

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS – CFH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA**

SIMONE DA GAMA SILVEIRA

**TRABALHO E SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO SAÚDE -DOENÇA
DOS SERVIDORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**FLORIANÓPOLIS,
OUTUBRO 2008**

SIMONE DA GAMA SILVEIRA

**TRABALHO E SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO SAÚDE -DOENÇA
DOS SERVIDORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-graduação em Sociologia
Política da Universidade Federal de Santa
Catarina - UFSC.**

Orientadora : Prof. Drª Márcia Grisotti.

**FLORIANÓPOLIS,
OUTUBRO 2008**

Simone da Gama Silveira

Trabalho e Saúde: Um estudo sobre o processo saúde -doença dos servidores de
um Hospital Universitário

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Sociologia Política da Univesidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Aprovada
com conceito []

Banca Examinadora

Profª Drª Márcia Grisotti
Orientadora

Profª Drª Maria Soledad Etcheverry
Membro

Profª Drª Vera Blank
Membro

Florianópolis, __ de outubro de 2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política pela sensibilidade de receber alunos de formações distintas, auxiliando nas dificuldades encontradas no decorrer do curso;

Às funcionárias Albertina e Fátima pela atenção e disponibilidade;

Aos colegas de turma pelo companheirismo e incentivo;

À minha orientadora, Professora Márcia Grisotti, que me apoiou desde o princípio, indicando os caminhos a seguir para a conclusão deste trabalho.

Ao coordenador e colegas da ANVISA no Estado, que compreenderam e aceitaram minhas eventuais ausências, para a realização deste mestrado.

RESUMO

SILVEIRA, Simone da Gama. **Trabalho e saúde**: um estudo sobre o processo saúde-doença dos servidores de um Hospital Universitário. 73f. 2008. Dissertação (Mestrado Sociologia Política) - Programa de Pós-graduação em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

Esta dissertação analisa a relação trabalho e saúde com base no afastamento, por motivos de saúde, de servidores do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC. Através da análise de documentos oficiais da Instituição, constatou-se que 51% dos servidores se afastaram do trabalho para tratamento de saúde. Conforme dados do Governo Federal, é crescente o número de servidores públicos que se aposentam por invalidez e muito superior ao observado nos trabalhadores da iniciativa privada. Enquanto que no primeiro, o índice de aposentadorias precoces representa 14% do total, na segunda, representa apenas 2%. Buscando conhecer o perfil dos servidores do HU e os motivos que estariam contribuindo para seu adoecimento, realizou-se pesquisa documental, uma nova pesquisa quantitativa e entrevistas qualitativas com os servidores da Instituição. Os resultados da pesquisa apontam para o descontentamento dos servidores com a atual organização do trabalho e a necessidade de se aprofundar a análise sobre as diferentes modalidades de contrato de trabalho, atualmente vigentes, na esfera pública. A pesquisa aponta, ainda, as contradições do mundo do trabalho, especialmente, dos servidores públicos brasileiros, através da análise dos conceitos elaborados por autores que focam a análise nas conseqüências, ambivalências e antagonismos da modernidade. A reflexão aponta para a priorização da gestão baseada nas relações “líquidas” e flexíveis da era contemporânea e seus critérios de competitividade, em detrimento dos princípios que tradicionalmente regem as carreiras públicas: estabilidade e segurança. Baseado no pensamento de Bauman (2001), Sennet (2005), Costa (2004), Borges (2004), aponta-se os paradoxos entre as exigências do modelo contemporâneo e a necessidade de segurança e planejamento a longo prazo, presente no modelo anterior.

Palavras-chave: Saúde-trabalho. Servidor público. Organização do trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS

AT – Atestado médico

CD - Conselho Diretor

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CID – Código Internacional de doenças

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DF – Doença Pessoa na Família.

DG – Diretoria Geral

DISS – Divisão de Serviço Social

FAPEU – Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HU – Hospital Universitário

IFES – Instituições Federais de Ensino Superior

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.

JMO – Junta Médica Oficial

OIT – Organização Internacional do Trabalho

RJU – Regime Jurídico Único

SASC – Serviço de atenção à saúde da comunidade universitária

SIAPE – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos

SISOSP – Sistema Integrado de Saúde ocupacional do Servidor Público Federal

SM – Salário mínimo

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TS – Tratamento de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

VD – Vice-Diretoria

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 – Atestados por problema de saúde	43
Gráfico 02 – Servidores com outro trabalho remunerado.....	44
Gráfico 03 – Grau de satisfação com o trabalho	45
Gráfico 04 – Carga de trabalho	45
Gráfico 05 – Satisfação em relação à UFSC.....	46
Gráfico 06 – Satisfação em relação aos colegas	47
Gráfico 07 – Satisfação à relação à chefia	47
Gráfico 08 – Autonomia para tomar decisões	48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 UMA DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	11
1.2 ESTRUTURA DO HU	16
1.3 OBJETIVO GERAL.....	19
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
1.5 METODOLOGIA.....	20
2 TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO.....	24
2.1 O TRABALHO NO SETOR PÚBLICO	28
2.2 O TRABALHO EM HOSPITAIS	33
2.3 SINDROME DE BURNOUT	36
3 TRABALHO E SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DOS SERVIDORES DO HU.....	41
3.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS REFERENTES À SAÚDE DOS SERVIDORES DO HU	41
3.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS.....	50
3.2.1 O ponto de vista dos servidores.....	51
3.2.2 O ponto de vista das chefias.....	54
4 CONCLUSÕES	58
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES	68

1 INTRODUÇÃO

“Sem trabalho, toda vida apodrece, mas sob um trabalho sem alma a vida sufoca e morre”.

Albert Camus (FRANÇA; RODRIGUES, 2007).

Esta pesquisa busca estudar a organização do trabalho em um hospital público de ensino, através da fala de seus servidores e administradores. Objetiva-se entender as causas que estariam levando ao adoecimento dos trabalhadores, detectado em um levantamento de dados realizado naquela instituição. Buscamos compreender as motivações e expectativas dos servidores e gerentes, bem como, as dificuldades encontradas no âmbito das relações de trabalho, que estariam dificultando a plena realização de seus objetivos profissionais.

Observar a importância do trabalho e as consequências dele para o homem sempre esteve presente em meu cotidiano profissional. Perceber os diferentes significados atribuídos ao trabalho pelos indivíduos e as consequências, muitas vezes devastadoras, para suas vidas pessoais, familiares e sociais, me fizeram buscar na sociologia esta compreensão. Se para alguns o trabalho significa prazer e realização, para outros, ele é fonte de sofrimento e preocupação.

O trabalho parece ter surgido como um castigo, imposto por Deus, a Adão e Eva, por terem desobedecido às normas do paraíso. Pelo menos é o que nos diz a tradição judaico-cristã. (LEMOS, 1996). O trabalho, desta forma, assume um caráter punitivo e, a ausência dele, uma forma de pecado. Desde então o homem vem tentando “abrandar esta pena”, buscando prazer e recompensa através do trabalho, bem como, parte de sua identidade. É pelo nosso ofício que, na maioria das vezes, somos identificados: engenheiro João, professora Maria, jardineiro Pedro ou, desempregado Antonio.

Seja como forma de realização profissional ou como necessidade de sobrevivência, o trabalho sempre esteve presente na vida das pessoas, podendo ser considerado como um “organizador da vida social” (ALVES; GODOY, 2001). A parcela da população que não consegue empregar-se ou reempregar-se, passa por um processo de “dessocialização progressivo” e o sofrimento que resulta, pode levar à doença mental ou física. (DEJOURS, 2007).

Ainda, segundo o autor, o sofrimento pode ocorrer com o trabalhador empregado, já que o trabalho, seja qual for, é essencialmente ambivalente, podendo causar infelicidade, alienação e doença mental, bem como, ser mediador de auto-realização, da sublimação e da saúde.

O trabalho pode ser mediador da emancipação, mas, para os que têm um emprego, também continua a gerar sofrimentos, como mostram as pesquisas em psicodinâmica do trabalho nos últimos 15 anos; não apenas sofrimentos já conhecidos, mas novos sofrimentos [...]. (DEJOURS, 2007, p. 43).

As mudanças no mundo trabalho, ocorridas nos últimos anos com o avanço tecnológico, trouxeram também a necessidade de recuperar o sentido do trabalho humano e o saber do trabalhador. Hoje se busca a participação do trabalhador, valorizando o acesso à informação e a busca por um ambiente mais humanizado no trabalho. Para Alves e Godoy (2001, p. 73):

[...] essas mudanças no processo de trabalho, apesar de urgentes, necessárias e, muitas vezes, morosas tem levado os trabalhadores, ao longo dos anos a assumirem posturas defensivas em face das condições de trabalho inadequadas e insatisfatórias, tais como ausências ao trabalho por faltas ou licenças médicas, que afetam a eles próprios e às organizações, comprometendo os resultados finais da produção.

As transformações que presenciamos afetam todos os níveis de trabalhadores em todas as partes do mundo e no exercício das mais diversas funções. Para os trabalhadores da área da saúde, além da necessidade de incorporar o avanço tecnológico constante, com novas e maiores exigências, ainda necessitam conviver com sentimentos de amor, ódio e compaixão, trabalhando pela vida e, cotidianamente, se deparando com a morte. A natureza do trabalho na área da saúde, principalmente em hospitais, pode desencadear no trabalhador sentimentos de impotência, ansiedade, colocando em risco sua saúde física e emocional.

Buscaremos, através deste trabalho, compreender o impacto destas transformações para o servidor público e as conseqüências para a saúde do trabalhador, através do individual e do coletivo, dos processos subjetivos e sociais.

Compreender a organização é reconhecer que nela se articulam simultaneamente projetos conscientes, racionais, mas também fantasias, desejos que são operantes e afetam a vida psíquica dos indivíduos e grupos conformando a outra cena: a do imaginário e do inconsciente. Os indivíduos se ligam, portanto à organização por vínculos afetivos, imaginários e inconscientes. (AZEVEDO, 2005, p.23).

Entendemos que a Saúde do Trabalhador é um campo vasto e complexo, que necessita agregar saberes distintos para sua melhor compreensão. A análise

dos processos de trabalho e suas implicações requerem interdisciplinaridade, sendo que cada área de conhecimento necessita contribuir com uma parte do saber para o entendimento da complexa relação trabalho X saúde.

A visão positivista da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, concentradas basicamente nas relações de causa-efeito e sem levar em consideração as interferências extra-orgânicas no processo de adoecimento, ocupou, ao longo dos anos, um espaço considerável nos processos administrativos de tomada de decisão em relação aos trabalhadores.

Além disso, a literatura científica voltada para a articulação dos diversos saberes sobre esta temática é muito pequena, sendo que a maioria não reflete a heterogeneidade dos trabalhadores. Esta, provavelmente, foi a maior dificuldade encontrada para a elaboração deste trabalho: a escassa literatura existente na área da saúde do servidor público. Segundo dados internacionais e sem entrar no mérito da qualidade, estima-se que a produção brasileira represente menos de 1% dos artigos científicos voltados para a discussão do tema Trabalho X Saúde. (GÓMEZ; LACAZ, 2005).

Ainda, conforme os autores, a pouca literatura existente tem como preocupação o “chão de fábrica”, reflexo da origem do conceito de processo de trabalho, elaborado, originalmente, para interpretar o trabalho produtivo industrial.

Sobre este aspecto, Gómez e Lacaz (2005, p. 3) consideram que:

Diante das mudanças contemporâneas no âmbito das relações de trabalho que atingem os mais diversos setores, o paradigma convencional da ST é insuficiente, pois não acompanha e nem abrange os efeitos mais nefastos do movimento mundial de reestruturação produtiva que, sem excluir formas arcaicas, tradicionais e modernas de produção, impactam fortemente a vida e a saúde de grandes contingentes de trabalhadores [...].

Atualmente, no Brasil convivem formas distintas de Trabalho, desde aquelas arcaicas, que expõem aos trabalhadores aos mais diversos riscos físicos, como intoxicações causadas por tecnologias obsoletas, como as formas de trabalho mais modernas, que desconsideram as potencialidades do ser humano. (GÓMEZ; COSTA, 1997).

No serviço público brasileiro, ainda que a forma de acesso e o regime de contratação sejam os mesmos, na prática a diferenciação entre servidores persiste. Ainda permanece a diferença de condições de trabalho e remuneração entre servidores da cúpula e da base, bem como, entre servidores dos três poderes,

sendo que dois deles, legislativo e judiciário, arbitram os próprios salários e de seus servidores subalternos.

O cenário acima descrito representa o contexto mais geral no qual esta pesquisa e seus objetivos estão inseridos. Para atingir os objetivos propostos, estruturamos a dissertação da seguinte forma:

No primeiro capítulo faremos uma descrição do problema encontrado no Hospital Universitário/UFSC, HU, sua estrutura, bem como os objetivos e a metodologia utilizada para a realização da pesquisa.

No segundo capítulo faremos uma revisão bibliográfica sobre a moderna organização do trabalho e suas conseqüências para o trabalhador, principalmente para o servidor público da área da saúde, quando detalharemos a hipótese mais utilizada para explicar o alto índice de adoecimento de trabalhadores desta área: Síndrome de Burnout.

No terceiro capítulo descreveremos e analisaremos os resultados obtidos com as pesquisas quantitativas e qualitativas.

1.1 UMA DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

O interesse pelo tema Saúde – Trabalho surgiu após a realização de um levantamento de dados que buscou mensurar o percentual de servidores que se afastavam do trabalho para tratamento de saúde, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

Na ocasião em que realizamos o levantamento, atuávamos junto à Pró-reitoria de Desenvolvimento Humano e Social – Divisão de Serviço Social – DISS, da Universidade Federal de Santa Catarina. Entre as atividades desenvolvidas pela DISS está o atendimento aos servidores afastados do trabalho por problemas de saúde. Através dos atendimentos, constatamos o grande número de servidores do Hospital Universitário – HU afastados do trabalho por depressão, apresentando, em alguns casos, tentativa de suicídio.

Diante destes fatos, passamos a questionar os motivos pessoais, sociais ou de trabalho que estariam contribuindo para o aparecimento tão freqüente deste diagnóstico. Buscando conhecer o perfil do servidor do HU, realizamos uma pesquisa documental utilizando relatórios oficiais da UFSC como:¹

- Relatório de Afastamentos do Hospital Universitário com os códigos: AT= atestado médico; TS= Licença Tratamento de Saúde e DF= Doença Pessoa na Família. Nestes afastamentos não estão incluídas as Licenças Gestação. Neste relatório consta nome do servidor, número no SIAPE e Matrícula UFSC; Código do Afastamento; Início do Afastamento; Término do Afastamento e Localização.
- Relatório Geral de Pessoal do HU, contendo os seguintes dados: Nome, Lotação, Cargo e Tempo de Serviço.
- Relatório dos Aposentados por Invalidez com, Nome, cargo, data de aposentadoria, idade ao aposentar-se e tempo de serviço na UFSC.

Através da análise dos dados, foi possível identificar, além do perfil dos servidores, os setores com maior índice de afastamento, média de atestados por servidor, média de dias por atestado e tipo de afastamento (AT; TS e DF)¹.

Quanto ao perfil, estes servidores se caracterizam por:

- sexo: 84% de sexo feminino;
- Idade: entre 41 e 50 anos;
- Tempo de serviço na UFSC: de 1 a 10 anos de serviço.

Os dados levantados apontam para um total de 649 servidores afastados no período, ou seja, 51% dos servidores do HU se afastaram por motivo de doença, perfazendo um total de 2.428 atestados. Dos afastamentos registrados, 71% referem-se a atestados médicos (AT), ou seja, afastamentos por período inferior a 30 dias. Dos restantes, 23% foram licenças para tratamento de saúde – (TS) afastamento superior a 30 dias, e doença na família (DF), 5.8%. Não foram considerados, no levantamento, os afastamentos para licença-maternidade.

Conforme Abi Saab (2006), ainda que os servidores do HU representem 23,2% da população possível de ser atendida pela Junta Médica Oficial – JMO, foi responsável por 51% dos atendimentos realizados, ou seja, os servidores do HU buscaram atendimento num índice superior aos demais servidores.

Para atender uma média de 400 pacientes/dia na emergência e os 268 leitos de internação, o HU conta com 1.271 servidores concursados, além de residentes, estagiários e contratados.

¹ Todos estes relatórios foram fornecidos pelo Núcleo de Processamento de Dados da UFSC e referem-se ao período de 01 de janeiro de 2003 até 19 de novembro de 2004.

Os servidores concursados são regidos pelo Regime Jurídico Único – RJU, que define seus direitos e deveres, inclusive, em situação de doença, quando uma JMO deve avaliar suas condições para o exercício profissional.

A Junta Médica Oficial da UFSC funciona nas dependências do HU e atende os servidores da Universidade em situação de doença. Semanalmente, realiza uma reunião conjunta com a Saúde Ocupacional, Medicina do Trabalho, Departamento de Apoio Pessoal do HU e Serviço Social para avaliação dos servidores com afastamento prolongado do trabalho. Cabe salientar que os atestados médicos que originam os afastamentos dos servidores são emitidos pelos médicos assistentes (clínicas privadas, convênios ou da rede pública), e não pelos profissionais da JMO que, a exemplo dos peritos do INSS, avaliam os pedidos de licença-saúde, ratificando ou não o afastamento do servidor.

Em muitas situações são solicitados exames complementares, que comprovem e/ou avaliem a extensão da patologia apresentada, para auxiliar o profissional a definir a necessidade do afastamento do servidor.

A realização destes exames nem sempre é possível, considerando que os servidores da UFSC não possuem planos de saúde² e, na maioria dos casos, precisam recorrer ao SUS, com toda a demora que costuma ocorrer para a marcação de exames de alta complexidade, pelo Sistema.

Para analisar esta situação, buscamos, junto a vários hospitais públicos e privados, levantamento semelhante que pudesse servir de parâmetro de comparação para os dados encontrados. Em que pese ter-se enviado e-mail às Instituições Federais de Ensino Superior – IFES, não se obteve dados significativos.

Apenas duas Instituições referiram ter alguns dados sobre a saúde do servidor, uma particular - Hospital de Caridade de Florianópolis -, outro de ensino, Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Ainda que a metodologia utilizada não seja a mesma, é relevante o conhecimento dos dados obtidos.

O Hospital de Caridade, com 266 leitos e 677 funcionários tem, segundo a coordenadora de recursos humanos da Instituição, um índice de afastamento de

² Até a data da realização da pesquisa, os servidores da UFSC não possuíam plano de saúde subsidiado pela Instituição.

5.7%, já incluídas as licenças gestantes. Cabe salientar que o Hospital de Caridade não possui Unidade Ambulatorial.³

O Hospital Universitário de Juiz de Fora têm 451 servidores e 156 leitos. Segundo os dados enviados, num período de 8 meses, o Hospital teve um total de 3.676 dias não trabalhados por motivo de doença dos servidores.

Utilizando o mesmo critério, teríamos um total de 8.269 dias em igual período, considerando apenas os 20 setores que mais tiveram afastamentos dentro do HU.

Em levantamento realizado por Abi Saab (2006), buscando conhecer as patologias mais freqüentes que levavam ao afastamento dos servidores do HU para tratamento de saúde, identificou a prevalência de doenças do sistema osteomuscular (24%), seguidas de transtornos mentais e comportamentais (17%), sendo que estas resultam em afastamentos mais prolongados.

Começamos a nos questionar sobre quais os motivos, pessoais, familiares ou da organização do trabalho, estariam contribuindo para o adoecimento dos servidores em níveis tão acima da média, em comparação com outros hospitais.

A inter-relação trabalho e bem-estar tem sido objeto de estudo das mais diversas áreas acadêmicas, notadamente nas últimas décadas. As transformações ocorridas na sociedade determinam uma nova visão, por parte das organizações, dos “produtores de riquezas e de serviços essenciais.” (MENDES, 2002).

Há uma compreensão de que não existem “muros” que protejam as organizações, mantendo-as à parte do que acontece com seus “produtores de riqueza”. Tudo o que acontece no mundo do trabalho, traz conseqüências em todas as esferas da vida social.

No entanto, apesar do reconhecimento da complexidade que envolve o binômio trabalho-saúde, em geral, a literatura científica continua a abordar esse tema de uma forma fragmentada, e sem problematizar as inter-relações entre as dimensões estruturais (ligadas às transformações do mundo do trabalho) e a experiência subjetiva dos trabalhadores. Por exemplo, a medicina do trabalho, ergonomia, psicologia, engenharia de produção, entre outras, buscam, em suas áreas específicas, oferecer soluções para o bem-estar do trabalhador, porém

³ Hospital de Caridade não especifica o tipo de afastamento ou o período. Mensalmente faz o levantamento de quantos servidores se afastaram- mesmo para licença maternidade-, no mês anterior, não considerando o n° de dias de afastamento.

negligenciando o papel das transformações estruturais do mundo do trabalho na causalidade e no processo de adoecimento dos trabalhadores.

As transformações ocorridas na sociedade – e no mundo do trabalho, são complexas e ocorrem rapidamente, provocando importantes impactos na vida de todos.

O conhecimento e avaliação do que está ocorrendo colocam-se, assim, como tarefa científica de primeira grandeza. Em face da pluralidade de situações e das divergências dos referenciais teóricos e, também, diante da confusão e da imprecisão dos conceitos correntes, essa tarefa revela-se um grande desafio. (CATTANI, 1997, p.10).

Existe uma ampla produção de estudos que buscam explicar questões de interesses específicos sem, contudo, pretender dar respostas á totalidade do campo. (MINAYO, 1997). Nessa direção, Sampaio e Messias (2002, p 157), exemplificam:

A medicina do trabalho concebe o trabalho como arquipélago de elementos simples e o trabalhador como arquipélago de músculos, ossos e víceras. A psicologia organizacional trata de administrar conflitos e prover treinamentos adaptadores. A ergonomia, apesar do desmedido interesse pela adequação anatômica homem-máquina, implementa conceitos de penosidade e carga mental, destacando o impacto mental negativo do trabalho automatizado, por exemplo.

Já a sociologia do trabalho, de acordo com esses autores, questiona a dupla e contraditória natureza do trabalho: abstrato e concreto, elevando estas categorias ao plano de uma episteme filosófica, destacando tensões provenientes dos processos técnicos de exploração e questionando, por fim, a dupla e contraditória natureza do processo saúde/doença, dentro da historicidade de processo biológico e de processo social. (SAMPAIO; MESSIAS, 2002).

O modelo clássico de pensar a saúde e segurança no trabalho consiste em fazer uma interpretação unicausal, ou seja, as doenças estariam relacionadas à ação de elementos nocivos, palpáveis e mensuráveis, podendo ser isolados entre si e da dinâmica do trabalho. Desta forma, as doenças seriam resultado de uma ação voluntária dos trabalhadores, se expondo a riscos conhecidos ou desrespeitando normas de segurança. A responsabilidade pelas doenças seria individual e não do modo de organização da produção, encobrendo o caráter social deste fenômeno. (SCOPINHO, 2003).

Quando se tem o trabalho como objeto, todas estas áreas do conhecimento precisam ser consideradas já que, de acordo com Codo (2002), o universo pesquisado não pertence à psicologia, economia, sociologia, antropologia e outros e sim, é inter, multi, transdisciplinar.

Nessa mesma direção, Scopinho (2003, p. 103) considera que “[...] a saúde-doença dos trabalhadores é conseqüência direta ou indireta do modo de produção sendo, portanto, fenômeno social e não somente individual e biológico”.

1.2 ESTRUTURA DO HU

O Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC teve sua construção iniciada logo após a fundação da Universidade, em 1964, no campus universitário, sendo inaugurado apenas em 1980, contando apenas com leitos e ambulatório, de clínica geral e pediatria.

Hoje, é um hospital de referência Estadual em patologias complexas clínicas e cirúrgicas, atendendo em sua emergência uma média de 400 pacientes/dia.

Além do Serviço de Emergência, possui ambulatório de Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia e 268 leitos para internação.

Para atender esta demanda crescente, conta com 1.271 servidores concursados, regidos pelo Regime Jurídico Único, além de residentes, estagiários e contratados.

O Regime Jurídico Único - RJU, garante ao trabalhador a estabilidade no emprego, após estágio probatório de 2 anos, aposentadoria integral e licença para tratamento de saúde, também com vencimentos integrais, o que não ocorre com trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Conforme Borges e Silva (2002, p. 189), os Hospitais Universitários:

vêm-se hoje diante do desafio de atender às prescrições do SUS e, ao mesmo tempo, compatibilizá-las com fins de ensino e de pesquisa, típicos das instituições universitárias. Esta realidade implica que os hospitais universitários estão sob o acompanhamento simultâneo dos Ministérios da Saúde e da Educação. Tal acompanhamento tem assumido uma nova configuração e importância na vida destas instituições tanto em decorrência da aplicação de políticas de implementação dos princípios do SUS, quanto pela adoção de um programa de avaliação do funcionamento dos cursos de graduação, os quais, por sua vez, estão associados a um plano mais amplo de reforma do Estado.

Nesta caracterização do perfil dos hospitais universitários no Brasil, os autores ressaltam dois aspectos que são centrais e subsidiarão a análise dos dados desta pesquisa. 1) o tipo de atividade desempenhada e o perfil dos trabalhadores do HU são diferentes de outros hospitais públicos: atender às demandas do SUS e, ao mesmo tempo, compatibilizando-as com atividades de ensino e pesquisa; 2) os HUs

estão sob o comando simultâneo dos Ministérios da Saúde e Ministério da Educação.

Desta forma, os Hospitais Universitários brasileiros necessitam articular as políticas de Saúde e Educação, centrais para o Estado, com todas as dificuldades inerentes à complexidade destas áreas.

Os princípios de Sistema Único de Saúde – SUS⁴, que precisam ser implementados pelos serviços de saúde pública são: Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Hierarquização, Racionalidade, Resolutividade, Participação do Cidadão e Complementariedade do Setor Privado. Desta forma, os HUs necessitam, além de atender estes princípios, compatibilizá-los com os objetivos de ensino e pesquisa.

Machado, Kuchenbercker (2007, p. 26), citando Médice, caracterizam um hospital Universitário como:

(a) um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde (de uma faculdade de medicina, por exemplo); (b) prover treinamento universitário na área de saúde; (c) ser reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes; (d) propiciar atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população.

Conforme seu estatuto (1980), o HU é diretamente vinculado ao Reitor, tendo por finalidade promover assistência, ensino, pesquisa, e extensão na área de saúde e afins e tem como objetivos:

1. Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área de saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das Coordenadorias e dos Departamentos de Ensino, que nele efetivamente atuem, visando desenvolver assistência voltada às atividades de ensino, pesquisa e extensão;
2. Prestar assistência à comunidade na área de saúde em todos os níveis de complexidade, de forma universalizada e igualitária, conforme definido pela lei 8.080/90, que cria o SUS.

Para garantir o atendimento dos objetivos, conta com servidores permanentes (regidos pelo RJU), contratados via FAPEU (Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária) e Escola Técnica, estagiários, bolsistas, residentes e terceirizados. Cada grupo de funcionários, dependendo de sua

⁴ O SUS é responsável pela prestação de atendimento à população, desde o ambulatório até a realização de exames e procedimentos de alta complexidade como tomografias e transplantes de órgãos, por ex.

vinculação, obedece à legislação própria que define seu regime de trabalho, salário e carga horária. Enquanto os servidores regidos pelo RJU têm seus reajustes salariais definidos pelo governo federal, estagiários e bolsistas têm o salário vinculado ao salário mínimo nacional, os contratados dependem de dissídio e a remuneração dos residentes é definida pelo Ministério da Educação.

O Hospital Universitário é dirigido pela Administração Superior e Setorial sendo que a administração superior é constituída pelo Conselho Diretor (CD), Diretoria Geral (DG) e Vice-Diretoria (VD) e a Administração Setorial é composta pelas Diretorias de Medicina, Enfermagem, Administração e Apoio Assistencial.

A Diretoria Geral e a Vice-Diretoria são exercidas por docentes da área de saúde e nomeados pelo Reitor para um mandato de 04 (quatro) anos .O Conselho Diretor é um órgão com funções normativas, consultivas e deliberativas e é composto pelos seguintes profissionais:

1. Diretor Geral do Hospital Universitário, que seu presidente;
2. Vice-Diretor do Hospital Universitário;
3. Diretor de Medicina;
4. Diretor de Enfermagem; Diretor de Administração;
5. Diretor de Apoio Assistencial;
6. Diretor do Centro de Ciências da Saúde
7. Chefes dos Departamentos de Ensino e dos Coordenadores dos Cursos de Graduação e Pós-Graduação do Centro de Ciências da Saúde que possuem atuação efetiva no Hospital Universitário;
8. 04 (quatro) Servidores do quadro permanente da UFSC, lotados no Hospital universitário, sendo 1 (um) de cada Diretoria Setorial;
9. Representante do corpo discente;
 - 1 (um) representante dos Residentes;
 - 1 (um) representante da comunidade.

Os diretores da Administração Setorial são indicados pelo Diretor Geral e Vice-Diretor e nomeados pelo Reitor. As demais chefias, da mesma forma, terão seus nomes indicados pelo Diretor Geral, em consonância com os diretores setoriais, para posterior nomeação pelo Reitor.

Desta forma, todos os cargos de chefia são preenchidos por indicação dos superiores, mudando sempre que um novo Reitor é escolhido.

Quanto ao atendimento à saúde do trabalhador, o HU conta com o SASC – Serviço de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária, responsável pelo atendimento de todos os servidores e alunos da Universidade e com a Junta Médica Oficial, que funcionam nas dependências do ambulatório.

Diante do quadro preliminar exposto sobre, por um lado, a confirmação dos afastamentos por motivos de saúde dos servidores do HU e, por outro lado, os problemas decorrentes da complexa estrutura e das metas que envolvem o sistema de trabalho nas dependências de um HU cabe questionar:

- Quais os motivos que levam os servidores a adoecerem?
- Por que o adoecimento implica em altos graus de afastamentos nos hospitais universitários (públicos) e porque o mesmo não acontece nos hospitais privados? A resposta pode estar na análise das diferentes organizações hospitalares? Na sua estruturação produtiva? No perfil de seus servidores?
- Qual a relação entre a rigidez hierárquica⁵ e administrativa e o desempenho das atividades profissionais?

1.3 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar as causas dos afastamentos dos servidores do HU para tratamento de saúde, percebidas pelos próprios servidores e chefias.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Analisar a correlação entre a rigidez hierárquica e administrativa e o desempenho das atividades profissionais dos servidores⁶.
- b) Identificar, na literatura, de que forma as transformações no mundo do trabalho e o desemprego estrutural estão contribuindo para o adoecimento dos servidores;
- c) Investigar quais aspectos da estrutura organizacional estariam representando um risco para a saúde dos servidores.

⁵ O conceito de rigidez hierárquica e administrativa será abordado no item. 2,1

⁶ Tanto o roteiro das entrevistas quanto os questionários, foram elaborados pela autora.

1.5 METODOLOGIA

O levantamento de dados, que deu origem a esta pesquisa, foi realizado no período de janeiro de 2003 a novembro de 2004. Na ocasião, tínhamos por objetivo identificar, não apenas o total de servidores afastados para tratamento de saúde, mas também diagnosticar como os setores enfrentavam as dificuldades advindas com os constantes afastamentos de servidores.

Entre os 80 setores do HU, identificamos 44 que apresentaram 50% ou mais de afastamentos de servidores para tratamento de saúde. (APÊNDICE A)

Devido ao número reduzido de servidores, alguns setores apresentavam o índice de 100% de afastamentos para tratamento de saúde no período. Como critério para estabelecer que índices seriam significativos, optamos por considerar, para efeito da pesquisa, apenas os 20 setores que possuíam 15 ou mais servidores, por ser esta a média de servidores por unidade no HU, e mais de 50% de afastamentos. (APÊNDICE B).

Para melhor compreensão do objeto pesquisado, realizamos uma nova coleta de dados no ano de 2007, através da aplicação de um questionário fechado (APÊNDICE C), e posteriormente, da aplicação de entrevistas semi-estruturadas.

Por ser uma pesquisa envolvendo seres humanos, foi necessário apresentar o projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da UFSC, tendo sido aprovado sob o nº 225/06.

Na pesquisa quantitativa, procuramos atingir a totalidade dos servidores lotados nos 20 setores acima mencionados, buscando conhecer sua situação social, profissional e familiar, suas opiniões e expectativas quanto a seu cotidiano profissional.

Segundo Quivy (1992, p. 190): “O inquérito por questionário de perspectiva sociológica distingue-se da simples sondagem de opinião pelo facto de visar a verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem”.

Por ser um número expressivo de servidores, trabalhando em três turnos e em setores diversos, optamos por repassar os questionários através das chefias imediatas. Para tal, realizamos uma reunião com as chefias quando informamos os objetivos da pesquisa e solicitamos sua colaboração para a entrega e motivação dos servidores para o preenchimento dos formulários.

Foi entregue, a cada um, envelope contendo os questionários, bem como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), exigência do Comitê de Ética da UFSC. Em comum acordo com as chefias, ficou estabelecido um prazo máximo de 15 dias para a devolução dos envelopes, que seriam lacrados e entregues à pesquisadora conforme fossem concluídos.

No envelope foi anexada uma tarja identificando o tipo de pesquisa e o pesquisador, na tentativa de desvincular a mesma das chefias, enfatizando tratar-se de uma pesquisa realizada e analisada pelo Programa de pós-graduação em Sociologia Política da UFSC.

Na ocasião, as chefias alertaram a pesquisadora sobre o risco de não se obter um número significativo de retorno dos questionários. Segundo elas, além do trabalho ser realizado em turnos, o que dificulta a comunicação direta entre chefias e subordinados, os servidores do Hospital Universitário são alvo de várias pesquisas, realizadas por diversos cursos da Instituição. Além destes fatores, ainda segundo as chefias, existe uma apatia e descrédito quanto à utilidade das mesmas já que, na maioria das vezes, os resultados obtidos não são dados ao conhecimento dos servidores.

Por diversas vezes, por solicitação das chefias, ampliamos o prazo para devolução dos questionários, sendo que os últimos envelopes foram devolvidos apenas 45 dias após a entrega, ou 30 dias depois do prazo estabelecido. Ainda assim, dos 624 questionários entregues, retornaram 277 ou 44% do total. Em dois setores, o índice de retorno não chegou a 20%.

Mesmo o retorno tendo ficado abaixo de 50%, consideramos importante salientar, que dos 277 questionários respondidos, 111 informaram o número de telefone para participar de entrevista, o que demonstra, por parte dos servidores, não só interesse pelo tema e disposição em colaborar, mas também a necessidade de emitir um parecer sobre o problema, como foi identificado através dos depoimentos livres ao final do questionário.

A análise estatística foi feita através da inclusão dos dados no SPSS, (Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais), por sua capacidade de trabalhar com um grande número de variáveis.

A pesquisa qualitativa foi realizada com 6 servidores, sorteados entre os que responderam o questionário e concordaram em participar da entrevista, sendo 2 com nível superior, 2 com nível médio e 2 com nível básico de escolaridade.

Realizamos, ainda, entrevista com 2 chefias e com representante da Junta Médica Oficial da UFSC, com o objetivo de compreender as percepções, interpretações e experiência dos servidores.

Utilizamos como ferramenta, a entrevista semi-estruturada, com algumas perguntas relacionadas aos objetivos da pesquisa.

Para Quiv (1992, p. 195), o método de entrevista semi-estruturada é especialmente adequado para:

A análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências, etc.

Para a escolha da amostragem da entrevista semi-estruturada, nossa preocupação foi com o aprofundamento da compreensão dos dados levantados pelos questionários da pesquisa quantitativa. Para tanto, buscamos entrevistar, não apenas os servidores que já haviam respondido o questionário, mas também, chefias responsáveis por administrar os constantes afastamentos dos servidores, representante da Junta Médica Oficial, responsável pelo fornecimento dos atestados e Coordenador do Departamento de Apoio de Pessoal do HU, que juntamente com as chefias, busca alternativas para a substituição dos servidores afastados. Entendemos que a heterogeneidade dos informantes poderia nos fornecer uma melhor compreensão dos dados obtidos através dos questionários.

Para Minayo (1998, p. 102), a amostragem da pesquisa qualitativa:

[...] (a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para facilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do *locus* e do grupo de informação e observação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

Desta forma, não é o tamanho da amostra que vai caracterizar a pesquisa, mas a profundidade do conteúdo das falas captadas nas entrevistas, buscando mais que o visível, a percepção dos sentimentos despertados, manifestos ou intrínsecos. (SEGABIBAZZI, 2005).

Para Bauer e Gaskell (2004, p. 70) o objetivo da pesquisa qualitativa é apresentar uma amostra dos diferentes pontos de vista e,

diferentemente da amostra do levantamento, onde a amostra probabilística

pode ser aplicada na maioria dos casos, não existe um método para selecionar os entrevistados das investigações qualitativas. Aqui, devido ao fato de o número de entrevistados ser necessariamente pequeno, o pesquisador deve usar sua imaginação científica para montar a seleção dos respondentes.

O primeiro passo para a definição da amostragem de servidores que seriam entrevistados, foi identificar, entre os que responderam o questionário, aqueles que declararam disposição para participar de uma entrevista.

Considerando que utilizamos como variante no cruzamento dos dados da pesquisa quantitativa, o grau de instrução, utilizamos o mesmo critério para a definição da amostragem que participaria das entrevistas. Sendo assim, depois de selecionados os servidores dispostos a participar de entrevista, separamos os questionários por grau de instrução – 1º grau, 2º grau, superior ou mais.

De cada grupo foram retirados, aleatoriamente, 2 questionários, representando os servidores que seriam entrevistados. Além destes, entrevistamos 3 chefias, as quais não serão identificadas com o objetivo de garantir o anonimato e o sigilo das informações coletadas pelos informantes. Para isso, as chefias serão identificadas pelos números 1, 2 e 3.

Conforme (BAUER; GASKELL, 2004), existem duas razões fundamentais para que se limite o número de entrevistas:

Primeiro, há um número limitado de interpretações, ou versões, da realidade. Embora as experiências possam parecer únicas ao indivíduo, as representações de tais experiências não surgem das mentes individuais; em alguma medida, elas são o resultado de processos sociais. Neste ponto, representações de um tema de interesse comum, ou de pessoas em um meio social específico são, em parte, compartilhadas. [...] Em segundo lugar, há a questão do corpus a ser analisado. A transcrição de uma entrevista pode ter até 15 páginas; com 20 entrevistas haverá, então, umas 300 páginas no corpus [...] há uma perda de informação no relatório escrito, e o entrevistador deve ser capaz de trazer à memória o tom emocional do entrevistado e lembrar porque eles fizeram uma pergunta específica. [...] devido a estas duas razões, há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer e possível de analisar. (BAUER; GASKELL 2004, p.71).

Ainda, segundo os autores, definir o tamanho da amostra é sempre uma decisão difícil para o pesquisador e depende de vários aspectos como a natureza do tópico, recursos disponíveis, ambientes relevantes, etc

2 TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

Considerando que o conceito trabalho vem sofrendo transformações ao longo do tempo, buscamos introduzir algumas abordagens que tratam do tema, com o objetivo de compreender o trabalho no contexto dos hospitais públicos, não pretendendo, contudo, analisar a construção histórica do conceito.

Para Marx (1996) o trabalho é propriedade fundamental do homem e é ele que possibilita a transformação do mundo. É a possibilidade de criar coisas, fazer objetos que diferencia o homem do animal.

Marx idealizava uma sociedade onde cada um pudesse trabalhar livremente, diferente do trabalho alienado que ele procurou analisar na sociedade de sua época.

O processo de trabalho [...] é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independentemente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1996, p. 303).

Para Dejours (1994), o trabalho possibilita ao homem criar a cultura, a linguagem, a história e a si mesmo, sendo, desta forma, imprescindível à sobrevivência e condicionamento social do ser humano.

O século XX inicia com as conseqüências da Revolução Industrial, quando a incorporação das máquinas representa a alienação do homem trabalhador, a desqualificação do trabalho. Os artífices da manufatura deixam de existir e o trabalho vivo passa a ser desqualificado já que as máquinas tomam para si a transformação da matéria prima em produto. A necessidade da produção em série, indispensável ao atendimento da crescente demanda, levou o trabalhador a ser comparado com uma máquina, que poderia ser programado através de técnicas organizacionais.

O desenvolvimento se baseava na produção e tudo era feito para garantir o atendimento da demanda e superação da concorrência. O trabalhador era apenas uma peça da engrenagem e necessitava de “alguém” que lhe indicasse a melhor maneira de agir.

Na década de 1970, como resultado da crise dos países capitalistas, se faz necessário a criação de novos métodos de produção e gestão do trabalho.

Diferentemente da era Taylorista-Fordista, quando não era esperado o envolvimento do trabalhador na organização do trabalho, mas sua completa adequação à engrenagem da fábrica, busca-se um operário polivalente, envolvido com seu ofício. O controle passa do “gerente” para o próprio trabalhador, que tem seus ganhos atrelados à produção.

Do ponto de vista do trabalho, a grande transformação ou o início da Pós-modernidade, ocorreu na passagem da fase industrial para a pós-industrial com as mudanças nos padrões de produção, que passam a privilegiar os serviços e a informação. Enquanto a modernidade se caracterizou pelo progresso industrial (máquinas), a pós-modernidade se caracteriza pelo crescimento tecnológico e a rápida difusão da informação. Comparada ao momento atual, a modernidade parece: “[...] pesada (contra a leve modernidade contemporânea); melhor ainda, sólida (e não fluída, líquida ou liquefeita); condensada (contra difusa ou capilar); e, finalmente, sistêmica (por oposição a “em forma de rede”).” (BAUMAN, 2001, p.33).

Para Antunes (2005, p.214):

há uma metamorfose no universo do trabalho, que varia de ramo para ramo, de setor para setor, etc., configurando um processo contraditório que qualifica em alguns ramos e desqualifica em outros. Portanto, complexificou-se, heterogeneizou-se e fragmentou-se ainda mais o mundo do trabalho.

Para a sobrevivência das empresas é fundamental a produtividade e a eficiência organizacionais, independentes das conseqüências destas para o trabalhador, que é visto como um recurso assim como as máquinas, equipamentos e matéria-prima.

A organização do trabalho não privilegia a satisfação e desenvolvimento do trabalhador, objetivando, tão somente, a modernização empresarial, a flexibilização.

Para que a organização seja flexível é indispensável que o trabalhador se ajuste a essa nova filosofia. Espera-se que não haja mais a divisão entre “os que pensam e os que executam”, característica da época taylorista, ao contrário, é desejado o envolvimento do trabalhador para a melhoria da produção.

Este novo perfil exigido dos trabalhadores significa, na maioria das vezes, principalmente nos países periféricos, a redução das opções e o aumento da competição no mercado de trabalho.

As empresas mais eficientes e competitivas são as que conseguem altos índices de produtividade com menor número de trabalhadores levando a maioria

para a “economia subterrânea” ou seja, a buscar ocupações informais, temporárias, em domicílio, em tempo parcial, etc.

De acordo com Ianni (2001, p. 29), vivemos um período de grandes transformações:

O mundo está sendo abalado por transformações de amplas proporções, intensas e profundas. Está sendo atravessado por uma ruptura histórica de alcance universal, por suas implicações práticas e teóricas. É como se fosse atravessado por um terremoto inesperado e avassalador, provocando transformações mais ou menos radicais em modos de vida e trabalho, formas de sociabilidade e idéias, hábitos e expectativas, explicações e ilusões. Fala-se em “novo mapa do mundo”, “mundo sem fronteiras”, “desterritorialização”, “planeta terra”, “aldeia global”, “mundo virtual”, “dissolução de geografia”, “fim da história”.

A preocupação com a globalização e as mudanças que ela acarreta no mundo do trabalho tem sido objeto de estudo de profissionais das mais diversas áreas em todos as partes do mundo.

A globalização, como prática, vem ocorrendo desde o início dos tempos, com a evolução de tribos para aldeias, cidades-estado e países. O conceito surgiu em meados do séc.XX, como substituição aos conceitos de internacionalização e transnacionalização. A facilidade de acesso á informação, possibilitada pela evolução tecnológica, nos transforma em uma “aldeia global”, onde a informação é oferecida em “tempo real”. (IANNI,1996)

Ainda conforme Ianni são diversas e antigas as instituições e indicações mais ou menos notáveis da globalização. Desde que o capitalismo desenvolveu-se na Europa, apresentou sempre conotações internacionais, multinacionais,transnacionais e mundiais,desenvolvidas no interior da acumulação originária,do mercantilismo,do colonialismo,do imperialismo,da dependência e da interdependência. (IANNI,1996).

Para que as grandes empresas, principalmente transnacionais, adquiram agilidade, produtividade, eficiência e qualidade, são necessárias modificações na forma de produção e gestão do trabalho. A flexibilização é indispensável à inovação, a criação de novos produtos.

A velocidade com que a informação é transmitida e recebida transformou o tempo numa arma para a conquista do espaço.

Para Bauman (2001, p.16): “a velocidade do movimento e o acesso a meios mais rápidos de mobilidade chegaram nos tempos modernos à posição de principal ferramenta do poder e da dominação”

Empresas surgem e desaparecem na mesma velocidade, sempre em busca de maior competitividade, lucratividade e produtividade.

As principais técnicas do poder são agora a fuga, a astúcia, o desvio e a evitação, a efetiva rejeição e qualquer confinamento territorial, e com a responsabilidade pelas conseqüências de tudo, bem como com a necessidade de arcar com os custos. (MACHADO; KUCHENBERCKER, 2007, p. 26)

Segundo Antunes (2002) o crescimento do comércio internacional, as novas formas de gestão organizacional e da força de trabalho e a reestruturação neoliberal do Estado, demonstram o surgimento de um novo regime de acumulação capitalista - “acumulação flexível”.

Hoje, não é importante manter-se fixo a um lugar já que novas oportunidades podem surgir com a possibilidade de mais lucro. Os grandes estoques não mais existem já que a cada dia novas necessidades são geradas e ganha a concorrência quem conseguir produzir mais, com mais qualidade e melhor preço. É preciso agilidade, fluidez. Enquanto os poderosos, donos do capital desejam o transitório, os trabalhadores, os da base da pirâmide, “lutam para fazer suas transitórias posses durarem mais tempo”. (SENNETT, 2005).

O emprego regular torna-se cada vez mais escasso, surgindo em seu lugar o trabalho temporário ou parcial, com condições precárias, abaixo de padrões aceitáveis, e o desemprego estrutural.

Passa-se a exigir do trabalhador:

um conjunto heterogêneo de conhecimentos em informática e eletrônica, processo global de fabricação, gestão de produção e conhecimentos gerais. Esses novos atributos da força de trabalho devem estar relacionados seja às novas técnicas de automação seja às novas técnicas organizacionais. (CAMPOS, 2004, p. 271).

Ainda, segundo Campos (2004, p.276):

o resultado destas mudanças organizacionais e tecnológicas, resultantes desse novo paradigma produtivo de acumulação flexível, para a classe trabalhadora, tem sido a diminuição do trabalho em tempo integral, bem como a imposição de regimes de trabalho mais flexíveis e precários, ganhos modestos de salários reais (em alguns casos até redução), retrocesso do poder sindical, bem como o aumento do desemprego estrutural.

Hoje, a maioria dos modelos de gestão existentes apontam para a mesma direção: autonomia dos trabalhadores, criatividade, versatilidade e capacidade de trabalhar sob stress. Conforme Codo (2002, p. 407):

Ter mente de trabalhador/empregado de vinte ou trinta anos atrás transformou-se num pejorativo, sofrer da “síndrome do empregado, quase uma doença psicológica. Ser portador de uma percepção fordista do tempo constitui uma desqualificação. Quem tem é considerado impuro, o lixo da sociedade. Quem tem gera impaciência e rejeição.

Da mesma forma que a iniciativa privada, os serviços públicos vêm buscando novas formas de gestão e, conseqüentemente, exigindo novas características de seus servidores.

2.1 O TRABALHO NO SETOR PÚBLICO

Paralelamente à reestruturação produtiva no setor privado, o setor público brasileiro vem buscando aproximar seus padrões de gestão aos da iniciativa privada.

Domingos (2002) em sua tese de doutorado analisa os modelos de organização do serviço público desde 1936, bem como, as reformas sucessivas do setor destacando a implantação dos programas de qualidade total nos serviços públicos. A autora tenta demonstrar que a noção de gestão pela qualidade total foi utilizada tendo-se em vista o processo de legitimação da reforma do Estado. Esta reforma tinha por objetivo, além da redução do funcionalismo público, da reforma do setor público e da privatização, retomar o controle do poder político local. A questão fundamental era compreender quais as razões que conduziram o governo brasileiro a escolher o projeto de reestruturação do serviço público baseado no programa de qualidade total. A autora não pretendeu analisar o Programa enquanto modelo de administração (sua validade ou adequação), mas analisar como este tipo de modelo de administração foi utilizado como meio de legitimar o projeto de reforma do setor público e mostrar que a transferência desta teoria do privado em direção ao público não pode ser feita sem adequações que a natureza das atividades exige.

O setor público/estatal brasileiro, que sempre foi responsável pelo emprego de uma parcela significativa da sociedade, iniciou uma reforma administrativa nos anos 90 (com inspiração neoliberal), com o objetivo de diminuir o número de servidores públicos e fazer frente à idéia de que o “estado brasileiro é um imenso cabide de empregos”.

Segundo Borges (2004), esta idéia não é verdadeira já que, segundo estudo da Organização Internacional do Trabalho – OIT, o Brasil ocupa a 58ª posição, numa

lista de 64 países, quanto a participação do emprego público no emprego total nos anos 1990.

Mesmo assim, ao longo das últimas décadas o Estado brasileiro vem efetivando, através de demissões, terceirizações e privatizações, o “enxugamento” do setor público e utilizou, como instrumentos fundamentais para o alcance desses objetivos:

a extinção do direito constitucional ao reajuste dos salários -o fim da data base- e estabelecimento de um percentual de comprometimento de arrecadação com a folha de pagamento. [...] levando à conseqüente proletarização de vários segmentos de servidores públicos” (BORGES, 2004, p. 257).

Para Souza (2000), os reflexos no trabalho, da atual hegemonia do capitalismo financeiro, podem ser descritos:

- 1) o capitalismo hoje está num paradigma tecnológico dominado pela mecatrônica [...] o que permite uma liberação significativa da mão-de-obra de processo produtivo. Isto quer dizer: cada vez mais o trabalho vivo está sendo substituído pelo trabalho morto [...];
- 2) está havendo uma diminuição crescente dos postos de trabalho na produção e um deslocamento notório da força de trabalho para o setor serviços. Só que a introdução de tecnologias nesta área provoca uma oferta decrescente de emprego;
- 3) a tentativa constante de diminuir a folha de pagamento de setor público, seja por privatizações de empresas estatais, seja por privatizações das receitas públicas, tem como tendência a eliminação da máxima: “na crise, o Estado é empregador”. (SOUZA, 2000, p. 241).

Atualmente, as relações de trabalho, no setor público, refletem estas modificações ocorridas. Os concursos internos não existem, o que inviabiliza a programação de uma carreira, os salários permanecem anos sem reajuste e, quando ocorrem, são lineares, sem a possibilidade de premiação por mérito. Além disso, ocorreu uma flexibilização das relações de trabalho, permitindo a contratação por prazos determinados, temporários, bolsistas, consultores, etc, sem concurso público e com remuneração fora dos padrões estabelecidos nos planos de cargos e salários. Essa situação é bem caracterizada por Codo (2002, p. 407):

No Brasil, ser empregado público já foi motivo de orgulho. A segurança na trajetória profissional que esse tipo de emprego oferecia era almejada por grande parte da sociedade. Hoje sofre discriminação, associa-se a imobilismo, falta de iniciativa, busca de segurança, permanência, ausência de perfil empreendedor.

As reformas implementadas pelo Estado resultaram em arrocho salarial para os servidores. Conforme Borges (2004), entre 1995 e 1999, a diferença entre a maior e a menor remuneração no serviço público passou de 12,4 SM para 4,4 SM.

Outro dado importante de ser analisado é o nível de escolaridade dos servidores públicos, onde 68,9% possuem 2º grau completo e 25% nível universitário. Podemos dizer que o arrocho salarial, a perda de benefícios e falta de perspectiva de carreira arrastam uma parcela dos servidores públicos para a proletarização.

Se por um lado existe a estabilidade no emprego, garantida por lei pelo Regime Jurídico Único, uma tentativa de modernizar os serviços, reduzindo a burocracia, descentralizando decisões e enxugando a máquina administrativa, por outro, a estrutura do poder ainda é rígida com pouca participação do trabalhador nas decisões e onde o critério para escolha das chefias nem sempre é o da competência. Ainda se percebe, na maioria dos serviços públicos, a existência da padronização e divisão das tarefas, pouca participação dos servidores nas decisões, falta de perspectiva de crescimento profissional, privilégios para alguns onde deveria existir igualdade, evidenciando rigidez hierárquica e administrativa. (FERREIRA; MENDES, 2001).

Ainda, segundo os autores, a falta de participação dos trabalhadores nas decisões, o não reconhecimento profissional, aliado a pouca perspectiva de crescimento dentro da Instituição, geram uma subutilização do potencial e criatividade, resultando em vivência de sofrimento.

Mesmo com todas as transformações ocorridas nos serviços públicos brasileiros, decorrentes das mudanças do próprio Estado, ainda existe uma cultura de “subalternidade que combina ausência de direitos trabalhistas para os estratos situados nos escalões mais baixos da hierarquia do Estado com a presença de benesses excessivas para os que estão nos escalões superiores.”⁷

Conforme Costa, Ribeiro e Silva (2000. p.4):

[...] A formatação organizacional do Estado brasileiro resultante da Constituição de 1988 assumiu a orientação burocrática normativa visando minimizar a possibilidade do uso dos recursos públicos para fins de patronagem. O efeito colateral dessa decisão foi o enrijecimento das organizações públicas pela permanência do foco do desempenho em meios e processos.

No caso específico da área da saúde, através da Portaria 236-dez 2003, o Ministério da Saúde procurou estabelecer normas técnicas para ingresso na função gerencial, visando a modernização da rede hospitalar vinculada ao Sistema Único de Saúde. A Portaria estabelecia exigências mínimas para o exercício da função de direção hospitalar, sendo que os diretores deveriam realizar curso de Administração

⁷ Palestra feita pelo Herval Pina Ribeiro, em 2007, para servidores do INSS

Hospitalar, em nível de aperfeiçoamento ou especialização, dependendo do porte do Hospital. No entanto, em 2004 a portaria foi revogada.

Se por um lado, o servidor público tem um alto grau de autonomia e menos controle gerencial, por outro vem sofrendo inúmeras condições de assujeitamento. Azevedo (2005, p. 52) caracteriza o trabalho no serviço público como:

permeado pela desqualificação pública dos trabalhadores, funcionários públicos mal remunerados, sem perspectiva de carreira, pela precariedade do vínculo de trabalho, dado a expressão do contingente de trabalhadores terceirizados, pelo baixo compromisso desses trabalhadores, pelo interesses corporativos, pelos “esquemas de trabalho”, como também pela precariedade das condições de trabalho, pelo temor quanto ao futuro e até mesmo quanto a possibilidade de sobrevivência da organização, dado contexto de crise crônica dos serviços públicos de saúde.

As políticas neoliberais implementadas, visando o estado mínimo, com privatizações de empresas estatais, levaram a busca do lucro para as políticas de saúde, educação, cultura e lazer. Além disso, conforme Santos-Filho e Barros (2007, p. 20):

Ações de mídia e discursos de porta-vozes dessa política têm, reiteradamente, apresentado os funcionários públicos como principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, o “bode expiatório”, e como tal não devem e não põem ser valorizados e bem cuidados.

Para Sennett (2005), o capitalismo atual “irradia indiferença”, na medida em que há pouca relação entre risco e recompensa, em que falta confiança e onde não há motivo para se ser necessário.

Se a organização tem por prática administrativa “igualar os desiguais”, onde é difícil individualizar e a retribuição não é proporcional à dedicação, a tendência é “esgotar os recursos emocionais do trabalhador, levando-o, algumas vezes, até a exaustão.” (MENDES, 2002).

A flexibilização e precarização das relações de trabalho não foram, portanto, exclusivas da iniciativa privada, para fazer frente à competição para o aumento dos lucros.

O Estado brasileiro, que poderia ter sinalizado para a iniciativa privada, com formas diferentes nas relações de trabalho e proteção do trabalhador, contribuiu enormemente para uma maior fragilização destas relações.

A reforma administrativa, aprovada pelo Congresso Nacional em 1998, define, entre outros pontos,

(i) Flexibilização da estabilidade do funcionário público, passando a ser possível a demissão por insuficiência de desempenho ou quando a folha de

pagamento ultrapasse o percentual fixado em lei; (ii) fim da obrigatoriedade do Regime Jurídico Único para a administração direta, autárquica e federal. (iii) Fim da isonomia salarial no serviço público;(iv) Contratualização como novo dispositivo que permite aos órgãos e entidades da administração pública possam firmar contrato de gestão com os ministérios, obtendo como contrapartida maior flexibilidade e autonomia de gestão. (AZEVEDO, 2005, p. 57)

Conforme Borges (2004, p. 258), a contribuição do Estado para a destruição do frágil e incompleto Estatuto do trabalhador aparece em várias frentes:

[...] por meio de Medidas Provisórias, projetos de lei e emendas à Constituição, que retiraram direitos e flexibilizaram os contratos, buscando impor a "livre" (e desprotegida) negociação entre o patronato e uma classe trabalhadora fragilizada e fragmentada pelo desemprego e por essa flexibilização.

As conseqüências destas transformações nas relações de trabalho já se fazem sentir na saúde do trabalhador. Segundo dados do Governo Federal (www.servidor.gov.br), no ano de 2005, o índice de aposentadoria precoce dos servidores públicos foi de 14%, contra 2% na iniciativa privada. As causas mais freqüentes para o afastamento do trabalho são:

35% - Lesão por esforço repetitivo (LER)

13% - depressão

7% - dependência química.

Como tentativa de explicação desse fenômeno consideramos dois aspectos:

1) percepção do trabalhador sobre os limites de sua auto-realização no trabalho: quando o trabalhador não percebe condições favoráveis à busca de seus próprios interesses e conciliação de suas metas com os objetivos da organização, bem como, não percebe preocupação com seu bem-estar, uma das respostas é o adoecimento.

Na perspectiva da psicodinâmica do trabalho o sofrimento, as defesas, as descompensações são a própria expressão característica da violência na organização do trabalho onde os indivíduos não podem mais ser sujeitos do seu comportamento. (FRANCO, 2004, p. 320).

2) lacunas entre os avanços no campo conceitual sobre a relação trabalho-saúde e a prática institucional da medicina do trabalho.

Conforme Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997)

a Medicina do Trabalho, centrada na figura do médico, orienta-se pela teoria da unicausalidade, ou seja, para cada doença, um agente etiológico. Transplantada para o âmbito do trabalho, vai refletir-se na propensão a isolar riscos específicos e, dessa forma, atuar sobre suas conseqüências, medicalizando em função de sintomas e sinais ou, quando muito,

associando-os a uma doença legalmente reconhecida". (MINAYO-GOMEZ THEDIM-COSTA, 1997, p.62).

Os autores ressaltam que os avanços significativos na área da saúde do trabalhador apontam para um novo enfoque e novas práticas para lidar com a relação trabalho-saúde, porém, segundo eles, essas tentativas esbarram, no cotidiano, com a hegemonia da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional.

2.2 O TRABALHO EM HOSPITAIS

O surgimento dos hospitais ocorreu durante a Idade Média como um espaço destinado ao atendimento de indigentes ou velhos, independente da doença. Na maioria, eram instituições religiosas, que assumiam o cuidado com os desvalidos, com aqueles que não tinham condições econômicas para obter tratamento domiciliar, pelo médico da família.

Não existia a preocupação com a saúde, mas com o abrigo e, em muitos casos, com o isolamento de doentes. O atendimento, na maioria das vezes, era prestado por religiosas e "práticos" ou boticários, já que existiam poucos médicos formados.

Apenas no final do séc.XVIII os hospitais começam a ser observados e comparados entre si. Nesta época o hospital é visto como: "um objeto complexo de que se conhece mal os efeitos e as conseqüências, que age sobre as doença e é capaz de agravá-las, multiplicá-las ou atenuá-las" (FOUCAULT, 1993, p.100).

No Brasil, os primeiros hospitais surgiram no séc. XVIII por intermédio da Igreja – Santas Casas-, e exército – Hospitais Militares. Os Hospitais religiosos tinham um caráter assistencial, atendendo órfãos, mães solteiras, pobres e doentes. Esta característica polivalente dos hospitais religiosos permaneceu, ainda no séc. XIX, nos hospitais mantidos por comunidades de imigrantes. Além do atendimento à saúde, eram oferecidos auxílios econômicos e sociais.

A primeira escola de medicina no país só seria fundada em 1808, em Salvador quando, então, o foco da intervenção se desloca do meio ambiente para o corpo do indivíduo, rompendo com a idéia de hospital como exclusão. Mais tarde, as descobertas de Pasteur (microorganismos), trazem uma revolução profunda nas práticas médicas que passam a intervir sobre os aspectos biológicos da doença.

Os hospitais públicos surgem no País a partir das grandes campanhas sanitárias no final do séc. XIX. Eram, em sua maioria, destinados ao tratamento de doenças infecto-contagiosas e doenças mentais. O atendimento aos doentes passa a exigir a intervenção do Estado, na medida em que as epidemias tinham uma repercussão econômica e social e as atividades eram desenvolvidas por vários ministérios e autarquias. Apenas em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, fruto do desdobramento do então Ministério da Educação e Saúde.

É a partir, principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescentes da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros. (POLIGNANO, 2001, p. 11).

Da data de sua criação até o final da década de 80, o Ministério da Saúde passou por diversas reformas estruturais, ora englobando alguns programas de saúde, ora transferindo para outros órgãos.

A Constituição de 1988 definiu ser dever do Estado, a garantia e o acesso à Saúde para a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde – SUS.

O Sistema Único de Saúde - SUS - foi criado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90 com o objetivo de fazer frente à situação de desigualdade na assistência à Saúde da população e tem por meta promover a equidade no atendimento das necessidades de saúde da população. Torna obrigatório o atendimento a todos os cidadãos, sendo proibido a cobrança pelos serviços.

Fazem parte de Sistema Único de Saúde, os centros e postos de saúde, hospitais - incluindo os universitários, laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Vital Brazil.

Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS, sejam públicas (da esfera municipal, estadual e federal) ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população em geral e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal.

Paralelo à preocupação do Estado com a saúde da população, ao longo da primeira metade do século XX, temos a criação de várias escolas de Medicina e o desenvolvimento de pesquisas e desenvolvimento tecnológico na área da saúde.

Além da preocupação com a recuperação e manutenção da saúde, os hospitais passam a ser campo de pesquisa e ensino, exigindo de seus profissionais, cada vez mais, uma gama maior de conhecimentos. Em lugar do médico generalista passa a existir o especialista e, com a especialidade, a fragmentação do saber e a necessidade do trabalho em equipe. A estrutura dos hospitais passa a ser mais complexa, com maior divisão e especialização do trabalho e, conseqüentemente, maior tensão entre trabalhadores e/ou grupos de profissionais envolvidos. Além dos interesses da organização os grupos tendem a defender seus próprios interesses, enquanto categoria profissional, e responder as necessidades operativas da instituição.

A qualificação profissional, constante aprimoramento, desenvolvimento de capacidades para trabalhar em grupo e busca da satisfação do cliente externo, tornam-se essenciais para garantir a manutenção de uma estrutura complexa como a de um hospital. Os avanços tecnológicos na área da saúde exigem um trabalhador altamente qualificado além de cooperativo, integrado e participativo.

Na realidade brasileira, atingir estes objetivos, nem sempre depende do desejo do trabalhador, já que as Instituições Públicas de Saúde não disponibilizam recursos para o aperfeiçoamento da totalidade de seu quadro funcional. No caso de hospitais escola, onde o foco principal está no ensino e pesquisa, as verbas, quando disponíveis, são direcionadas aos profissionais destas áreas.

A hierarquização, dentro dos hospitais, não se dá apenas entre categorias diferentes, mas também, entre as especialidades médicas, já que é atribuído um status diferente ao médico cirurgião e ao que apenas se dedica à clínica. Desta forma, dentro de uma mesma instituição, categorias profissionais diferentes ou mesmo profissionais de uma mesma categoria, podem receber tratamento diverso.

Esta situação, ainda que esteja presente no setor de saúde como um todo, torna-se mais evidente em hospitais, já que a execução dos objetivos da instituição depende de um “saber especializado” e, quem o detém, acaba assumindo um poder paralelo ou se sobrepondo ao poder administrativo.

Conforme Farias e Vaitsman (2002, p. 1231):

Os médicos e pesquisadores constituem o grupo central, o núcleo em torno do qual orbitam as demais categorias e, em última instância, aquele que por excelência institui a identidade dessas organizações de especialistas. Do ponto de vista dos objetivos organizacionais, é evidente que a alocação dos recursos, entendidos em sentido amplo, tenda a priorizar o investimento nessa categoria. Todavia, isso produz um certo grau de conflito com outras categorias profissionais que não têm seus interesses e expectativas contemplados na mesma medida.

Ainda que muitas experiências inovadoras no campo da administração hospitalar estejam em curso, buscando mudanças neste quadro, ainda é dominante a idéia de impotência, desvalorização, não reconhecimento e de que “não há nada a fazer”. (AZEVEDO, 2005).

Diante desta realidade de inúmeras exigências e restritas possibilidades, o trabalhador na área da saúde, em muitas situações, acaba desenvolvendo stress crônico ou mesmo, síndrome de burnout.

2.3 SINDROME DE BURNOUT

Ainda que o enfoque deste trabalho se detenha na organização do trabalho como fonte de adoecimento dos servidores, julgamos importante conhecer as implicações que a natureza da atividade profissional exerce sobre o trabalhador e a explicação mais utilizada para o adoecimento de trabalhadores na área da saúde.

Inúmeros estudos pesquisados apontam a “Síndrome de Burnout” como responsável pelos altos índices de afastamentos de trabalhadores voltados para o cuidado, na área da saúde, educação serviços humanos, preferencialmente.

No sentido literal, burnout significa queimar até o fim, completamente (MASLASH, 2005). Os primeiros estudos sobre o fenômeno foram realizados pelo psiquiatra americano Herbert Freudenberger e por Cristina Maslash, na década de 70, nos Estados Unidos.

O primeiro, trabalhando na costa leste americana, realizou seus estudos observando voluntários de uma instituição de drogados. A segunda direcionou seus estudos para a investigação sobre a influência da carga emocional do trabalho no comportamento dos profissionais de serviços humanos, como: enfermeiras, médicos, assistentes sociais e advogados, na costa oeste dos Estados Unidos (TAMOYO; TROCCOLI, 2002).

Mesmo sem qualquer relação entre os estudos, o fenômeno do burnout foi observado e descrito simultaneamente pelos pesquisadores.

Conforme Tamoyo e Tróccoli (2002, p. 46):

a definição mais divulgada de burnout compreende este fenômeno como uma síndrome psicológica, decorrente da tensão emocional crônica, vivenciada pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e freqüente com pessoas que necessitam de cuidado e/ou assistência.

O conceito de burnout se diferencia do stress na medida em que o stress é uma reação natural do organismo a um estímulo recebido, podendo ser positivo ou negativo, conforme a percepção e interpretação de cada pessoa. É um processo de desadaptação-readaptação, ação - reação de todos os seres vivos aos estímulos recebidos. (SAMPAIO; MESSIAS, 2002). O stress é um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo e não necessariamente na sua relação com o trabalho.

Quando a reação do indivíduo é positiva, o fator estressor pode agir como estímulo à superação do obstáculo encontrado, possibilitando o crescimento pessoal. Para Stacciarini e Tróccoli (2002) ainda que existam divergências entre autores para definir stress ele é uma experiência que todos conhecem bem, fazendo parte de diferentes momentos da vida, da mesma forma que a alegria, tristeza ou dor.

Na síndrome de burnout, existe uma exposição crônica a fatores estressores, levando o indivíduo à exaustão e esgotamento no trabalho. Ainda que já existam estudos relacionando o burnout a atividades não relacionadas ao cuidado, como bancários (ALVES FILHO; ARAÚJO, 2001), petroleiros (BORGES; CAVALCANTI; PORTELA, 2000) e presente nas relações familiares e conjugais, (MASLASH, 2005) a maior parte dos estudos continua apontando os profissionais das áreas da saúde, educação e serviços humanos como os mais sujeitos aos efeitos da natureza do trabalho.

O conceito de burnout é multidimensional e envolve três componentes independentes, que podem aparecer associados ou não: 1) exaustão emocional; 2) despersonalização e 3) falta de envolvimento no trabalho. (STONER; PERREWÉ, 2005).

O primeiro se caracteriza pelo esgotamento emocional, falta de energia para desempenhar suas atividades e diminuição de seu envolvimento com as pessoas a sua volta.

O segundo se caracteriza por uma insensibilidade emocional que leva o trabalhador a tratar seus colegas e organização como objeto. Cresce a ansiedade, irritabilidade, perda de motivação e comprometimento com o trabalho.

O terceiro componente se manifesta através da diminuição da auto-estima, imagem profissional o que acaba afetando o desempenho e o contato com os usuários.

Ainda que existam diferentes definições para o termo burnout, conforme Campos (2005, p. 40), os autores concordam que existem cinco elementos em comum:

- existe a predominância de sintomas relacionados à exaustão emocional, mental, fadiga e depressão;
- os sintomas são relacionados ao trabalho;
- manifestam-se em pessoas “normais”, que até então não sofriam de distúrbios psicológicos;
- as atitudes e comportamentos negativos levam a uma diminuição da afetividade e do desempenho no trabalho.

O burnout tem sido relacionado à depressão, mas não existe consenso quanto ao significado desta associação. Conforme Maslach (2005, p. 45):

Um pressuposto comum é de que o burnout causa disfunção mental – ou seja, precipita efeitos negativos em termos de saúde mental, tais como depressão, ansiedade e diminuição da auto-estima. Um argumento alternativo é de que o burnout não é um precursor da depressão, mas uma forma de doença mental. Pesquisas mais recentes sobre esta questão indicam que o burnout pode, de fato, ser distinto da depressão clínica, mas que parece enquadrar-se nos critérios diagnósticos de neurastenia relacionada ao trabalho.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.339/1999, que revisa a Classificação Internacional de Doenças, inseriu a Síndrome de Burnout no Grupo V – Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionado ao Trabalho, CID – 10.Z73.0, Síndrome de Esgotamento Profissional.

As organizações de saúde, principalmente as Instituições Hospitalares são, reconhecidamente, um local de risco para a saúde dos indivíduos, seja pela exposição constante a agentes patogênicos, seja pelo contato constante com a dor e a morte. Além destes fatores, podemos citar ainda, a sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento profissional e falta de recursos materiais, principalmente nos serviços públicos.

Os profissionais da área da saúde necessitam de um maior controle emocional e mental que trabalhadores de outras áreas, já que estes estressores ocupacionais crônicos podem levar à síndrome de burnout.

Para Radüns (2001, p. 110):

O constante contato com a dor, o sofrimento e a finitude humana incidente de modo intenso e contínuo sobre os enfermeiros, funciona como um estímulo de desgaste, como se eles estivessem perdendo a energia, autoconsumindo-se, o que os leva ao burnout. Isso os identifica com uma vela de cera que, ao irradiar luz e calor, consome-se, num constante burnout.

A natureza do trabalho na área da saúde, particularmente em hospitais, coloca o funcionário em constante “luta com a morte”, o que pode acarretar um sentimento de angústia. Para Dejours, a ligação entre a organização do trabalho e o sofrimento gera uma carga psíquica que seria:

[...] o esforço, isto é, o eco ao nível do trabalhador da exigência constituída pela organização do trabalho. Quando não há mais a possibilidade de acomodação da organização do trabalho pelo trabalhador, a relação conflitual do aparelho psíquico com a tarefa se instala. (DEJOURS, 1994, p.24).

O trabalhador da área da saúde precisa saber aliar, no seu cotidiano, as tarefas de seu ofício e a emoção, convivendo com a fragilidade humana, suas dores e sofrimento.

Conforme Radüns, citando Lautert (2001, p. 34): “[...] a população atendida nos serviços de saúde e o despreparo dos profissionais que ali atuam geram altos níveis de conflito, insatisfação e, conseqüentemente, síndrome de exaustão”.

Além dos fatores acima mencionados, conforme Lautert (1997) podemos apontar, ainda, a moderna organização do trabalho para a ocorrência desse fenômeno. O desenvolvimento tecnológico, a divisão e expansão das especialidades médicas levaram os hospitais a adotarem um sistema de organização com duas linhas de autoridade: uma administrativa e outra profissional, com os conflitos de valores inerentes. O conflito que se estabelece entre o profissional de saúde e a administração da Instituição, pode se constituir em fator de agravamento de ansiedade e stress, reduzindo a motivação profissional e o engajamento com o trabalho.

De acordo com Maslach (2005), quanto maior a incompatibilidade entre o indivíduo e seu trabalho, maior a probabilidade de desenvolver burnout. Ainda,

segundo a autora, existem seis áreas no ambiente organizacional que representariam risco para o burnout, que seriam:

1. Sobrecarga de trabalho: quando o funcionário tem muitas tarefas a cumprir e não tem tempo suficiente ou recursos para fazer bem o seu trabalho;
2. Falta de controle: quando o funcionário não tem autonomia na tomada de decisões e pode se sentir responsabilizado por algo que não tem controle;
3. Recompensas insuficientes: quando o funcionário não sente que está recebendo a recompensa justa por seu trabalho, não apenas do ponto de vista financeiro como também, do reconhecimento de suas qualidades profissionais;
4. Ruptura na comunidade: quando as relações com os colegas e superiores são marcadas pela falta de apoio e desconfiança, a resolução de conflitos se torna difícil, na medida em que se instala a hostilidade e concorrência;
5. Falta de justiça: quando o funcionário sente, mesmo em incidentes banais, que foi tratado de forma injusta ou desigual;
6. Conflitos de valor: quando os ideais e objetivos pessoais do funcionário, que o levaram a buscar aquela ocupação, entram em conflito com os valores da Instituição.

Conforme a autora:

O burnout não é um problema das pessoas, mas do ambiente social em que trabalham. A estrutura e o funcionamento do local de trabalho moldam a forma pela qual as pessoas interagem entre si e como elas realizam seu trabalho. E, quando este local de trabalho não reconhece o lado humano do trabalho e há importantes incompatibilidades entre a natureza do trabalho e a natureza das pessoas, então haverá um risco maior de burnout. (MASLACH, 2005, p. 54).

A análise da literatura possibilitou constatar a existência de, pelo menos, dois tipos de estudos e explicações para o problema: 1) estudos que focalizam a natureza do trabalho, 2) estudos que focalizam o ambiente social do trabalho ou, em outras palavras, a estrutura e organização do trabalho.

Em nosso ponto de vista, ainda que a natureza do trabalho possa explicar um maior índice de adoecimento entre trabalhadores voltados para o cuidado, não explica a diferença entre índices de adoecimento em trabalhadores de diferentes instituições que desenvolvem as mesmas atividades. Acreditamos ser necessário buscar, nas características individuais da instituição, seu funcionamento e modelo de gestão, a resposta para este questionamento.

3 TRABALHO E SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DOS SERVIDORES DO HU.

Neste capítulo descreveremos os dados obtidos através da aplicação de um questionário, conforme foi mencionado no item 1.5 deste trabalho. Salientamos que das inúmeras possíveis correlações a serem feitas com os dados obtidos através da aplicação do questionário, selecionamos as variáveis mais significativas para a compreensão do objetivo proposto por este trabalho.

3.1 ANÁLISE QUANTITATIVA DOS DADOS REFERENTES À SAÚDE DOS SERVIDORES DO HU

Neste item, analisaremos o perfil dos servidores, e as variáveis escolhidas para a análise: afastamento por problemas de saúde; realização de outro trabalho remunerado; grau de satisfação com o trabalho; percepção da carga de trabalho; satisfação em relação à UFSC; satisfação em relação aos colegas; satisfação em relação à chefia e autonomia para tomar decisões. Todas essas variáveis foram correlacionadas com o grau de escolaridade.

Quanto ao perfil, 85% dos servidores que responderam o questionário são do sexo feminino, idade entre 31 e 45 anos, 2º grau completo, casado e com tempo e UFSC entre 11 e 20 anos (37%), sendo significativo também o número de servidores com 1 a 5 anos de trabalho (30%). Estes dados demonstram que a realização de concursos públicos para preenchimento de vagas continua existindo, ainda que em número insuficiente, conforme depoimentos dos servidores.

Dos servidores que responderam ao questionário, 29% declarou ter se afastado do trabalho para tratamento de saúde e 41% declarou ter tido problemas de saúde sem afastamento do trabalho no último ano. Os afastamentos, em 58% dos casos, foram inferiores a 30 dias.

O índice de afastamentos encontrado é inferior ao obtido no levantamento de dados realizado junto ao Departamento de Recursos Humanos da Instituição e Núcleo de Processamento de Dados, em 2004, com a totalidade de servidores do HU, 51%. Uma explicação possível para esta diferença, é o fato do levantamento ter

sido realizado com a totalidade dos servidores do HU e, no caso do questionário ter sido aplicado em apenas 20 setores com um índice de retorno foi de 44% .

Para analisar os dados obtidos, optamos por identificar a opinião dos servidores, à cerca de seu trabalho, segundo seu grau de instrução, por entendermos que diferentes níveis educacionais e, portanto, diferentes atividades desenvolvidas e a eles relacionados, podem apresentar distintas visões sobre o mesmo fato.

Portanto, as respostas dadas foram relacionadas ao grau de instrução do servidor, o que nos possibilitou identificar as diferenças de percepção que existem entre trabalhadores com nível distinto de escolaridade.

Essa escolha foi feita em razão da demarcação nítida existente entre o nível de escolaridade e atividades desenvolvidas pelos servidores do HU o que tende a permitir uma comparação entre os servidores. A escolha pelos setores foi abandonada devido aos vieses que poderiam ser gerados já que em um mesmo setor encontram-se diferentes atividades desenvolvidas por diferentes servidores com nível de escolaridade também diferenciados. É importante salientar que as escolhas de variáveis e categorias de análise nem sempre são 100% adequadas, mas possibilitam, quando justificadas, o manejo de dados esparsos e diferenciados, como aponta Quivy (1992, p. 192):

Os dados recolhidos por um inquérito por questionário, em que um grande número de respostas são pré-codificadas, não tem significado em si mesmas. Só podem, portanto, ser úteis no âmbito de um tratamento quantitativo que permita comparar as respostas globais de diferentes categorias sociais e analisar as correlações entre as variáveis.

Mediante a isso seguem os dados da pesquisa e suas análises.

- **Grau de escolaridade e afastamento por problemas de saúde (%)**

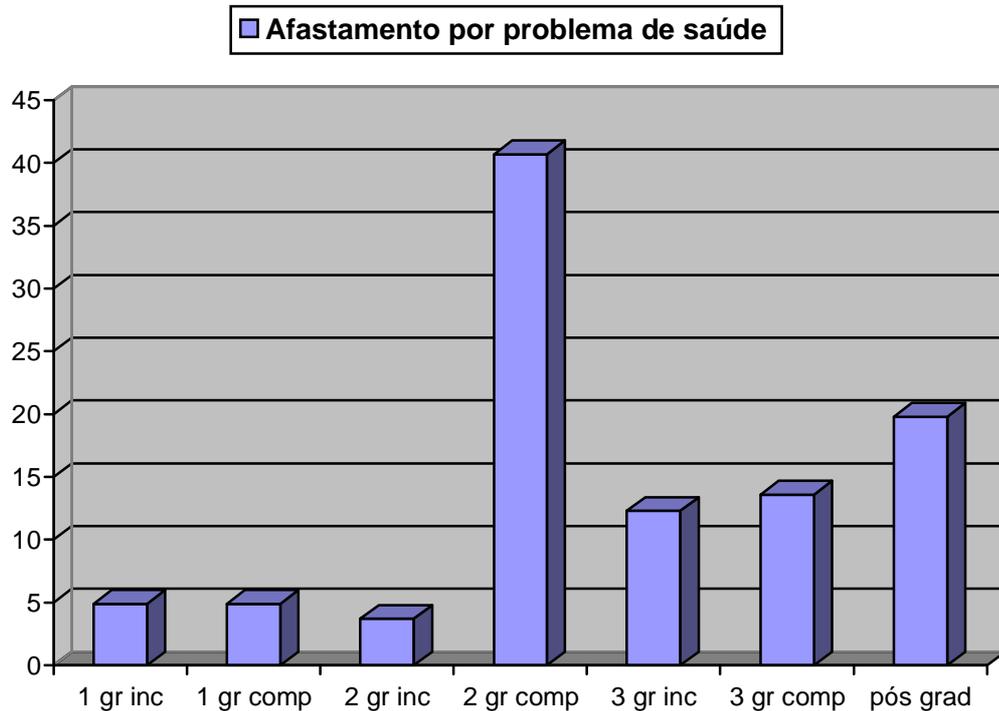


Gráfico 01 – Afastamentos por problema de saúde

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

O fato da maioria dos servidores, que referiu afastamento do trabalho por problemas de saúde, possuir o 2º grau completo já era esperado, considerando que estes servidores são a maioria dentro do HU. O fato que nos surpreendeu, foi que os servidores com pós-graduação, juntamente com os que possuem 3º grau, terem se afastado em nível superior aos trabalhadores menos qualificados. Ao iniciarmos a pesquisa, imaginávamos que os trabalhadores com menor grau de instrução, que desempenham tarefas que exigem mais esforço físico, seriam os mais sujeitos a adoecimento.

- **Grau de escolaridade e outro trabalho remunerado (%)**

Da mesma forma, são os trabalhadores com maior grau de instrução os que referiram possuir outro vínculo empregatício. Dos 34% dos servidores que declararam possuir outro trabalho remunerado, a maioria possui o 2º grau completo seguidos dos servidores com pós-graduação, conforme gráfico abaixo

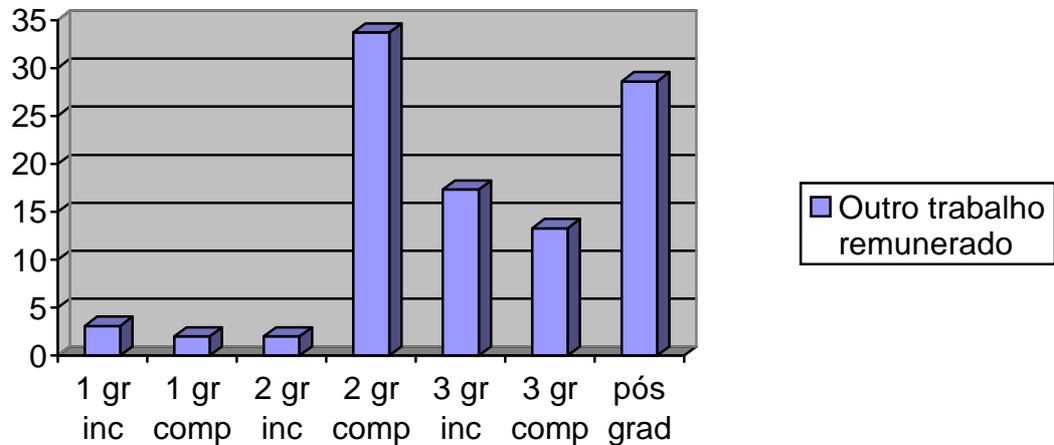


Gráfico 02 – Servidores com outro trabalho remunerado

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Ainda que não possamos estabelecer uma relação direta entre afastamento do trabalho por problemas de saúde e outro trabalho remunerado, consideramos significativo que o maior índice de afastamento ocorra entre o mesmo grupo de trabalhadores, ou seja, aqueles que possuem 2º grau completo ou mais de instrução. Um dos motivos apontados, no próprio questionário, para a procura por outra atividade remunerada encontra-se na declaração da servidora F. (37 anos, 4 anos na UFSC): “Adoro o que faço, o maior problema da nossa profissão é a baixa remuneração o que faz a maioria ter vários vínculos, se exceder e entrar em atestado.”⁸

- **Grau de escolaridade e grau de satisfação com o trabalho (%)**

Quanto ao grau de satisfação com o trabalho, ainda que os servidores com diferentes níveis de escolaridade, tenham se declarado satisfeitos, é preciso considerar que o maior índice de satisfação está entre aqueles com escolaridade até 2º grau incompleto, sendo que mais de 30% dos servidores com menor escolaridade referem estar muito satisfeitos com seu trabalho. Apenas os servidores com 2º grau completo ou mais, se disseram insatisfeitos com seu trabalho, conforme gráfico a seguir.

⁸ Depoimentos dos servidores, dados espontaneamente, nos questionários devolvidos.

Grau de satisfação com o trabalho

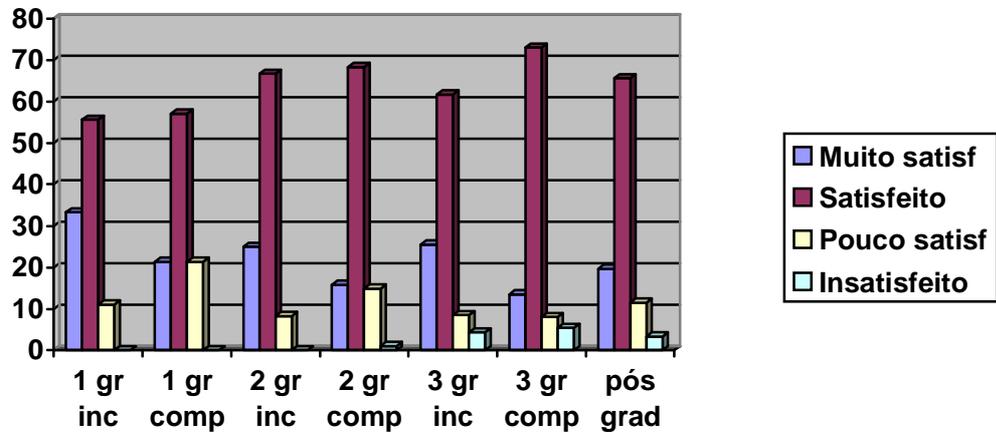


Gráfico 03 – Grau de satisfação com o trabalho

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

- Grau de escolaridade e carga de trabalho (%)**

Quando questionados sobre a adequação da carga de trabalho, a maioria dos servidores, independente do grau de instrução, considera que sempre é adequada, ainda que um número significativo indique que apenas eventualmente isto acontece. Ainda que o percentual seja menor que 10%, acreditamos ser importante observar que, dos trabalhadores que entendem que a carga de trabalho nunca é adequada, todos possuem 2º grau ou mais.

Carga de trabalho adequada (%)

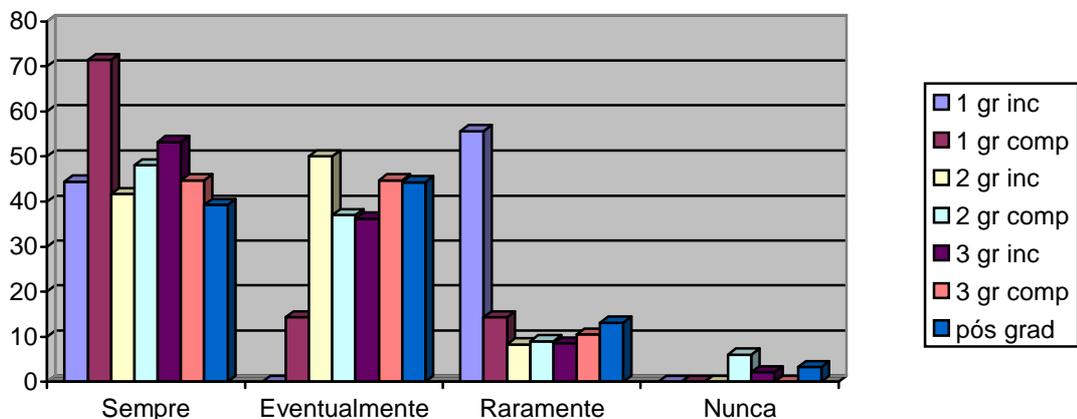


Gráfico 04 – Carga de trabalho

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Os depoimentos escritos no final do questionário são ilustrativos da crítica que este grupo aponta em relação a carga de trabalho:

Sobrecarga de funções. Enfermagem é burro de carga do Hospital. Além de cuidar de pacientes, é escriturário, office boy, síndico de prédio, além de respirar, aspirar produtos químicos e carregar pesos e não pode ficar doente. (F, 3º grau).

O trabalho na nossa unidade é pesado físico e psicologicamente estressante, de risco ocupacional e físico elevado. Não recebemos a devida atenção e remuneração. A saúde do trabalhador não é valorizada. (F. 2º grau).

Muitas vezes trabalhamos até a exaustão para que o paciente não perceba o déficit de recursos humanos e para que ele não seja sacrificado. Saímos bem depois da hora, exaustos e levando conosco o reflexo desse trabalho em demasia. Penso que isso mascara a necessidade de rever o quadro de funcionários, já que, de forma desumana, estamos “dando conta.” (F, 3º grau).

Há uma notável contradição que precisa ser melhor analisada entre a aparente satisfação com o trabalho, a aparente adequada carga de trabalho com os depoimentos escritos que aparecem ao final do questionário

- **Grau de escolaridade e satisfação em relação à UFSC, aos colegas e à chefia. (%)**

Nas questões referentes aos sentimentos dos servidores em relação à UFSC, aos colegas e chefia, a maioria se declarou satisfeita com os dois últimos (72%), sendo que o menor grau de satisfação foi em relação à Universidade (58%).

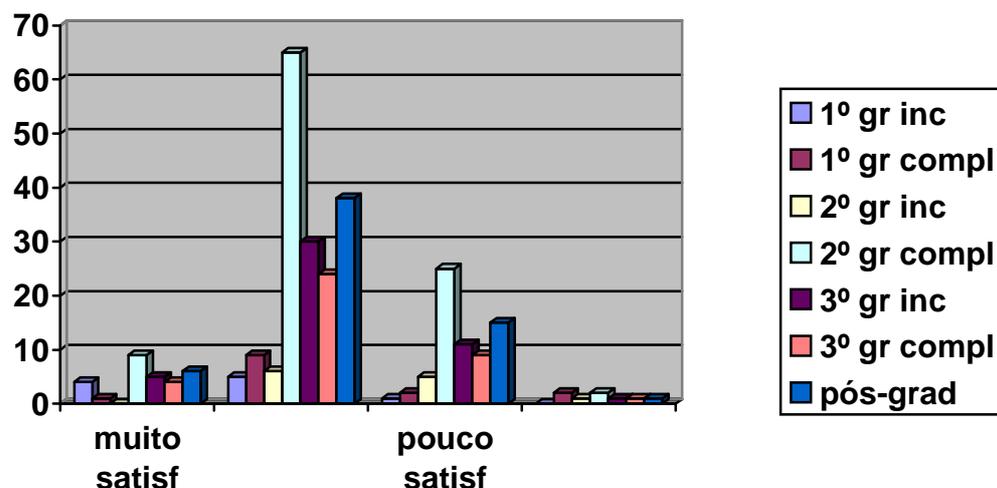


Gráfico 05 – Satisfação em relação à UFSC

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

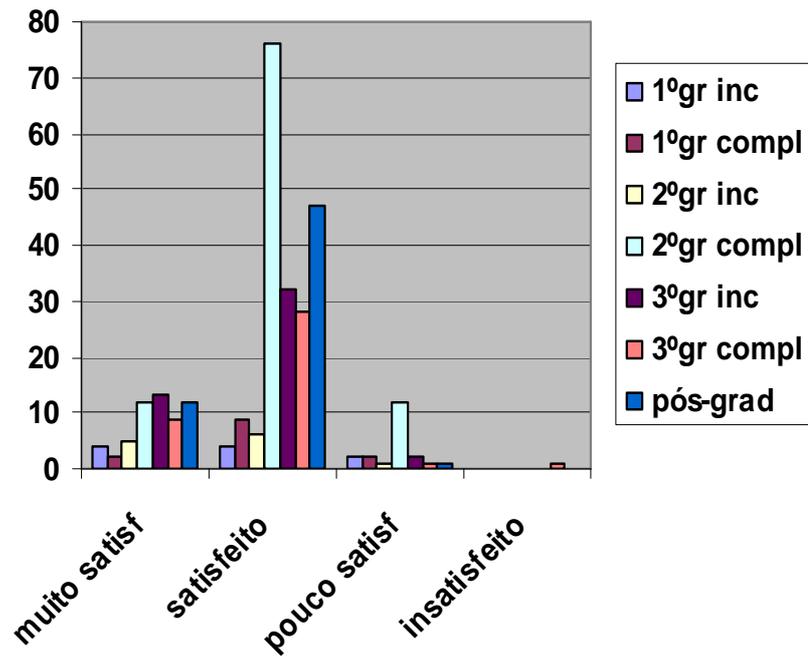


Gráfico 06 – Satisfação em relação aos colegas

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

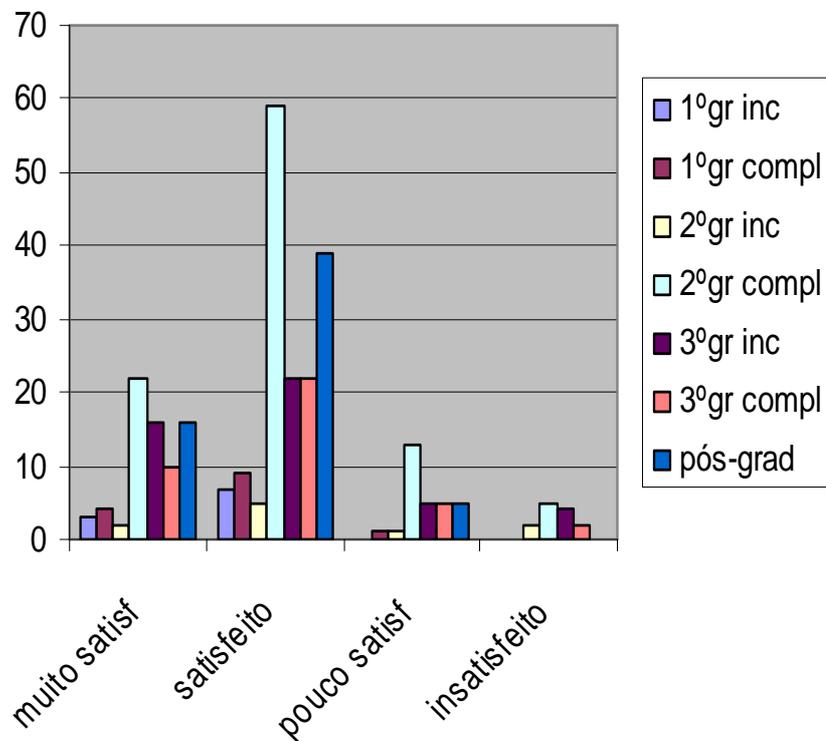


Gráfico 07 – Satisfação à relação à chefia

Fonte: Dados da pesquisa (2008).

- **Grau de escolaridade e Autonomia para tomar decisões (%)**

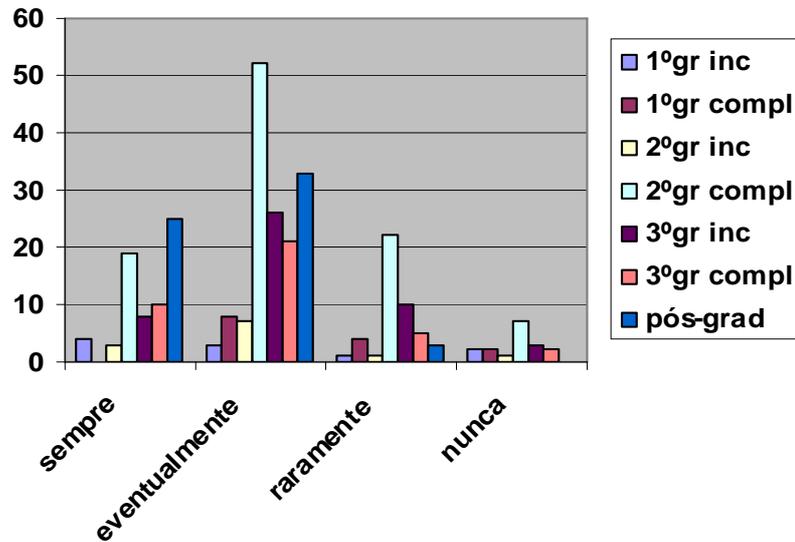


Gráfico 08 – Autonomia para tomar decisões

Fonte: Dados da pesquisa (2008)

Considerando o grau de escolaridade, é possível inferir, que quanto maior a instrução, mais o servidor se sente com liberdade para tomar decisões. Se analisarmos a totalidade das respostas, por outro lado, fica evidente que a maioria dos servidores, independente da escolaridade, não se sente com autonomia para decidir suas atividades. Pensamos que isso pode ser explicado, em parte pela nova organização do trabalho que preconiza a “normatização máxima” dos serviços, como: “escrever tudo o que se faz, fazer tudo o que se escreve”

Segundo Rosenfiels (2004, p. 204), esse processo de normatização é realizado para:

[...] de maneira a controlar os imprevistos e anular a possibilidade de comprometimento da qualidade e da rapidez. A garantia da qualidade passa pela normalização do trabalho, em que todos devem executar o trabalho da mesma maneira: a melhor.

Ainda assim, conforme a autora, se espera do trabalhador alguma independência em relação ao que foi prescrito e iniciativa para interferir no curso do que foi determinado. Em todo trabalho há sempre uma margem de imprevistos e inesperados que necessitam de uma ação para corrigir seu curso. (ROSENFIELS, 2004, p.207)

Isso pode explicar que trabalhadores com maior grau de escolaridade se sintam com maior liberdade para tomar decisões.

Quanto à sua relação com o trabalho, às respostas foram as seguintes:

- A carga de trabalho é adequada sempre para 47% dos servidores e eventualmente para 37% ;
- 24% considera que tem autonomia para tomar decisões, 52% considera que apenas eventualmente isto ocorre e 24% considera que raramente ou nunca;
- A maioria considera que apenas eventualmente suas qualidades profissionais são reconhecidas (46.8%), recebe um tratamento justo pelos superiores (44.7%) e possui uma relação de confiança e apoio com colegas e superiores (45.7%), sendo que neste último item é significativo o percentual que refere sempre se sentir apoiado por colegas e superiores: 45%.

Ainda que o questionário tenha sido previamente testado e modificado, conforme sugestões recebidas julgamos que possa ter havido, em alguns casos, pouco entendimento do mesmo por parte de alguns servidores. O significado de algumas alternativas propostas, (como: eventualmente ou raramente, satisfeito ou muito satisfeito) pode variar de pessoa para pessoa, conforme seus valores pessoais.

O fato do pesquisador não ter entregue – e explicado pessoalmente, os itens da pesquisa para cada servidor, pode ter contribuído para que as respostas obedecessem um significado próprio e não àquele dado pelo pesquisador. Isso pode ter ocorrido, dado que os depoimentos espontâneos, fornecidos pelos pesquisados ao final do questionário, demonstram insatisfação com o trabalho superior ao apresentado pelos dados.

Mesmo que estes fatores tenham contribuído para um menor entendimento, por parte dos servidores, das questões propostas, os dados obtidos foram significativos à medida que apontaram questões que deveriam ser melhor exploradas.

Neste sentido, a pesquisa qualitativa, realizada através de entrevistas com amostragem de servidores, foi essencial para que se identificasse, conforme Quivy, (1992, p. 195):

[...] o sentido que os actores dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências, etc.

3.2 ANÁLISE QUALITATIVA DOS DADOS

A necessidade de melhor compreender as questões e contradições levantadas no questionário nos levaram ao aprofundamento da análise, através de entrevistas individuais, sobre as diferentes opiniões e representações dos servidores sobre as causas dos afastamentos para tratamento de saúde.

As entrevistas foram realizadas nas dependências do HU, nos setores de lotação dos servidores ouvidos. Tiveram uma duração mínima de 20 minutos e máxima de 60 minutos, sendo necessário esclarecer que a maioria sofreu diversas interrupções o que dificultou a realização das mesmas.

Ainda que tenhamos tentado encontrar um local neutro para a realização das entrevistas, distante do local de trabalho dos servidores, isto não foi possível devido ao volume de trabalho dos mesmos e a recusa de serem ouvidos fora do horário de trabalho.

Considerando que a pesquisa não se realizou em ambiente de laboratório, mas no mundo real, não sendo possível, portanto, controlar o ambiente, buscamos integrar os acontecimentos ao nosso plano de coleta de dados.

Procuramos deixar o entrevistado a vontade, interferindo o mínimo possível, nos limitando às perguntas que deveriam ser respondidas e aos esclarecimentos necessários.

Após a conclusão de cada entrevista, gravadas em fita cassete, procuramos transcrever o que foi dito, bem como, nossas observações sobre as mesmas, para posterior análise.

Para a análise das falas, buscando melhor estruturação do conteúdo, optamos ressaltar as categorias de análise que emergiram nos depoimentos de todos os servidores ouvidos, apresentadas abaixo, juntamente com a fala dos mesmos. Nem todos os discursos serão reproduzidos para evitar repetições, mas centramos nosso foco nas falas mais representativas. É importante que se registre que a visão das chefias ouvidas difere da dos servidores e, portanto, terão suas falas colocadas em separado, para melhor compreensão.

Ainda que os servidores entrevistados possuíssem nível de escolaridade distinto, a percepção sobre as causas para os afastamentos dos servidores foram as mesmas, o que nos leva a pensar que a distinção na visão sobre o problema depende mais da posição hierárquica que do nível cultural. Na pesquisa isso

representa uma polarização entre as chefias e os servidores e não propriamente entre o nível de escolaridade dos servidores.

Entendemos ser esta uma etapa muito delicada e complexa, onde procuramos deixar transparecer, o mais fielmente possível, a realidade dos sujeitos pesquisados.

3.2.1 O ponto de vista dos servidores

Após a transcrição das entrevistas emergiram 04 categorias: a) falta de prevenção/atenção com a saúde dos servidores; b) stress pela natureza do trabalho; c) dupla jornada de trabalho; d) facilidade em conseguir atestados.

Procuramos, em cada uma das categorias incluir depoimentos de servidores com diferentes escolaridades, buscando os aspectos em que os discursos convergem.

a) Falta de prevenção/atenção, com a saúde do servidor.

Este foi o primeiro aspecto levantado por todos os servidores entrevistados, demonstrando a relevância do tema. Na fala dos servidores fica clara a preocupação em não ter com quem contar no caso de adoecimento, bem como, o sentimento de abandono por parte da instituição:

[...] quando são afastamentos longos, a falta é de prevenção, de ter um exame periódico para o servidor. Se tivessem esses exames periódicos, essas avaliações facilitaria e poderia prevenir alguma doença. Poderia ter pelo menos uma vez por ano. (S, NS)

[...] aqui a gente não tem uma boa assistência. Devia ser assim: Tem tal coisa? Então vamos pesquisar....é tudo muito difícil, nunca usei o HU para nada, para me consultar, tenho a UNIMED, a gente não tem um respaldo lá em baixo, para dar assistência se o servidor realmente precisa [...]. (M, 2º gr)

[...] é ruim isso acontecer, porque num lugar que é pra cuidar dos outros e não pode cuidar da gente, quer dizer, tem cuidado só pra quem é de fora? Eu não entendo isso. No meu entender, tinha (o HU) que cuidar da gente também. (T, 1º gr)

b) Stress pela sobrecarga de trabalho

Conforme Filgueiras e Hippert (2002) o conceito de stress é amplamente difundido e utilizado tanto por pesquisadores bem como pelos meios de comunicação em geral. Desta forma, em muitos casos, o termo pode ser utilizado

como sinônimo de cansaço, frustração, ansiedade, etc, dificultando o entendimento de seu real significado.

Muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de definir o fenômeno, sendo que alguns autores apontam para o ambiente, para características do indivíduo ou para a interação entre indivíduo e ambiente, como responsável pelo desenvolvimento do stress. (MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002).

Ainda que se faça necessária uma melhor compreensão teórica sobre o stress, sabe-se que ele está relacionado a problemas de saúde física e mental, como hipertensão, úlceras, distúrbios mentais, LER, etc.

Stacciarini e Tróccoli (apud MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002, p.190) mostram como o stress ocupacional pode ser visto:

O stress ocupacional pode ser visto como conseqüência de relações complexas entre condições de trabalho, condições externas ao trabalho e características do trabalhador, nas quais a demanda do trabalho excede as habilidades do trabalhador para enfrentá-las.

Na fala de algumas servidoras entrevistadas, fica evidenciado que a sobrecarga de trabalho estaria contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores do HU, o que difere das respostas fornecidas pelo questionário, quando 87% dos servidores consideram a carga de trabalho adequada.

[...] hoje em dia dobrou o serviço, a carga horária continua a mesma e o número de pessoal também. Em alguns setores, até diminuiu o número de funcionários porque alguns se aposentaram e teve poucas substituições [...]. (M, 2º gr)

[...] o trabalho aqui é pesado e penso que a culpa não é só da Instituição que não contrata pessoal. A demanda aumentou muito mesmo. Penso que o empobrecimento da população faz com que mais pessoas precisem do serviço público de saúde e aí o hospital não dá conta mesmo [...]. (M, 3º gr).

[...] a gente trabalha muito aqui. Parece que eles não podem ver uma salinha vazia que já colocam paciente ali e aí, a gente tem que atender, né? Tem dias que eu saio daqui bem louca de tanto correr. (T, 1ºgr)

Estes depoimentos encontram ressonância em outro trabalho realizado por Wees-Federmann (apud RADUNS, 2001, p. 34):

enfermeiros não são imunes a doenças relacionadas ao stress e aponta algumas estatísticas: enfermeiros apresentam um elevado grau de síndrome de exaustão se comparados com outros profissionais; médicos e enfermeiros são as categorias profissionais mais propensas a se tornarem dependentes de narcóticos para fugir do stress; enfermeiros são 30 a 100 vezes mais propensos que a população em geral a se tornarem quimicamente dependentes.

c) Dupla jornada

Ainda que na pesquisa quantitativa apenas 34% tenha referido possuir outro emprego, na prática a realidade tende a ser outra. Conforme depoimento de uma chefia entrevistada, que realizou pesquisa com o pessoal da enfermagem, 80% dos trabalhadores ouvidos possuíam outro trabalho, ainda que informal (vendendo produtos diversos, costurando, prestando pequenos serviços, etc). Da mesma forma, todos os trabalhadores entrevistados disseram ter outro vínculo ou conhecer colegas nesta situação.

[...] tem tbém que a grande maioria tem 2 ou 3 empregos e aí chega no limite [...]. (S, NS)

[...] também tem uma coisa, o pessoal aproveita que aqui só trabalha 6 horas e arruma outro emprego. É que a vida tá difícil e a gente sempre quer ganhar mais um troquinho, né? (T, 1º gr)

[...] na área da enfermagem é comum arrumar outro trabalho. Como nossa carga horária é reduzida, aproveitamos para ganhar um extra fazendo uns "bicos", cuidando de pacientes em casa ou fazendo plantões ou mesmo tendo outro emprego. (L, 2º gr)

Como vimos no cap. 2 no item 2.1, a política de arrocho salarial implementada pelo Governo Federal, resultou no empobrecimento de parcela significativa de servidores públicos federais. Este dado, aliado a carga horária reduzida, cumprida pelos trabalhadores da área da saúde, leva muitos deles a buscar complementação de seu salário em outras atividades remuneradas.

d) Facilidade em conseguir atestado

[...] como é difícil arrumar atendimento aqui, acaba consultando fora e aí o médico, que já sabe que é servidor público, dá afastamento (S, NS)

[...] também tem os que inventam doença, vão na perícia e a perícia acata. O atestado vem de fora e ela não vai contestar o atestado de outro médico.....a gente sabe que isso acontece há anos e não tem como modificar. Se ela vem com atestado de fora, dizendo que tem tal coisa, como que o médico vai contestar? (M, 2º gr).

[...] eu não sei bem como é que o pessoal faz. Eu só tirei atestado duas vezes porque estava muito doente, [...] fiz cirurgia [...], mas dizem que aqui é bem fácil conseguir atestado [...] (M, 1ºgr).

Conforme os depoimentos dos funcionários fica claro que existem servidores que utilizam atestados, indevidamente, para justificar ausências no trabalho. Isso é possível pela proximidade deles com os médicos no exercício de suas funções. De acordo com o relato dos servidores, para trabalhadores de outras áreas é mais difícil conseguir atestado que para alguém que trabalha, diariamente,

em contato com médicos. Um trabalhador, de outra área, que tenha faltado ao trabalho por ter se sentido mal, precisará procurar um atendimento de saúde, com toda a dificuldade que isto representa para quem não tem um plano de saúde privado. Para o servidor do HU, basta conversar com um médico de sua unidade, no dia posterior à sua ausência, que este lhe dará um atestado.

3.2.2 O ponto de vista das chefias

Para garantir o anonimato dos entrevistados e o sigilo das informações obtidas, optamos por não identificar as chefias escolhidas para a análise. Como mencionamos na introdução deste trabalho, as 03 chefias entrevistadas serão identificadas por números.

Entendemos que cada entrevistado poderia nos dar uma visão diferente sobre os afastamentos dos servidores para tratamento de saúde, mostrando o impacto do adoecimento deles para o funcionamento da Instituição, dos serviços e para eles mesmos.

Dos depoimentos dados pelas chefias, encontramos 5 pontos em que houve concordância:

a. Necessidade de assistência médica para os servidores:

[...] aqui o servidor não tem atendimento médico nem antes, nem depois de ficar doente. Já que não tem atendimento preventivo, deveria ter, pelo menos, facilidade para se tratar aqui dentro, o que não acontece. Nós temos o SASC, mas ele não dá conta e não tem todas as especialidades que precisamos e o SASC não é só para o servidor, é para a comunidade universitária. Atende alunos e servidores então ali tá sempre muito aglomerado pra gente poder marcar consulta. O servidor do HU não tem privilégio, se tiver consulta só para dezembro vai ser marcado só para lá, não tem “jeitinho”. (1)

[...] além de um plano de saúde para os servidores da UFSC é indispensável que o governo federal implante o SISOSP⁹ o mais breve possível (3)

[...] se a UFSC tivesse um serviço de saúde que atendesse os servidores, penso que reduziria o número de atestados. Principalmente um atendimento periódico, preventivo. (3)

b. Dupla jornada de trabalho

⁹ SISOSP- Sistema Integrado de Saúde ocupacional do Servidor Público Federal, criado pelo decreto nº 5961 de 13/11/2006.

Para as chefias entrevistadas, grande parte dos servidores adocece por sobrecarga de trabalho resultante de duplo vínculo. Para eles, principalmente os servidores da área da enfermagem, possuem outro emprego, ainda que informal.

[...] a gente sabe que a maioria dos nossos servidores tem um outro emprego para complementar o salário que está muito defasado [...] se nos pensarmos que boa parte dos nossos servidores da enfermagem estão com mais de 25 anos de serviço e, portanto, já estão desgastados, imagina com dois ou mais empregos [...]. (1)

[...] quando foi feito o acordo da carga horária (por conta de não ter dado reajuste salarial), o objetivo também foi o de reduzir o stress. O que aconteceu foi que aí eles foram arrumar outro emprego. Na minha tese, feita como pessoal da enfermagem, pude constatar que 80% tinha outro emprego e, os 20% que restaram, tinham alguma atividade informal remunerada. (2)

Fica claro para nós que muitos servidores ficam doentes por stress, por sobrecarga de trabalho. A maioria tem mais de um emprego e aí, não agüenta muito tempo. (3)

c. Idade dos servidores

Ainda que a maioria dos servidores do HU tenha entre 31 e 45 anos de idade (47.5%), é importante que se perceba que 29% tem entre 46 e 65 anos. Desta maneira, temos mais de 76% dos servidores com idade superior a 31 anos.

[...] na última festa que tivemos, mais de 150 servidores receberam o troféu de 25 anos de HU. Isso quer dizer que os nossos servidores já estão na meia idade. Novos só os que entraram nos últimos concursos ou contratados, que são a minoria. (1)

[...] temos que considerar que temos trabalhadores que estão aqui desde o início do hospital e que passam, realmente, por um processo de envelhecimento, desgaste profissional, outros interesses e estão contando o tempo para aposentadoria, sem serem trabalhados para isso." (2)

d. Estabilidade no emprego

A estabilidade no emprego, garantida pelo Regime Jurídico único, como mencionamos no capítulo 1, item 1.2, possibilita ao servidor, após dois anos de estágio probatório, não apenas a estabilidade no emprego, como a garantia de aposentadoria integral e licença para tratamento de saúde com vencimento integral, o que não ocorre na iniciativa privada. Conforme as chefias, este seria um dos motivos pelos quais os servidores se afastam tanto.

[...] a estabilidade faz com que servidores se afastem aqui e não se afastem no outro emprego, o que é muito sério, muito grave. Quem está doente, está doente, aqui e nos outros lugares também. Já tivemos várias situações em que soubemos, por colegas, que o trabalhador estava de licença aqui mas continuava trabalhando fora daqui. (2)

[...] e também tem uma coisa, as vezes o servidor sai aqui e a gente fica sabendo que ele continua trabalhando no outro emprego. Quer dizer, ele só adocece aqui, sabe como é? (1)

A fala das chefias demonstra que a estabilidade, uma conquista tão importante dos trabalhadores, que foi criada para protegê-los de injustiças e perseguições, acaba gerando abusos por parte de alguns, que se utilizam desta garantia para deixar de cumprir suas obrigações. O problema torna-se ainda maior quando o afastamento, embora individual repercute no funcionamento e gestão da estrutura hospitalar já que “os que ficam” precisa incorporar o trabalho dos outros (afastados).

Uma das chefias ouvidas, apontou a sobrecarga de trabalho como fator de estresse e adoecimento dos servidores da área da enfermagem. Segundo seu relato, foi liberada para o HU, a utilização de horas extras para manter seus serviços funcionando. Cada servidor é autorizado a fazer até 88h extra/ano.

A realidade hoje é que existem vários setores com as horas extras estouradas, ou seja, que não tem mais servidores autorizados a fazer horas além de sua carga normal. É importante destacar que esta é uma realidade apenas do serviço de enfermagem, já que os demais servidores não têm autorização para trabalhar além do seu período normal.

e. Inexistência de carreira

A falta de perspectiva de crescimento profissional, pela inexistência de uma carreira que preveja a ascensão funcional por mérito, desestimula uma parcela de servidores. Conforme depoimentos das chefias, a atual estrutura do serviço público acaba por incentivar os maus servidores e desestimular os que desejam realizar um bom trabalho, na medida em que não pune os primeiros e não premia os últimos.

Aqui acontece o seguinte: aquele que vive de atestado ganha o mesmo que aquele que trabalha e mais, se duvidar, quando trocar a administração, ainda vai para a chefia. É só ser amigo de quem assumir. (1)

Até existem mecanismos administrativos para punir os servidores, acontece que as chefias não querem se expor. Quem é subordinado hoje pode ser chefe amanhã e aí, já viu...então as chefias acabam deixando passar, mesmo sabendo que o servidor tá de atestado só aqui e continua trabalhando em outro emprego”. (2).

A necessidade de assistência médica e a existência de duplo vínculo foram questões apontadas por chefias e servidores como possíveis causas para os

afastamentos para tratamento de saúde que ocorrem no HU, nas demais, não houve concordância.

Enquanto os servidores se limitaram a apontar questões específicas do trabalho e do local onde se desenvolve (itens b e d), como causas para o adoecimento, as chefias apresentaram uma visão mais abrangente: identificaram características do serviço público como responsáveis pelo desestímulo e conseqüente afastamento dos servidores – estabilidade no emprego e inexistência de carreira.

Essas diferentes perspectivas estão relacionadas com os diferentes papéis desempenhados pelos sujeitos deste estudo e cada papel desempenhado tem uma razão específica a ser analisada. De acordo com Bourdieu (2005, p.87) a sociologia postula que os agentes sociais não realizam atos gratuitos:

Não se pode fazer sociologia sem aceitar o que os filósofos clássicos chamam de “princípio da razão suficiente” e sem supor, entre outras coisas, que os agentes sociais não agem de maneira disparatada, que não são loucos, que eles não fazem coisas sem sentido. O que não significa supor que eles sejam racionais, [...] que eles tenham razão em agir, que suas ações sejam dirigidas, guiadas ou orientadas por essas razões. Eles podem ter condutas razoáveis sem serem racionais; podem ter condutas as quais podemos dar razão, como dizem os clássicos, a partir da hipótese de racionalidade, sem que essas condutas tenham tido a razão como princípio.

Assim, para este autor, a sociologia postula que há uma razão para os agentes fazerem o que fazem, razão que se deve descobrir para transformar uma série de condutas aparentemente incoerentes, arbitrárias, em uma série coerente, em algo que se possa compreender.

4 CONCLUSÕES

Após a realização da pesquisa quantitativa e da análise das falas dos servidores e das chefias, podemos fazer algumas considerações sobre as mudanças no mundo do trabalho, especialmente do setor público, e seu impacto na relação trabalho-saúde, no caso específico dos trabalhadores de saúde de um hospital universitário.

Tanto trabalhadores quanto chefias, demonstram orgulho em pertencer a uma organização de ensino e desenvolver atividades de grande valor social, bem como, a importância deste trabalho para a comunidade. Por outro lado, ficou igualmente evidente o sentimento de impotência diante da estrutura organizacional que, muitas vezes, dificulta sua plena realização profissional.

Os sujeitos da pesquisa demonstraram, claramente, sentimentos de amor e ódio pela Instituição. Amor, pela oportunidade de realizar seu trabalho e prover o sustento de sua família e ódio por entenderem que têm sua autonomia e criatividade tolhidas em nome da igualdade entre todos.

Diante das transformações ocorridas na sociedade, que resultaram em diminuição de postos de trabalho, empregos em tempo parcial, subemprego, os trabalhadores sentem-se marcados por incertezas, inseguranças e medo quanto ao seu futuro profissional. A realidade que se apresenta impede o planejamento da vida em longo prazo. Neste cenário, em que tudo pode ser descartado, (produtos, idéias e pessoas), o ingresso na carreira pública parece representar um oásis de segurança diante de um futuro tão incerto.

A possibilidade de programar uma carreira, com a segurança de não ser “descartado”, seduz uma parcela significativa da população ativa. Trabalhadores de todas as idades e nível educacional buscam, através do ingresso na carreira pública, a definitiva solução para a manutenção de suas necessidades. Conforme as palavras de uma servidora ouvida “[...] aqui se ganha pouco mas é certo no final do mês. O que falta, a gente corre atrás”.

Desta forma, se considerarmos que o ingresso no serviço público representa, muitas vezes, o “prêmio” por anos de estudo e a tão buscada segurança, o que leva parte destes trabalhadores ao “desestímulo” e ao adoecimento? Como questiona Segabinazzi (2005): Será que o sofrimento é suportado como preço a pagar pela inserção social, face aos perigos que se apresentam no mercado de

trabalho? Será que a realização profissional, para servidores públicos, deve ser buscada em trabalhos voluntários?

Conforme a autora, que estudou as repercussões das transformações no mundo do trabalho em um órgão público federal, analisando o trabalho voluntário como fonte de prazer para o servidor público:

[...] do ponto de vista humano, os trabalhadores são muito capacitados, mas têm o seu potencial subaproveitado, na medida em que as diretrizes e as decisões não levam em consideração o conhecimento técnico que eles possuem. Isso resulta em prejuízo para ambos os lados: para a organização, que deixa de aproveitar o potencial que tem a sua disposição; e para o trabalhador, que se frustra por não conseguir colocar o seu saber a serviço do seu trabalho. (SEGABINAZZI, 2005, p.134).

A valorização e o reconhecimento no trabalho parecem ser condição para o sentimento de prazer no trabalhador, de sentir-se aceito e admirado, com liberdade para expressar sua individualidade. O sofrimento surge a partir da sensação de cansaço, desânimo e descontentamento em relação ao trabalho.

No decorrer da realização desta pesquisa, apareceu o sentimento de desânimo dos servidores em buscar reconhecimento e crescimento profissional em seu local de trabalho, em expressões como; “não adianta correr, ninguém valoriza”; “fazendo ou não, dá tudo na mesma”; “o negócio é cuidar de si e eles que se virem”.

Mesmo com todas as reformas implementadas pelo estado brasileiro, buscando aproximar o serviço público da iniciativa privada, conforme apontado no cap.2, o grande diferencial entre os dois ainda permanece: a estabilidade.

Se por um lado, a estabilidade garantida pela lei nº 8112/90, é necessária para garantir a continuidade dos serviços e que injustiças não sejam cometidas em nome da política, esta condição, aliada á falta de uma carreira, acaba por “engessar” os administradores, impedindo a ascensão dos servidores mais dedicados e o treinamento, transferência, ou mesmo a substituição, daqueles que não correspondem ás necessidades da Instituição.

Ao ingressar no serviço público, após realização de concurso e passados dois anos de exercício, o servidor só poderá ser demitido após sentença judicial transitada em julgado ou de processo administrativo disciplinar em que tenha sido garantida sua ampla defesa.

É importante ressaltar, que diante da realidade atual (desemprego, subemprego, etc), cada vez a procura é maior e o ingresso na carreira pública se torna mais difícil. A cada ano, mais candidatos concorrem a uma vaga, elevando o

nível de conhecimento necessário, ou seja, cada vez se exige profissionais mais preparados para desempenhar suas funções na administração pública.

O trabalhador que consegue uma vaga no serviço público sabe que ingressará num lugar potencialmente privilegiado para trabalhar, sabe também da sua capacidade intelectual, da preparação e do investimento que fez para estar ali e do quanto teria para contribuir. O que poderia trazer grandes realizações acaba por gerar grandes frustrações. Depois de passar, em alguns casos, até anos se preparando para a carreira pública, espera obter reconhecimento e a plena utilização de suas potencialidades. Conforme as chefias entrevistadas, na maioria das vezes, isso não ocorre. O servidor, ao fazer o concurso, não escolhe a área que vai atuar, mas a Instituição. No caso do HU, por exemplo, os servidores são alocados nas unidades, preferencialmente, para atender uma necessidade do serviço, sem levar em conta sua especialização ou desejo.

Da mesma forma que o servidor tem limitada sua mobilidade dentro da Instituição, as chefias também têm limitada sua autonomia para gerenciar os talentos de seus subordinados, colocando “a pessoa certa no lugar certo”, promovendo ou transferindo servidores, que não demonstrem perfil para o trabalho.

Desta forma, o trabalho, que deveria representar um espaço de realização e satisfação, acaba frustrando as expectativas o que, não raras vezes, acaba em somatização, gerando doenças. (SEGABINAZZI, 2005).

Nesse contexto, o trabalho no setor público parece conferir identidade social, motivo para o ingresso e permanência do servidor, mas não traz benefícios como realização pessoal e melhoria da qualidade de vida.

Diante desta realidade, ao ingressar na carreira pública, o indivíduo tem garantida sua sobrevivência mas não seu crescimento profissional, decorrente de seu esforço pessoal. Atualmente, no âmbito do Poder Executivo, esta condição é encontrada pelos servidores que ingressam nas Agências Reguladoras.

Sem entrar na discussão sobre a pertinência ou não da contratualização¹⁰ de resultados pelo estado, implementada a partir do final da década de 90, é

¹⁰ O contrato de resultados (ou acordo-quadro, contrato de gestão) é um instrumento de gestão, que relaciona ministérios (ou secretarias responsáveis pela formulação de políticas públicas) e entidades a eles vinculadas, prestadoras de serviços públicos (genericamente denominadas agências). Tem por objetivos promover mais flexibilidade, transparência de custos, melhor desempenho, aumento da qualidade, produtividade, eficiência e efetividade na prestação de serviços públicos. Promove um par de atributos, á luz das reformas gerenciais: autonomia de gestão em troca de compromisso prévio com resultados. (PACHECO, 2004).

importante que se diga que este novo modelo de gestão modifica as relações de trabalho nos serviços públicos. A forma de acesso é a mesma dos demais servidores, ou seja, através de concurso público. Permanece a estabilidade após estágio probatório, mas existe um plano de carreira, metas a perseguir, ascensão funcional por mérito e avaliação de desempenho periódica.

Ainda não existem pesquisas que demonstrem a maior satisfação dos servidores com este novo formato de administração, já que os primeiros concursos públicos para provimento de vagas nas Agências Reguladoras ocorreram há menos de 5 anos.

Acreditamos que em poucos anos, estudos desta natureza serão realizados quando, então, poderemos comparar os resultados.

Assim como Santos Filho e Barros (2007, p. 14), entendemos que:

Do trabalho vivemos e pelo trabalho morremos. Há condições de trabalho que nos matam mais rapidamente, seja quando as condições naturais ou sociais são muito ásperas, seja quando os “senhores” concentram tal grau de poder que exploram ao limite o trabalho de escravos ou de trabalhadores. Assim, o desgaste do trabalhador está inscrito na natureza de todo e qualquer tipo de atividade. O que há, e isso faz toda a diferença, são condições sociais, modelos de organização, modos de produção que aceleram e agravam este desgaste [...].

Esperamos que este trabalho, somado a outros já escritos, possa servir de ponto de partida para novas investigações e contribuir para uma maior reflexão sobre as conseqüências do trabalho para a saúde do servidor público brasileiro.

REFERÊNCIAS

ABBI SAAB, L. **Análise crítica das causas de absenteísmo dos servidores federais atendidos pela Junta Médica Oficial da Universidade Federal de Santa Catarina.** 2006. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

ALVES, Carlos Frederico de Oliveira. **Entre o cuidar e o sofrer o cuidado do cuidador via experiência de cuidadores/profissionais de saúde mental.** 2005. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica) - Universidade Católica de Pernambuco. Pernambuco, 2005.

ALVES FILHO, A; ARAÚJO, M. A. D. Um estudo da força motivacional dos funcionários do banco do Brasil à luz da teoria da expectativa. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 8., n. 2., abr./jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fecea.br/download/Estudo%20sobre%20a%20motiva%E7%E3o%20dos%20funcion%E1rios%20do%20banco%20do%20Brasil%20-%20Teoria%20de%20expectativas.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2008.

ALVES, M; GODOY, S. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **REME: Revista Mineira de Enfermagem.** Belo Horizonte, v. 5. p. 73-81. 2001.

ANTUNES, Ricardo. O desenho multifacetado do trabalho hoje e sua nova morfologia. In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, n. 69., p. 107-120, 2002.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo, Boitempo, 2005.

AZEVEDO, Creuza da Silva. **Sob o domínio da urgência:** o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. São Paulo: Vozes, 2004.

BAUMAN, Zigmund. **A modernidade líquida.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

_____. **Em busca da política.** Rio de Janeiro: Zahar. 2000.

_____. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. In: _____. (Org.) **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 21-91.

BORGES, Ângela Maria Carvalho. Reforma do Estado, emprego público e a precarização do mercado de trabalho. **Caderno CRH**, Salvador, v.17., n. 41., 2004.

BORGES, L., et al. Síndrome de BURNOUT e os valores organizacionais: um estudo comparativo em Hospitais Universitários. **Revista Psicologia: Reflexão e Crítica**. Rio Grande do Sul, v.15., n. 1., p. 189-200. 2002.

BORGES, L. O., CAVALCANTI, E. A. F.; PORTELA, S. A. Descompensação axiológica e prazer sofrimento no trabalho como preditores de satisfação no trabalho. In: REUNIÃO ANUAL DE PSICOLOGIA. 30. Brasília. 2000. **Resumos...** Brasília: Sociedade Brasileira de Psicologia. 2000.

BOURDIEU, Pierre. É possível um ato desinteressado? In: **Razões praticas**. 7 ed. Campinas: Papyrus, 2005.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

CAMPOS, Rosangela Galindo. **Burnout**: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo. 2005.

CAMPOS, G. **Cooperativas de trabalho e flexibilização produtiva**: quando “estar juntos” transforma-se em uma estratégia perversa de execução. **Caderno CRH**, Salvador, v. 17., n. 4.1, p.269-280, maio/ago. 2004.

CATTANI, Antonio. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes, 1997.

CODO, Wanderley. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, M. G. (Org.); CODO, W. (Org.). **Saúde mental e trabalho**: leituras. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

COSTA, N; RIBEIRO, J.; SILVA, P. Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5., n. 2., 2000.

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

_____. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo. Atlas. 1994. p.21-32.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV 2007.

DOMINGOS, Marília de F. N. **Le programme de management par la qualité totale dans le service public brésilien et la reforme de l'état**. 2002. Iese (Doutorado em Ciências Sociais) - Université de Paris I, Paris, 2002.

FARIAS, Luís Otávio; VAITSMAN, Jeni. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.18., n. 5., p.1229-1241. set./out. 2002.

FERREIRA, M; MENDES, A. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer sofrimento no trabalho. **Estudos de Psicologia**. Natal: n. 6., 2001. p. 93-104.

FILGUEIRAS, J.; HIPPERT, M. Estresse: possibilidades e limites. In: JACQUES, M. G. (Org.); CODO, W. (Org.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.. 112-129.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Paz e Terra S/A, 1993.

FRANÇA, H. H. A síndrome de burnout. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo: Vivali, n. 44., v. 8., p. 197-199. 1987

FRANÇA, A , RODRIGUES, A. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas. 2007.

FRANCO, Tânia. A centralidade do trabalho na visão da psicodinâmica de Dejours. **Caderno CRH**, Salvador, v. 17., n. 41., 2004.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10., n. 4., out./dez 2005.

GOMEZ, C. M. COSTA, S. M. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública** Rio de Janeiro. n 13, p. 21-32. 1997.

IANNI, Otávio. **A era do globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1996

JACQUES, M. G. (Org.); CODO, W. (Org.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão da literatura e implicações para a enfermeira. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18., n. 2., p. 83-93. 1997.

LEMOS, J. C. **Avaliação da carga psíquica nos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) em trabalhadores de enfermagem**.

Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.

MACHADO, S & KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos Hospitais Universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(4);817-877, 2007.

MARX, Karl. **O capital**: tomos I e II. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. **Annual Review Psychology**, Palo Alto, n. 52., p. 397-422. 2001.

MASLACH, Christina. Entendendo o burnout. In: ROSSI, A. M. (Org.); PERREWÉ, P. (Org.); SAUTER, S. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas. 2005.

MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n. 13., p. 21-32. 1997.

PACHECO, Regina. IX Congresso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Admimistración Pública. Madrid, Espanha, 2-5 nov.2004

POLIGNANO, Marcos Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 2001. Disponível em: <<http://internatorural.medicina.ufmg.br/arquivos/mimeo-23p.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2008.

QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva Publicações, 1992.

RADÜNZ, Vera. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do burnout**. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2001.

ROBAZZI, M. L.; MARZIALE, M. H. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 52., n. 3., 1999.

ROSENFELD, Cínara. Autonomia outorgada e apropriação do trabalho. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 6., n. 12., jul./dez. p 202-227. 2004.

SAMPAIO, J.J.; MESSIAS, E. L. A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. G. (Org.); CODO, W. (Org.). **Saúde mental e trabalho: leituras**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

SANTOS FILHO, S. (Org.); BARROS, M. E (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Rio Grande do Sul: Editora Unijuí-Ijuí, 2007.

SCOPINHO, Rosemeire A. **Vigiando a vigilância**. São Paulo. Annablume, 2003.

SEGABINZZI, Cátia. **As repercussões das transformações no mundo do trabalho em um órgão público federal**. 2005. Dissertação (Mestrado em serviço social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul. 2005.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro: Record. 2005.

SOUZA, Enéas Costa de. O discurso capitalista. In: JERUSALINSKY et al. **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**/ APPOA (Associação Psicanalítica de Porto Alegre). Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

STACCIARINI, J. M; TRÓCCOLI, B. T. Estresse ocupacional. In: MENDES, A. M. (Org.); BORGES, L. O, (Org.); FERREIRA, M. C. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Editora de UNB: Brasília, 2002.

STONER, J, PERREWÉ, P. As conseqüências do humor deprimido no trabalho: a importância do apoio dos superiores. In ROSSI, A. M. (Org.); PERREWÉ, P. L. (Org.); SAUTER, S. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho**: perspectivas atuais na saúde ocupacional - São Paulo, Atlas, 2005.

TAMAYO, Maurício Robayo. **Relação entre a Síndrome de Burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília. Brasília. 1997.

TAMOYO, M; TRÓCCOLI, B. Bournout no trabalho. In: Mendes, A. M., Borges, L. O. & Ferreira, M. C. (Org.). **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Setores do HU

TABELA 1

SETORES	Nºde Serv. Lotados setor	Nº de Atestados Registrados	Nºde Servidores afastados	Média / Atestados p/servidor	% de afastamentos
Divisão de Enf. em Atendimento Interno	1	1	1	1	100%
Seção de Cirurgia Ambulatorial	4	8	4	2	100,00%
Seção de Farmácia Semi-Industrial	3	11	3	3,6	100,00%
Seção de Internação Médica I	1	2	1	2	100,00%
Serviço de Enf da Clínica Cirúrgica	1	2	1	2	100,00%
Serviço de Enfermagem da Clínica Médica	1	2	1	2	100,00%
Serviço de Enfermagem do CTI	1	3	1	3	100,00%
Serviço de Enfermagem Pediátrica	2	2	2	2	100,00%
Serviço de Enfermagem Emergência Infantil	12	45	11	4	91,60%
Serviço de Enf. Da Cl. Gin. Emerg. Gin. Obst.	9	36	8	6	88,80%
Serviço Social	9	16	8	2	88,80%
Serviço de enfermagem ambulatorial	28	119	23	5,7	82,10%
Núcleo de Incentivo ao Aleitamento Materno	5	8	4	2	80,00%
Seção de Registro e Controle	5	7	4	1,7	80,00%
Serviço de Nutrição e Dietética	75	375	59	6,3	78,60%
Seção de Internação Cirúrgica I	29	89	22	4	75,80%
Seção de Internação Pediátrica	37	154	28	5,5	75,60%
Creche	4	16	3	5,3	75,00%
Seção de Material e Esterelização	30	95	22	4,3	73,30%
Núcleo de CentroObstrétrico	34	121	24	5,2	70,50%
Seção de Internação Ginecológica	17	50	13	4,1	70,50%
Serviço de Enfermagem de Emergência	53	138	39	3,7	69,80%
Seção de Internação Médica II CMM II	32	97	22	4,4	68,70%
Núcleo de Internação Obstrétrica	34	103	23	4,5	67,60%
Divisão de Pacientes Internos	6	27	4	6,7	66,60%
Seção de Assist. Enfermagem Ambulatorial	6	16	4	4	66,60%
Serviço de Gastroenterologia	3	2	2	1	66,60%
Serviço de otorrinolaringologia	3	5	2	2,5	66,20%
Núcleo de Enfermagem de Neonatologia	43	91	28	3,2	65,10%
Serviço de Enfermagem da Clínica Médica III	36	64	23	2,7	63,80%
Serviço de Prontuário de Pacientes	16	25	10	2,5	62,50%
Seção Internação Médica II CMMI	28	40	17	2,3	60,70%
Seção Unidade de Terapia Intensiva	30	36	17	2	60,00%
Seção de CentroCirúrgico	31	59	20	3,2	58,00%
Divisão de Pacientes Externos	16	25	10	2,7	56,20%
Serviço de Cardiologia	18	27	10	2,7	55,00%

Seção de Processamento de Roupas	22	36	12	3,2	54,30%
Serviço de Radiologia	43	67	22	3,1	51,10%
Coordenação Especial de Informática	8	10	4	2,5	50,00%
Divisão Auxiliar de Pessoal	2	4	1	4	50,00%
Seção de Arquivo e Estatística	8	9	4	2,2	50,00%
Seção de Internação Cirúrgica II	32	57	16	3,5	50,00%
Serviço de Endocrinologia	2	1	1	1	50,00%
Serviço de Enfermagem da Clínica Cirúrgica	2	1	1	1	50,00%
Serviço de Zeladoria e Vigilância	2	5	1	5	50,00%
Seção de Zeladoria	35	53	16	3,3	45,70%
Serviço de Hemoterapia	16	21	7	3	43,00%
Serviço de Farmácia	17	21	7	3	41,10%
Seção de Comunicação e Transportes	20	28	8	3,5	40,00%
Serviço de Medicina Ambulatorial	10	10	4	2,5	40,00%
Unidade de Tratamento Dialítico	13	9	5	1,8	38,40%
Serviço de Anestesiologia	21	25	8	3,1	38,00%
Divisão de Manutenção e Serviços Gerais	12	12	4	3	33,30%
Serviço de amoxarifado	6	4	2	2	33,30%
Serviço de Cirurgia Vascular	3	1	1	1	33,30%
Serviço de Pneumologia	3	3	1	3	33,30%
Serviço de Urologia	3	1	1	1	33,30%
Seção de Coleta e Armazenamento	13	16	4	4	30,00%
Divisão de Serviços Gerais	7	3	2	1,5	28,57%
Seção de Compras	4	10	1	10	25,00%
Seção de Manutenção Predial	8	15	2	7,5	25,00%
Serviço de Oftalmologia	4	3	1	3	25,00%
Serviço de Patologia Clínica	35	25	9	2,7	25,00%
Divisão de Clínica Médica	20	10	4	2,5	20,00%
Divisão de Material	5	1	1	1	20,00%
Divisão de Tocoginecologia	5	2	1	2	20,00%
Serviço de Nefrologia	5	1	1	1	20,00%
Serviço de Ortopedia	6	1	1	1	16,60%
Serviço de Psicologia	6	1	1	1	16,60%
Serviço de Anatomia e patologia	13	5	2	2,5	15,30%
Divisão de Clínica Cirúrgica	7	1	1	1	14,20%
Seção de Análises Clínicas	29	6	4	1,5	13,70%
Serviço de Ginecologia e Obstetrícia	23	4	3	1,3	13,00%
Divisão Auxiliar Financeira	8	1	1	1	12,50%
Serviço de Saúde Pública	8	1	1	1	12,50%
Serviço de Terapia Intensiva	17	2	2	1	11,70%
Serviço de Pediatria Clínica	27	8	3	2,6	11,00%
Serviço de Atendimento Saúde Com. Un.	12	1	1	1	8,30%
Serviço de Neomatologia	14	4	1	4	7,00%
Serviço de Emergência	23	1	1	1	4,30%
Serviço de Análises Clínicas	30	11	1	11	3,30%

TOTAL

1271

2427

648

APÊNDICE B: Setores do HU X número de funcionários afastados

TABELA 2

SETORES	Nºde Serv. Lotados setor	Nº de Atestados Registrados	Nºde Servidores afastados	Média / Atestados p/servidor	% de afastamentos
Serviço de enfermagem ambulatorial	28	119	23	5,7	82,10%
Serviço de Nutrição e Dietética	75	375	59	6,3	78,60%
Seção de Internação Cirúrgica I	29	89	22	4	75,80%
Seção de Internação Pediátrica	37	154	28	5,5	75,60%
Seção de Material e Esterelização	30	95	22	4,3	73,30%
Núcleo de CentroObstrétrico	34	121	24	5,2	70,50%
Seção de Internação Ginecológica	17	50	13	4,1	70,50%
Serviço de Enfermagem de Emergência	53	138	39	3,7	69,80%
Seção de Internação Médica II CMM II	32	97	22	4,4	68,70%
Núcleo de Internação Obstrétrica	34	103	23	4,5	67,60%
Núcleo de Enfermagem de Neonatologia	43	91	28	3,2	65,10%
Serviço de Enfermagem da Clínica Médica III	36	64	23	2,7	63,80%
Serviço de Prontoário de Pacientes	16	25	10	2,5	62,50%
Seção Internação Médica II CMMI	28	40	17	2,3	60,70%
Seção Unidade de Terapia Intensiva	30	36	17	2	60,00%
Seção de CentroCirúrgico	31	59	20	3,2	58,00%
Divisão de Pacientes Externos	16	25	10	2,7	56,20%
Serviço de Cardiologia	18	27	10	2,7	55,00%
Seção de Processamento de Roupas	22	36	12	3,2	54,30%
Serviço de Radiologia	43	67	22	3,1	51,10%
TOTAL:	624		421		

APÊNDICE C: Formulário de entrevista

Esta é uma pesquisa que será realizada com os servidores do HU com o objetivo de avaliar os motivos pessoais, sociais ou profissionais que estão contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores. Sua participação é fundamental para que possamos encontrar alternativas de solução para este problema. Suas respostas serão mantidas em sigilo e utilizadas apenas nesta pesquisa.

1-SETOR:

2-TEMPO UNIDADE:

3- TEMPO UFSC:

4-FUNÇÃO:

5- SEXO. F () M ()

6- IDADE.

7-ESTADO CIVIL: () Casado () Solteiro () Mora Junto () divorciado

() Separado/Viuvo

8-ESCOLARIDADE: () 1º gr inc. () 1º gr. compl () 2º gr inc () 2ºgr compl () 3º gr inc () 3º gr compl () Pós Graduação

9-OUTRO TRABALHO REMUNERADO : () Sim () Não TEMPO:

10-COMO SE SENTE EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO.

() Muito Satisfeito () Satisfeito () Pouco Satisfeito () Insatisfeito

11-COMO SE SENTE EM RELAÇÃO A UFSC:

() Muito Satisfeito () Satisfeito () Pouco Satisfeito () Insatisfeito

12-COMO SE SENTE EM RELAÇÃO AOS SEUS COLEGAS:

() Muito Satisfeito () Satisfeito () Pouco Satisfeito () Insatisfeito

13-COMO SE SENTE EM RELAÇÃO À CHEFIA:

() Muito Satisfeito () Satisfeito () Pouco Satisfeito () Insatisfeito

14-PROBLEMAS DE SAÚDE NO ÚLTIMO ANO: () Sim () Não

QUAL:.....

15-AFASTAMENTO DO SERVIÇO POR PROBLEMA DE SAÚDE: () Sim () Não

16-TEMPO DE AFASTAMENTO: ()menor que 30 dias ()maior que 30 dias

17-PLANO DE SAÚDE. () Sim () Não

18-ESCOLHA A OPÇÃO QUE MELHOR DEFINE SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO:

a) SINTO QUE A CARGA DE TRABALHO É ADEQUADA:

() SEMPRE () EVENTUALMENTE () RARAMENTE () NUNCA

b) SINTO QUE TENHO AUTONOMIA PARA TOMAR DECISÕES:

() SEMPRE () EVENTUALMENTE () RARAMENTE () NUNCA

c) SINTO QUE AS MINHAS QUALIDADES PROFISSIONAIS SÃO RECONHECIDAS:

() SEMPRE () EVENTUALMENTE () RARAMENTE () NUNCA

d) SINTO QUE O TRATAMENTO RECEBIDO POR PARTE DOS SUPERIORES É JUSTO:

() SEMPRE () EVENTUALMENTE () RARAMENTE () NUNCA

e) SINTO QUE MINHA RELAÇÃO COM COLEGAS E SUPERIORES É DE CONFIANÇA E APOIO:

() SEMPRE () EVENTUALMENTE () RARAMENTE () NUNCA

f) MEUS OBJETIVOS E IDEAIS SÃO OS MESMOS DA INSTITUIÇÃO:

() SEMPRE () EVENTUALMENTE () RARAMENTE () NUNCA

g) MEU TRABALHO INTERFERE NA MINHA VIDA FAMILIAR;

() SEMPRE () EVENTUALMENTE () RARAMENTE () NUNCA

h) MEUS PROBLEMAS FAMILIARES INTERFEREM NO MEU TRABALHO:
()SEMPRE ()EVENTUALMENTE ()RARAMENTE ()NUNCA

i) SE FOSSE POSSÍVEL RECOMEÇAR SUA VIDA PROFISSIONAL:

- () MUDARIA DE PROFISSÃO
- ()MUDARIA DE LOCAL DE TRABALHO
- ()NÃO MUDARIA NADA
- ()

OUTRO.....

19- CASO DESEJE, COMENTE ALGUM ASPECTO QUE CONSIDERA IMPORTANTE EM RELAÇÃO AO SEU TRABALHO:.....
.....
.....
.....
.....

20- É MUITO IMPORTANTE OUVIRMOS SUA OPINIÃO.VOCE ESTARIA DISPOSTO A PARTICIPAR DE UMA ENTREVISTA?

- ()SIM ()NÃO

EM CASO POSITIVO, DEIXE UM TELEFONE PARA CONTATO:.....

OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO. OS RESULTADOS DESTA PESQUISA SERÃO DIVULGADOS PARA OS INTERESSADOS LOGO APÓS SUA CONCLUSÃO.

APÊNCICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CFH
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA POLÍTICA
CEP. 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Para a entrevista com servidores do Hospital Universitário/UFSC.

Esta pesquisa chamada UM ESTUDO DE CASO SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DOS SERVIDORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO, A PARTIR DA COMPREENSÃO DAS CAUSAS DOS AFASTAMENTOS DO TRABALHO, tem como objetivo descobrir os motivos, pessoais, sociais ou profissionais que justifiquem o adoecimento dos servidores. Ela está sendo feita para que se possa analisar e propor alternativas de solução para os freqüentes afastamentos dos servidores para tratamento de saúde.

A pesquisa consiste em responder as perguntas de questionário. Caso você queira contribuir ainda mais, poderá participar de uma entrevista. Para isto, basta você assinalar esta opção no formulário. Seu nome não constará nos registros, e as respostas serão guardadas com os pesquisadores e serão utilizadas somente nesta pesquisa.

Você irá gastar em torno de 15 minutos para responder as perguntas.

Você poderá desistir da pesquisa a qualquer momento neste caso entre em contato com: Simone Silveira – Fone: 84083130.

Para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa fale com a Prof.Márcia Grisotti. Fone:99117709

Assinatura do pesquisador:.....

Assinatura dos entrevistados:.....

.....
.....
.....
.....
.....