

Penosidades do Trabalho em Saúde nas Primeiras Décadas do Século XXI: Um (Re)Inventário a Partir da Escuta ao Trabalhador no Pré-Pandemia COVID-19

<https://doi.org/10.21814/uminho.ed.136.3>

Maria Ruth dos Santos

Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-1669-206X>
ruth.santos@fiocruz.br

Roberta de Carvalho Corôa

VITAM – Centre de Recherche en Santé Durable, Faculté de Médecine, Université Laval, Québec, Canadá
<https://orcid.org/0000-0002-4778-1890>
roberta.de-carvalho-coroa.1@ulaval.ca

Monica Vieira

Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5935-2938>
monica.vieira@fiocruz.br

Eliane Chaves Vianna

Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
<https://orcid.org/0009-0001-5116-2144>
elianeviannaensp@gmail.com

Resumo

O estudo trata de diferentes dimensões de penosidades que afetam os trabalhadores de saúde, sistematizadas a partir de experiências de pesquisas qualitativas voltadas para a compreensão das relações entre esses trabalhadores e seu trabalho nas duas primeiras décadas do século XXI, no Brasil. As análises voltam-se para sete dimensões consideradas estruturantes para a formulação de políticas e ações de gestão do trabalho e da educação na saúde: sentidos e valores; política e gestão; condições de trabalho; saberes e práticas; experiências e trajetórias; saúde do trabalhador; e, ainda, cuidado de si, do outro e do mundo.

Palavras-chave

gestão do trabalho e da educação na saúde, trabalho em saúde, trabalhadores da saúde, penosidades

O Trabalho em Crise Como Perspectiva de Análise

É consenso nas disciplinas que se dedicam a compreender o trabalho como fenômeno sociológico e psicossocial que o trabalho está em crise. Muito se fala sobre os processos de precarização, e sobre as lógicas de mercadorização e desregulação que caracterizam o trabalho no mundo contemporâneo (Antunes, 2022). Frigotto (2009) afirma que vivemos uma crise, em que uma das maiores consequências seria o esgotamento da forma específica que assume o trabalho no processo de sociabilidade (p. 8). Aqui, pretendemos dar um passo além. Trata-se de afirmar que não somente o trabalho está em crise, mas também estão os trabalhadores. Esses têm experimentado, em seu cotidiano, sofrimentos cada vez mais perenes e latentes, que assumem contornos de um fenômeno estrutural. O fato é evidente ao observarmos o aumento progressivo e assustador do quantitativo de trabalhadores afastados por questões associadas à *síndrome de burnout* (Silva et al., 2015) e a saúde mental, de forma geral.

Falamos então de um desbotamento dos traços mais estruturantes do trabalho, no sentido de atividade relacional e de criação da vida em todas as suas dimensões, e do desmonte de seus mecanismos de proteção que deixam os trabalhadores vulneráveis. Se todas as vidas são precárias sendo necessário mantê-las no âmbito de políticas de vida (Butler, 2019), não é exagero afirmar que estados têm falhado em cuidar da manutenção da vida

de quem trabalha. As consequências das formas assumidas pelo trabalho no capitaloceno é expressa em corpos doentes e exaustos. Somado a isso, existe o sequestro de subjetividades por uma lógica produtivista que impõe ritmos e metas destruidores de qualquer possibilidade de construção de sentido no trabalho. Nos dois casos, vemos trabalhadores em sofrimento e que não se reconhecem a si mesmos e a suas escolhas no processo de trabalho.

Especificamente no que diz respeito ao trabalho em saúde, podemos identificar traços de uma crise global do emprego em saúde (Dvergsdal et al, 2011; Peoples Health Dispatch, 2024), mas também de uma crise do trabalho em saúde como relação social (Souza & Abagaro, 2021). A primeira pode ser caracterizada pela instabilidade do emprego em saúde. Vejamos que o emprego no setor, antes caracterizado como relativamente seguro, ganha crescentes traços de instabilidade através do fenômeno da uberização, intensificação da terceirização e constante mudança na gestão das relações de trabalho, ainda que o desemprego não cresça. Já a crise do trabalho em saúde como relação social estaria associada à retirada do cuidado do centro da atividade, que deixa de ser considerado como o principal atributo e via de sociabilidade da atividade para ser substituído pelo cumprimento de protocolos e metas.

Tudo isso relaciona-se à fragilização das políticas de saúde e de segurança social, que afeta a micropolítica do trabalho em saúde gerando ambientes e cotidianos em que se perdem o ofício da “artesanaria” do trabalho em saúde em meio a procedimentos altamente “tecnicizados”, permeados por uma tendência crescente de prestação de cuidado subordinada à lógica de gestão e de produtivismo. Perdem-se proteção, vínculos e deterioram-se as condições de vida dos trabalhadores da saúde. Antes mesmo da pandemia, o percentual de síndrome de *burnout* entre esses trabalhadores alcançava 78,4% (Ribeiro et al., 2020).

Druck (2016) sinaliza algumas dimensões da precarização social do trabalho que afetam os trabalhadores da saúde, destacando as formas de mercantilização da força de trabalho; os padrões de gestão e organização do trabalho; as condições de (in)segurança e saúde no trabalho; a perda de enraizamento e de vínculos; o enfraquecimento da organização sindical e a “crise” do direito do trabalho motivada pela ofensiva patronal. Inspirados por esse olhar multidimensional, resgatamos aqui estudos já realizados por pesquisadores cujas práticas estão situadas na interface entre os estudos do trabalho e a saúde coletiva, pesquisadores que escutaram os

trabalhadores da saúde do Brasil a partir de entrevistas, grupos focais e outras metodologias qualitativas para compreender as penosidades do trabalho em saúde no pré-pandemia. Acreditamos que um olhar atento sobre esse passado nos ajudará a vislumbrar desafios e caminhos para a pesquisa sobre o trabalho em saúde no pós-pandemia.

Um Olhar Necessário Unindo Passado, Presente e Futuro

Este trabalho, que chamamos de (re)inventário do trabalho em saúde no pré-pandemia, é resultado de uma das atividades do *Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores da Saúde na Pandemia: (Co)Movendo a Vida Entre (Ultra)Penosidades e (Re)Existências*, financiado entre os anos de 2020 e 2022 pelo Programa “Inova – Edital Geração de conhecimento COVID-19”, da Fundação Oswaldo Cruz. Aqui, trazemos análises sobre as percepções dos trabalhadores de saúde sobre seu trabalho a partir de experiências de pesquisa de alguns dos mais de 20 integrantes do *Respiro* realizadas nas duas primeiras décadas do século XXI.

Na ideia que deu origem a esse desafiador exercício, nos apoiamos no entendimento de que a compreensão da realidade humana é parcial e inacabada, pois não nos é possível dominar por inteiro tudo o que vemos, ouvimos e refletimos (Heidegger, 1927/1988). Assim, tendo como material “o que foi ouvido” dos trabalhadores em outros momentos, julgamos ser possível abordar a realidade do trabalho em saúde com novos olhares, explorando as possibilidades de interpretá-la com as lentes de um presente marcado pelo acontecimento crítico e disruptivo de uma pandemia global. O (re)inventário surgiu da necessidade de nos reinventarmos em busca de outros sentidos e de reconexões que se mostraram necessárias para se pensar a recuperação de sistemas de saúde em todo o mundo no pós-pandemia (United Nations, 2020).

Nesse sentido, assumimos reconectar e (re)inventar como práticas de refazer caminhos e conexões que foram perdidas (Simas & Rufino, 2020), mas cujo resgate hoje se faz imprescindível. Revisitar a produção acadêmica, os achados e os materiais produzidos nas duas primeiras décadas do século XXI nos pareceu condição importante para ampliar a compreensão sobre o trabalho em saúde hoje. Trata-se de vislumbrar uma oportunidade de compartilhamentos de experiências, saberes e conhecimentos, para lembrar aprendizados relativos aos enfoques metodológicos qualitativos, para a prática técnico-científica (Marques & Vieira, 2019). Trata-se de

entrelaçar investigação e apoio em metodologias colaborativas e processos co-criativos de sujeitos trabalhadores pesquisadores em diálogo constante com os trabalhadores da saúde, visando compreender os modos de “estar” trabalhador e o fazer profissional na pandemia. A pandemia e suas alterações impõem para a pesquisa outros tempos e movimentos, o que inclui formas mais integradas e urgentes de se produzir conhecimento e de articular práticas. Em um exercício de conectar passado, presente e futuro e em um movimento necessário de dar visibilidade às denúncias para, então, construir as pronúncias do trabalho em saúde, partimos da pergunta: que conhecimentos e experiências acumuladas no campo do trabalho em saúde dialogam com as complexidades e excepcionalidades mantidas ou agudizadas pela pandemia?

Nosso convite é para que deixemos de considerar o material de onde partimos como dados de estudos obtidos em situações localizadas e distanciadas em tempos e contextos e que nos concentremos em sua simetriação (Callon & Latour, 1992). Isto é, mais relevante do que priorizar os nichos específicos em que ocorrem os fenômenos e operar uma comparação, é observar de que forma pessoas e coisas se afetam mutuamente construindo as redes que conformam o social. No processo de simetriação dos campos de diferentes pesquisas e, portanto, de diversos mundos empíricos, utilizamos as mesmas ferramentas analíticas para identificar de que forma os elementos das diferentes situações são enredados e percebidos pelos atores. Para tal, essas ferramentas devem consistir em instrumentos de análise sensíveis, como é o caso dos relatos, formas narrativas produzidas pelos atores sobre situações e problemas específicos e que demandam do pesquisador um trabalho sistemático de cartografia da situação (Boltanski & Thévenot, 1987; Boltanski, 1990; 2006; Corôa, 2021).

Na análise do material, identificamos sete dimensões consideradas como estruturantes do trabalho em saúde e afetadas pelas crises globais do emprego e do trabalho em saúde. São essas: sentidos e valores; política e gestão; condições de trabalho; saberes e práticas; experiências e trajetórias; saúde do trabalhador; e cuidado de si, do outro e do mundo. Lançamos olhar sobre essas dimensões tendo como perspectiva teórica o conceito de penosidades da socióloga Danièle Linhart (TES, 2011):

[são as penosidades] as dificuldades que os trabalhadores não conseguem lidar ou que não conseguem dominar, que surgem como estranhas à sua profissão, que encontram origem em lógicas profissionais diferentes das que os motivam, que se inscrevem em outro

registro de valores, que não lhes parecem equitativamente divididas e às quais esses indivíduos não conseguem mais atribuir um sentido. São penosidades, porque lhes parecem injustificadas, quer elas firmem sua identidade profissional ou sua autoimagem, quer sejam vividas como um não reconhecimento das suas necessidades de fazer um trabalho de qualidade, verdadeiramente profissional. (p. 150)

A noção de penosidades tem ressonância no tema do sofrimento no trabalho e é intrínseca a contextos sociais mais amplos, em que a atividade laboral passa a ser associada à ideia de mal-estar e de dano psicológico ao trabalhador. São penosidades as restrições impostas aos indivíduos que se constituem em “dificuldades que ressoam em todas as dimensões da existência” (TES, 2011, p. 150).

No caso do trabalho em saúde, por exemplo, as penosidades são expressas no desemprego, no sofrimento psíquico, na intensificação laboral, na flexibilização dos vínculos, nos múltiplos empregos, no desgaste, no desencontro entre formação e inserção profissional, na fragilização do movimento organizado dos trabalhadores, nas precárias condições de trabalho, nos salários baixos, e nas dificuldades de fixação de profissionais no setor público de saúde. Trata-se de um conjunto de registros que afeta temas como os processos de qualificação, inserção no mercado de trabalho, relações de e com o trabalho, gestão, expectativas e valores profissionais, entre outros (TES, 2011).

Nossa iniciativa fez parte de um projeto de pesquisa realizado durante a pandemia, onde houve o cuidado necessário para evitar práticas de pesquisa extrativistas que poderiam gerar desconfortos com a coleta de dados ou mesmo insistir em repetir questões e práticas de pesquisa, em andamento ou saturadas, em um contexto de vulnerabilidade para os trabalhadores da saúde. Em vez disso, defendeu-se uma abordagem reflexiva, propositiva e acolhedora, buscando sintetizar os estudos realizados no pré-pandemia para refinar abordagens e metodologias segundo as possibilidades e necessidades dos trabalhadores.

A pesquisa sobre o (re)inventário do trabalho em saúde foi realizada em três etapas, entre os anos de 2020 e 2021, para compreender como nossa produção sobre as penosidades do trabalho em saúde permitem refletir sobre a nova realidade que se apresentava. Na etapa exploratória, definimos o período e demarcamos as características dos materiais e publicações dos pesquisadores que faziam parte da amostra qualitativa, bem como as

atividades e procedimentos a serem desenvolvidos. Neste momento, optamos pela inclusão de estudos dos pesquisadores do projeto *Respiro* feitos nas duas primeiras décadas do século XXI e que trouxessem as percepções dos trabalhadores de saúde sobre o seu trabalho. Esses trabalhos foram acessados por meio do envio direto advindo dos autores e da busca ativa realizada pela coordenação do projeto nos currículos *Lattes*¹ de cada pesquisador.

Na segunda etapa, agregamos em nossa base de materiais os 32 estudos recebidos que, por diversos meios e técnicas qualitativas de pesquisa, conversaram com os trabalhadores de saúde para compreender a sua percepção sobre as múltiplas dimensões de seu trabalho. Fizemos uma leitura seletiva de todas as publicações (Figura 1), adequando a leitura aos objetivos do (re) inventário e à resposta à questão proposta: pelos relatos dos trabalhadores, que penosidades já existiam antes da pandemia?



Figura 1 Modalidades de produção científica (n= 32)

Fonte. Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores de Saúde na Pandemia: (Co) Movendo a Vida Entre (Ultra) Penosidades e (Re) Existências, 2020/22

Assim, nossa base contemplou 25 artigos científicos, três teses, duas dissertações e dois relatórios de pesquisas, distribuídos ao longo das duas décadas selecionadas, sendo a primeira incidência em 2006 e uma concentração de 8 publicações no ano de 2016 (Figura 2).

1 Trata-se da plataforma do governo brasileiro dedicada ao registro da produção científica de pesquisadores no país. <https://lattes.cnpq.br>



Figura 2 Linha do tempo das publicações

Fonte. Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores de Saúde na Pandemia: (Co) Movendo a Vida Entre (Ultra) Penosidades e (Re) Existências, 2020/22

As categorias profissionais retratadas compõem um espectro bem amplo de trabalhadores de saúde: agente comunitário de saúde, agente de combate às endemias, auxiliar de saúde bucal, técnico de saúde bucal, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, técnico administrativo de saúde, agente de vigilância em saúde, trabalhadores de vigilância sanitária, gestores e coordenadores de serviços, enfermeiro, médico, farmacêutico, psicólogo e cirurgião-dentista. Os agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e os enfermeiros tiveram destaque em 12 estudos, seguido pelos auxiliares de enfermagem, em oito (Figura 3).

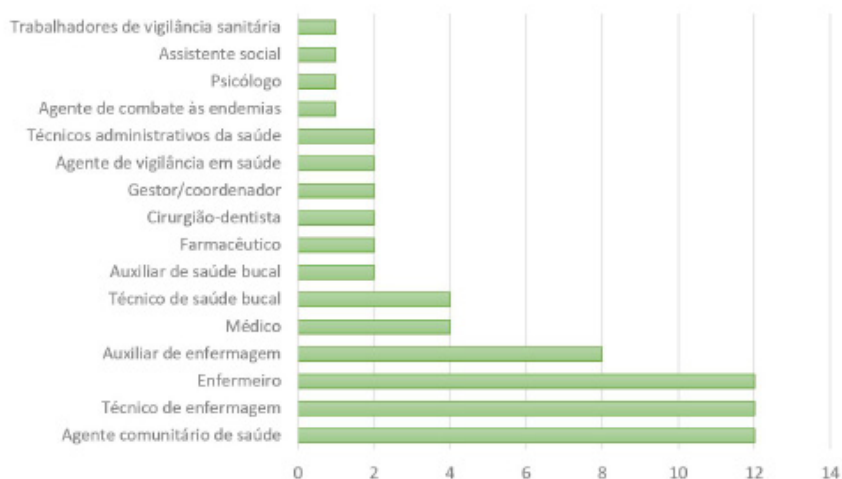


Figura 3 *Trabalhadores da saúde*

Fonte. Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores de Saúde na Pandemia: (Co) Movendo a Vida Entre (Ultra) Penosidades e (Re) Existências, 2020/22

Finalmente, na terceira etapa, procedemos ao tratamento e interpretação do material empírico coletado, nos permitindo escutar e acolher os relatos originais dos trabalhadores de saúde e aproximá-los do conceito de penas, expressando os sentimentos que pudemos observar nessas falas, mediados pelos fenômenos a elas associadas. Buscamos associar os sentidos atribuídos pelos trabalhadores às suas experiências aos diferentes eixos de análise na tentativa de construir quadros de referência a partir das principais concepções que atravessam as narrativas dos trabalhadores da saúde (Das, 2011).

Nesse caminho, foi elaborado um quadro de sistematização de informação (Tabela 1), a partir dos eixos do projeto, nomeadamente: a) valores e sentidos; b) política e gestão; c) condições de trabalho; d) saberes e práticas; e) experiências e trajetórias; f) saúde do trabalhador; g) e cuidado). A partir destes eixos foram associados os relatos dos trabalhadores, os fenômenos (acontecimentos mais gerais inerentes ao modelo de sociedade em que vivemos) e as penas (traduzidas nos termos de sentimentos, percepções e sensações que afetam os trabalhadores da saúde). É importante ressaltar

ter se tratado de um procedimento metodológico necessário à análise, em que cada corpo de relatos e fenômenos foi identificado, mais ou menos, com dada dimensão de investigação (podendo encontrar-se repetido em algum deles). Contudo, há de se reconhecer a artificialidade de um entendimento como tal quando comparado à realidade vivida pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços, em que não se fragmentam, mas se entrecruzam, as diferentes dimensões das penosidades do trabalho em saúde.

Tabela 1 Sistematização da informação das dimensões do trabalho em saúde/eixos de pesquisa
Fonte. Respiro – Projeto de Investigação e Apoio aos Trabalhadores de Saúde na Pandemia:
 (Co) Movendo a Vida Entre (Ultra) Penosidades e (Re) Existências, 2020/22

Dimensões do trabalho em saúde/eixos da pesquisa	Sínteses das dimensões	Síntese dos sentimentos dos trabalhadores
Sentidos e valores	Estão registradas as impressões dos trabalhadores de saúde sobre o modelo de sociedade vigente e sobre as formas como os modos de existência contemporâneos afetam a sua vida e o seu trabalho. Dessa forma, estão presentes nos relatos coletados os tipos de críticas sociais que os trabalhadores elaboram e associam ao desenvolvimento sentidos que produzem sobre a sua atividade; e as suas percepções acerca das transformações que atravessam construção social do trabalho em saúde.	Sentimento de impotência por não conseguir realizar o trabalho em meio à falta de recursos e à vulnerabilidade do outro
Política e gestão	Busca compreender a percepção dos desdobramentos das políticas sociais regressivas e de ajustes econômicos no trabalho em saúde; e as configurações e repercussões das políticas de gestão do trabalho nas modalidades de incorporação de força de trabalho e alterações nos valores atribuídos aos salários, subsídios e gratificações, bem como na carga horária/jornada de trabalho, entre outros.	Dificuldade em achar sentido no trabalho pela necessidade de cumprimento de metas, competitividade, individualismo
Condições de trabalho	Busca compreender as penosidades que afetam o trabalhador da saúde em relação às medidas de proteção ao trabalho; à estigmatização que se desdobra em preconceito, exclusão e rejeição; às desigualdades ocupacionais em saúde; e às disputas, hierarquias, conflitos, segmentação e segregação entre e intra grupos ocupacionais. Entende-se que são processos associados aos diferentes níveis de adoecimento, afastamento, salários, carga horária, vínculos, proteção, acesso aos conhecimentos, medidas protetivas e condições de trabalho.	Sentimento de impotência e de desproteção em não poder dar respostas e realizar o trabalho em condições satisfatórias

Saberes e práticas	Intenção de compreender os saberes e práticas acionados pelos trabalhadores de saúde para lidar com o trabalho e a realização de suas atividades, reconhecendo que o mundo do trabalho e a sua confluência com as demais dimensões da vida configura-se a partir de inúmeras lógicas profissionais, valores, inserções ocupacionais e formações diversificadas, além dos múltiplos espaços institucionais envolvidos.	Frustração decorrente da valorização das qualificações de caráter técnico pela gestão que desconsidera a natureza humana e relacional do trabalho
Experiências e trajetórias	Reflete sobre os vínculos com a profissão, questões de identidade, reconhecimento, pertencimento, cultura profissional, construção de trajetórias ocupacionais, testemunhos do trabalho em saúde em perspectiva histórica e suas memórias com o tempo presente, representações simbólicas, memórias, aspirações e ideias de futuro.	Frustração associada ao desencontro entre aspirações, formação e inserção profissional e inseguranças relativas à construção de um projeto de vida.
Saúde do trabalhador	Enfatiza as questões de saúde que afetam os trabalhadores da saúde, como seus desgastes, adoecimento, stress, acidentes de trabalho, afastamentos, suicídio, <i>burnout</i> , riscos, danos, sacrifícios, esforços e outras expressões coletivas e singulares associadas no corpo, mente, espírito.	Sentir-se sem condições de realizar seu trabalho e com limitações para conseguir gerir o trabalho, a vida.
Cuidar de si, do outro, do mundo	Reflete como os trabalhadores percebem ou não seus limites, seus desejos; e a banalização e/ou supervalorização das contradições que nos afetam. São tensões que merecem cuidado como o sono, a alimentação, o exercício, o descanso, as pausas, entre outros. Buscamos aqui (re)construir a reflexão sobre o mundo, a escuta interna, as possibilidades de olhar o outro mais atentamente, a descoberta de recursos internos, as crenças compartilhadas, as práticas e as redes de apoio.	Cansaço e descuido com a própria saúde.

Sete Dimensões do Trabalho em Saúde: Fenômeno, Penosidades e Relatos

Sentidos e Valores

Aqui, consideramos impressões sobre o modelo de sociedade atual e as formas como os modos de existência contemporâneos afetam a vida e o trabalho. Estão presentes nos relatos coletados no pré-pandemia dificuldades que extravasam em sentimentos de incerteza e pessimismo em relação ao futuro pessoal e coletivo e à construção de um projeto de trabalho. Por meio dessas narrativas é possível construir um mosaico que coloca em tela

as reflexões que os trabalhadores da saúde fazem de maneira geral sobre o trabalho na sociedade, os valores, os sentidos e as formas de estar no mundo.

Vemos a incerteza e o risco que atravessam todas as dimensões da vida no modelo de sociedade em que vivemos e que se expressa de formas específicas no trabalho em saúde. No relato dos trabalhadores, são fenômenos que aparecem no relato dos trabalhadores como causadores dos sentimentos de incerteza e pessimismo em relação ao futuro coletivo e pessoal associado à profissão.

Pobre e doente. Veja só, não dá para imaginar um futuro um mar de rosas, se nosso trabalho não é bem remunerado, se trabalhamos demais e não temos, muitas vezes, o que comer em casa. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

Não existe palavra que define o futuro de um agente comunitário de saúde. Porque nós, agentes comunitários, não temos futuro nenhum. (Agente comunitário de saúde; Santos, 2006)

A percepção e experiência da desigualdade social no cotidiano de trabalho parece se desdobrar em sentimentos de angústia e impasses relacionados às situações de trabalho que não conseguem gerir porque, apesar das irregularidades, estão relacionadas aos modos de sobrevivência em um contexto de extrema desigualdade social.

Muito trabalho informal, em qualquer fundo de quintal tem uma fabriquetta, todo mundo está desesperado sem dinheiro, sem trabalho... as pessoas moram em áreas invadidas, áreas verdes, sem saneamento básico e lá abrem um mercadinho... O que fazer? Ir lá fechar? Orientar para que ele alcance um mínimo de qualidade? Então os estabelecimentos regulares reclamam que as normas existem só para eles!". (Trabalhador da vigilância em saúde; Garibotti et al., 2006)

A falta de recursos para a realização do trabalho gera desgastes associados à tensão permanente entre o sentido e a obrigação de cuidar, considerados a essência da profissão, e a realização do trabalho em ambientes precários que conferem limites para o exercício da atividade.

O que eu menos gosto é a cobrança, o que eu acabei de lhe falar, é a cobrança à pessoa errada. Porque, assim, não tenho recurso... Por exemplo, desde quinta-feira estávamos sem água. Então, o

profissional chega no posto de saúde e não tem água pra lavar as mãos, não tem água pra beber. Então, o paciente que está marcado há seis meses, esperando aquele atendimento, chegam pra ele e falam que não tem água, ou que o aparelho está quebrado, ou qualquer outro tipo de coisa que eu tenho que falar, que eu tenho que justificar. Eu tenho que justificar pra aquele paciente. Então, isso causa um desconforto até pra mim. Não somente pra ele. E aí aquela pessoa, que está esperando há seis meses, ou até mais, não vai ser atendido. E só vai ter uma vaga novamente pra ele daqui a seis meses. Imagine que situação! E aí a gente fala de humanização, e nessa hora como a gente vai humanizar. E, às vezes, eu questiono como é que eu vou humanizar um paciente se eu não tenho água pra beber. Eu preciso primeiro ser humanizada, se eu não tenho água pra beber é porque eu não estou sendo humanizada. Entendeu? Então, assim, existem esses questionamentos. (Técnica em saúde bucal; Corôa, 2015)

É possível constatar uma tensão entre o reconhecimento de uma vocação e da importância pública do trabalho, que assume contornos de uma quase “missão” religiosa, e a desvalorização e falta de reconhecimento social. Isso confere ao trabalho em saúde um sentido de sacrifício de si atrelado à profissão, em que a responsabilidade de cuidar e manter as pessoas saudáveis se coloca acima do próprio conforto, proteção e promoção da saúde.

A enfermagem é uma profissão linda, durante muito tempo pensei em desistir dela, mas ser enfermeira é ter oportunidades em todos os aspectos, visto que é uma área de amplos conhecimentos, mas infelizmente estamos fincados na desvalorização. (Trabalhador da enfermagem; Machado, 2017)

Anjos, quase santos, para aparecer de rosto lindo para pacientes impacientes. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

A intensa incorporação de tecnologias de informação ao processo de trabalho causa a sensação de trabalhar rápido demais, chegando a se desdobrar em dificuldades para conciliar trabalho e vida pessoal.

A função agora da tecnologia é muito boa, mas por outro lado, é muito ruim para o chefe, porque ele continua trabalhando em casa, envia WhatsApp, envia e-mail, envia... enfim. (...) Acho que está cada vez mais difícil de você desmembrar a questão: vida pessoal e

trabalho, porque a tecnologia está ali. (Trabalhador(a) da saúde; Oro et al., 2019)

Trabalhadores sofrem com a percepção social do trabalho em saúde como vocação para realizar um “trabalho sujo” (dirty work) e que ninguém mais conseguiria fazer. Assim, sofre-se ao ter que conviver com o sentimento de obrigação de ter que gostar de realizar um trabalho que muitas vezes é penoso.

Mas a minha mãe foi auxiliar de enfermagem por 32 anos e ela sempre falou para eu fazer o curso. Mas eu dizia que para fazer o curso precisava ter vocação. Ela dizia que a vocação vinha depois do curso. Ela dizia que não tinha vocação para ficar limpando merda, xixi, (risos) mas que depois a vocação vinha. (Trabalhadora da enfermagem; Corôa, 2015)

A mudança na organização do trabalho e da métrica das atividades em função do paradigma gerencial e produtivista gera um tensionamento entre a intensificação do trabalho, as exigências pelo cumprimento de metas e a percepção dos resultados alcançados. Como resultado, os trabalhadores experimentam um sentimento de perda de coerência e de sentido do trabalho, frustração por não conseguir alcançar os resultados esperados, ansiedade e a sensação de falhar com o cuidado causadas pelo controle do tempo.

A sensação é de nunca dar conta do que precisa ser feito. A gente corre, corre para tentar dar conta de tudo que precisa, mas a sensação é de terminar o teu dia e não ter terminado o que precisava ter feito”. (Trabalhador(a) da saúde; Oro et al., 2019)

Nós temos que trabalhar muito mais rápido do que antes. (...) Antes nós parávamos, escutávamos. Quando ultrapassava o limite, nós conversávamos com aquela pessoa da melhor maneira, para voltar outro dia, e a pessoa ficava bem. (...) Eu não vou deixar a pessoa chorando e dizer: “tchau, eu vou ter que ir embora, porque eu tenho doze visitas de saúde. (Trabalhador(a) da saúde; Carneiro & Martins, 2013)

Nessa dimensão, encontramos dificuldades relacionadas à adoção de políticas sociais regressivas e de políticas de saúde no cotidiano do trabalho em saúde, que perpassam os modelos de incorporação e gestão; os valores atribuídos aos salários; as jornadas; e os processos de contratação. São aspectos associados e identificados pelos trabalhadores que configuram o processo de precarização social do trabalho em saúde.

De forma latente, observamos que os salários baixos de algumas categorias, as subjornadas e subempregos – com a consequente situação de multiempregos – passam a ser experimentados pelos trabalhadores sob a forma de sofrimentos que se expressam em situações materiais da vida, como a pobreza e o esgotamento físico e o sentimento de injustiça em função da experiência da desigualdade profissional.

Pode melhorar alguns auxílios... Outras categorias do governo recebem auxílios melhores que os nossos, e como a saúde é uma área muito importante... Eu acho que não deveria haver desigualdade. (Trabalhador(a) da enfermagem; Scherer et al., 2016)

Não tem plano de carreira para a enfermagem... A carga horária de oito horas não satisfaz (...) porque muitas famílias deixam de ser acompanhadas por causa dos horários (Trabalhador(a) da enfermagem; Scherer et al., 2016)

O salário também é muito baixo, por isso mesmo que eu tenho que trabalhar em dois empregos...". (Trabalhador(a) da enfermagem; Scherer et al., 2016)

A realidade nos serviços de saúde e na comunidade limita o trabalhador que se encontra impedido de agir de acordo com as orientações do modelo de atenção e de acolher os problemas que chegam à unidade. Muitas vezes, são inúmeras tentativas (por vezes frustradas) de convencimento da comunidade à adesão ao modelo de atenção. Assim, são gerados sofrimentos associados à qualidade da relação com os usuários, que se desdobram em aumento da carga e dos desgastes no trabalho, sentimento de impotência por se perceber alvo de modelos de gestão que impedem a realização do trabalho em condições satisfatórias para trabalhadores e usuários, e sentimento de negligência do Estado com a vida do usuário e do trabalhador.

Precisamos de muito boa vontade e psicologia para continuarmos a cada dia o nosso trabalho, muitas vezes sentimos que estamos falando aos ventos, pois muitas das orientações que fazemos ao morador, o posto de saúde não tem como cumprir por falta de recursos

materiais, isso prejudica a nossa ação. (Agente comunitário de saúde; Santos, 2006)

Muito trabalho informal, em qualquer fundo de quintal tem uma fabriqueta, todo mundo está desesperado sem dinheiro, sem trabalho; as pessoas moram em áreas invadidas, áreas verdes, sem saneamento básico e lá abrem um mercadinho... o que fazer? Ir lá fechar? Orientar para que ele alcance um mínimo de qualidade? Então os estabelecimentos regulares reclamam que as normas existem só para eles! (Trabalhador da vigilância em saúde; Garibotti et al., 2006)

A gestão e organização do trabalho de cunho gerencial e produtivista, baseadas no cumprimento de metas, intensifica a normatização e a parcelarização das atividades e descaracteriza o modelo de atenção à saúde defendido pelos trabalhadores. Assim, percebe-se a perda de sentido do trabalho, o desbotamento da identidade profissional na forma do não reconhecimento de si, o sentimento de frustração e insegurança ao confrontar-se com um ideal de trabalho impossível, e a ansiedade causada por um ambiente de trabalho competitivo e de controle do tempo.

O modelo estratégia saúde da família se descaracterizou por completo: foca-se na doença e o médico, o ACS vive mais no computador do que na rua, as reuniões são para 'despejar' mais trabalho, temos rodízio para recepção, não temos mais tempo para ouvir pacientes. Existe um descontentamento geral. São metas atrás de metas e as pessoas viraram números. Tenho que colocar as metas, as prioridades no sistema: hipertensão arterial, diabetes, gestantes, crianças até dois anos. Não sobra tempo para a promoção. Talvez sejam meus últimos momentos na ESF, pois não tenho conseguido me adequar ao sistema". (Agente comunitário de saúde; Bornstein et al., 2014)

Eu disse uma vez pro meu chefe: eu sei qual é o meu trabalho. Você quer qualidade ou quantidade? Porque eu sei que o que vale é qualidade, mas se quiser quantidade eu sei fazer também. É muito fácil. Porque é só bater de porta em porta e dizer 'oi tudo bom!'. E marcar. Eu sei fazer também. Se quiser que eu bata a meta eu vou bater também. Vou bater a meta de quinhentas visitas por mês. (Agente comunitária de saúde; Carneiro & Martins, 2015)

A racionalização da gestão, com processos de reorganização do trabalho e da equipe, desconsideram as trajetórias profissionais e a experiência dos

trabalhadores. Assim, surgem sofrimentos em decorrência de abalos na dimensão coletiva do trabalho em saúde, o que torna a realização da atividade de cada vez mais penosa e individualizada.

Esses colegas super competentes que estão lá há 15, sei lá, 20 anos numa Unidade de Terapia Intensiva. Foi chefe, conhece aquilo como a palma da mão. Aí, de repente, é retirado disso pessoas que se dedicavam, davam a vida. Aí, de repente, você tira essa pessoa. Você não acha que essa pessoa adocece? Adocece. (Trabalhadora da enfermagem; Chinelli et al., 2019)

O crescimento desordenado da força de trabalho, que se combina com a exigência de experiência prévia na atividade para contratação, se traduz em desemprego ou na existência de subempregos. Como consequência, são causados danos psíquicos, sociais e materiais associados à situação de desemprego, perda de perspectiva de futuro na profissão escolhida, e sentimento de não reconhecimento de qualificações.

Me formei há quatro anos, fiz duas especializações e não consigo emprego fixo, apenas temporários de um ou dois meses. Fico a maior parte do ano desempregada e não consigo emprego em outras áreas. Praticamente abandonei a profissão, passo nas provas, mas só escolhem profissionais com anos de experiência. Apesar de amar a profissão, não posso mais esperar por um emprego. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

Quando me formei, consegui um contrato temporário de um ano como supervisora de estágio e, depois, todas as vagas pediam experiência profissional. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

Os salários baixos e a gestão precária também acarretam no abandono da profissão, que vem acompanhado do ressentimento e da frustração devido à falta de reconhecimento e à desvalorização no trabalho.

[Saí da profissão] por motivos salariais, falta de reconhecimento profissional por parte dos chefes. Eles tratam o profissional enfermeiro como um nada.” (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

Paga pouco para técnico em enfermagem, o salário é uma vergonha nacional. (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

A gestão do trabalho precária, com falta de trabalhadores em número suficiente nos serviços (inclusive em função de afastamentos por adoecimento no trabalho) e a distribuição desigual da força de trabalho gera sobrecarga e desgaste profissional, medo de cometer erros devido ao excesso de trabalho, e sentimento de impotência em função da falta de meios para realizar o trabalho percebido como de qualidade.

A gente ainda corre o risco de cometer um erro porque, se eu estou triando, aí já tem uma fila para a farmácia. Então, eu chego na farmácia para entregar o remédio e já tem mais três [pacientes] esperando para triar, corre o risco de, na pressa, ao entregar uma medicação, entregar errado... (Trabalhador(a) da enfermagem; Scherer et al. 2016)

A falta de compromisso da gestão com condições de realização do trabalho é acompanhada de sentimentos de precariedade pelos trabalhadores, que sofrem por não serem ouvidos quanto às necessidades dos serviços e por se sentirem submissos à gestão arbitrária e errática.

Os gestores municipais pactuam as atividades de vigilância sanitária para receber recursos financeiros; depois que está instalado o serviço e vêm os recursos: os carros vão para um lado, os computadores para outro, eles têm enorme demanda na assistência e desviam os recursos. (Trabalhador(a) da vigilância em saúde; Garibotti et al., 2006)

Descaso e desrespeito por parte dos nossos governantes com a nossa categoria. Escravos na saúde. (Trabalhador da enfermagem; Machado, 2017)

Condições de Trabalho

Neste eixo, reunimos relatos associados às dificuldades associadas à ambiência, organização e relações nos espaços de trabalho que compreendem as pressões e os constrangimentos presentes no dia a dia do cuidado em saúde. São citadas as circunstâncias que geram sofrimento e nas quais são experienciadas a falta de recursos e de medidas de proteção ao trabalho, a estigmatização que se desdobra em preconceito, exclusão e rejeição, as desigualdades ocupacionais em saúde, e as disputas, hierarquias, conflitos, segmentação e segregação entre e intra grupos ocupacionais.

A falta de recursos para a realização do trabalho se desdobra em condições precarizadas de exercício da atividade que fazem com que os trabalhadores

se considerem, a si mesmos, o principal recurso para dar conta das demandas. No mais, gera-se a realização do trabalho em ambientes precários, inseguros, desfavoráveis e que conferem limites para a prática. Os trabalhadores experimentam o processo na forma de esgotamento e desgaste devido à necessidade de regulação autônoma do trabalho diante das restrições impostas pelas condições precárias. No mais, observa-se o uso de si por si para o reforço de normas institucionais que ajudam a lidar com a precariedade do trabalho, o sentimento de não reconhecimento por não conseguir fazer um trabalho de qualidade, além de sentimentos associados ao desperdício de competências ou de vocação do profissional. Isso porque os trabalhadores sentem que não possuem os meios de dominar o trabalho e de realizá-lo em condições satisfatórias para quem necessita.

É minha insatisfação. Eu fico assim, um pouco chateado, revoltado, é quando eu vejo, percebo que tinha todas as condições pra salvar uma vida e não foi salva. Aí, eu vejo uma palavra que passa na minha mente: negligência. (Trabalhador da saúde; Chinelli et al. 2019)

Tá errado [improvisar para conseguir atender a população em situações precárias]. Na medida que a gente resolve o problema, as autoridades não se coçam. Mas por outro lado eu não tenho, não tem como ser diferente. (Médico; Cavanellas, 2014)

A falta de tratamento respeitoso e de reconhecimento por parte de usuários e de seus familiares gera desmotivação, tristeza e percepção de que o trabalho não é reconhecido entre os trabalhadores.

As pessoas chegam aqui bem nervosas, dizendo que você é a culpada de tudo, chegam com receitas vencidas e querem ser atendidas, querem o remédio. Às vezes chegam aqui e o médico já não tem mais vaga. Já teve gente que quis avançar em mim. (Trabalhadora da enfermagem; Scherer et al. 2016)

Quando acontece alguma coisa ruim no serviço, os usuários denunciam, mas quando está acontecendo um atendimento bom, eficiente, ninguém resalta isso... Falta um pouco de reconhecimento. (Trabalhadora da enfermagem; Scherer et al. 2016).

Observamos a desigualdade ocupacional que se expressa na tensão entre a percepção do trabalho como atividade essencial do hospital e a invisibilidade na equipe, gerando sentimentos de desvalorização.

A enfermagem está para o hospital, assim como o oxigênio está para a humanidade. Tire esses profissionais de suas funções e o que acontecerá? (Trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017)

A profissão ainda é pouco reconhecida. Muitas pessoas não nos dão valor. Têm a audácia de dizer que não fazemos nada. Talvez um dia teremos um pouco mais de valor no trabalho. (Agente comunitário de saúde; Santos, 2006).

O trabalho intensificado gera sobrecarga associado à ausência de trabalhadores em número suficiente e à divisão desigual do trabalho na equipe. Como consequência, os trabalhadores experienciam adoecimento físico e psíquico no trabalho, sentimento de trabalhar mais do que deveria, e desconforto diante da divisão do trabalho com os colegas da equipe.

Porque, às vezes, dependemos do outro colega. Para cuidar do paciente. Você não pode cuidar dele só. Banho no leito depende de dois. Às vezes, você tem o tempo, mas não tem o colega disponível para te ajudar, que aí, você acaba na mesma. Então, isso me deixa muito insatisfeita porque nós dependemos do colega para ajudar o banho no leito, mudança de decúbito. (Trabalhadora da saúde; Chinelli et al., 2019)

A gente sabe que está difícil, tem muito desgaste e dor nas costas; tem funcionário com lesão de ombro, lesão de coluna, de joelho, de quadril pela sobrecarga de trabalho, mas eu acho que é assim que funciona uma emergência. (Trabalhadora da saúde; Chinelli et al., 2019)

A desigualdade ocupacional e a divisão social do trabalho em saúde de caráter hierárquico geram sentimentos de subordinação, desvalorização, invisibilidade e desqualificação do trabalho. Além de sofrimentos associados à sobrecarga e às dificuldades de dar conta de tarefas restritas ao grupo profissional e sofrimentos associados à intensificação do trabalho oriunda da ausência de prática interprofissional colaborativa. “[Existe] diferenciação dos trabalhadores da saúde em relação aos médicos, com algumas regalias para os médicos (trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017). “A falta de respeito de profissionais médicos com a equipe de enfermagem” (trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017).

A falta de recursos, incluindo dispositivos de proteção para a realização do trabalho, provoca sentimento de desgaste e desproteção contra a violência e os maus tratos sofridos no trabalho em função de exigências e insatisfações de usuários.

É, só assim o desgaste mais é mental mesmo, né? Pelas pessoas que não aceitam que o atendimento não é aqui, mas assim, já ouvi casos de pessoas de botar dedo na cara do outro, de agredir fisicamente, eu nunca me deparei com uma situação dessa, nunca presenciei e nunca sofri. Tem a polícia aqui, a cabine da polícia, mas também... que não ajuda, você fica por conta mesmo. Então você tem que saber contornar, falar o mais educadamente com a pessoa, e assim, tentar manter a calma porque se você se descompensar, você não tem como controlar aquela pessoa..." (Trabalhador(a) da enfermagem; Cavanellas, 2014)

A ausência de recursos para a prevenção e a minimização dos riscos do trabalho em saúde ocasiona dificuldades de planejar e organizar o trabalho coletivo em saúde para a formação e o exercício com segurança e qualidade, além de sofrimentos associados à exposição a acidentes, contaminação e adoecimento.

Os alunos se deslocam entre o posto de enfermagem até a sala de procedimentos, com o material nas mãos. A unidade não tem bandejas, as equipes não utilizam. Na sala de procedimentos, não constam recipientes para o descarte de materiais perfuro-cortantes, e o aluno, novamente, com o material contaminado e perfurante se desloca pela unidade, entre pacientes, profissionais e pessoal da limpeza, indo ao posto de enfermagem para desprezar o material utilizado. (Trabalhador(a) da saúde; Ribeiro et al., 2016)

Nos locais para higienização dos pacientes há problemas estruturais terríveis e isso dificulta a gente manter o ambiente dentro das normas, daquilo que é aceitável, até para o bom senso. (Trabalhador(a) da saúde; Ribeiro et al., 2016)

Saberes e Práticas

Aqui se expressam dilemas associados aos saberes e práticas acionados pelos trabalhadores de saúde para lidar com o trabalho e a realização de suas atividades. De forma geral, esta dimensão envolve as demandas, insuficiências e ausências de qualificação e formação dos trabalhadores e de suas equipes, bem como as inseguranças relacionadas aos processos de trabalho e à vida.

A falta de delimitação das atividades, do processo e da natureza do trabalho,

além da aquisição de qualificações na prática cotidiana e da falta de reconhecimento social da qualificação exigida para o exercício do trabalho, geram sofrimentos. Esses são a sobrecarga, o sentimento de desvalorização das qualificações específicas da atividade, a percepção de que se é um “faz tudo”, a perda do sentido do trabalho, e o sentimento de ter o processo de trabalho constantemente sujeito a mudanças de conjuntura e de gestão. Tudo isso gera dificuldades de conformação de uma identidade profissional.

Aqui dentro a gente faz tudo. A gente que leva tudo, a gente que traz tudo, a gente orienta. Tudo eles procuram a gente. (Agente comunitário de saúde; Carneiro & Martins, 2015)

As mudanças no processo de trabalho, em virtude de mudanças na gestão e no modelo de atenção à saúde, desbotam os saberes e práticas do trabalho em saúde de caráter relacional, que são valorizados pelos trabalhadores. Ao contrário, priorizam-se as metas e a produtividade, e as atividades cada vez mais sustentadas por procedimentos padronizados e sistematizados. Os trabalhadores experienciam então o descontentamento com o processo de trabalho, o sentimento de desvio de função, a perda de sentido do trabalho, o estranhamento com o trabalho prescrito, o sentimento de não valorização do saber tácito, do saber-fazer invisível, e o sentimento de estar passando por cima de seus próprios valores.

Eles deviam tirar a gente do acolhimento, da recepção. (...) Ali não é o nosso lugar, o nosso é lugar é na comunidade. Nosso lugar é como era no Programa Agentes Comunitários de Saúde, bater de porta em porta, conversar com o morador, saber como ele está. Esse vínculo que a gente tem é lá na comunidade. Mas eles botarem a gente aqui, aqui na recepção toda bonitinha e sorridente... Aí aqui a gente tem que marcar consulta, fazer acolhimento (...). Isso aí é recepcionista, a gente é agente de saúde. A gente tem que subir o morro mesmo, não tem que ficar aqui em baixo não. (Agente comunitária de saúde; Carneiro, 2013)

Porque antigamente a gente fazia palestras, a gente fazia reuniões. Hoje em dia só faz visita domiciliar e acolhimento, e nada mais. (Agente comunitária de saúde; Carneiro, 2013)

A falta de apoio e de oferta de capacitações gera os sentimentos de falta de reconhecimento e de ser privado de obter uma qualificação que julga poder melhorar a qualidade do trabalho. “O trabalho do agente comunitário

é muito importante, poderia ser muito melhor se houvesse mais apoio das autoridades e frequentes capacitações para os agentes” (agente comunitário de saúde; Santos, 2006).

Experiências e Trajetórias

Nesta dimensão, encontramos ruídos associados à construção da experiência no trabalho e das trajetórias ocupacionais e que compreendem as representações simbólicas da ocupação, as memórias e as aspirações dos trabalhadores em relação com as possibilidades de inserção no mundo do trabalho. São dificuldades que se desdobram em questões de identidade profissional, de reconhecimento, pertencimento, sentido e futuro do trabalho.

A representação social do trabalho em saúde que não corresponde ao cotidiano e às atividades realizadas pelos trabalhadores da saúde gera o sentimento de falta de reconhecimento, a dificuldade de construção de identidade, de um projeto profissional e de realização pessoal por meio do trabalho. “Você não tem profissão, você tem uma ocupação, você não é um profissional. Isso é fato. Às vezes, eu falo assim: ‘eu trabalho no posto de saúde’, ‘ah, você é médico?’, ‘não, não sou médico, trabalho na administração’” (trabalhador(a) da saúde; Vieira, 2007).

O modelo de gestão do trabalho que desconsidera as experiências e as trajetórias ocupacionais provoca o sentimento de instabilidade e de que o futuro do trabalho está sujeito às decisões de conjuntura da gestão.

O administrativo hoje está aqui, amanhã está no computador, no benefício, tomando conta da lavanderia, enfim, tudo. É tudo, embora não tenha que ter especialização, adquire a qualificação na prática, mas nada impede que numa mudança de direção isso mude. (Trabalhador administrativo da saúde; Vieira, 2007)

Percebe-se o trabalho em saúde como oportunidade de acesso ao mercado de trabalho e de profissionalização, ao tempo em que as credenciais de acesso à ocupação são socialmente desvalorizadas e operam como fatores de desqualificação do trabalho. No mais, observa-se uma tensão entre formação e profissão almejadas e as possibilidades reais de inserção no mercado de trabalho em saúde. Isso acarreta sentimentos de desvalorização social pela escolha ou falta de possibilidade de escolha profissional e a sensação de privação da construção de um sonho ou projeto de vida. “Na verdade, a

minha motivação foi o desemprego. Eu estava desempregado, eu falei 'eu tenho que trabalhar'. Minha mãe não me dava mais nada, então, eu tinha que..." (Trabalhador da saúde; Corôa, 2015).

É o lance da saúde... na época que eu estava na 8ª série, indo para o segundo grau tinha de escolher uma área para fazer, a área da saúde tinha aquela coisa que tem sempre emprego, que não falta emprego e eu tinha isso em mente. Daí, depois que eu fui pra lá pra fazer o técnico de enfermagem gostei muito, achei legal. Gostava de odonto, mas me sentia feliz na época". (Trabalhador da enfermagem; Corôa, 2015)

A superqualificação dos auxiliares e técnicos da saúde, em que se opta por permanecer na ocupação devido à falta de oportunidades no mercado de trabalho e à existência de alguma estabilidade na ocupação atual, gera frustração associada ao desencontro entre as aspirações, a formação e a inserção profissional. Somam-se inseguranças relativas à construção de um projeto de vida e a percepção de que os esforços pessoais de formação são frustrados pelas condições objetivas.

A busca pela graduação era por conta de maiores oportunidades além de mais conhecimentos. Achava que mudaria o SUS [Serviço Único de Saúde]. Apesar de gostar de trabalhar na emergência, somos negligenciados e abandonados como profissionais. Não há realização aqui. Busco outras atividades para me realizar e no momento me preparo para o vestibular de medicina. (Trabalhadora da enfermagem; Chinelli et al., 2019)

Eu fiz uma pós porque eu queria me aprimorar dentro da economia para fazer alguma coisa... Depois que eu vim para cá, estacionei. Onde eu estou, eu não vou para lugar nenhum, o que eu quero mesmo é trabalhar na minha área, então eu fiz a pós, visando a concursos dentro da minha área, é para isso que eu estou atenta agora. (Trabalhadora administrativa da saúde; Vieira, 2007)

As condições objetivas de realização do trabalho em saúde que tornam a atividade extremamente desgastante e penosa se desdobram em sentimentos de impotência e de perda do próprio sentido do trabalho e dos valores que ele representa. Igualmente são experimentados sentimentos de não reconhecimento profissional, de desgaste e esgotamento pelos limites

impostos pela profissão e que impõem o enfrentamento de mudanças e a necessidade de mobilidade na carreira, e a nostalgia e arrependimento em relação à escolha profissional no passado.

Hoje em dia, depois de vinte e um anos de trabalho, se eu tivesse que escolher outra profissão eu teria escolhido outra profissão. Não é que eu não goste da enfermagem, mas eu acho que a enfermagem em determinado ponto é muito impotente em relação a determinadas coisas. (Trabalhadora da enfermagem; Cavanellas, 2014)

Ele tem um desgaste grande, médico de emergência não deveria, ele deveria ter um prazo... né? E não existe isso, isso é uma coisa que todos os médicos falam, mas ninguém nunca levou isso a sério ... né? Nunca lutou por isso, né? Deveria ter um prazo, e esse prazo, sei lá, eu não sei dizer qual é o prazo... qual é o tempo, né? Em alguns hospitais no exterior, né? O médico que trabalha na emergência como eu, que trabalha há trinta anos na emergência, ele, mesmo que eu não fosse chefe, com certeza eu não estaria mais atuando, entendeu? Eu estaria aqui como um, um preceptor, né? Então, é, é, seria essa a minha visão, eu acho que ele poderia ficar na emergência dessa forma, mas isso não existe aqui, né? Então eu acho que tinha que haver um prazo limite, sabe? (Médico; Cavanellas, 2014)

Saúde do Trabalhador

Aqui, observamos os sofrimentos relacionados às exigências do trabalho que afetam a vida em suas múltiplas dimensões, com impactos na saúde, e que compreendem processos de desgastes e adoecimentos e outras expressões coletivas e singulares associadas ao trabalhador.

O trabalho realizado em condições objetivas de precariedade e de intensificação demanda grande esforço e sobrecarga física dos trabalhadores. Assim, observa-se o desenvolvimento de doenças no trabalho, o comprometimento do futuro na profissão em função de lesões adquiridas no trabalho, e a naturalização do desgaste físico no trabalho.

A gente sabe que está difícil, tem muito desgaste e dor nas costas; tem funcionário com lesão de ombro, lesão de coluna, de joelho, de quadril pela sobrecarga de trabalho, mas eu acho que é assim que funciona uma emergência. (Trabalhadora da saúde; Chinelli et al., 2019)

Técnico, coitados... é uma ralação incrível, uma exploração absurda. Você trabalha sentando, virando o paciente, segurando. Acho que não existe nenhum técnico de enfermagem que comece sua carreira jovem e termine na maturidade, que não tenha milhões de problemas de coluna ou coisas muito sérias. É sempre muito peso. Normalmente, são mulheres, não se consegue um colega homem. É um trabalho braçal, sim. Segura paciente obeso, coloca o paciente no leito, tira o paciente do leito, troca a fralda. (Trabalhadora da saúde; Chinelli et al., 2019)

A falta de recursos e de apoio por parte da gestão para realizar o trabalho em condições satisfatórias provoca adoecimento psíquico no trabalho. Trabalhadores se sentem sem condições de realizar a atividade e com limitações para conseguir gerir o trabalho e a vida. Também experimentam esgotamento e desgaste devido à necessidade de regulação autônoma do trabalho diante das restrições impostas pelas condições precárias. “Afastado em desvio de função por problemas de saúde [reação aguda ao estresse e depressão] relacionados ao exercício profissional e perseguição política” (trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017). “Estou com depressão e Síndrome do Pânico” (trabalhador(a) da enfermagem; Machado, 2017).

A insalubridade gera medo de adoecer no trabalho em função da sujeição a riscos de acidentes e de contaminação. “O ambiente em si, os próprios profissionais, a estrutura dos hospitais, das unidades de saúde não favorecem, ou favorecem a possibilidade de acidentes e de contaminação” (trabalhador(a) da saúde; Ribeiro et al., 2016).

Os alunos se deslocam entre o posto de enfermagem até a sala de procedimentos, com o material nas mãos. A unidade não tem bandejas, as equipes não utilizam. Na sala de procedimentos, não constam recipientes para o descarte de materiais perfuro-cortantes, e o aluno, novamente, com o material contaminado e perfurante se desloca pela unidade, entre pacientes, profissionais e pessoal da limpeza, indo ao posto de enfermagem para desprezar o material utilizado. (Trabalhador(a) da saúde; Ribeiro et al., 2016)

Cuidado de Si, do Outro e do Mundo

Nesta última dimensão analisada, encontramos as dificuldades relacionadas com a falta de tempo, de condições e de recursos para práticas de cuidado

pessoais e coletivas e que estão associadas à banalização e invisibilidade das contradições e sofrimentos sociais que nos afetam na contemporaneidade.

A não demarcação de fronteiras entre tempo de trabalho e tempo de vida pessoal, derivada da intensa incorporação de tecnologias de comunicação às atividades, ocasiona o constante sentimento de sobrecarga e de “ter que fazer algo”. Trabalhadores enfrentam dificuldades para separar os problemas do trabalho da vida pessoal.

A função agora da tecnologia é muito boa, mas por outro lado, é muito ruim para o chefe, porque ele continua trabalhando em casa, envia WhatsApp, envia e-mail, envia... enfim. (...) Acho que está cada vez mais difícil de você desmembrar a questão: vida pessoal e trabalho, porque a tecnologia está ali. (Trabalhador(a) da saúde; Oro et al., 2019)

Percebe-se o caráter eminentemente desgastante do trabalho, que se intensifica com a realização em ambientes precários, os valores e representações sociais do trabalho em saúde que o associam à necessidade de sacrifício da própria saúde em prol da vida do outro, e a gestão precária do trabalho que se desdobra em desgastes e pressão na realização da atividade sem que haja espaço e tempo para descanso e o cuidado de si e da equipe. Trabalhadores experimentam o cansaço e o descuido da própria saúde, além de sentimentos e de sensações ambivalentes entre desgaste, estresse, sobrecarga e valores da profissão associados à noção de sacrifício de si pelo outro. “Tenho hipotireoidismo, problema hepático, ganhei peso e isso por conta da falta de exercício...” (Trabalhador(a) da saúde; Biff et al., 2020); “é, cai a qualidade da sua alimentação, o pior pra mim, assim, cara, o que mais me incomoda é o sono...” (Trabalhadora(a) da saúde; Cavanellas, 2014); “dormir é o que faz mais falta, eu acho que pra mim é o que mais agride, pra mim” (trabalhadora(a) da saúde; Cavanellas, 2014).

As condições e os ambientes precários para a realização do trabalho que não comportam o cuidado e o conforto dos trabalhadores da saúde provocam sentimentos de desvalorização, não reconhecimento e abandono por não dispor de condições mínimas para o próprio conforto e cuidado.

Muitas vezes, nós temos a estrutura, mas não temos, assim, um ambiente com conforto, é no sentido de temperatura. Então, a gente vê que quando está em 30 graus, 32 graus, 34 graus, então, a gente sofre muito. Então, a gente sua bastante. Muitos até passam mal.

Então, é, onde tem esse ar-condicionado, fica bem mais confortável. (Trabalhador(a) da saúde; Chinelli et al., 2019)

Reformaram o hospital e não colocaram banheiros para os funcionários. [...] A gente tem uma copa aqui minúscula no terceiro andar, improvisada, porque no segundo andar ela já foi destruída. (...) Meu horário de trabalho são seis horas, (...) então uma reforma que não prevê o mínimo de espaço para que eu possa fazer a minha refeição, porque o paciente, ele recebe café da manhã, lanche e almoço, tudo isso enquanto eu estou aqui. (Trabalhador(a) da saúde; Oro et al, 2019)

Considerações Finais: Caminhos para sustentar práticas de apoio-investigação com trabalhadores de saúde

O processo de “fazer-se” trabalhador da saúde é multideterminado e mescla condições objetivas de existência a experiências e aspirações. Sendo assim, os estudos aqui mapeados incluíram variáveis sociológicas tradicionais como classe, raça, gênero, geração, entre outras, e dimensões intersubjetivas, como os sentidos do trabalho, as percepções de cuidado e os desejos sobre a forma de se estar no mundo.

Buscamos ao longo do texto evidenciar de que forma essas dimensões de análise se relacionam em uma totalidade histórica, que configura uma determinada realidade social: a realidade do trabalho em saúde no Brasil. Considerando as especificidades do nosso tema, adotamos perspectivas não essencialistas que permitiram que nossas análises fossem tomadas em contextos diversos das políticas públicas de educação e formação, de reconfiguração do Estado e das transformações no mundo do trabalho (Chinelli et al., 2013), além das políticas voltadas à saúde do trabalhador e da trabalhadora.

Ao finalizar este material, ressaltamos o imbricamento no cotidiano dos serviços e na vida dos trabalhadores das múltiplas dimensões das penosidades do trabalho em saúde. Igualmente, lembramos da fluidez das fronteiras entre os relatos e fenômenos que aqui foram organizados a partir dessas categorias. A intenção é que essa síntese-base, na forma de (re)inventário, possa inspirar outros pesquisadores na reflexão acerca das penosidades associadas ao trabalho em saúde que há muito existem e são temas de estudos, permitindo, sobretudo, aprofundar a sua compreensão e investigar as suas atualizações no contexto do pós-pandemia.

Acreditamos que este exercício de (re)interpretação e (re)conexão dos sentimentos e fenômenos que causam sofrimento no trabalho será capaz de apresentar aos interessados bases para seguir além da pesquisa, buscando construir atividades de apoio-investigação (Respiro, 2022). Para tal, nos guiamos pela experiência em pesquisa compartilhada.

Se o trabalho é uma dimensão central para a organização de sistemas de saúde, segue sendo necessário refletir coletivamente sobre estratégias e alternativas comuns que possam auxiliar futuros estudos e intervenções no campo. Diante das transformações velozes que vivemos, precisamos estreitar relações institucionais e aprofundar nossas investigações para dar continuidade aos estudos que contornam o tema do trabalho, da gestão, do cuidado e da qualificação em saúde. Ressaltamos a importância de seguir aprofundando coletivamente questões debatidas em estudos anteriores visando, inclusive, tentar interferir, qualitativamente, na formulação de políticas de gestão do trabalho e educação na saúde e de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras.

Com a realização deste trabalho, não temos a pretensão de haver chegado à verdade. E, sim, de termos feito o melhor possível para uma aproximação (Minayo & Costa, 2019). Ou seja, o que este (re)inventário nos permitiu ver, refletir e interrelacionar pode lançar luzes para reconfigurar, interpretar e exprimir os sentidos e significados do trabalho em saúde no presente, cujos debates merecem ser aprofundados nas dimensões teórica e ético-metodológicas.

Partir dos conhecimentos e saberes do passado e buscar conectá-los criticamente ao presente, resgatando aprendizados e produção de memórias, trajetórias pessoais e profissionais, histórias, relatos e testemunhos dos trabalhadores de saúde, se justifica pela sua imprescindibilidade na construção de um sentido coletivo para a experiência desses trabalhadores.

Neste capítulo, destacamos a importância do olhar para as penosidades do trabalho em saúde no pré-pandemia, visando compreender de que forma a crise sanitária exacerbou as fragilidades já presentes nesse contexto. Foi observado que a pandemia expôs as relações sociais frágeis entre os trabalhadores e os serviços de saúde, resultando em um aumento significativo do sofrimento e das penosidades dos trabalhadores, da precarização do trabalho e colapso para os sistemas de saúde. Mobilizando um olhar comparativo entre passado, presente e futuro, esse trabalho nos permite compreender os agravamentos e as (re)configurações do trabalho em saúde.

Agradecimentos

Registramos aqui nosso agradecimento ao Programa INOVA/FIOCRUZ, ao Edital Geração de Conhecimento COVID-19 pelo financiamento do Respiro – Projeto de Apoio-Investigação com Trabalhadores de Saúde na Pandemia: (Co)Movendo a Vida Entre (Ultra)Penosidades e (Re)Existências, desenvolvido entre 2020 e 2023.

Referências

- Antunes, R. (2022, 21 de junho). *Apresentação do autor do livro capitalismo pandêmico*. DMT em Debate. <https://www.dmtemdebate.com.br/capitalismo-pandemico>
- Biff, D., Pires, D. E., Forte, E. C. N., Trindade, L. L., Machado, R. R., Amadigi, F. R., Scherer, M. D. A., & Soratto, J. (2020). Cargas de trabalho de enfermeiros: Luzes e sombras na estratégia saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 147–158. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28622019>
- Boltanski, L. (1990). *L'amour et la justice comme compétences: Trois essais de sociologie de l'action*. Métailié.
- Boltanski, L. (2016). Sociologia crítica e sociologia da crítica. In F. Vandenberghe & J.-F. Véran (Eds.), *Além do habitus: Teoria social pós-bourdiesiana* (pp. 129–154). 7Letras.
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (1987). *Les économies de la grandeur*. PUF.
- Bornstein, V. J., Morel, C. M., Pereira, I. D. F., & Lopes, M. R. (2014). Desafios e perspectivas da educação popular em saúde na constituição da práxis do agente comunitário de saúde. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 18(2), 1327–1340. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0437>
- Butler, J. (2019). *Vida precária: Os poderes do luto e da violência* [A. Lieber, Trad.]. Autêntica.
- Carneiro, C. C., & Martins, M. I. C. (2015). Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(1), 45–65. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00029>
- Carneiro, C. C., (2013). *O trabalho do agente comunitário de saúde e suas determinações: Um estudo de caso do município do Rio de Janeiro* [Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz]. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/tes-5583>
- Callon, M., & Latour, B. (1992). Don't throw the baby out with the bath school! A reply to Collins and Yearly. In A. Pickering (Ed.), *Science as practice and culture* (pp. 343–368). University of Chicago Press.
- Cavanelas, L. B. (2014). *Os desafios do cuidado em situações-limite: As dramáticas da atividade no trabalho humanitário e na emergência hospitalar* [Tese de doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca]. Arca. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13151>
- Chinelli, F., Vieira, M., & Deluiz, N. (2013). O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In M. V. G. C. Morosini, M. C. R. Lopes, D. C. Chagas, F. Chinelli & M. Vieira (Eds.), *Trabalhadores técnicos em saúde: Aspectos da qualificação profissional no SUS* (pp. 23–48). EPSIV.

- Chinelli, F., Vieira, M., & Scherer, M. D. A. (2019). Trajetórias e subjetividades no trabalho de técnicos de enfermagem no Brasil. *Laboreal*, 15(1). <https://doi.org/10.4000/laboreal.1661>
- Corôa, R. (2021). *Do sistema à sistemática: A experiência da precariedade na construção de itinerários terapêuticos no SUS* [Tese de doutoramento, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Busca Integrada.
- Corôa, R. (2015). *O trabalho no Sistema Único de Saúde: A construção da qualificação dos técnicos de saúde* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. <http://objdig.ufrj.br/34/teses/869925.pdf>
- Das, V. (2011). O ato de testemunhar: Violência, gênero, subjetividade. *Cadernos Pagu* (37), 9–41. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000200002>
- Dvergsdal E. Y., Lichtwark H., Sanne A. P., Bolkan, H. A. (2011). The global health workforce crisis. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 131(20), 2025–2028. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0810>
- Druck, G. (2016). A terceirização na saúde pública: Formas diversas de precarização do trabalho. *Trabalho, Educação, Saúde*, 14(1), 15–43. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>
- Frigotto, G. (2009). A polissemia da categoria trabalho e a batalha das ideias nas sociedades de classe. *Revista Brasileira de Educação*, 14(40), 168–194. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782009000100014>
- Garibotti, V., Hennington, E. A., & Selli, L. (2006). Contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5), 1043–1051. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500017>
- Heidegger, M. (1988). *Ser e tempo* [M. de S. Cavalcanti, Trad.]. Vozes. (Trabalho original publicado em 1927)
- Machado, M. H. (2017). *Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil: Relatório final*. Nerhus-Daps-Ensp/Fiocruz. <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>
- Marques, A. P., & Vieira, M. (2019). Experiências investigativas sobre o trabalho em saúde e os “modos de ser” trabalhador: Aspectos teóricos e ético metodológicos. In A. P. Costa, C. Oliveira, E. Synthia, J. Ribeiro, H. Presado, C. Baixinho (Eds.), *A prática na investigação qualitativa: Exemplos de estudos* (Vol. 3). CIAIQ. https://www.ludomedia.pt/prod_details.php?id=186&catId=15&offset=0
- Minayo, M. C. S., & Costa, A. P. (2019). *Técnicas que fazem uso da palavra, do olhar e da empatia: Pesquisa qualitativa em ação*. Ludomedia.
- Peoples Health Dispatch. (2024, 19 de março). *A crise global dos trabalhadores da saúde – Outras Palavras*. Outras Palavras. Retirado de <https://outraspalavras.net/outrasaude/a-crise-global-dos-trabalhadores-da-saude/#:~:text=Uma%20pesquisa%20sindical%20recente%20entre,a%2025%20de%20abril%20de%202024>
- Oro, J. G., Francine, L. S., Faria, V. A., & Scherer, M. A. (2019). Do trabalho prescrito ao trabalho real da enfermagem em unidades de internação de hospitais universitários federais. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 28, e20170508. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0508>
- Ribeiro, G., Pires, D. E., & Scherer, M. D. A. (2016). Práticas de biossegurança no ensino técnico de enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(3), 871–888. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00019>

Ribeiro, L. M., Vieira, T. A., & Naka, K. S. (2020). Síndrome de burnout em profissionais de saúde antes e durante a pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(11), e5021. <https://doi.org/10.25248/reas.e5021.2020>

Santos, M. R. S. (2006). *Perfil dos agentes comunitários de saúde da região de Juiz de Fora MG* [Tese de doutoramento, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <http://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/4686>

Scherer, M. D. A., Oliveira, N. A., Pires, D. E., Trindade, L. L., Gonçalves, A. S. R., & Vieira, M. (2016). Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. *Trabalho Educação e Saúde*, 14(1), 89–104. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00030>

Simas, L. A., & Rufino, L. (2020). *Encantamento: Sobre política de vida*. Mórula Editorial.

Silva S.C.P.S, Nunes M.A.P., Santana V.R., Reis F.P., Machado Neto J., & Lima S.O. (2015). A síndrome de burnout em profissionais da rede de atenção primária à saúde de Aracaju, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3011–3020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>

Souza, D. de O., & Abagaro, C. P. (2021). A uberização do trabalho em saúde: Expansão no contexto da pandemia de COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, 19, e00328160. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00328>

TES. (2011). Entrevista: Danièle Linhart. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(1), 149–160. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462011000100011>

United Nations. (2020, novembro). *UN research roadmap for the COVID-19 recovery leveraging the power of science for a more equitable, resilient and sustainable future*. <https://www.un.org/en/pdfs/UNCOVID19ResearchRoadmap.pdf>

Vieira, M. (2007). Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 5(2). <https://doi.org/10.1590/S1981-77462007000200004>

Vieira, M., Vianna E. C., Santos, M. R., Corôa, R. de C., Antunes, M. N., & Ferreira, P. M. B. (2023). *Respiro – Projeto de investigação e apoio aos trabalhadores da saúde na pandemia: (Co)Movendo a vida entre (ultra)penosidades e (re)existências. Relatório final*. FioCruz/EPSJV. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/60635>