa das atividades da sua religião?

01 () Diariamente 02 () Duas ou três vezes por semana 03 () Semanalmente

04 () Quinzenalmente 05 () Mensalmente 06 () Anualmente 07 () Não se aplica

PARTE B - QUESTÕES SOBRE CRENÇAS PESSOAIS – SRPB DOMÍNIO: “ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS”

ENTREVISTADOR (A): Independentemente de ter ou não ter religião, as questões seguintes referem-se às suas crenças pessoais, e o quanto elas afetam a sua qualidade de vida. As questões dizem respeito não somente à religião ou à espiritualidade, bem como a outras crenças que o (a) Sr (a) possa ter. (Apresente o CARTÃO DE RESPOSTAS 2)

B1 – Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda o (a) Sr (a) a passar por épocas difíceis?

() 01 Nada () 02 Muito pouco () 03 Mais ou menos () 04 Bastante

() 05 Extremamente

B2 – Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda o (a) Sr (a) a tolerar o estresse?

() 01 Nada () 02 Muito pouco () 03 Mais ou menos () 04 Bastante

() 05 Extremamente

B3 – Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual ajuda o (a) Sr (a) a compreender os outros?

() 01 Nada () 02 Muito pouco () 03 Mais ou menos () 04 Bastante
() 05 Extremamente

B4 – Até que ponto alguma ligação a um ser espiritual conforta () tranqüiliza o (a) Sr (a)?

() 01 Nada () 02 Muito pouco () 03 Mais ou menos () 04 Bastante
() 05 Extremamente

B5 – Até que ponto o (a) Sr (a) encontra um sentido na vida?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B6 – Até que ponto cuidar de outras pessoas proporciona um sentido na vida para o (a) Sr (a)?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B7 – Até que ponto o (a) Sr (a) sente que a sua vida tem uma finalidade?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B8 – Até que ponto o (a) Sr (a) sente que está aqui por um motivo?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B9 – Até que ponto o (a) Sr (a) consegue ter admiração pelas coisas a seu redor (por exemplo: natureza, arte, música)?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B10 – Até que ponto o (a) Sr (a) se sente espiritualmente tocado pela beleza?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante
05 () Extremamente

B11 – Até que ponto o (a) Sr (a) tem sentimentos de inspiração (emoção) na sua vida?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B12 – Até que ponto o (a) Sr (a) se sente agradecido por poder apreciar (“curtir”) as coisas da natureza ?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B13 – Até que ponto o (a) Sr (a) sente alguma ligação entre a sua mente, corpo e alma ?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B14 – Quão satisfeito o (a) Sr (a) está por ter um equilíbrio entre a mente, o corpo e a alma?

B15 – Até que ponto o (a) Sr (a) sente que a maneira em que vive está de acordo com o que você sente e pensa?

B16 – Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que o (a) Sr (a) faz, pensa e sente?

B17 – Até que ponto o (a) Sr (a) sente que a maneira em que vive está de acordo com o que

você sente e pensa?

B18 – Quanto as suas crenças ajudam-no a criar uma coerência (harmonia) entre o que o (a) Sr (a) faz, pensa e até que ponto o (a) Sr (a) sente força espiritual interior?

Até que ponto o (a) Sr (a) pode encontrar força espiritual em épocas difíceis

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B19 – Quanto a força espiritual o ajuda a viver melhor?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B20 – Até que ponto a sua força espiritual o ajuda a se sentir feliz na vida?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B21 - Até que ponto o (a) Sr (a) se sente em paz consigo mesmo?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B22 - Até que ponto o (a) Sr (a) tem paz interior?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B23 - Quanto o (a) Sr (a) consegue sentir paz quando você necessita disso?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B24 - Até que ponto o (a) Sr (a) sente um senso de harmonia na sua vida?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B25 - Quão esperançoso o (a) Sr (a) se sente?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B26 - Até que ponto o (a) Sr (a) está esperançoso com a sua vida?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B27 - Até que ponto ser otimista melhora a sua qualidade de vida?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B28 - Quanto o (a) Sr (a) é capaz de permanecer otimista em épocas de incerteza?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B29 - Até que ponto a fé contribui para o seu bem-estar?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B30 - Até que ponto a fé lhe dá conforto no dia-a-dia?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B31 - Até que ponto a fé lhe dá força no dia-a-dia?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

B32 - Até que ponto a fé o ajuda a gozar (aproveitar) a vida?

01 () Nada 02 () Muito pouco 03 () Mais ou menos 04 () Bastante 05 () Extremamente

ENTREVISTADOR (A):Aqui nós concluímos a nossa entrevista. O (a) Sr (a) tem alguma observação a fazer ou algo mais a acrescentar?

Agradecemos pela sua colaboração!