

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

LETÍCIA DE LIMA TRINDADE

**IMPLICAÇÕES DE DOIS MODELOS ASSISTENCIAIS NAS
CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

LETÍCIA DE LIMA TRINDADE

**IMPLICAÇÕES DE DOIS MODELOS ASSISTENCIAIS NAS
CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

T832i Trindade, Letícia de Lima
Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de
trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica [tese] /
Letícia de Lima Trindade; orientadora, Denise Pires. -
Florianópolis, SC, 2011.
237 p.: il., grafs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Atenção
Primária à Saúde. 4. Carga de Trabalho. 5. Ciência -
Administração. 6. Tecnologia medica. 7. Saúde - Inovações
tecnológicas. I. Carraro, Telma Elisa. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

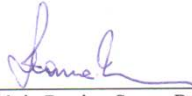
LETÍCIA DE LIMA TRINDADE

**IMPLICAÇÕES DE DOIS MODELOS ASSISTENCIAIS NAS
CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO BÁSICA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 15 de setembro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.




Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa


Banca Examinadora:



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Presidente



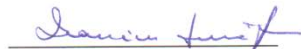
Dra. Liana Lautert
Membro



Dra. Magda D. dos A. Scherer
Membro



Dra. Vera Lúcia G. Blank
Membro



Dra. Francine L. Gelbcke
Membro

“É o trabalho que salva do tédio, do vício e da loucura”

Voltaire

*Dedico este trabalho ao meu
marido Élsio, pelo amor,
dedicação e estímulo ao longo
desta e das futuras jornadas*

AGRADECIMENTOS

Á professora **Dra Denise Pires**, pelo imenso auxílio na construção da Tese, pelo carinho, incentivo, profundas reflexões e ensinamentos compartilhados comigo.

Á colega **Simone Coelho Amestoy**, pela amizade maravilhosa que construímos, pela acolhida, apoio e carinho.

Aos **colegas de turma**, pelos momentos que compartilhamos e pelas trocas oportunizadas em nossa convivência.

Aos **professores e colegas do Grupo PRÁXIS**, pelos encontros, discussões e projetos em comum.

Aos **professores e equipe de trabalho do PEN**, pelo auxílio no processo de formação e intensos investimentos na qualificação do Programa.

Aos **profissionais** que participaram do estudo, por compartilhar suas vivências, fontes de satisfação, insatisfação e prazer, sofrimento no trabalho, elas oportunizaram a construção deste estudo.

Às **colegas – em especial a Graciela, Mariangela, Juliana, Daiane** – das instituições que trabalhei, pelo apoio e suporte durante as muitas viagens e negociações entre trabalho e estudo.

Às **Colegas de trabalho da UDESC**, pela perspectiva de sucesso a partir de um trabalho coletivo e pautada na amizade.

À **minha irmã Larissa**, pelo incentivo constante nos momentos difíceis, teu amor e apoio fazem do mundo um lugar melhor.

À **minha pequena afilhada Larissa**, pela alegria e beleza da vida refletida em seus olhos e que inspiraram a minha busca. (Ah as minhas Larissas!)

Aos **meus sogros Zulmira e Américo** (in memória,) por estarem ao meu lado, pela torcida e carinho.

*Aos **meus pais**, pelo apoio, escuta, conselhos, preocupações e amor incondicional.*

*Às minhas avós **Diva e Nody**, por lembrarem que as mulheres vão muito longe.*

*A todas aquelas **pessoas amigas** que me incentivaram, compartilharam angústias e, principalmente, momentos de alegria.*

TRINDADE, Letícia de Lima. **Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da atenção básica.** 2011. 237p. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra Denise Elvira Pires de Pires
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo discutir a influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica, a Estratégia de Saúde da família (ESF) e o modelo tradicional, no aumento e na redução das cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Para a seleção dos sujeitos, foi utilizada a amostragem intencional; foram selecionadas três equipes de ESF, que tipificam a característica de inovação tecnológica de organização do trabalho em saúde no âmbito da atenção básica, e três da Atenção Básica Tradicional (ABT), que tipificam o modelo tradicional de atenção baseado na biomedicina, do Sudoeste do Paraná, Brasil. Participaram da pesquisa 22 sujeitos. Os dados foram coletados mediante entrevistas individuais, grupo focal e estudo documental e analisados combinando a Análise Temática de Conteúdo com recursos do software Atlas Ti. Foi evidenciado, nos dois modelos, aspectos que aumentam e outros que diminuem as cargas de trabalho, o que sinaliza para a complexidade da relação entre cargas, as características e o contexto no qual o trabalho se realiza e as expectativas dos sujeitos. Na ESF, as principais fontes de aumento resultaram das dificuldades de implantação efetiva desse modelo assistencial, principalmente pela falta de perfil e preparo das equipes para atuação com essa inovação, falta de domínio dessa tecnologia pelos profissionais, usuários e gestores e falta de estrutura física, de instrumentos e de condições de trabalho adequadas. Contudo, a identificação com a proposta e a crença de que ela pode propiciar melhores resultados assistenciais e maior satisfação dos usuários mostrou-se como o principal gerador de satisfação, contribuindo para a redução das cargas de trabalho. Já na ABT, o aumento ocorreu pelas próprias características do modelo norteado pela biomedicina: em decorrência da ausência e dificuldades de trabalhar em equipe, pelo foco

nos procedimentos técnicos e na consulta médica para o tratamento das doenças, nem sempre resolutive, e que, associada à medicalização e à iatrogenia, interfere no aumento da demanda. As principais fontes de redução na ABT foram: a rotatividade dos profissionais entre os setores (atividades) existentes na Unidade Básica, em especial na enfermagem, o que acaba sendo protetor em relação à exposição ao risco biológico; e a flexibilidade da jornada de trabalho. O excesso de demanda, os baixos salários e plano de carreira insatisfatório, o foco excessivo na consulta médica, a baixa resolutividade dos serviços, a forte influência político-partidária na gestão, a falta de recursos para assistência e de investimentos na qualificação dos profissionais, as falhas no serviço de referência, a ausência da contrarreferência, problemas no relacionamento interpessoal e a falta de reconhecimento dos profissionais e serviços públicos foram fontes de aumento das cargas de trabalho nas duas modalidades. Entre os aspectos que reduzem as cargas na ESF e ABT, destacaram-se: a afinidade dos sujeitos com os modelos em que atuam; a crença no trabalho em equipe e no acolhimento; e o agendamento dos atendimentos, que facilita a organização e distribuição das atividades. Conclui-se que são necessárias mudanças nos dois modelos, sobretudo no âmbito da gestão e das condições de trabalho. Na ESF, são necessárias estratégias que auxiliem sua consolidação e proximidade ao prescrito na política do Ministério da Saúde, e na ABT, intensos investimentos no sentido de ruptura com o modelo da biomedicina e aproximação com os princípios do SUS.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Atenção Primária à Saúde; Carga de Trabalho; Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

TRINDADE, Letícia de Lima. **Implications of two care models in the health care professional workloads.** 2011. 237 p. Doctoral thesis (Doctorate in Nursing) – Postgraduate Course in Nursing. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ABSTRACT

The objective of this study was to discuss the influence of two non-material technologies utilized in primary health care, the Brazilian Family Health Strategy (FHS) and the traditional care model (TCM), with respect to increased and decreased workloads for health care professionals. In order to select the subjects involved in this study, an intentional sample of twenty-two subjects was created. The research was done in Southeastern Paraná, Brazil and the sample was composed by three FHS teams, typifying technological innovation of work organization in health care, specifically in the area of primary care, and three TCM teams, typifying the primary care services based on the biomedical model. Data was collected through individual interviews, focus groups, and documentary research and analyzed combining the use of Thematic Content Analysis and the resources of the Atlas Ti software. Under this study, both models evidenced aspects which increase and others which decrease the workloads which signals the complexity of the relationships among workloads, work characteristics, the context in which the work is carried out and the subjects' expectations. In the FHS, the principle sources of increases workloads resulted from the difficulties in effectively implementing the prescribed care model, especially due to the lack of team preparation in performing with this innovation, a lack of dominion of this technology among professionals, users, and managers, as well as the lack of physical infrastructure, instruments, and adequate work conditions. However, the identification with the proposal and the belief that it can provide better care results and greater user/patient satisfaction showed to be the principle sources of satisfaction, contributing to decrease workloads. In the TCM, increases of workloads occurred from the own characteristics of the model based on biomedicine: due to absences in and difficulties in working as a team, from the focus upon technical procedures and medical consultancy in treating disease. Such focus is not always able to resolve patients' needs and with its association to medicalization and iatrogenics, interferes with increased the demand for care. The principle sources of reduction workloads from the TCM were: the turnover of

professionals among existing sectors (activities) in the Primary Care Unit, especially in nursing team, which ends up being protective in terms of biological risk, and the flexibility of contractual work hours. Excess of demand, low salaries and unsatisfactory career plan, excessive focus on medical consultancy, low resolution among services given, strong political-partisan influence in management, the lack of care resources and investment in professional education, failures in the structure of national health system - relationship among primary care, reference services and hospitals-, interpersonal problems, and the lack of recognition for professionals and public services were the sources of increased workloads in both care models studied. Among the aspects which reduce workloads in the FHS and the TCM were highlighted: the affinity of the subjects with the models in which they perform, the belief in teamwork and user embracement, and scheduling appointments – which facilitates the organization and distribution of activities. This study concludes that changes in both models are necessary, above all in the management area and work conditions. In the FHS, strategies which aid in its consolidation and proximity with that which is prescribed in the Brazilian Ministry of Health are needed, while in the TCM, intense investment towards breaking from biomedical model and approximation with the principles of the Brazilian Public Health System (SUS) is needed.

Descriptors: Occupational Health; Primary Health Care; Workload; Health Sciences, Technology and Innovation Management

TRINDADE, Letícia de Lima. **Implicaciones de dos modelos asistenciales en las cargas de trabajo de los profesionales de salud de la atención básica.** 2011. 237 p. Tesis (Doctorado em Enfermería) - Curso de Pos-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RESUMEN

Esta encuesta tuvo como objetivo discutir la influencia de dos tecnologías del tipo no material utilizadas en la atención básica, la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y el modelo tradicional, en el aumento y en la reducción de las cargas de trabajo de los profesionales de salud. Para la selección de los sujetos, fue utilizada a muestra intencional; fueron seleccionadas tres equipos de ESF, que tipifican la característica de innovación tecnológica de organización del trabajo en salud en el ámbito de la atención básica, y tres de la Atención Básica Tradicional (ABT), que tipifican el modelo tradicional de atención basado en la bio-medicina, del Suroeste del Paraná, Brasil. Participaron de la encuesta 22 sujetos. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas individuales, grupo focal y estudio documental y analizados combinando el Análisis Temático de Contenido con recursos del software Atlas Ti. Fue puesto de manifiesto, en los dos modelos, aspectos que aumentan y otros que disminuyen las cargas de trabajo, lo que señala para la complejidad de la relación entre cargas, las características y el contexto en el cual el trabajo se realiza y las expectativas de los sujetos. En la ESF, las principales fuentes de aumento resultaron de las dificultades de implantación efectiva de ese modelo asistencial, principalmente por la falta de perfil y preparo de los equipos para actuación con esa innovación, falta de dominio de esa tecnología por los profesionales, usuarios y gestores y falta de estructura física, de instrumentos y de condiciones de trabajo adecuadas. Pero, la identificación con la propuesta y la creencia de que ella puede propiciar mejores resultados asistenciales y mayor satisfacción de los usuarios se mostró como el principal generador de satisfacción, contribuyendo para la reducción de las cargas de trabajo. Ya en la ABT, el aumento ocurrió por las propias características del modelo norteador por la bio-medicina: en el transcurso de la ausencia y dificultades de trabajar en equipo, por el foco en los procedimientos técnicos y en la consulta médica para el tratamiento de las enfermedades, ni siempre solucionable, y que, asociada a la medicación y a la iatrogenia, interfiere en el aumento de la demanda. Las principales fuentes de reducción en la ABT fueron: la

rotatividad de los profesionales entre los sectores (actividades) existentes en la Unidad Básica, en especial en la enfermería, lo que acaba siendo protector en relación a la exposición al riesgo biológico; y la flexibilidad de la jornada de trabajo. El exceso de demanda, los bajos salarios y plan de carrera insatisfactorio, el foco excesivo en la consulta médica, la baja solución de los servicios, la fuerte influencia político-partidaria en la gestión, la falta de recursos para asistencia y de inversiones en la calificación de los profesionales, los fallos en el servicio de referencia, la ausencia de la contra-referencia, problemas en la relación inter-personal y la falta de reconocimiento de los profesionales y servicios públicos fueron fuentes de aumento de las cargas de trabajo en las dos modalidades. Entre los aspectos que reducen las cargas en la ESF y ABT, se destacaron: la afinidad de los sujetos con los modelos en que actúan; la creencia en el trabajo en equipo y en la acogida; y el calendario de las atenciones, que facilita la organización y distribución de las actividades. Se concluye que son necesarios cambios en los dos modelos, sobre todo en el ámbito de la gestión y de las condiciones de trabajo. En la ESF, son necesarias estrategias que auxilien su consolidación y proximidad al prescrito en la política del Ministerio de la Salud, y en la ABT, intensas inversiones en el sentido de ruptura con el modelo de la bio-medicina y aproximación con los principios del Sistema Único Salud.

Descriptores: Salud Laboral; Carga de Trabajo; Gestión de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABT	Atenção Básica Tradicional
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Odontológico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CTI	Centros de Tratamento Intensivo
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico e Científico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESTAT	Estatutário
EUA	Estados Unidos da América
FIN	Ficha Individual de Notificação
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa
GISO	Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Saúde Ocupacional
HAB	Habitantes
LER/DORT	Lesões por Esforços Repetitivos e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MOI	Modelo Operário Italiano
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDA	Personal Digital Assistance
PNDU	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PIB	Produto Interno Bruto
Pop	População
RPA	Recibo de Profissional Autônomo
PREPS	Pólo Regional de Educação Permanente

PROESF	Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PubMed	National Library of Medicine and the National Institutes of Health
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RS	Regional de Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISVAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
THD	Técnico de Higiene Dental
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VD	Visitas Domiciliares

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Informações dos municípios pesquisados	71
Quadro 2: Distribuição de ESF e ABT por Município.....	72
Quadro 3: Distribuição de ACS e Equipes de Saúde Bucal (modalidade I e II) por município	73
Quadro 4: Distribuição dos médicos por município na atenção básica, vínculo empregatício e especialidade registrada na secretarias municipais de saúde.....	75
Quadro 5: Distribuição dos membros da equipe de enfermagem pelo tipo de vínculo na atenção básica er município	76
Quadro 6: Distribuição dos membros da equipe de saúde bucal pelo tipo de vínculo com a atenção básica e por município	77
Quadro 7: Incentivos federais destinados às equipes de ESF e ABT ..	79
Quadro 8: Equipes de ESF e ABT implantadas nos municípios pesquisados e selecionadas para o estudo	85
 ARTIGO 2	
Quadro 1: Fontes de aumento da carga de trabalho segundo o tipo.	117
 ARTIGO 1	
Quadro 1: Estudos selecionados pela pesquisa	150

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribuição temporal das publicações, segundo ano da publicação..... 154
- Gráfico 2:** Distribuição das instituições responsáveis pelas publicações, de acordo com cada estado..... 154

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	19
LISTA DE QUADROS	21
LISTA DE GRÁFICOS	23
INTRODUÇÃO	27
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	30
2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA DO PROBLEMA.....	33
2.1 MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE	33
2.1.1 Modelo Biomédico	38
2.1.2 Estratégia de Saúde da Família	41
2.2 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA.....	45
2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR E CARGAS DE TRABALHO	50
2.3.1 Cargas de trabalho	55
2.3.2 Saúde e adoecimento dos trabalhadores	59
3 METODOLOGIA	63
3.1 O CAMPO E OS SUJEITOS DO ESTUDO	63
3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	64
3.3 A ANÁLISE DOS DADOS	67
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
4.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO E DOS SUJEITOS PESQUISADOS	69
4.2 ARTIGOS QUE APRESENTAM OS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO	88
4.2.1 Artigo 1: Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde	88
4.2.2 Artigo 2: Atenção básica no modelo assistencial biomédico: implicações nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.....	110
4.2.3 Artigo 3: Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.....	130
4.3 ARTIGOS QUE APRESENTAM OS RESULTADOS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	147
4.3.1 Artigo 1: Mas afinal o que é reestruturação produtiva?.....	147

4.3.2 Artigo 2: Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho.....	165
4.3.3 Artigo 3: Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária.....	176
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	189
REFERÊNCIAS	197
APÊNDICES.....	215
ANEXOS	223

INTRODUÇÃO

No ano de 2001, iniciei o curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e, no mesmo ano, ingressei no grupo de pesquisa sobre saúde do trabalhador, no qual fui bolsista de iniciação científica (Pibic-CNPq/Fapergs).

Em 2005, finalizei a graduação e ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Nessa ocasião, desenvolvi a dissertação intitulada “O Estresse Laboral da Equipe de Saúde da Família: implicações para a Saúde do Trabalhador”, na qual, contei com a orientação da professora Doutora Liana Lautert e com auxílio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Nesse período, integrei o Grupo de Estudos Interdisciplinares sobre Saúde Ocupacional (Giso). Ao término desse processo, comecei a trabalhar como docente em uma instituição de ensino superior no Sudoeste do Paraná; em virtude disso, fui residir nesse estado. Em seguida, passei a trabalhar em outras faculdades dessa região, o que me proporcionou conhecer alguns aspectos da realidade regional no âmbito da saúde e da educação.

Ao longo da caminhada de envolvimento com a temática Saúde do Trabalhador, tive contato com diversos estudos que apontam para o significativo número de trabalhadores da área da saúde acometidos pelo adoecimento no trabalho (Bianchi, 1990; Lautert, 1995; FELLI, 1996; Beck, 2001; Gonzales, 2001; Kirhhof, 2001; BENEVIDES-PEREIRA, 2002; gelbcke, 2002; Pereira, 2002; Guido, 2003; BELTRÁN et al., 2005; BORGES; TAMAYO; ALVES FILHO, 2005; AZAMBUJA, 2007; PIRES, 2008; MARZIALE, 2010; entre outros), os quais revelam a necessidade de se continuar investindo na busca de ações que contribuam, efetivamente, para a reorganização do trabalho em saúde, de modo que considere as necessidades dos usuários e profissionais do setor.

A pesquisa realizada durante o Mestrado possibilitou constatar que há relação entre o desgaste dos trabalhadores de saúde e o contexto de trabalho em que estão inseridos. Por intermédio do referido estudo, foi evidenciado que profissionais de saúde de diferentes categorias apresentaram altos índices de estresse e da Síndrome de Burnout decorrentes, principalmente, do elevado número de cargas de trabalho presente no trabalho na área de saúde (TRINDADE, 2007).

É possível observar no atual cenário de saúde brasileiro a

convivência de modelos assistenciais diversos, por vezes conflitivos. Identificam-se serviços de saúde estruturados, predominantemente, pelos padrões da biomedicina, centrados na assistência médica voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças. De outro lado, há novos modelos assistenciais com foco nas coletividades, nas ações preventivas e de promoção da saúde, estruturados em programas e estratégias de saúde, bem como nos indicadores epidemiológicos e sanitários. (MENDES, 1993; PAIM, 1995).

Na atenção básica, no Brasil, é possível identificar dois modelos assistenciais, o tradicional modelo biomédico e o que vem sendo implementado pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF representa, na atualidade, o principal modelo assistencial que busca reorganização da atenção básica com foco na unidade familiar inserida na comunidade e norteada pelos princípios da atenção primária de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZZERA, 2006).

A ESF, anteriormente denominada Programa de Saúde Familiar (PSF), surgiu em 1994 e vem sendo implantada no Brasil como importante estratégia de mudança do modelo assistencial. Tem como proposta levar os serviços de saúde a toda a população em correspondência aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), como a universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2001). Busca o desenvolvimento de ações que atendam às demandas da população, valorizando os anseios desta e acolhendo suas necessidades com equidade. Para tanto, recebe incentivos financeiros para a sua implantação em todos os estados brasileiros.

Dados do Ministério da Saúde (MS) revelam que a ESF, ao longo dos anos, está em expansão e consolidação em todas as regiões brasileiras, de maneira que, em 2006, já se encontravam equipes do Saúde da Família implantadas em 5.106 municípios brasileiros, cobrindo 46,2% da população nacional. Em 2009, já haviam sido implantadas 30.328 equipes de Saúde da Família, em 5.251 municípios, com cobertura de 50,7% da população, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2011a). Com isso, a ESF deixou de ser meramente um programa, tornado-se uma política evidente de mudança no cenário de serviços de saúde do Brasil.

A literatura registra o impacto positivo dessa Estratégia sobre os vários indicadores de saúde, redução de gastos, melhora no acesso aos serviços de saúde, aumento da qualidade da atenção e das ações preventivas, garantia de cuidados mais apropriados e redução de ações desnecessárias (CONILL, 2002, 2008; ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; STARFIELD, 2004; BESEN et al., 2007; STRALEN et al., 2008;

AMARANTE et al., 2011; entre outros). Estudos (STRALEN et al., 2008; BRASIL, 2009) revelam distinções importantes desse modelo assistencial em relação ao tradicional modelo biomédico, como ênfase nas ações da equipe multiprofissional, na perspectiva interdisciplinar, em contraposição à ênfase nas intervenções médicas, delimitação da área de abrangência com adscrição da clientela, a valorização na atenção integral e o enfoque familiar, entre outros aspectos. Destacam, também, que a ESF funciona como porta de entrada no sistema de saúde, atendendo às necessidades dos usuários e não somente aos problemas de saúde. As equipes devem estabelecer vínculos de cor-responsabilidade com a população, diferenciando-se dos tradicionais modelos assistenciais em saúde.

Os dois modelos assistenciais podem ser vistos como tecnologias não materiais de organização do trabalho em saúde: o modelo biomédico como uma tecnologia tradicional e a ESF como uma inovação tecnológica. Logo, pensa-se que esses modelos originam diferentes demandas com consequentes implicações na saúde dos profissionais que o executam, ou seja, podem gerar facilidades ou dificuldades, satisfação ou insatisfação, prazer ou sofrimento no trabalho, bem como aumento e/ou diminuição das cargas de trabalho das equipes. Nesse sentido, cabe questionar as diferenças entre esses dois modelos em relação às cargas de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos na assistência.

Os profissionais da saúde que protagonizam a mudança do modelo assistencial, ao atuarem na ESF, enfrentam um desafio, uma vez que desenvolvem ou são chamados a realizar atividades voltadas à prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas realizadas em domicílios ou nas coletividades, diferentemente das unidades de saúde centradas no modelo biomédico (TRINDADE, 2007).

Na Região Sudoeste do Paraná, está ocorrendo a implantação gradativa de equipes de ESF, de modo que coexistem, de forma clara, os dois modelos assistenciais. Há unidades básicas de saúde que mantêm o modelo tradicional da biomedicina e também unidades de saúde da família que desenvolvem ações muito próximas do que o modelo preconiza.

Desse modo, o Sudoeste do Paraná apresenta-se como um campo propício para a investigação proposta que visa contribuir para o entendimento dessa inovação tecnológica de reorganização do trabalho em saúde, buscando identificar de que modo esta tem favorecido ou desfavorecido a saúde dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, vários questionamentos são possíveis: o surgimento dessa nova forma de

organização e gestão do trabalho pode contribuir para a ruptura com a fragmentação do processo de trabalho, com o sofrimento e a alienação presentes no modelo biomédico? As inovações tecnológicas do tipo não material, em específico a ESF, contribuem para diminuir as cargas cotidianas de trabalho, contribuindo à realização de um trabalho com menor desgaste físico e emocional para os trabalhadores?

Esses questionamentos levaram à chamada “inquietação científica”, promovendo uma “desacomodação” que motivou a busca de novas respostas, conforme referido por Meyer, Waldow e Lopes (1998). Essa “desacomodação” deu origem à seguinte pergunta de pesquisa: de que modo 2 modelos assistenciais utilizados na atenção básica no Brasil – ESF e modelo tradicional – influenciam nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde?

A escolha do Sudoeste do Paraná foi intencional pela disponibilização dos dois modelos assistenciais, pelo conhecimento e facilidade de acesso à rede básica de saúde da região e porque não se encontram pesquisas sobre o tema realizadas nessa região, apesar de existir um grande número de instituições de ensino e assistenciais; além disso, a Estratégia encontra-se em franca expansão nesse estado. A ESF iniciou nesse estado no ano de 1994 com a implantação de 4 equipes; em 1995, esse número passou para 44 ESFs, em 2000 já haviam sido implantadas 658 ESFs distribuídas em 219 municípios paranaenses. Em 2007, o estado possuía 1.563 equipes em 373 municípios (PARANÁ, 2007).

Este estudo articula três temáticas, o debate sobre inovação tecnológica, saúde do trabalhador com enfoque nas cargas de trabalho e sobre uma política assistencial significativa no Brasil, a ESF. Esses três grandes eixos articularam os conteúdos entendidos como mais significativos para a compreensão acerca do impacto do trabalho em determinado modelo assistencial de saúde nas cargas de trabalho dos profissionais do setor, levando em consideração a dialética intrínseca às atividades de trabalho.

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

Nessa perspectiva, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar a influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica, a ESF e o modelo tradicional, nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipes.

A pesquisa teve como objetivos específicos:

a) caracterizar as instituições e serviços que tipificam os dois modelos assistenciais no âmbito da atenção básica (ESF e modelo tradicional), contextualizando o cenário histórico-social da Região Sudoeste do Paraná;

b) identificar em que sentido os aspectos inovadores constantes na organização e gestão do trabalho no modelo da ESF têm contribuído para aumentar ou diminuir as cargas cotidianas de trabalho, permitindo a realização de um trabalho com menor ou maior desgaste físico e emocional, causando mais satisfação e/ou insatisfação para os profissionais de saúde;

c) identificar as características da organização e gestão do trabalho no modelo tradicional relacionando-o com o modelo da biomedicina e identificando os fatores geradores de aumento ou de diminuição das cargas de trabalho dos profissionais envolvidos.

Ressalta-se, que a pesquisa foi fundamentada na teoria sociológica sobre processo de trabalho e reestruturação produtiva, em especial na saúde, e na teorização sobre cargas de trabalho de Laurell e Noriega.

Com isso, tem-se como tese do estudo: tanto no modelo assistencial da ESF, entendido como uma inovação tecnológica de organização e gestão do trabalho em saúde, quanto no modelo tradicional de atenção à saúde utilizado na atenção básica, identificam-se aspectos/características que aumentam e outros que diminuem as cargas de trabalho dos profissionais, o que sinaliza para a complexidade da relação entre cargas, o contexto no qual o trabalho se realiza e as expectativas dos sujeitos.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA DO PROBLEMA

Tendo em vista a amplitude do tema e a compreensão de que qualquer recorte da realidade não lhe tira a característica de constituinte e constituído pela totalidade, essa pesquisa faz um recorte, focalizando dois modelos assistenciais presentes na atenção básica, analisando suas influências nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Um modelo estruturado pelos padrões do modelo biomédico e outro na ESF, esta última entendida como uma inovação tecnológica.

O estudo sustenta-se em 3 eixos teóricos: (1) o entendimento de modelos assistências de saúde, conceituando modelo assistencial e caracterizando os 2 modelos típicos que foram abordados na pesquisa; (2) reestruturação produtiva e inovação tecnológica, contextualizando o processo de inovação tecnológica em curso na sociedade atual e suas implicações para o setor saúde; (3) saúde do trabalhador e cargas de trabalho, apresentando o entendimento acerca da relação trabalho e saúde, definindo cargas de trabalho e abordando a relação entre saúde e adoecimento dos profissionais de saúde.

2.1 MODELOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Segundo Paim (1993, 1999), compreende-se como modelo assistencial a organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Alguns modelos desenvolvem, de modo exclusivo, intervenções de natureza médico-curativa, atendem, predominantemente, à demanda, aguardando os casos que chegam de forma espontânea. Outros buscam incorporar ações de promoção e prevenção e atuam de maneira ativa sobre os usuários, independentemente da demanda espontânea por cuidados em saúde.

Merhy (2002b) usa a terminologia Modelo Técnico Assistencial, entendendo-o como a organização da produção de serviços com base em um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos e de ações sociais específicos, configurados na forma de estratégias políticas de determinado agrupamento social. Os modelos technoassistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e

disputas sociais.

Autores lembram que, na atualidade, a sociedade brasileira vem discutindo acerca da necessidade de construção de um modelo assistencial que melhor atenda aos princípios e às diretrizes do SUS (SCHIMITH, 2002) e que direcione o perfil profissional e os objetivos das ações de saúde. O modelo assistencial se refere à organização dos serviços de saúde, tomando por base arranjos de saberes, bem como dos projetos de ações (MERHY; CECILIO; NOGUEIRA FILHO, 1991).

Destaca-se que, como modelo assistencial, entende-se o diálogo entre o técnico e o político, que tem diretrizes políticas e sanitárias, com princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos e socioculturais, os quais refletem uma determinada conjuntura epidemiológica e certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável (CAMPOS, 1997). Nesse sentido, a ESF pode ser entendida como novo modelo assistencial em construção, com potencialidades e contradições.

No Brasil, identificam-se diversos modelos de atenção à saúde, desenvolvidos em diferentes momentos da história. Na década de 1920, com o incremento da industrialização no país e o crescimento do contingente de trabalhadores nos centros urbanos, iniciaram-se os movimentos que reivindicavam políticas previdenciárias e por assistência à saúde; desse processo, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), regulamentadas pelo Estado em 1923 (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

A partir da década de 1930, por meio da política de saúde pública, foram instalados centros e postos de saúde, com vista a uma atuação mais permanente em saúde e mais voltada a determinados problemas. Nesse momento, foram criados alguns programas como, por exemplo, puericultura, pré-natal, controle da hanseníase e da tuberculose, entre outros (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

O modelo da medicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital e nas especialidades médicas é chamado de medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano. Essa denominação faz referência ao Relatório Flexner, publicado em 1910 nos Estados Unidos da América (EUA) e que fundamentou a reforma das faculdades de medicina naquele país e no Canadá, assim como instituiu um modo de entender a doença e de organizar os serviços de saúde. Esse modelo da biomedicina orientou a estruturação da assistência médica previdenciária no Brasil e a organização dos hospitais (PIRES, 2008).

Esse modelo mantém-se hegemônico até hoje e, somente em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo

entraves governamentais ao processo de implantação do SUS no Brasil, foi implantada uma estratégia para mudança do referido modelo assistencial, a ESF, proposta e financiada pelo MS.

No Brasil, a partir da segunda metade da década de 70, em decorrência da crise do setor saúde, em especial da Previdência Social, cresceram os questionamentos desse modelo assistencial tradicional, fomentando-se no âmbito da saúde pública propostas para transformação das práticas em saúde, incluindo a universalização do acesso. Soma-se a isso o processo de redemocratização, na década de 80, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, que produzem novas demandas sobre o Estado, incluindo a luta pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado (MATUMOTO et al., 2005).

Esse movimento foi protagonizado por atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, discutiu-se a necessidade de legitimação dos princípios do Movimento da Reforma Sanitária e culminou no texto que subsidiou a Constituição de 1988 (BRASIL, 2002b, 2003).

Dessa forma, seriam necessárias mudanças estruturais, incluindo a transformação do modelo assistencial hegemônico (MENDES, 1996). Contudo, o que se observam são dicotomias entre curativo e preventivo, individual e coletivo, por meio de práticas assistenciais fortemente centradas nos serviços da atenção terciária (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005).

Autores destacam que o processo de construção do SUS vem sendo marcado pela implementação e elaboração de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, orientados por uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, como base da estrutura político-administrativa do Estado (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998). Nesse cenário, o novo modelo assistencial em construção buscou articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, tanto na dimensão individual quanto coletiva/comunitária, operacionalizado em um processo de distritalização dos serviços de saúde desencadeado a partir da implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) (1987-1989).

Nesse processo, observa-se a acumulação de experiência na

construção de modelos alternativos ao modelo assistencial hegemônico e tradicional, incorporando, de certa forma, métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde. Essas experiências revelam possibilidades concretas de construção de um modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida (MARINHO DE SOUZA; KALIGHMAN, 1994; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Observando os modelos assistenciais, constatam-se diferenças com relação aos sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho. Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) identificam 3 modelos assistenciais distintos: a) o modelo biomédico, em que se privilegiam as atividades do médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada, e são utilizados como meios de trabalho os conhecimentos e as tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das diversas patologias; b) o modelo sanitarista, no qual são privilegiados os sanitaristas e que se tomam por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças em uma perspectiva epidemiológica, utilizando um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, entre outros); c) e o modelo da vigilância em saúde, em que se busca a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde ao envolver a população, o que corresponde à ampliação do objeto, abarcando, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em razão do contexto de vida dos indivíduos. Nesse último modelo, é previsto que a intervenção deve extrapolar o uso dos conhecimentos e das tecnologias médico-sanitárias, incluindo ferramentas como o acolhimento e vínculo que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde e no exercício da cidadania.

Outros autores trazem, ainda, outros modelos assistenciais em saúde, entre eles, o das ações programáticas de saúde, no qual se utiliza a programação como instrumento de redefinição do processo de trabalho em saúde, tomando como ponto de partida a identificação das necessidades sociais de saúde da população que demanda os serviços das unidades básicas (SCHRAIBER, 1990, 1993, 1995; entre outros).

Paim (1999) ressalta que um modelo não é padrão, não é burocracia, é uma razão de ser – uma racionalidade, ou seja, é uma lógica que orienta a ação. O modelo assistencial, também chamado de modelo de atenção à saúde, não é uma forma de organizar serviços de

saúde, ou de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde, mas sim uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender às necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades. É uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde.

As formas de organização e gestão dos processos de trabalho envolvidas em cada um desses modelos são diversas. Do trabalho intensivo condensado na rede de prestação de serviços de saúde, no qual é privilegiado, no modelo médico-assistencial, o hospital, passa-se, no modelo sanitarista, para as unidades de saúde, a partir das quais se operacionalizam as campanhas, programas e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. A proposta de vigilância em saúde, entretanto, transcende os espaços institucionalizados do sistema de serviços de saúde e se expande a outros setores e órgãos de ação governamental e não governamental, envolvendo uma trama complexa de entidades representativas dos interesses de diversos grupos sociais (MARINHO DE SOUZA; KALIGHMAN, 1994; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Pesquisadores (MARINHO DE SOUZA; KALIGHMAN, 1994; PAIM, 1995; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; PAIM, 1999) defendem que a vigilância em Saúde representa um modelo assistencial que incorpora e supera os modelos da biomedicina e o sanitarista, implicando uma redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária. Nessa perspectiva, o modelo da vigilância em saúde aponta na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e das práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar da biomedicina) por meio das contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no nível local.

A seguir serão discutidos dois modelos assistências, o modelo biomédico e o modelo da Estratégia de Saúde da Família.

2.1.1 Modelo Biomédico

A partir do final do século XVIII e início do século XIX, os hospitais tornaram-se instrumento para diagnóstico e cura. Até essa época, o hospital era um instrumento tanto de assistência material e espiritual quanto de exclusão, retirava os pobres do meio comum, protegendo a população do mal que representavam na época, uma vez que eram propagadores de doenças, muitas vezes incuráveis e desconhecidas. Por volta de 1760, iniciou-se a reorganização e reforma dos hospitais, em virtude das necessidades sociais impostas pela sociedade industrial. Esse espaço foi transformado, visando eliminar os efeitos nocivos acarretados pelas doenças que acometiam os internados e que podiam se espalhar pelas cidades, como também por ser foco de desordem econômica e social. Essa reorganização teve como ponto de partida os hospitais marítimos e militares, no século XVII, por serem locais de intenso tráfico de mercadorias, objetos raros e especiarias, mas também para evitar a perda dos soldados, cujo treinamento se tornara oneroso (FOUCAULT, 1978).

Com a emergência do capitalismo nas sociedades ocidentais, os corpos humanos adquiriram novo significado social como sede da força de trabalho, determinando novas formas de organização das práticas de saúde, nas quais o médico passa a ser o trabalhador central. A prática de enfermagem e a prática médica, que eram independentes, passaram a atuar no mesmo espaço, no momento em que ocorreram as transformações sociais que levaram à gênese do modelo clínico e da enfermagem moderna.

Dois grandes modelos de organização tecnológica das práticas de saúde passaram a se constituir historicamente no capitalismo, segundo Gonçalves (1992): o modelo que organiza intervenções com base no saber epidemiológico para controlar a ocorrência da doença, considerando-a como fenômeno coletivo e evitando-a em escala social; o modelo clínico, cuja finalidade é recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença considerada como alteração morfofisiológica do corpo humano em sua dimensão individual, fundamentando-se nos conhecimentos da anatomia, fisiologia, patologia e farmacologia. Esses dois modelos de organização são dimensões abstratas do trabalho em saúde, que não são excludentes, mas complementares, embora se encontrem muitas vezes operando de forma dissociada.

O modelo clínico tornou-se dominante, articulando-se às necessidades sociais de saúde das sociedades capitalistas, que tiveram

por base alguns princípios político-ideológicos, entre os quais o da igualdade, que ampliou os direitos sociais das classes subalternas quanto ao consumo, incluindo o direito a consumir serviços de saúde. Como o princípio da igualdade é individualizante, sendo todos iguais perante a lei, a prática clínica, ao recortar a doença no espaço do corpo individual, também é individualizante. Assim, a doença, ao ser considerada a mesma em todos os indivíduos, deixa de valorizar as dimensões sociais de cada corpo individual concreto (GONÇALVES, 1992).

O surgimento do modelo clínico ocorreu no início do século XIX, mas o desenvolvimento do processo de trabalho com essa concepção individualizante e biológica tornou-se mais acentuado no século XX, pois os instrumentos para realizar o diagnóstico e operar transformações no corpo humano, tais como as técnicas cirúrgicas e anestésicas e a terapêutica farmacológica, foram sendo descobertos e aperfeiçoados posteriormente (GONÇALVES, 1992). Dessa forma, o hospital moderno tornou-se o berço da clínica, o qual permitiu a relação entre o médico e o corpo doente.

O conceito de saúde, para esse modelo de atenção, é tomado em sua negatividade, como ausência de doença, amparado no paradigma flexneriano por influências da Escola Norte-Americana, estrutura como resposta à prática da atenção médica, técnico-assistencial nos marcos da medicina científica (SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005). Tendo como referência esse olhar pela perspectiva do processo saúde-doença, tem-se o conceito de doença, a partir da redução do corpo humano, reconhecido por meio de suas formas e funções, por intermédio da anatomia e da fisiologia (CZERESNIA, 2003).

O saber médico tornou-se a principal forma de poder e de hierarquização entre os profissionais inseridos no ambiente hospitalar. Esse ambiente passa a ser também local de formação do saber, logo proporciona a expansão da racionalidade moderna (FOUCAULT, 1978).

Nesse contexto, a enfermagem se institucionalizou em face da necessidade de organizar os hospitais como instrumento de cura e cuidado do corpo, desenvolvendo atividades de organização do espaço do doente. Portanto, a gênese da enfermagem moderna ocorreu no mesmo movimento social de transformação do hospital e do nascimento da clínica, dependente da prática médica (ALMEIDA, 1984).

O saber clínico encontra-se no centro da constituição da prática médica moderna, sendo um instrumento do trabalho para conhecer o indivíduo doente. A origem da clínica assenta-se principalmente numa reorganização geral do campo de visão do médico, com uma reorientação espacial e temporal do ato médico, que se abre para o

espaço social e assume a tarefa de suprimir a doença como parte de um projeto político de reestruturação da sociedade. Assim, a clínica emerge como instrumento de trabalho médico num movimento de reorganização social, no qual se modifica a articulação entre a medicina e a sociedade, à época da Revolução Francesa (DONNANGELO, 1979).

A medicina moderna fundamenta-se em uma transformação do saber e reestruturação da clínica, que começou a se deter no sofrimento e na dor dos homens. A doença, coincidindo com o corpo do homem doente, torna-se uma forma de entendimento da clínica, a partir dos conhecimentos anatomopatológicos que possibilitaram visualizar lesões no organismo. A morte e a doença se tornaram visíveis no corpo humano com o desenvolvimento da observação médica. O conhecimento singular do indivíduo doente estruturou-se na medicina, considerando a experiência clínica no próprio leito do doente, como forma de conhecimento. O hospital tornou-se lugar de aprendizagem e de experimentação de novos saberes médicos e novos métodos clínicos (FOUCAULT, 1978).

Gradualmente, foram surgindo, por meio das múltiplas especializações, outros profissionais na área da saúde, que também passaram a fundamentar sua atuação em parcelas desse saber anatomopatológico.

De acordo com Mendes (1984), as características básicas do modelo clínico foram desenvolvidas em países europeus, mas sua conformação ocorreu de maneira definitiva nos Estados Unidos, difundindo-se para o mundo a partir das recomendações do Relatório Flexner, publicado pela Fundação Carnegie, em 1910. O autor, fazendo uma crítica ao atual modelo clínico ou paradigma da medicina flexneriana, aponta os seguintes elementos estruturais:

- a) ênfase na medicina curativa: foco na prática curativa individual, na qual o diagnóstico e a terapêutica incorporam tecnologia e prestigiam o processo fisiopatológico em detrimento da causa, mesmo nos níveis de promoção e proteção da saúde;
- b) mecanicismo: em razão da analogia do corpo humano com a máquina, o corpo passa a ser dividido em partes;
- c) biologismo: ao pressupor o reconhecimento da natureza exclusivamente biológica das doenças, de suas causas e consequências, exclui os fatores econômicos e sociais que as determinam;
- d) individualismo: elege o indivíduo como objeto de atenção, excluindo os aspectos sociais da doença;
- e) especialização: decorrente do mecanicismo, que aprofunda o

- conhecimento específico, mas também da fragmentação do processo de produção, pela divisão técnica do trabalho;
- f) tecnificação do ato médico: desenvolvimento da tecnologia médica, com equipamentos caros e sofisticados que passam a ser produzidos e vendidos pela indústria;
 - g) concentração de recursos: ao desenvolver uma prática médica essencialmente dependente de alta densidade tecnológica, torna-se urbanizada e institucionalizada, concentrando recursos em serviços de saúde, com os hospitais como instituição central;
 - h) exclusão das práticas alternativas: reconhece a hegemonia da medicina científica e exclui aquelas que não têm esse estatuto e que são consideradas ineficazes.

Dessa maneira, no modelo biomédico, apesar de ter como finalidade o tratamento e recuperação do corpo humano numa dimensão individual, não há espaço para a totalidade do sujeito concreto. Como consequência, aspectos que dizem respeito às questões sociais e a singularidade do indivíduo não são valorizados, tomando o indivíduo como apenas um órgão doente que precisa ser tratado.

2.1.2 Estratégia de Saúde da Família

A expressão “Saúde Pública” costuma fazer referência às formas de agenciamento político-governamental (programas, serviços e instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às chamadas necessidades sociais de saúde. No contexto da saúde pública e do SUS, surge, em 1994, o PSF, o qual se propõe a implementar os princípios de universalidade, equidade e integralidade que norteiam o SUS.

O PSF, hoje nomeado de ESF é impulsionado pelo movimento sanitário que vinha defendendo a necessidade de mudança do modelo assistencial em saúde no Brasil. Essa proposta articula-se ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), lançado pelo MS em 1991, o qual tinha como objetivo principal enfrentar os altos índices de morbidade e mortalidade infantil e materna na Região Nordeste do Brasil. O Pacs já indicava mudanças no modelo, em especial no que diz respeito à necessidade de vínculo entre os indivíduos e suas famílias e as unidades básicas de saúde (FIGUEIREDO, 2004).

Reconhecida como a principal estratégia de reorientação da atenção básica no Brasil, a Saúde da Família, com bases nos preceitos do SUS, visa possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de

saúde de qualidade e resolutivos, a partir da adscrição do território, a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada. Deve resgatar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, bem como a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007).

Identifica-se como uma estratégia que necessariamente requer a participação dos profissionais, comunidade e Estado, que, por meio do trabalho das equipes multiprofissionais, leva-se para mais perto dos domicílios, da realidade das famílias e das comunidades as ações de saúde.

A ESF apresenta como desafio a transformação da atenção sanitária centrada no procedimento em uma atenção centrada no usuário (MERHY, 2002b). Com isso requer novas formas de pensar e praticar saúde, deslocando do tradicional modelo sanitário brasileiro, médico, curativo e individual para o modelo de saúde coletivo, multiprofissional, centrado na família e na comunidade.

Dessa forma, com o modelo assistencial da ESF, pretende-se romper com o modelo assistencial tradicional à saúde, que age segundo o modelo flexneriano, ou seja, o atendimento é à “peça” doente, não ao indivíduo, sem levar em conta os aspectos sociais de sua vida (SCHIMITH, 2002). Entretanto, somente se ultrapassa a medicalização quando se dedica ao usuário real das ações e serviços de saúde, a forma de atenção que possibilita escutá-los e acolhe-los (CECCIM, 1998/1999).

Segundo as diretrizes do MS (BRASIL, 2001, 2002a), cabe à ESF potencializar os seguintes princípios: territorialização; vínculo com a população; integralidade na atenção; trabalho em equipe, com enfoque interdisciplinar; promoção da saúde, com fortalecimento das ações intersetoriais e participação da comunidade. Busca-se diminuir a distância entre as equipes de saúde e a população, resultante de problemas históricos do Brasil, originários de questões territoriais, econômicas, políticas e culturais do modelo de saúde vigente até então. Considerando esses aspectos, a ESF retoma a participação da comunidade na identificação dos problemas de saúde, no acompanhamento e na avaliação do trabalho e na definição das prioridades específicas de cada comunidade.

A ESF tem como proposta a atuação dos profissionais baseada na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito de sua comunidade socioeconômica e cultural (LEVCOVITZ; GARRIDO,

1996). Tenta-se construir ações de saúde com base na realidade da população, pois se acredita que, com isso, tenham-se maiores chances de atender às suas necessidades.

É por meio do acompanhamento do cotidiano das pessoas da área de abrangência, em conformidade com princípios do SUS e do desenvolvimento das habilidades dos membros da equipe, que com esse modelo busca-se concretizar o objetivo de garantir a saúde da população. Para isso, é necessário que o serviço se organize de maneira a centrar-se no usuário e sua família, a fim de garantir a acessibilidade, a escuta e a relação entre trabalhadores e o usuário de forma humanitária, solidária e cidadã (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Os trabalhadores da ESF precisam planejar as ações, ou seja, ter a capacidade de diagnosticar a realidade local, focalizando os pontos positivos da comunidade a serem utilizados na resolução dos problemas mapeados. É preciso compreender o processo de responsabilidade compartilhada das ações em saúde, incluindo a intersetorialidade e a participação social, para que as pessoas possam tomar iniciativas que visem a melhoras individuais e coletivas.

As ações da ESF possuem enfoque na assistência à família em seu ambiente social e físico e não no hospital. Pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito do cidadão, que se expressa em melhores condições de vida; no que se refere à área da saúde, essa melhoria deve ser traduzida como um direito de cidadania, serviços mais resolutivos, integrais e, principalmente, humanizados (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Por intermédio do trabalho interdisciplinar, a equipe formada por trabalhadores de diferentes áreas é capaz de desenvolver ações em conjunto e harmonia, com base na troca de conhecimentos. O trabalho da ESF retoma a abordagem integral do indivíduo, valorizando-o dentro de seu contexto socioeconômico e cultural, com respeito, comprometimento e ética (BRASIL, 2001, 2002a).

Cada Equipe de Saúde da Família deve contar, com no mínimo, e obrigatoriamente, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 ou mais agentes comunitários de saúde (ACS). Recomenda-se que cada ESF seja multiprofissional e trabalhe de forma interdisciplinar, sendo as equipes responsáveis pela atenção integral e contínua à saúde de uma população de até 4 mil pessoas residentes em seu território de abrangência. A jornada diária da ESF deve ser de 8 horas, de segunda a sexta-feira (BRASIL, 2008b). Em 2011 o Ministério da Saúde (MS) flexibilizou a jornada dos médicos.

As estimativas da proporção da população coberta pela ESF e

pelo País foram calculadas tomando-se como referência os critérios estabelecidos pelo MS de uma Equipe para cada 3.450 pessoas e de um agente comunitário de saúde para cada 575 pessoas (BRASIL, 2008a).

A partir do ano 2000, foram incluídas as equipes de saúde bucal, em que foi revista a atuação integrada do cirurgião-dentista, do técnico de higiene dental (THD) e do auxiliar de consultório dentário (ACD), dependendo da modalidade escolhida. Os dados referentes ao número de ESF passaram a ser registrados a partir de 1998 com a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Dessa forma, a estimativa de cobertura média populacional da SF, no Brasil, só foi possível a partir desse ano (BRASIL, 2008c).

Estudos revelam que o número de ESF no Brasil, em 2000, alcançava 10.400 unidades e atingia mais de 300 milhões de brasileiros (SOUZA, 2000). Tendo em vista que novas equipes continuaram a ser implantadas, a ESF destaca-se como uma importante estratégia de ampliação do acesso à saúde.

As equipes possuem como meta de trabalho o estabelecimento de vínculo e cor-responsabilidade entre os profissionais e a população adscrita por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis, bem como do acolhimento e do atendimento humanizado.

O trabalho da ESF se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população. Segue-se com a realização do diagnóstico de saúde da comunidade, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais. Essas ações devem ser orientadas tendo em vista as responsabilidades dos municípios em relação à atenção básica definidas por portarias específicas (BRASIL, 2008a).

A territorialização favorece o conhecimento das características dos problemas da população, o impacto das ações de saúde desenvolvidas e, principalmente, a responsabilização do serviço de saúde com a população adscrita (UNGLERT, 1994).

Entretanto, pesquisadores acreditam que a territorialização na ESF não contempla o modo como as ações são produzidas, atendo-se somente ao mapeamento geográfico. Não há cuidado com as relações entre os trabalhadores, entre eles e os usuários, e, ainda, entre os trabalhadores e as tecnologias do agir em saúde (FRANCO; MERHY, 1999).

Cada ESF precisa contar com uma estrutura física adequada para atender à população e possibilitar o trabalho das equipes. Além disso, os trabalhadores possuem determinadas responsabilidades, segundo a Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde, editada pelo MS

(BRASIL, 2007), que envolvem as ações de saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, do *Diabete Mellitus* e da Tuberculose, bem como a eliminação da Hanseníase, entre outros.

Os recursos prestados necessitam ser compatíveis com os serviços oferecidos e sua devida aplicação, visando assegurar a acessibilidade e o acompanhamento dos processos saúde-doença dos usuários e famílias. As ESF devem propiciar, ainda, acessibilidade à maior quantidade possível de indivíduos, garantindo a utilização dos recursos disponíveis de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário (BRASIL, 2008a).

É importante salientar, também, que, para desenvolver suas competências, após o treinamento introdutório, a equipe precisa realizar a educação permanente, que inclui, entre os diversos conteúdos, a abordagem de aspectos clínicos, epidemiológicos, sociais, políticos e as fases do ciclo da vida dos indivíduos, entre outros.

Nesse cenário, os trabalhadores da ESF assumem múltiplas tarefas que têm alto grau de exigências e responsabilidades, uma vez que necessitam estar muito próximos da realidade dos indivíduos, o que expõem o trabalhador a riscos físicos e/ou psicossociais, tornando-os vulneráveis ao sofrimento físico e psíquico (CAMELO; ANGERAMI, 2006).

Os membros da equipe da ESF atuam diretamente com pessoas que vivem em realidades que, em grande parte, são permeadas pela miséria, violência, más condições de higiene e de moradia, inúmeras precariedades e impossibilidades. Esse cenário do trabalho influencia, de alguma forma, o profissional, ao mesmo tempo, que exige do trabalhador conhecimento e competência, para implementar o cuidado nesse contexto, bem como gera cargas de trabalho que têm impacto sobre a saúde desses indivíduos (TRINDADE, 2007).

2.2 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA

Segundo Pires (2008), a partir da década de 70, nos países capitalistas desenvolvidos verificou-se um processo intenso de transformações nos diversos setores da sociedade, envolvendo alterações no processo de produção, nas relações sociais e no papel do estado. Essas transformações foram impulsionadas por um intenso avanço

tecnológico, caracterizado pela introdução de novos materiais e pelo uso da tecnologia microeletrônica, pela descentralização da produção e por mudanças nas formas de gestão do trabalho.

O processo de intensas transformações, chamado de Reestruturação Produtiva, associou-se ao fenômeno da globalização, o qual se refere à rede de produção e troca de mercadorias que se estabelecem em nível mundial e no intercâmbio político, social e cultural entre as diversas nações, atualmente intensificado pelas profundas transformações decorrentes da aplicação das inovações científicas e tecnológicas (SANTOS, 2001).

Esse processo fomentou-se na produtividade, originou-se na busca pela qualidade total de processos e produtos, que se incrementam a partir das inovações tecnológicas, as quais se tornaram elementos-chave para enfrentar a competição mundial, também identificadas nas reformas organizacionais, com o intuito de obter os mesmos resultados a custos mais reduzidos. Além disso, a reestruturação produtiva veio ao encontro do atual foco dos processos produtivos, ou seja, voltado para as necessidades dos clientes e para as flutuações do mercado. Adotou a estratégia de obter produtos de qualidade, em curto prazo de tempo, aliada a políticas de treinamento, capacitação profissional e proteção social, que visaram ao aprimoramento da organização do trabalho, com profissionais de elevado nível de qualificação. Por outro lado, a reestruturação produtiva trouxe o crescimento do número de contratos de trabalho precários, subcontratações, redução dos salários e aumento do desemprego, entre outros malefícios (GOMEZ; THENDIM-COSTA, 1999).

Dessa maneira, a reestruturação produtiva, juntamente com o movimento da globalização e a adoção de políticas neoliberais de ajuste da economia por inúmeros países, teve resultado no descolamento entre crescimento econômico e emprego, com profundas modificações territoriais, demográficas, econômicas e sociais (FRANCO; DRUCK, 1998; RIGOTTO; ALMEIDA, 1998).

O processo de reestruturação produtiva emergiu a partir da década de 1970 em contraposição ao modelo industrial de produção em massa e de organização do trabalho orientado pelo Taylorismo que predominou na produção industrial e influenciou outros setores da economia, desde o início do século passado e fortalecendo-se após a Segunda Guerra Mundial. Esse modelo, também chamado de modelo de desenvolvimento taylorista-fordista, no pós-Segunda-Guerra, nos países capitalistas desenvolvidos, assumiu características que incluíram a garantia de emprego e a participação dos trabalhadores na divisão dos

núcleos das empresas. A reestruturação produtiva que emergiu da crise daquele modelo hegemônico favoreceu a criação de variadas formas de contratação, desde vínculos estáveis nos moldes convencionais ou com diversos níveis de precarização, entre eles os chamados empregos atípicos como, por exemplo, os terceirizados, por tarefas, temporários e em tempo parcial (CAIRE, 1997).

Identifica-se um novo padrão de industrialização, emergindo a produção em lotes, de produtos criados com base nas necessidades do cliente, diferentemente do modelo fordista da produção em massa. Ocorreram mudanças no interior das indústrias, em sua estrutura e tamanho, com externalização de parte do processo de produção e com inovação tecnológica, tendo como consequência a redução da força de trabalho industrial vinculada à empresa (PIRES, 2010).

Nessa nova lógica industrial, observa-se maior intervenção do consumidor no processo produtivo, uma vez que suas necessidades norteiam o planejamento das empresas. As relações de trabalho também sofreram mudanças, o vínculo de trabalho deixa de seguir um padrão, há diversas formas de contratação da mão de obra, o vínculo empregatício tornou-se mais tênue, e os direitos trabalhistas passaram a depender das negociações trabalhistas, da política e legislação estatal vigente em cada região (PIRES, 2008, 2010). Pesquisas observam que esse quadro reforça relações de exploração, as quais são propulsoras da crescente desigualdade e exclusão (SANTOS, 2001).

O processo de industrialização, até os dias atuais, tem produzido impactos no meio ambiente. Para a produção de bens e riquezas, são requeridos matérias-primas, trabalho e tecnologia. Entretanto, ao longo da história, verificou-se que a natureza tem sido vista como uma fonte inesgotável de recursos para os empreendimentos humanos, provendo o consumo de insumos e energia, permitindo a acumulação de capital e o avanço científico-tecnológico guiados pelo mito da inesgotabilidade dos recursos naturais, o que por anos induziu à exploração sem limites (RIGOTTO, 1998; COSTA DIAS et al., 2009).

No cenário atual, observa-se que os capitais produtivos focalizam-se em locais em que possuem condições de comercialização, infraestrutura de telecomunicações e equipamentos sofisticados, bem como dispõem de força de trabalho, apesar de dispendiosa, altamente qualificada, polivalente e com grande diversidade de habilidade. Em contrapartida, voltam também seus investimentos para regiões onde o trabalho é barato, com inferior conteúdo tecnológico, mas com utilização intensiva de matéria-prima e mão de obra (GOMEZ; THENDIM-COSTA, 1999), locais com muitos recursos naturais e

humanos de fácil acesso e exploração.

A exploração da natureza e do trabalhador, gerando a degradação ambiental e o aumento das cargas de trabalho que afetam a saúde dos trabalhadores, tem como consequências as desigualdades sociais e ambientais. Essa realidade tem suscitado discussões acerca da correta apropriação dos recursos naturais, da produção e disposição dos resíduos, bem como críticas ao modelo de desenvolvimento puramente econômico e seus impactos sobre as condições de vida, sobre a saúde e o ambiente, assim como a necessidade de construção de propostas que contemplem, no fazer em saúde, as relações produção/trabalho, ambiente e saúde (CÂMARA; GALVÃO, 1995; FREITAS; PORTO, 2006; COSTA DIAS et al., 2009).

Pires (2008, 2010), a partir de suas pesquisas, resgata o papel da inovação tecnológica no processo de Reestruturação Produtiva, em especial a “substituição da automação rígida, com base técnica na eletromecânica, pelos equipamentos microeletrônicos que são adaptáveis e permitem atender, rapidamente, às flutuações da demanda” (PIRES, 2010, p. 13). Segundo a autora, “a inovação tecnológica não se restringe às tecnologias materiais, mas envolve também mudanças na organização do trabalho, nas relações de trabalho, na estrutura das empresas e na organização do processo produtivo” (PIRES, 2010, p. 14). Entende-se, como Blank (1997, p. 6), que as inovações tecnológicas ou novas tecnologias “podem ser melhor entendidas dinamicamente como um processo sociotécnico”. Qualquer tecnologia é determinada por um “um número complexo de inter-relações – tanto no nível societal quanto no nível das empresas”.

As novas tecnologias abarcam máquinas e equipamentos, bem como o modelo de organização do trabalho (inovações na gestão e nas relações de trabalho). Desse modo, as tecnologias são utilizadas para resolver problemas práticos do cotidiano e incluem tecnologias materiais e não materiais (PAIM, 2005). Assim, as inovações tecnológicas têm o objetivo de gerar diversas transformações no processo de trabalho, geralmente visando auxiliar no processo de trabalho.

Pires (2010, p. 8) analisa que “os estudos divergem quanto às perspectivas de futuro e quanto às consequências positivas e negativas para os trabalhadores no que diz respeito ao uso de inovações tecnológicas”. Alguns apontam mudanças em relação ao modelo taylorista-fordista, “com o surgimento do trabalho em equipe com trabalhadores desenvolvendo múltiplas atividades e intervindo nas diversas fases do processo de produção”, o que permite, inclusive,

diminuir as falhas, construir relações de trabalho mais horizontais e informais. Isso requer trabalhadores com maior escolaridade, com vários domínios e potencialidades e capazes de intervir criativamente no processo de trabalho (PIRES, 2008). Contudo, não é possível, com os achados disponíveis, generalizar, pois há escassez de estudos sobre o impacto das inovações tecnológicas no trabalho em saúde (PIRES, 2008).

Ressalta-se, ainda, que a Reestruturação Produtiva atinge o setor de saúde, o qual é parte do setor de serviços, “compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia, ao mesmo tempo em que tem características específicas. Entretanto, o trabalho em saúde não resulta em um produto material passível de comercialização no mercado”. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (PIRES, 2008, p. 16).

A assistência de saúde pode se dar no cuidado direto dos usuários dos serviços, na realização de um exame, uma orientação, na administração de um fármaco ou na realização de um procedimento, entre outros. Dessa forma, essa modalidade de trabalho é desempenhada por diversos profissionais ou trabalhadores treinados, no âmbito de uma instituição de saúde (unidades básicas, hospitais, consultórios, clínicas, entre outros) com a finalidade de assistir as necessidades de saúde de um indivíduo, grupo de indivíduos ou coletividades (PIRES, 2010, p. 16).

Tem-se observado no setor saúde a diversificação das formas de contratação e de trabalho no setor, com ampliação da terceirização, sobretudo nos hospitais, o trabalho assalariado e mais espaço para o trabalho autônomo e para o trabalho por prestação de serviço – grupos cooperativos ou empresas podem ter contrato de prestação de serviço com as instituições. Também se identifica a precarização do trabalho, evidenciado no surgimento de contratos temporários ou contratos para realização de determinadas atividades, sem garantias trabalhistas (PIRES, 2008, 2010).

Ainda, evidencia-se o uso intensivo de equipamentos considerados de tecnologia de ponta, com o intuito de melhorar a confiabilidade das ações de diagnóstico e terapêuticas. Estas visam ao aumento do rendimento do trabalho, ampliação dos serviços, sem necessidade de aumento da força de trabalho (OFFE, 1991; PIRES,

2010). Além disso, permitem a realização de procedimentos de forma menos invasiva, o que reduz o tempo de recuperação dos usuários e reduz a incidência de complicações.

Pires (2010) traz ainda a tendência da ampliação do autosserviço, no qual os indivíduos com problemas de saúde passam a ter de assumir o controle da evolução do seu adoecimento, bem como a responsabilidade com seu tratamento, o que foi possibilitado pela maior disponibilização de equipamentos, procedimentos e recursos em saúde – controle de sinais vitais, bioquímica do sangue e condições hormonais, aplicação de medicamentos e curativos pelo próprio paciente como, por exemplo, portadores de hipertensão arterial, entre outros.

Em relação à qualificação dos trabalhadores, “tanto pode ser utilizado um trabalho mais qualificado para permitir a realização de um trabalho criativo e eficiente e não apenas mecânico” quanto “pode aumentar o parcelamento do trabalho e a utilização de trabalho desqualificado” – cumprir tarefas delegadas (PIRES, 2010, p. 17).

2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR E CARGAS DE TRABALHO

O processo saúde-doença dos trabalhadores, como e por que adoecem e morrem, tem forte relação com as condições de trabalho e com o modo de organização da produção e da vida social nos diversos contextos históricos.

Desde o Antigo Egito, já se reconhece a existência de doenças associadas ao trabalho. Sem que se possa apontar com precisão a data de sua origem, sabe-se da existência de textos judaicos que apresentavam normas, nas quais constavam preocupações com as relações potencialmente danosas do ambiente de trabalho (MENDES et al., 2003).

Na modernidade, a preocupação com a relação entre as doenças e as atividades laborais ganhou muitos colaboradores. Destaca-se como precursor Ramazzini (1633-1714), médico e professor italiano, que escreveu o primeiro tratado completo sobre as doenças do trabalho e um dos primeiros a estudar as relações entre o estado de saúde de uma população e suas condições sociais; salienta-se, assim, sua visão sobre a determinação social da doença. Além disso, sistematizou e classificou as doenças segundo a natureza e o nexo com o trabalho e realizou perfis epidemiológicos por meio da análise da distribuição das doenças, conforme a ocupação/profissão (MENDES et al., 2003).

No entanto, a prevenção de agressões contra a saúde e a

integridade física, associadas ao trabalho, surgiu somente com a incorporação do paradigma da medicina social do século XIX, que reconhece as condições de trabalho como um dos aspectos importantes das condições de vida, relação magistralmente descrita no estudo de Engels sobre a realidade da Inglaterra nessa época (ENGELS, 1985).

No Brasil, o início da identificação e do registro documental de problemas relacionados à saúde do trabalhador data do século XIX, mas a incorporação desta temática a investigações de caráter científico ocorreu somente mais tarde, nas escolas médicas. O interesse pela saúde dos trabalhadores intensificou-se, passando-se a identificar que as condições de trabalho, as longas, penosas e/ou perigosas jornadas de trabalho e os ambientes impróprios, são capazes de produzir graves danos à saúde dos trabalhadores.

No século XX, o conhecimento sobre essa temática floresceu, não apenas por força do desenvolvimento científico da medicina e da saúde pública, mas também das chamadas áreas tecnológicas como a engenharia da segurança e higiene do trabalho, a toxicologia e a ergonomia, incorporando definitivamente o modelo da saúde do trabalhador, em consonância à saúde pública e à saúde coletiva (SANTANA, 2006).

Inicialmente e com a atuação do Estado no espaço do trabalho sustentou-se nas concepções dominantes sobre a causalidade das doenças. Assim, 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).

A Medicina do Trabalho já possui uma visão eminentemente biológica e individual, que percebe a doença e os acidentes de trabalho como oriundos do espaço restrito da fábrica e como uma relação unívoca e unicausal, restringindo sua ação ao tratamento das doenças (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Desse modo, Mendes (1980) afirma que a Medicina do Trabalho cresceu sob a influência do unicausalismo, seu objeto primeiro são os acidentes de trabalho e as doenças profissionais relacionadas a um agente nocivo específico encontrado em determinado ambiente de trabalho.

A Saúde Ocupacional avança numa proposta interdisciplinar, com base na Higiene Industrial, relacionando ambiente de trabalho-corpo do trabalhador. Incorpora a teoria da multicausalidade, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada

através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeito. Contudo, os agentes/riscos são assumidos como peculiaridades "naturalizadas" de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam em sua origem, repetem-se, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, restringem-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Enfatiza-se a utilização de equipamentos de proteção individual, em detrimento dos que poderiam significar a proteção coletiva; normatizam-se formas de trabalhar consideradas seguras, o que, em determinadas circunstâncias, conforma apenas um quadro de prevenção simbólica. Assumida essa perspectiva, são imputados aos trabalhadores os ônus por acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência, caracterizando uma dupla penalização (MACHADO, MINAYO-GOMEZ, 1995).

Autores resgatam que, somente a partir da década de 80, surgiram as primeiras ações de saúde pública voltadas à saúde do trabalhador, com equipes e serviços especializados em estreita integração com o movimento sindical (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 1997, 2007).

O campo da saúde do trabalhador surgiu no Brasil, com o compromisso de mudar o complexo quadro de saúde da população trabalhadora. Suas origens são marcadas por movimentos sociais em resposta às dificuldades encontradas na relação dos trabalhadores com as empresas e/ou Estado. A Saúde do Trabalhador aparece como foco emergente na luta por democracia, cidadania e maior autonomia dos trabalhadores na organização dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Anteriormente à constituição do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil, os estudos que articulavam saúde e trabalho vinculavam-se predominantemente à Medicina do Trabalho e à Saúde Ocupacional. Estas, no entanto, não apresentavam instrumentos para lidar com a chamada "organização do trabalho", ou seja, os ritmos, as hierarquias, os turnos, divisão do trabalho, entre outros. Além disso, essas abordagens propunham uma ação voltada, de maneira específica, ao indivíduo, seja no diagnóstico, seja no tratamento de problemas orgânicos, revelando seu caráter marcadamente positivista. No campo de saúde do trabalhador, o impacto do trabalho sobre o corpo do indivíduo não é desconsiderado, mas, para além disso, resgata-se a abordagem da subjetividade dos indivíduos, seu saber e percepções a respeito de suas atividades, ambiente e relações de trabalho (LACAZ, 1996).

Autores defendem que tanto a Medicina do Trabalho quanto a Saúde Ocupacional restringem-se à visão sobre o modo de adoecer e

morrem em virtude dos agentes patogênicos de natureza física, química e biológica presentes nos ambientes de trabalho, onde o trabalhador e hospedeiro com eles interage (MENDES, 1980).

Lacaz (2007) esclarece que a Saúde do Trabalhador é o campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico e metodológico, no cenário brasileiro, emergiu da Saúde Coletiva, buscando conhecer e intervir nas relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de novo ator social, a classe operária industrial, em uma sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas e sociais. Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, a Saúde do Trabalhador tem por objetivo superá-los, identificando-se com conceitos originários de discursos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença, pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer e morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos (LACAZ, 1996).

Na atualidade, o processo de Reestruturação Produtiva em curso, também chamado de Terceira Revolução Industrial, entendido como nova forma de produzir, viabilizada pelos avanços tecnológicos e mudanças no papel do Estado e nas relações entre os países, tem gerado mudanças na vida e nas relações entre indivíduos e sociedades e, por consequência, no viver e adoecer das pessoas. O processo da Reestruturação Produtiva tem modificado substancialmente o perfil do trabalho e dos trabalhadores, influenciando os determinantes da saúde-doença desses indivíduos e o quadro da morbidade e mortalidade relacionado ao labor, assim como a organização e as práticas em saúde e segurança no trabalho (DIAS, 2000).

As principais consequências desse processo de transformação são a diminuição dos postos de trabalho, o desemprego, o aumento das exigências e qualificação, reforçando a exclusão dos menos qualificados, crescimento do setor informal, precarização do trabalho, e mudanças na legislação trabalhista que disciplina as relações de trabalho (DIAS, 2000; PIRES, 2008).

No Brasil, somente em 1990, elabora-se a Lei nº 8.080, incorporada à nova Lei Orgânica de Saúde – que define a Saúde do Trabalhador –, dentro das competências do SUS, como:

[...] um conjunto de atividades que se destinam, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à

recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

A divisão social e técnica do trabalho implementada em novos modelos gerenciais enseja a fragmentação do processo produtivo, transferindo as tarefas mais insalubres – atividades pesadas, perigosas, entre outras – para as empresas terceirizadas ou quarteirizadas, o que, para alguns pesquisadores, leva à maior exposição de trabalhadores menos qualificados e mais vulneráveis, crianças, portadores de deficiência e mulheres, aos riscos do trabalho e também dificulta o controle das condições de saúde e segurança (DIAS, 2000; FERREIRA JÚNIOR, 2000).

Com vistas ao aumento da produtividade, melhoria da qualidade e diminuição dos custos, norteados pela competitividade dos mercados, esse processo afeta os países centrais e periféricos.

A Saúde do Trabalhador, no cenário da Reestruturação Produtiva do Trabalho, sofre influências da combinação das inovações tecnológicas e dos novos modelos gerenciais, os quais vêm repercutindo no aumento ou na diminuição das cargas de trabalho (PIRES, 2008). A Saúde do Trabalhador diferencia-se em momentos e regiões, dentro de um mesmo país, contextualizada conforme as peculiaridades das atividades laborais. Entretanto, permanece o princípio básico de reconhecer os trabalhadores por seus saberes e singularidades, e também se faz necessário questionar as alterações dos processos de trabalho, a adoção de novas tecnologias e exercitar o direito desse sujeito a informações e a adoção de medidas de proteção, prevenção e recuperação de sua saúde, visando à humanização do trabalho (ODDONE, 1986; BRASIL, 2005).

Na área da saúde, o processo de Reestruturação Produtiva tem forte impacto, inclusive sobre a saúde dos trabalhadores. O uso de inovações tecnológicas tem facilitado o trabalho provocando, muitas vezes, menor desgaste da força de trabalho, mas pode também, aumentar as cargas de trabalho (PIRES, 2008). São diversificadas as consequências negativas à saúde dos trabalhadores, que vêm sendo estudadas por diferentes pesquisadores. Além disso, o aumento da precarização do trabalho também é visualizado nesse setor, bem como as consequências desta nas condições de vida e trabalho dos profissionais de saúde.

Dessa maneira, a Saúde do Trabalhador tem como desafio

articular diferentes ações, com base em um referencial teórico e com instrumentos que resgatem e integrem as dimensões individual, coletiva, técnica e política envolvidas nas condições de vida e trabalho dos indivíduos e coletividades. Necessita-se, dessa forma, da integralidade das práticas, associação das ações preventivas e curativas, atuação transdisciplinar e interinstitucional, dinamismo no entendimento e intervenção nos processos produtivos em razão das constantes, dinâmicas e complexas transformações, bem como a participação dos trabalhadores, como sujeitos singulares nas ações de saúde (DIAS, 2000; MENDES et al., 2003).

2.3.1 Cargas de trabalho

No processo de trabalho, estão implícitas as necessidades geradoras do trabalho, o cenário histórico-social no qual este se realiza, os meios de produção disponíveis, a capacitação e perfil da força de trabalho, assim como as condições de trabalho e as relações que se estabelecem no seu exercício, além do trabalho em si. Esses aspectos podem afetar positiva ou negativamente os trabalhadores, contribuindo para maior satisfação no trabalho e seu exercício em condições protetoras ou promotoras de saúde, com redução das cargas de trabalho e ou, em sentido oposto, promovendo desgaste que pode gerar insatisfação, aumento das cargas de trabalho, adoecimento, acidentes ou morte do trabalhador (PIRES, 2010).

A revisão da literatura permitiu identificar que, apesar dos termos carga de trabalho e cargas de trabalho apresentarem grafias semelhantes, traduzem abordagens diferentes. O termo cargas de trabalho – cargas físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas – diz respeito às condições de trabalho a que o profissional está submetido, enquanto que o termo carga de trabalho é visto pela ótica do dimensionamento de pessoal, como quantidade de trabalho, constituindo-se uma variável do dimensionamento.

O que se observa, portanto, é uma diversidade de entendimentos sobre cargas de trabalho, ou seja, em alguns estudos, a carga de trabalho é entendida como algo mensurável, principalmente nos estudos que consideram esse item como um dos requisitos para o dimensionamento de pessoal, utilizando instrumentos próprios para a sua mensuração. Outros estudos entendem cargas de trabalho na perspectiva da saúde do trabalhador, relacionando com as condições de trabalho (LAURELL,

1983). No âmbito desta pesquisa, buscou-se essa última perspectiva, com vistas a analisar a influência das inovações tecnológicas na saúde dos profissionais de saúde, relacionando inovações com cargas de trabalho.

A expressão cargas de trabalho tem sido utilizada na literatura por autores das diferentes áreas, constitui-se uma alternativa ao referencial de risco utilizado pela medicina do trabalho, pela engenharia, psicologia, ergologia, entre outros. Neste estudo, utiliza-se o sentido formulado por Laurell e Noriega (1989), os quais buscam caracterizar e definir cargas de trabalho, tendo como cenário o Materialismo Histórico Dialético, também utilizado nesta pesquisa.

A medicina do trabalho, especialidade médica surgida na Inglaterra no bojo da Revolução Industrial do século XIX, estruturou-se pela orientação do paradigma positivista de ciência e, predominantemente, para atender às necessidades do capital de disponibilidade de força de trabalho apta para mover o processo produtivo. A preocupação de prover serviços médicos aos trabalhadores se reflete na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e influencia a formulação das primeiras recomendações de proteção à saúde dos trabalhadores, as quais acabam orientando ações em diversos países. O modelo de intervenção é individual e baseado na avaliação quantitativa dos riscos ambientais e na teoria mono ou multicausal dos acidentes e das doenças do trabalho (MENDES et al., 2003).

A crítica à medicina do trabalho surgiu no contexto acadêmico no cenário das mobilizações sociais e operárias do fim dos anos 1960, na Europa. A crítica se sustenta, de um lado, nos questionamentos ao paradigma positivista de ciência e sua interpretação dos problemas de saúde com base na identificação do agente etiológico e de lesões típicas, definidas como acidentes de trabalho. Os limites desse modelo e as críticas ao paradigma positivista de ciência abriram espaço para novas teorias. Nesse contexto, originou-se a saúde do trabalhador que

[...] rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre a doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e tenta superar o enfoque que situa sua determinação no social, reduzido ao processo produtivo, desconsiderando a subjetividade (MENDES; DIAS, 1991, p. 347).

O paradigma da saúde do trabalhador também é originário do

movimento sindical, destacando-se o debate ocorrido no seio da classe operária italiana buscando relacionar saúde, doença e trabalho. Nesse empreendimento, é construído o chamado MOI, o qual utiliza a noção de ambiente de trabalho e a análise concreta do conjunto das condições de produção, que, com base no modo de produção capitalista, movimentam a força de trabalho e instrumentos para a transformação de mercadorias em novas mercadorias e lucro. O grande avanço desse modelo é a reordenação dos fatores de risco e sua relação direta com a experiência operária na fábrica.

Assim como o MOI, o referencial de cargas de trabalho busca melhor compreender as relações entre saúde e trabalho em uma perspectiva ampla e crítica, destacando na análise do processo de trabalho, os elementos que levam o indivíduo a desenvolver “processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entendido como perdas na sua capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110).

Outros autores definem as cargas de trabalho como o conjunto de esforços desenvolvidos para atender às exigências das tarefas, abrangendo os esforços físicos, cognitivos e os emocionais (SELIGMANN-SILVA, 1994). Podem ser definidas também como os elementos presentes no trabalho que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador, em um processo dinâmico o qual pode desencadear alterações nos processos biopsíquicos, que podem manifestar-se como desgastes físicos e psíquicos potenciais ou efetivamente apresentados (LAURELL; NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1993).

Ainda, as cargas de trabalho podem ser entendidas como os elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, os quais não atuam isoladamente, mas em combinação com outras cargas que determinam a condição na qual o trabalhador enfrenta a lógica global do processo de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989). No contexto dessas considerações, é possível perceber que a carga de trabalho como “sobrecarga” de trabalho interfere diretamente no processo de desgaste laboral, tendo relação com as condições de trabalho.

Destaca-se que a análise do processo de trabalho envolvendo características dos diferentes objetos de trabalho, instrumentos, organização e divisão do trabalho que têm potencialidade de interferir na dinâmica física e psíquica do corpo do trabalhador possibilita o melhor entendimento acerca do conceito de carga de trabalho (LAURELL, 1983; FACCHINI, 1993).

Os estudiosos da saúde dos trabalhadores nessa abordagem referem que, para melhor compreender as cargas de trabalho, é

necessário classificá-las, podendo ser agrupadas em cargas físicas, químicas, biológica\orgânica, mecânicas, fisiológicas e psíquicas (LAURELL; NORIEGA, 1989; FACCHINI, 1993).

Segundo Facchini (1993), as cargas físicas são derivadas, sobretudo, das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho e caracterizam um determinado ambiente de trabalho que interage cotidianamente com o trabalhador, por exemplo, o ruído e as vibrações, a temperatura, a umidade, a ventilação e a iluminação natural e artificial.

As cargas químicas derivam, em especial, do objeto de trabalho e dos meios auxiliares envolvidos em sua transformação, caracterizam o ambiente de trabalho e sua interação cotidiana com o trabalhador. Nesse grupo, encontramos todas as substâncias químicas presentes como pós/poeiras, fumaças, gases, vapores, pastas ou líquidos.

Ainda, são derivadas do objeto de trabalho e das condições de higiene ambiental as cargas orgânicas, as quais incluem qualquer organismo animal ou vegetal que possa determinar danos à saúde do trabalhador como, por exemplo, bactérias, vírus, fungos, parasitas.

Já as cargas mecânicas são derivadas principalmente da tecnologia do trabalho, em virtude da sua operação ou manutenção, dos materiais soltos do ambiente, do próprio objeto de trabalho, em particular das condições de instalação e manutenção dos meios de produção. Essas cargas, ao interagir com o trabalhador, representam exigências (riscos) à sua integridade biopsicossocial.

Restam também as cargas fisiológicas e psíquicas. As primeiras são oriundas das diversas maneiras de realizar a atividade ocupacional e são constituídas por elementos como esforço físico ou visual, deslocamentos e movimentos exigidos pelas tarefas, espaço de trabalho disponível, posições assumidas em sua execução, horas extras ou intensificação do trabalho, jornadas prolongadas, assim como turnos noturnos e rotativos. Por fim, as cargas psíquicas são constituídas por elementos que, acima de tudo, são fontes de estresse. Nesse sentido, pode-se considerar que essas cargas se relacionam com todos os elementos do processo de trabalho e, portanto, com as demais cargas de trabalho. No entanto, em termos mais específicos, a principal fonte pode ser localizada na forma e dinâmica da organização e divisão do trabalho. Para Laurell e Noriega (1989), essas últimas cargas não podem ser identificadas senão em relação com o corpo, sua materialidade está nos processos corporais transformados, ou seja, na corporeidade humana.

Ressalta-se que as cargas psíquicas são pensadas, sobretudo em razão das suas manifestações somáticas, podendo ser provisoriamente divididas em 2 grupos. Um abrange tudo aquilo que ocasiona a

sobrecarga psíquica (situações de tensão prolongada), e um segundo grupo refere-se à subcarga psíquica, ou seja, às impossibilidades do trabalhador em desenvolver e fazer uso das capacidades psíquicas. Essas cargas são socialmente produzidas e não podem ser entendidas como “riscos” isolados, ou abstratos. Isso também é válido para as demais cargas, incluindo aquelas que têm materialidades externa à corporeidade humana (LAURELL; NORIEGA, 1989).

Após a classificação das cargas, é necessário entendê-las na sua relação com o processo de trabalho. Lembra-se que as cargas de trabalho são dinâmicas e interagem potencializando-se, estão presentes no processo de trabalho e levam ao desgaste do trabalhador. Podem atingir um único trabalhador, parte do grupo de trabalho ou toda a coletividade do universo laboral.

Dessa forma, entendem-se as cargas de trabalho como os elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador as quais não atuam de forma isolada, mas em combinação com outras cargas que determinam a condição na qual o trabalhador enfrenta a lógica global do processo de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

O desgaste é entendido como processo negativo, originado pela interação dinâmica das cargas, nos processos biopsíquicos humanos. Ele é definido como a perda da capacidade efetiva e ou potencial, biológica e psíquica. É construído historicamente e sua noção não se refere necessariamente a processos irreversíveis, já que, com frequência, podem ser recuperadas as capacidades dos indivíduos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As cargas de trabalho têm origem na maneira específica como se articulam a base técnica e a organização e divisão do trabalho, o que permite destacar as particularidades de cada processo de trabalho concreto e extrair as características gerais das cargas e dos processos de desgaste das diferentes etapas do processo de produção capitalista (LAURELL; NORIEGA, 1989).

2.3.2 Saúde e adoecimento dos trabalhadores

O processo de trabalho dos profissionais de saúde visa à ação terapêutica e preservar a saúde, prevenir ou curar as doenças que acometem os indivíduos ou grupos. Como instrumentos de trabalho, utilizam as condutas norteadas pelos conhecimentos, ou seja, saberes de saúde, e o trabalho no setor tem como produto final a própria prestação

de assistência que é produzida ao mesmo tempo que é consumida (PIRES, 1996).

O trabalho em saúde é parte do setor de serviços, e as atividades assistenciais têm características do trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua produção, envolve um trabalho profissional, realizado por trabalhadores que dominam conhecimentos e técnicas específicas, visando assistir o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer (PIRES, 1999). Esses trabalhadores possuem contato direto e intenso com outros seres humanos, em sua maior parte acometidos pela doença. Dessa forma, cuidar exige tensão emocional constante, atenção perene e grandes responsabilidades (CODO; GAZZOTTI, 1999).

Os trabalhadores da saúde estão expostos a inúmeras circunstâncias desgastantes presentes em seu cotidiano laboral, apresentam-se mais vulneráveis ao adoecimento, que se somam, muitas vezes, a condições de trabalho insalubres e penosas, as quais provêm da permanente exposição a um ou mais fatores produtores de doenças ou sofrimento, decorrentes da própria natureza do trabalho e de sua organização, que são evidenciados por sinais e sintomas orgânicos e psíquicos inespecíficos (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994). Nesse sentido, destacam-se os profissionais de enfermagem pela sua estreita proximidade com os usuários e pela permanência continuada nos serviços de saúde. Esses profissionais desenvolvem um trabalho considerado essencial a vida, e, no Brasil, os serviços de enfermagem estão presentes quase na totalidade das instituições de saúde (PIRES et al., 2010).

Os resultados do sofrimento no trabalho vão manifestar-se de várias maneiras, conforme as formas de enfrentamento – emocionais e ou cognitivas – dos profissionais, podendo ocasionar uma série de sintomas físicos e ou psíquicos e, na maioria das vezes, levam a um endurecimento emocional (MASLACH; JACKSON, 1981).

Quando o trabalho gera conflito, no qual o trabalhador passa a avaliar-se negativamente em relação ao seu desempenho e satisfação, este perde seu sentido, ocasionando o baixo envolvimento pessoal, causando a despersonalização. Esta ocorre no momento em que o vínculo afetivo é substituído por um racional (MASLACH; JACKSON, 1981), evento marcante nos profissionais que assumem comportamentos cínicos, dissimulados afetivamente ou que desenvolvem uma crítica exacerbada de tudo e dos demais. Essa postura produzirá conflitos nas relações interpessoais, dificuldades e desconforto, e, provavelmente, os principais sentimentos evidenciados serão: ansiedade, melancolia, baixa

autoestima, ou seja, sofrimento psíquico.

Em face do exposto, salientam-se os estudos de psicopatologia do trabalho, dos quais se sobressaem as pesquisas coordenadas por Christophe Dejours. Esses estudos preocupam-se em analisar o sofrimento psíquico, suas estratégias de defesa e a doença como resultante da confrontação dos homens com a organização do trabalho.

Conforme Dejours e seus colaboradores (1994), a organização do trabalho é entendida, por um lado, como a divisão de tarefas entre os trabalhadores, por outro, refere-se à divisão dos homens, estabelecida mediante a repartição das responsabilidades, hierarquias e relações de mando e controle. Caso a organização do trabalho tenha como alvo principal o corpo do trabalhador, ela atuará no nível da vida psíquica. Se o trabalho passa a mobilizar sentimentos ruins no trabalhador, estes podem levá-lo ao sofrimento, compreendido como vivência subjetiva intermediária entre a doença mental e o conforto, ou bem-estar, psíquico (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; DEJOURS, 2006).

Entretanto, os trabalhadores desenvolvem estratégias de enfrentamento individuais e coletivas, capazes de protegê-los, bem como auxiliá-los na elaboração de defesas que escondam ou evitem o sofrimento, não estando completamente sujeitos à influência de problemas decorrentes da organização do trabalho. Apesar de cada sujeito identificar o prazer e o sofrimento de forma singular, uma vez que são experiências subjetivas, é possível que os trabalhadores unidos possam mobilizar esforços coletivamente e construir mecanismos defensivos comuns (MASLACH; JACKSON, 1981).

O risco de sofrimento pode ser canalizado a fim de aumentar a resistência do trabalhador à desestabilização psíquica e social, fazendo o trabalho funcionar como mediador para a saúde (DEJOURS, 2006).

Existem, ainda, outros estudos (ODONE, 1986; LAURELL; NORIEGA, 1989) no campo de saúde do trabalhador que ressaltam o ambiente de trabalho como determinante no desencadeamento do sofrimento.

O trabalho nas instituições de saúde apresenta aspectos muito específicos como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros (ELIAS; NAVARRO, 2006). O trabalho em turnos, a fragmentação das tarefas, o regime de plantões, os baixos salários e a necessidade de duplas jornadas de emprego também são fontes de aumento das cargas de trabalho comuns entre os trabalhadores da saúde, que danificam a saúde desses trabalhadores em curto ou em longo prazo.

Outra pesquisa sobre cargas de trabalho enfatiza que, no

desenvolvimento das atividades, o sujeito trabalhador também é responsável pela manutenção de sua saúde, destaca a importância do autocuidado e o impacto que o estilo de vida tem sobre a qualidade da saúde. Todavia, nem sempre é fácil realizar o autocuidado, uma vez que este requer do sujeito um olhar para si, o que revela limites e fragilidades (TRINDADE et al., 2007). Nesse contexto, destacam-se as ações voltadas para a vigilância dos ambientes laborais, as quais valorizam as crenças, os sentimentos e conhecimentos dos trabalhadores, que são reproduzidos na comunicação e nas práticas, revelando o nível de conscientização dos indivíduos acerca das consequências do ambiente de trabalho para a sua saúde (OLIVEIRA et al., 2009).

No que se refere à saúde dos trabalhadores do setor, evidencia-se a necessidade de detectar precocemente os problemas associados ao trabalho, a fim de instaurar ações preventivas e interventivas que possam amenizar o desgaste e, desta forma, favorecer a qualidade de vida e a assistência prestada. Trindade e Lautert (2010) sugerem o investimento em estratégias organizacionais como programas de promoção da saúde dos trabalhadores, visando a melhorias no ambiente de trabalho, na estrutura dos serviços e a adoção de medidas voltadas para o fortalecimento das relações sociais de apoio à equipe.

Resgata-se, ainda, que, para efetivação de mudanças nos serviços de saúde, é necessário reaproximar os trabalhadores do resultado de seu trabalho e valorizar o orgulho profissional. Nos serviços de saúde, devem ser desenvolvidos mecanismos que favoreçam o envolvimento dos trabalhadores, gestores e usuários de saúde na efetivação das mudanças (CAMPOS, 1997).

3 METODOLOGIA

Este é um estudo de natureza qualitativa, porque se buscou maior aprofundamento e abrangência da compreensão de um grupo social, nesse caso os profissionais de saúde que atuam em modelos assistenciais distintos no cenário da atenção básica brasileira. Nesse tipo de estudo, cabe, também, a pesquisa que busca maior aprofundamento acerca de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (RICHARDSON, 1989; MINAYO, 2000).

Nesta pesquisa, os fatos foram estudados em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos quanto às significações que as pessoas trazem para eles (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Como suporte para a investigação, foi utilizado o Materialismo Histórico Dialético e as contribuições oriundas dos estudos acerca do processo de trabalho em saúde. Como referencial teórico e metodológico, o Materialismo Histórico Dialético permite apropriar-se da forma como ocorrem as relações humanas, o melhor entendimento dos sentidos e qualidades humanas (MARX, 1974).

Ressalta-se o Materialismo Histórico como um conjunto de teorias científico-metodológicas que enfatiza, com base nas concepções marxistas, a dimensão das relações socioeconômicas entre os indivíduos e os grupos humanos, desvelando os determinantes da história social e política (TURATO, 2003). Pesquisadores defendem que a Dialética do Materialismo Histórico é a que melhor responde às necessidades metodológicas da pesquisa social, por vincular a teoria à prática, sobretudo pelo tipo de realidade que encontram no campo da saúde (MINAYO, 2000; TURATO, 2003).

3.1 O CAMPO E OS SUJEITOS DO ESTUDO

O campo de estudo foi a 7ª Regional de Saúde (RS), localizada na Região Sudoeste do Paraná, com equipes de Saúde da Família e equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que seguem o modelo tradicional de atenção à saúde.

O trabalho de campo permite obter conhecimentos e informações sobre o objeto de estudo, produção de dados primários e a captação de outros materiais que balizem a dimensão e o sentido das atividades (MARCONI; LAKATOS, 1999; DESLANDES, 2005).

Para seleção dos sujeitos, foi utilizada a amostragem intencional, a qual é um tipo de amostragem não probabilística, que consiste em selecionar um subgrupo de população que, com base nas informações disponíveis, pode ser considerado representativo de toda a população. A amostragem intencional também tem limites pelos riscos de manipulação dos dados ou de direcionamento da escolha aos interesses do pesquisador (TRIVIÑOS, 2001; BOWLING, 2003).

Nesse sentido, foram selecionadas, intencionalmente, 3 equipes de ESF referenciadas pela chefia da 7ª RS como equipes que desempenham um trabalho de destaque, no sentido de buscar seguir, ao máximo, o que preconiza o MS para o trabalho nesse modelo assistencial, a fim de tipificar a característica de inovação tecnológica de organização do trabalho em saúde no âmbito da atenção básica. Buscando-se pareamento com as equipes de ESF, selecionaram-se, igualmente, 3 equipes da atenção básica, também referenciadas por prestar assistência apropriada, para tipificar o modelo tradicional de atenção baseado na biomedicina.

Com vistas a minimizar os riscos e vieses, foram definidos critérios explícitos para a seleção da amostra: selecionar serviços considerados de boa qualidade, segundo os critérios da gerência da 7ª RS; incluir somente profissionais de saúde, desse modo, foram excluídos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os trabalhadores do setor administrativo e de limpeza; incluir número igual de profissionais dos 2 modelos assistenciais; inclusão de unidades básicas de saúde que mantenham o modelo tradicional e unidades que atuem no modelo da ESF; inclusão somente de equipes de ESF com, no mínimo, a equipe mínima completa preconizada pelo MS. Ainda, foram excluídas as unidades mistas – com presença dos 2 modelos assistenciais.

Dessa maneira, participaram da pesquisa 22 sujeitos, sendo 11 profissionais da ESF – 3 médicos(as), 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 dentista e 1 técnica em higiene dental – e 11 profissionais de unidades de atenção básica do modelo tradicional – 3 médicos(as), 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 dentista e 1 técnica em higiene dental). Na coleta de dados, considerou a saturação como critério de suficiência da amostra.

3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, foram utilizados 3 técnicas: a pesquisa

documental, entrevista individual semiestruturada e grupos focais. A triangulação na coleta e análise dos dados é bastante utilizada na pesquisa qualitativa e foi escolhida com vistas a aprofundar os conhecimentos acerca das influências dos modelos assistenciais sobre as cargas de trabalho que acometem os trabalhadores da atenção básica de saúde no Sudoeste do Paraná. A opção pela triangulação possibilita a percepção de fenômenos complexos, uma vez que os dados são acessados por intermédio de fontes diversas, permitindo compreensão mais global do que é investigado (TRIVIÑOS, 2001; MARTHA; SOUSA; MENDES, 2007).

Os instrumentos foram definidos conforme os objetivos do estudo, visando que fossem capazes de permitir a compreensão das relações, dos movimentos, das percepções e interpretações, entre outros aspectos, do objeto de pesquisa. As entrevistas foram realizadas oralmente, com o auxílio de um gravador, e os registros dos dados coletados foram transcritos na íntegra, com o intuito de preservar a legitimidade das informações. O uso do gravador é recomendado na realização de entrevistas dessa natureza, a fim de seja ampliado o poder de registro e captação dos elementos significativos de comunicação, dúvidas ou entonação da voz, pausas de reflexão, aprimorando a compreensão do que foi falado (SCHRAIBER, 1995).

A **análise documental** auxiliou na compreensão dos modelos assistenciais, bem como na compreensão do processo de trabalho dos profissionais. Assim, foram analisadas as normas e rotinas das instituições, divisão do trabalho e formas de organização e gestão do trabalho.

As **entrevistas semiestruturadas** (Apêndice A) foram realizadas com os profissionais de saúde das equipes selecionadas e representativas dos 2 modelos assistenciais, buscando:

a) as informações relativas ao trabalho dos profissionais de saúde, nas unidades estudadas, entendendo-o como parte da estrutura organizacional da instituição e do macrocenário político-social do Sudoeste do Paraná;

b) identificar a composição da equipe e a caracterização das práticas assistenciais dirigidas aos usuários;

c) identificar a organização e divisão do trabalho na equipe;

d) caracterizar os 2 modelos assistenciais e sua influência na saúde dos profissionais de saúde, com base nas expressões dos profissionais mencionadas nas entrevistas e no grupo focal.

Para maior confiabilidade no roteiro de entrevista, foi realizado um teste do instrumento com profissionais que atuavam nos 2 modelos

assistenciais. Os sujeitos que compuseram a amostra também foram incluídos pelo critério de intencionalidade, considerando-se: incluir trabalhadores de diferentes categorias profissionais, no mínimo componentes da equipe de enfermagem e médicos(as); ter no mínimo um ano de atuação nas equipes; buscar incluir profissionais com maior tempo de atuação nos dois modelos.

Com o objetivo de aprofundar e melhor esclarecer os dados obtidos nas etapas anteriores, foram realizados **grupos focais**, um com representantes das unidades básicas que seguem o modelo tradicional biomédico de atenção e outro com membros das ESF. A técnica de grupo focal é largamente utilizada em pesquisa qualitativa e tem sido internacionalmente utilizada em pesquisas e ações do campo da saúde pública. É uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e cultural; na sessão grupal, os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). Essa técnica constitui-se um tipo de entrevista ou conversa com grupos pequenos, homogêneos, utilizado de forma planejada para obter informações importantes sobre o tema estudado. Essa técnica de coleta de dados permite compreender as opiniões e atitudes construídas pela interação entre os indivíduos, algo próprio da natureza humana (MINAYO et al., 2005).

Basicamente, o grupo focal pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo em que se alternam perguntas do pesquisador e resposta dos participantes. De maneira diferente, a essência do grupo focal consiste justamente em se apoiar na interação entre seus participantes, para colher dados com base em tópicos que são fornecidos pelo pesquisador (moderador do grupo) (CARLINI-COTRIM, 1996; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Para a melhor construção do roteiro para o grupo focal, primeiro foram analisadas as entrevistas e, tomando como base essa análise, foram formuladas questões norteadoras, com vistas a permitir a condução do grupo para validação e/ou ajustes, ou até exclusão de dados não procedentes. Com os grupos focais, buscou-se provocar os trabalhadores quanto à temática, focalizar e fomentar a discussão, bem como aprofundar e analisar os achados. Os temas centrais foram: fontes de satisfação e redução das cargas de trabalho dos profissionais e fontes de insatisfação e aumento das cargas de trabalho. Foram realizadas 3 sessões com o grupo focal formado por uma equipe da ESF e mais 3 sessões com uma equipe tradicional, cada sessão durou, em média, 1h30min, totalizando, em média, 4h30min. O número de

entrevistas e de sessões do grupo focal foi considerado satisfatório quando as informações deixaram de acrescentar dados novos – saturação de dados.

Os dados foram coletados no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011, totalizando quatro meses de coleta de dados.

3.3 A ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados, foi utilizado de modo combinado a Análise Temática de Conteúdo de Bardin (1979) e os recursos do software Atlas Ti 5.0 (2008). Os dados obtidos nas entrevistas e grupos focais, assim como a análise resultante dos documentos selecionados foram transcritos e colocados no Atlas Ti.

Cada entrevista, relatório do grupo focal e análise de documento foram tratados de maneira individual e definidos como *documents*, na linguagem do Atlas Ti (2008). O software permite a inclusão de textos, materiais de áudio e vídeo, considerados documentos primários, os quais são vinculados à unidade básica de documentos hermenêuticos documentos, os quais foram uma *Unidade Hermenêutica*, que recebem automaticamente um "número serial" e um prefixo antes do nome original.

No processo de transcrição e redação, realizou-se, de início, uma leitura flutuante exaustiva dos 26 *documents* os quais passaram a integrar a “unidade hermenêutica” que inclui o conjunto dos dados da pesquisa.

Posteriormente, foi feita uma releitura do conjunto dos documentos, identificando as categorias significativas, denominadas *codes*, associando-as às citações oriundas das falas dos sujeitos ou a uma ideia significativa percebida na análise documental. Na fase seguinte, foi realizada uma associação dessas categorias iniciais, subcategorias, a fim de criar macro- categorias relevantes para o objetivo desta pesquisa, as quais deram origem a 3 artigos que sintetizaram: a influência do modelo da ESF nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde; a influência do modelo assistencial tradicional nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde; implicações dos 2 modelos assistenciais nas cargas de trabalho.

As categorias foram analisadas com base no referencial teórico definido para esta pesquisa, e o processo de coleta e análise dos dados ocorreu conforme definição de Triviños (2001). Esse autor registra que,

no processo de pesquisa qualitativa, ocorre uma interação dinâmica, com retroalimentação e reformulações sempre que necessárias. Dessa maneira, os dados obtidos neste estudo, por meio de diversos instrumentos de coleta, foram articulados, algumas vezes redirecionando a trajetória inicialmente traçada.

Além disso, é importante registrar a utilização do recurso de triangulação metodológica a qual foi bastante útil para melhorar a compreensão e a observação da realidade estudada. A triangulação relativiza a fragmentação, potencializando a capacidade dialógica das expressões dos diferentes sujeitos (MINAYO et al., 2005). Esse processo requer que os métodos, as técnicas e estratégias sejam triangulados com precisão científica, ou seja, levando em consideração as especificidades e adequação de cada um ao processo de avaliação, de forma distinta e, ao mesmo tempo, combinada (MINAYO et al., 2005).

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, conforme o que preconizam as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, por intermédio da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, 2009).

O projeto foi submetido e aprovado, sob número 971 (Anexo A e Anexo B – Parecer substanciado) pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Ufsc), o qual é um órgão institucional que tem como objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Ainda, foi assinado pela Regional de Saúde um documento de liberação para coleta de dados (Anexo C).

Todos os cuidados com vistas a preservar o anonimato dos sujeitos, o respeito ao direito de participar e de sair em qualquer momento da pesquisa, assim como de compreender os objetivos desta foram respeitados. Um dos elementos utilizados foi a solicitação para a garantia dos direitos dos sujeitos envolvidos na pesquisa com a assinatura do termo de consentimento pós-informado (Apêndice B). As falas dos sujeitos utilizadas no texto foram identificadas por meio da denominação da categoria profissional – médico, enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de consultório odontológico –, da sigla ESF ou ABT – quando necessário –, e o do número de ordem.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos achados da pesquisa está organizada, neste capítulo, em três partes. Na primeira tem-se a apresentação do cenário estudado e dos sujeitos que participaram da pesquisa, e na segunda são apresentados os resultados do estudo no formato de três artigos, esses conforme a Instrução Normativa 10/PEN/201q de 15 de junho de 2011, que dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão de Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Essa exige que os resultados das teses sejam apresentados na forma de no mínimo 3 manuscritos, sendo que um destes poderá ser resultado de um estudo bibliográfico.

Dentre os manuscritos apresentados na segunda parte do capítulo, o primeiro discute as fontes de satisfação e redução da carga de trabalho e as fontes de insatisfação e aumento das cargas dos profissionais de saúde da ESF; o segundo, com o mesmo objetivo, trata das equipes da Atenção Básica Tradicional (ABT); e o terceiro discorre o impacto de ambos os modelos assistências nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde, buscando refletir os aspectos/características convergentes e divergentes entre os dois modelos, em relação às cargas de trabalho.

Na terceira parte do capítulo são apresentados três manuscritos diretamente relacionados com a tese e que foram produzidos em co-autoria com outros pesquisadores e já encaminhados para avaliação e publicação em periódicos científicos. Para apresentação dos mesmos foi solicitado a autorização dos demais autores. Esses auxiliaram no aprofundamento da pesquisa. Um trata-se de uma revisão integrativa dos estudos publicados nos últimos treze anos sobre reestruturação produtiva, com ênfase no marco teórico/conceitual utilizado nas produções, outro oportunizou conhecer a produção latino-americana sobre cargas de trabalho e o último buscou sistematizar aspectos conceituais sobre tecnologia e inovação tecnológica, destacando implicações para o setor saúde.

4.1 DESCRIÇÃO DO CENÁRIO E DOS SUJEITOS PESQUISADOS

O estudo foi realizado na Região Sudoeste do Paraná, mais especificamente com municípios que compõem a 7ª Regional de Saúde (RS) deste estado, atualmente composta por 15 municípios, são eles:

Palmas, Coronel Domingo Soares, Mangueirinha, Chopinzinho, Saudades do Iguaçu, Sulina, São João, Coronel Vivida, Honório Serpa, Clevelândia, Mariópolis, Vitorino, Pato Branco (município sede da RS), Bom Sucesso do Sul e Itapejara do Oeste.

A população total da Regional é de 249.755 indivíduos, Pato Branco destaca-se como o município de maior número populacional com cerca de 72.373 habitantes e Bom Sucesso do Sul totaliza a menor população com 3.296 habitantes. O melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) encontra-se em Pato Branco (0,85) e o inferior, em Honório Serpa (0,71), aspecto avaliado no ano 2000 (PARANÁ, 2007).

Pesquisadores lembram que o IDH leva em consideração não apenas a dimensão econômica, mas também as dimensões sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. Esse Índice oferece uma medida geral e sintética do desenvolvimento humano. Além de computar o Produto Interno Bruto (PIB), o Índice leva em conta 2 outros componentes: a longevidade e a educação. Para a epidemiologia, esse Índice tem extrema importância, pois possibilita a abordagem das questões de saúde em uma contextualização complexa (SILVA; PANHOCA, 2007).

O quadro ilustra, por município, o número populacional, o IDH, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) e o número total de unidades básicas de saúde, incluindo unidades básicas tradicionais e de ESF.

População Total da Regional	População do Município	IDH (2000)	IDEB	Município	TOTAL DE UBS
	3.296	0,78	5,9	Bom Sucesso do Sul	2
	19.673	0,77	5,7	Chopinzinho	13
	17.232	0,73	4,1	Clevelândia	3*
249.755	7.238	0,70	4,3	Coronel Domingos Soares	4
	21.737	0,78	5,5	Coronel Vivida	16
	5.960	0,71	4,6	Honório Serpa	9
	10.532	0,79	5,4	Itapejara D'Oeste	6**
	17.041	0,76	4,4	Mangueirinha	9
	6.269	0,80	4,9	Mariópolis	2
	42.887	0,74	4,1	Palmas	8**
	72.373	0,85	5,7	Pato Branco	15*
	10.607	0,77	6,6	São João	5**
	5.007	0,78	5,4	Saudade do Iguaçu	1*
	3.394	0,77	4,8	Sulina	1*
	6.509	0,79	6,0	Vitorino	1*
	TOTAL				95
PERCENTUAL				100%	

Notas:

* Nesses municípios em uma das UBS funcionam duas equipes de ESF, na mesma estrutura física.

** Nesses municípios há unidade mistas, nas quais funcionam uma equipe de ESF e uma equipe tradicional, na mesma estrutura física.

Quadro 1: Informações dos municípios pesquisados

Fonte: Dados fornecidos pela 7ª RS (PARANÁ, 2007).

Em 2010, o Brasil ocupava a 73ª posição mundial no *ranking* da Organização Mundial da Saúde (OMS), relativo ao Desenvolvimento Humano, com IDH de 0,699 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010). Desse modo, os municípios onde se realizou o estudo apresentam um Índice de Desenvolvimento adequado se comparado ao índice nacional e grande parte dos municípios brasileiros.

Quanto ao Ideb, volta-se para os indicadores de evolução da qualidade da educação em todos os níveis de ensino fundamental e

ensino médio. Segundo o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (Inep) (2011), objetiva-se que os municípios alcancem um Índice igual ou superior a 4,6. Observando o quadro, verifica-se que o alcance dessa meta foi desigual entre os municípios pesquisados, estando alguns abaixo do índice esperado.

Voltando-se para rede de saúde que caracteriza a RS, visualiza-se, no Quadro 1, o total de unidades. No quadro 2, tem-se a distribuição destas em unidades de ESF e unidades básica tradicionais.

MUNICÍPIOS	Equipe de Saúde da Família		Unidades Básicas Tradicionais
	Teto	Implantados	
BOM SUCESSO DO SUL	1	1	1
CHOPINZINHO	8	7	6
CLEVELÂNDIA	7	4	0
CORONEL DOMINGOS SOARES	3	2*	0
CORONEL VIVIDA	9	8	8
HONÓRIO SERPA	3	3	6
ITAPEJARA D'OESTE	5	4	3
MANGUEIRINHA	7	4	5
MARIÓPOLIS	2	1	1
PALMAS	18	5	4
PATO BRANCO	29	7	9
SÃO JOAO	5	3	2
SAUDADE DO IGUAÇU	2	2	0
SULINA	1	1	1
VITORINO	3	1	1
REGIONAL DE SAÚDE	103	53	Total 47

Nota: * As duas equipes de ESF de Coronel Domingo Soares atendem nas quatro unidades básicas.

Quadro 2: Distribuição de ESF e ABT por Município

Fonte: Dados fornecidos pela 7ª RS (PARANÁ, 2007).

O Quadro 2 revela a busca de implantação gradativa de ESF nos municípios, tendo alcançado em média 50% do teto previsto por município. Contudo, na atualidade, a média de ESF e equipe de ABT são semelhantes na maioria dos municípios da região, coexistindo de

forma clara os 2 modelos assistenciais na realidade pesquisada. Identificaram-se, ainda, equipes que compartilham o mesmo espaço físico, unidades mistas, ou seja, com equipe de ESF e equipes de ABT, também equipes responsáveis por mais de uma unidade de saúde em espaços geográficos diferentes. Esses achados fazem questionar se os municípios possuem estrutura adequada para implantação das equipes de ESF.

Entre as equipes de ESF, há previsão de inclusão específica de ACS e equipes de saúde bucal, destas, parte na modalidade I e parte em modalidade II. A primeira inclui um cirurgião dentista e um atendente de consultório odontológico (ACD) e a segunda inclui, além do cirurgião dentista, um ACD e um técnico em higiene dental (THD). O quadro 3 ilustra a implantação desses trabalhadores por município (teto e já implantados).

MUNICÍPIOS	Agentes Comunitários de Saúde		Equipe de Saúde Bucal	
	Teto	Implantados	Modalidade I Implantadas	Modalidade II Implantadas
BOM SUCESSO DO SUL	8	7	1	
CHOPINZINHO	49	41	7	
CLEVELÂNDIA	45	25	1	
CORONEL DOMINGOS SOARES	20	13	1	
CORONEL VIVIDA	55	38		4
HONÓRIO SERPA	15	17		1
ITAPEJARA D'OESTE	28	17	2	1
MANGUEIRINHA	44	38	1	
MARIÓPOLIS	15	6		1
PALMAS	109	48		
PATO BRANCO	175	54	4	
SAO JOÃO	28	19	1	1
SAUDADE DO IGUAÇU	13	12	2	
SULINA	9	9	1	
VITORINO	16	10		
REGIONAL DE SAÚDE	629	354	21	8

Quadro 3: Distribuição de ACS e Equipes de Saúde Bucal (modalidade I e II) por município

Fonte: 7^oRS (PARANÁ, 2007).

Quanto à assistência hospitalar, os municípios contam com 13 hospitais, destes, um público e os demais privados prestadores de serviços ao SUS. Esse achado ilustra o que tem sido identificado em outros estudos, os quais revelam que, no país, a maior parte da oferta dos serviços de saúde é de propriedade privada, o setor público contrata parte desses serviços, em especial, na assistência hospitalar pública, o que configura um mix público-privado no sistema público de saúde (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

Apresenta-se, a seguir, a distribuição de profissionais de saúde, lotados na atenção básica por município da 7ª RS, especificando as especialidades conforme registro nos documentos que demonstram o vínculo empregatício. Nos próximos quadros, estão apresentadas apenas as categorias profissionais de interesse do estudo. No primeiro, demonstra-se o total de médicos vinculados à rede básica dos municípios por vínculo empregatício.

Município	Médico de Família e Comunidade					Médico Clínico Geral					Outras Especialidades Médicas					Total				
	Estat.	CLT	RPA* (p/física)	Cargo Comiss.	Entidades Terceirizadas.	Pessoa Jurídica	Estat.	CLT	RPA* (p/física)	Cargo Comiss.	Entidades Terceirizadas.	Pessoa Jurídica	Estat.	CLT	RPA* (p/física)		Cargo Comiss.	Entidades Terceirizadas.	Pessoa Jurídica	
Bom Sucesso do Sul						1						1							2	4
Chopinzinho	4					2	2					1	4						3	16
Clevelândia						3	2					2	1							8
Coronel Domingos Soares						2						3							3	8
Coronel Vivida	1					7						2							3	13
Honório Serpa	1					2						1							3	7
Itapejara D'Oeste						4						4							2	10
Mangueirinha				1	4							4	1						3	13
Mariópolis	1						2					1	2		1					7
Palmas						1						3							6	10
Pato Branco	1	3	1				6			1			8				2			22
São João						3	1			1									2	7
Saudade do Iguaçu											2		2						2	6
Sulina	1						1						2							4
Vitorino						1	2					1	2						1	7
TOTAL	9	3	1	1	30	16				4	23	22			1	2	30		142	

Nota: * RPA: Recibo de Profissional Autônomo.

Quadro 4: Distribuição dos médicos por município na atenção básica, vínculo empregatício e especialidade registrada na secretarias municipais de saúde

Fonte: 7^oRS (PARANÁ, 2007).

Percebe-se que, do total de 142 médicos da atenção básica os quais atuam na Regional, predomina entre os profissionais dessa categoria o vínculo por pessoa jurídica – 83 médicos, 58,45% do total. Estudos têm mostrado que o vínculo dos profissionais com a atenção básica, em especial para implantação do ESF, tem sido um dos nós críticos mais importantes. A precariedade do vínculo dos profissionais tem contribuído para a alta rotatividade das equipes e,

consequentemente, o comprometimento de todo o arcabouço de ações, impedindo a formação de vínculos e o desenvolvimento de novas práticas em saúde (MACHADO, 2000; GIL, 2005).

Na sequência, são apresentados os membros da equipe de enfermagem, evidenciando-se o tipo de vínculo empregatício e a distribuição por município.

Município	Enfermeiro					Técnico de Enfermagem					Auxiliar de Enfermagem					TOTAL
	Estat.	CLT	RPA* (p/física)	Cargo Comiss.	Entidades Terciarizadas. Pessoa Jurídica	Estat.	CLT	RPA* (p/física)	Cargo Comiss.	Entidades Terciarizadas. Pessoa Jurídica	Estat.	CLT	RPA* (p/física)	Cargo Comiss.	Entidades Terciarizadas. Pessoa Jurídica	
Bom Sucesso do Sul			2		6											8
Chopinzinho	8	1									10	1				20
Clevelândia				7	1	3				2						18
Coronel Domingos Soares	3										6		2			11
Coronel Vivida	7		1		9	5						1				23
Honório Serpa	3		1						1	5						10
Itapejara D'Oeste	4	1	1		10											16
Mangueirinha	5		1	1	10			2		6						25
Mariópolis										5						5
Palmas	3	2			3						5					13
Pato Branco	10				10					18						38
São João	3		2							8		1				14
Saudade do Iguaçu	1		2		4											7
Sulina	1				1					3						5
Vitorino	4				5											9
TOTAL	52	4	10	8	1	61	5	2	3	61	7	3	5	5	222	

Nota: * RPA: Recibo de Profissional Autônomo.

Quadro 5: Distribuição dos membros da equipe de enfermagem pelo tipo de vínculo na atenção básica por município
Fonte: 7ªRS (PARANÁ, 2007).

Evidencia-se que os membros da equipe de enfermagem, na sua maioria – 174, 78,34% do total – são estatutários, revelando um vínculo contratual apropriado, o que, para grande parte dos trabalhadores

representa maior estabilidade no emprego e, com isso, redução das cargas de trabalho, aspecto emergido nas entrevistas.

Ainda, são expostos os membros das equipes de saúde bucal que trabalham nas equipes da ABT ou que estão vinculados a equipe de ESF.

Município	Odontólogo					Técnico de Saúde Bucal					Auxiliar Saúde Bucal					TOTAL				
	Estat.	CLT	RPA* (p/física)	Cargo Comiss	Entidades Terceirizadas	Pessoa Jurídica	Estat.	CLT	RPA* (p/física)	Cargo Comiss	Entidades Terceirizadas	Pessoa Jurídica	Estat.	CLT	RPA* (p/física)		Cargo Comiss	Entidades Terceirizadas	Pessoa Jurídica	
Bom Sucesso do Sul						2	1							1						4
Chopinzinho	7					1								8						16
Clevelândia	1					1														2
Coronel Domingos Soares	2					1								1		1				5
Coronel Vivida	5						3	2						3	2					15
Honório Serpa	2		1				1							1						5
Itapejara D'Oeste	2						1							1						4
Mangueirinha	4				1		1							5						11
Mariópolis	3						1							3						7
Palmas	2	2						1												5
Pato Branco	6					1	1	2						10			2			22
São João				1		1								1		1				4
Saudade do Iguaçu	3						1			1										5
Sulina	1													1						2
Vitorino	4			1			2							1		1				9
TOTAL	42	2	1	2	1	7	12	5	1				36	2	3	2				116

Nota: * RPA: Recibo de Profissional Autônomo.

Quadro 6: Distribuição dos membros da equipe de saúde bucal pelo tipo de vínculo com a atenção básica e por município

Fonte: 7^oRS, (PARANÁ, 2007).

Assim como os membros da equipe de enfermagem, a maioria dos profissionais da equipe de saúde bucal é estatutário, 90 profissionais

– 77,58%. Ressalta-se que a qualidade dos vínculos empregatícios dos profissionais das equipes tem influência direta na qualidade da assistência, pois a maior estabilidade dos profissionais pode significar maior possibilidade de acúmulo de conhecimentos e habilidades, as quais proporcionam tornar mais consistentes e duradouras as relações dos profissionais com os serviços de saúde (GIL, 2005).

Observando-se os tipos de vínculos dos profissionais, identificam-se diversos vínculos, prevalecendo entre os médicos o vínculo por pessoa jurídica, e entre os membros da equipe de enfermagem e da equipe de saúde bucal houve predomínio dos estatutários. Na análise documental identificou-se o compromisso dos municípios de aumentar os concursos públicos, buscando vínculos mais efetivos dos profissionais com os serviços.

Estudos mostram que o vínculo fomenta a cooperação e a solidariedade entre os trabalhadores ao vincular o presente e o destino dos membros da equipe, constituindo uma condição societária de identidade, construída por sujeitos interdependentes e solidarizados entre si (ESTEVES, 2002).

Quando observado o total de profissionais vinculados à atenção básica dos municípios, percebe-se um número significativo de profissionais de saúde bucal. Na maioria dos municípios, esse percentual é menor pela mais recente inclusão desses profissionais na ESF, o que pode significar maior preocupação governamental com a saúde bucal da população, bem como abertura de novo espaço de mercado de trabalho para essa categoria profissional.

Conforme dados fornecidos pela 7ª Regional de Saúde (PARANÁ, 2011), a situação desta em relação aos incentivos federais destinados à ESF e ABT, norteados pela Portaria nº 3.066, de 23 de dezembro de 2008, que dispõem dos valores de financiamento da Atenção Básica (BRASIL, 2008), estão demonstrados no Quadro 7.

MODALIDADE DE EQUIPE	CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE/POPULAÇÃO/TIPO DE ATENDIMENTO	INCENTIVO RECEBIDO
Equipes de Saúde da Família, na Modalidade 1.	ESF – atende Quilombo/Assentamento ou tem IDH<0,7 e Pop<30mil-hab	R\$ 9.600,00
Equipes de Saúde da Família, na Modalidade 2.	ESF – atende população Geral	R\$ 6.400,00
ABT na Modalidade 1	EST-Mod. 1 (Cir. Dentista e ASB).	R\$ 2.000,00
	+ 50% por atender Quil/Assent. ou IDH<0,7 e Pop<30mil-hab	R\$ 3.000,00
ABT na Modalidade 2	EST-Mod. 2 (Cir. Dentista, ASB e TSB).	R\$ 2.600,00
	+ 50% por atender Quil/Assent. ou IDH<0,7 e Pop<30mil-hab	R\$ 3.900,00
INCENTIVO ADICIONAL	ESF – ao implantar uma equipe nova	R\$ 20.000,00
INCENTIVO ADICIONAL	ABT - ao implantar uma equipe nova	R\$ 7.000,00
INCENTIVO DE CUSTEIO MENSAL POR ACS – 2010	PORTARIA nº 3.178, de 19 de outubro de 2010 –ACS	R\$ 714,00

Quadro 7: Incentivos federais destinados às equipes de ESF e ABT

Fonte: 7ªRS (PARANÁ, 2007).

O quadro revela incentivos para implantação de ambos os modelos assistenciais, demonstrando, claramente, o maior incentivo às ESFs. Os valores são enviados para prefeituras pelo Governo Federal, a qual tem autonomia para gerir o recurso. Essa política direciona a organização dos serviços de saúde pelo gestor municipal, algumas vezes por adesão aos princípios que norteiam o novo modelo assistencial previsto na ESF e outras vezes motivada pela necessidade de captação de maior quantitativo de recursos financeiros. De outro lado, a literatura registra o impacto positivo do modelo assistencial da ESF, o qual tem contribuído para importantes mudanças nos indicadores de saúde, reduzido gastos, melhorado o acesso aos serviços de saúde, aumentado a qualidade da atenção e das ações preventivas, bem como garantido cuidados mais apropriados, reduzindo ações desnecessárias (CONILL, 2002, 2008; ARAÚJO; ASSUNÇÃO, 2004; STARFIELD, 2004; STRALEN et al., 2008).

Em relação ao acompanhamento do trabalho das equipes, o

estado do Paraná possui um roteiro de monitoramento do trabalho das ESF (ANEXO D), o qual apresenta informações mais voltadas para a quantificação do tempo de trabalho e cumprimento de algumas atividades previstas, não possibilitando a avaliação qualitativa do trabalho das equipes, em especial do que se espera na prescrição da ESF.

Pesquisadores (CUNHA; GIOVANELLA, 2011) apontam que o SUS tem alcançado avanços na reorganização da atenção básica, incluindo a larga ampliação da cobertura e implementação de novos modelos assistenciais, aspecto incluso nos instrumentos avaliativos utilizados pelas equipes. Contudo, a qualidade dos serviços prestados nesse nível assistencial ainda requer investimentos e acompanhamento. Esses autores incluem o alcance do vínculo longitudinal como o principal foco almejado pelas equipes. Este requer investimentos dos gestores, profissionais e implementação de práticas avaliativas e de monitoramento da assistência.

Já as equipes de ABT não possuem instrumentos próprios de avaliação. Em parte, isso configura certo abandono das equipes das UBS que atuam no modelo tradicional, apesar de sua existência e participação na oferta dos serviços de saúde.

A RS também auxilia na educação continuada das equipes por meio das ações do Polo Regional de Educação Permanente da RS (Preps), composto por instituições gestoras das ações de saúde, instituições formadoras e demais entidades e seguimentos de representação social que fazem interface com o SUS.

Os Polos são entendidos como uma estratégia operacional para o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de saúde da atenção básica e destinam-se a promover ações de capacitação, formação e educação permanente, com vistas a reforçar a articulação entre as instituições de ensino superior e médio e os serviços estaduais e municipais de saúde. Dessa forma, essas instituições estariam se comprometendo com o desenvolvimento de recursos humanos da saúde (GIL, 2005).

Segundo a Escola de Saúde Pública do Paraná (PARANÁ, 2011), os Preps são espaços de articulação para formulação de ações que favoreçam a maior qualidade e resolutividade dos serviços de saúde, utilizando-se das estratégias previstas pelos níveis federal (Saúde da Família/Proesf, Fome Zero, Pro-Med), estadual (Incentivo à Regionalização, Programa de distribuição do Leite, Pró-Saúde) e, principalmente, pelas propostas oriundas dos níveis regionais com base na realidade de cada município que a compõem. O Preps pauta-se em 3 eixos prioritários:

a) resolutividade dos serviços – devem-se buscar, tomando por base análise dos processos de trabalho, formas para estimular a maior efetividade das ações, interligando todos os níveis de complexidade do sistema, garantindo a otimização dos recursos envolvidos na referência e contrarreferência e priorizando as ações de acordo com as principais necessidades de cada local;

b) mudança da relação prestador-usuário – por meio da implementação de novas metodologias de ensino e aprendizagem e valorização do indivíduo na sua integralidade e, respeitando o meio em que vive, busca-se fomentar no usuário a educação para saúde;

c) corresponsabilidades de todos os parceiros – o Preps inclui atores e entidades como membro de uma equipe e sistema e, portanto, corresponsáveis pelos resultados do serviço; retoma o engajamento e comprometimento dos componentes do grupo com o SUS.

Para melhor caracterização das equipes pesquisadas, buscou-se, ainda, por meio da análise documental entender as formas de organização e gestão do trabalho. Percebeu-se na análise documental e confirmou-se nas entrevistas e grupos focais que, em ambas os modelos assistenciais, organizam-se, prioritariamente, pela demanda espontânea, ou seja, conforme demandas de saúde trazidas pelos usuários diariamente. Na ESF, há algumas demandas agendadas como, por exemplo, grupos de atividades com populações específicas – portadores de hipertensão arterial sistêmica, gestantes, tabagistas, entre outros –, mas a maioria dos atendimentos se volta para a demanda espontânea.

Apenas uma equipe de saúde bucal de uma das equipes de ESF pesquisadas se organiza de forma independente das demais atividades de sua equipe, com atendimento a livre demanda e urgências no período da manhã, agenda e atividades na comunidade, visita às escolas, por exemplo, no período da tarde. Contudo, isso revela que há fragilidades no trabalho em equipe.

Apesar do modelo da ESF preconizar a organização da assistência a partir do acolhimento, apenas duas equipes buscam sua realização cotidiana. A análise documental permite observar que o que é identificado como acolhimento tem sido realizado pelas técnicas ou auxiliares de enfermagem, de uma forma que mais parece uma triagem, na qual buscam reduzir o número de consultas médicas. Já na ABT há um número pré-definido de fichas para as consultas médicas e, além dessa, busca-se a negociação com esses profissionais, ou encaminhamento para a área hospitalar ou retorno em nova data.

Evidencia-se, desse modo, a centralidade em ambos os modelos

assistenciais na consulta médica. Entende-se que a atenção básica, em especial o modelo assistencial da ESF, surge justamente para construção de novas formas de fazer em saúde, que extrapolem as ações curativas, isoladas e desarticuladas das reais necessidades de saúde. O fazer coletivo das equipes de saúde não deve ser apartado do atendimento clínico, pode, inclusive, ser potente para interrogar o cotidiano do trabalho em saúde e, ainda, permitir o fortalecimento das ações de promoção e prevenção aos atos de cuidar (FORTUNA et al., 2011).

O acolhimento se mostra, justamente, como um novo fazer em saúde, pois busca dar respostas às reais demandas dos usuários e refletir sobre novas possibilidades de construção de projetos terapêuticos individualizados (SILVA JÚNIOR, 2001). O acolhimento representa um dispositivo que provoca reflexões e mudanças a respeito da forma como se organizam os serviços de saúde, de como os saberes e as práticas vêm sendo ou deixando de ser utilizados para a melhoria da qualidade da assistência em saúde. Também exige uma nova postura dos profissionais e da equipe de saúde, de receber, escutar e tratar de maneira humanizada usuários e suas necessidades (CAMARGO et al., 2008).

As visitas domiciliares (VD) têm sido realizadas em grande frequência pelas enfermeiras das ESF, em livre demanda, e em um dia agendado pelo(as) médico(as) das unidades. Conforme sobrecarga ou quando há necessidade de um procedimento técnico de baixa complexidade, são enviados os técnicos ou auxiliares de enfermagem ao domicílio das famílias. Autores apontam que o enfermeiro na ESF é visto como o profissional que desencadeia as ações de cuidado coletivo, pois propõe, organiza, desenvolve e avalia tais ações, no entanto ainda opera, predominantemente, norteados pelos saberes tradicionais da clínica, da epidemiologia e da educação (FORTUNA et al., 2011).

Os registros das equipes de ambos os modelos assistências permitem identificar que a assistência é norteadas pelos programas do MS ou Secretaria Estadual de Saúde – controle do tabagismo, controle da hanseníase e tuberculose, entre outros. Observa-se que a assistência é fortemente guiada pelas informações, dados, que devem ser coletados conforme o que consta nos instrumentos de controle das condições de saúde-doença da população como, por exemplo, pela carteira de vacinas e da gestante, ficha de acompanhamento dos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica, formulário para coleta de exame preventivo, entre outros.

O trabalho em equipe é difícil de ser visualizado na ESF e na ABT; percebe-se, com a análise documental, que os procedimentos técnicos são de responsabilidade, preferencialmente, da equipe de

enfermagem, em especial do técnico ou auxiliar de enfermagem; as atividades assistenciais ficam a cargo dos(as) médicos(as) e enfermeiros(as), contudo mais direcionados para os primeiros. Já as ações administrativas, em ambos os modelos assistenciais, são exclusivas dos enfermeiros. Na ESF, estes profissionais também são responsáveis pela supervisão e acompanhamento dos ACS. Dessa forma, tanto a análise documental quanto as entrevistas apontam para sobrecarga dos enfermeiros na ESF.

A análise dos prontuários de usuários nos dois modelos assistenciais também permite identificar que a assistência é realizada separadamente, ou seja, ao serem observados os documentos, não se visualiza o trabalho em equipe. Os registros das VD das ESF também apontam para ausência do trabalho em equipe e para a frequência inferior de VD realizadas pelos(as) médicos(as). Na ABT, são realizadas VDs em raras ocasiões, o que revela distância dessas equipes da realidade social dos indivíduos e famílias que assistem.

A ESF conta com reuniões de equipes semanais nas quais são discutidos problemas, prioridades, metas, entre outras necessidades da equipe e na ABT as reuniões são mais esporádicas. A assistência prestada pela ABT é majoritariamente realizada no espaço físico da unidade básica de saúde; já a ESF realiza, além da assistência na unidade, a assistência no domicílio e em espaços comunitários como nas creches e escolas.

No que se refere à organização e gestão do trabalho na ESF, outras pesquisas em diferentes cenários do país apontam que, em muitos casos, as equipes passam por um processo de adaptação às realidades locais anteriores, mantendo, dessa forma, o modelo vigente antes da implantação da Estratégia como é preconizada. Por outro lado, em algumas realidades, ocorrem inovação na organização do processo de trabalho, sobretudo naquelas equipes que conseguem implantar o acolhimento nos serviços (CAMARGO et al., 2008), ferramenta de trabalho que não deve ser exclusiva da ESF. Contudo, existe o risco de equipes de ESF manter o modelo assistencial norteado pela biomedicina, que impossibilita a reorganização do processo de trabalho com base nos princípios da clínica ampliada e do trabalho em equipe.

É necessário considerar as dificuldades para a implantação do modelo assistencial da ESF, tendo em vista a complexidade de seus princípios – territorialização, clientela adscrita, demanda planejada. Tem-se, no cenário atual, a complexidade demográfica, a grande extensão territorial, aspectos político-econômicos e culturais diversos que reconfiguram o cenário político-administrativo em saúde, os quais

têm impacto importante nas formas de organizar os serviços, e de captar e manter a força de trabalho em saúde (DAVID et al., 2009).

Buscou-se, ainda, com a análise documental, conhecer os acidentes e agravos presentes no cotidiano laboral das equipes, todavia não há um banco de dados específico para acompanhamento desses dados. O reconhecimento ocorre mediante consulta aos registros gerados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), dessa maneira, não foi possível a quantificação e análise dos acidentes característicos dessa modalidade laboral, pelo montante de acidentes registrados na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) dessa RS. Essa consulta exigiria nova pesquisa paralela e emerge como um interessante tema de estudo.

O Sinan permite a notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, conforme Portaria GM/MS Nº 2.325, de 08 de dezembro de 2003 (BRASIL, 2011b). Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população; podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica. O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções.

A Ficha Individual de Notificação (FIN) é preenchida pelas unidades assistenciais para cada paciente quando há suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Esse instrumento deve ser encaminhado aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das Secretarias Municipais, que precisam repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES). A comunicação das SES com a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) deverá ocorrer quinzenalmente, de acordo com o cronograma definido pela SVS no início de cada ano (BRASIL, 2011b).

A qualidade dos cuidados com a saúde dos trabalhadores de saúde da atenção básica também tem repercussão na qualidade dos serviços prestados. Por vezes, os acidentes e agravos que acometem os

profissionais de saúde são resultados de elementos tradicionais da organização e da gestão do trabalho, entre eles, jornada e divisão do trabalho, segundo categoria e prescrição de atividades pré-definidas. O caráter prescritivo da gestão do trabalho impede o desenvolvimento de ações criativas, voltadas para a vigilância da saúde das comunidades e para o estabelecimento de vínculo entre equipes e população, e, na equipe, entre os membros desta (DAVID et al., 2009). Aspecto que também desfavorece a saúde dos trabalhadores.

Os sujeitos do estudo

A 7ª Regional de Saúde conta, na atualidade, com 53 equipes de ESF implantadas e 47 equipes da ABT. Sendo que foram selecionadas 3 equipes de cada modelo assistencial, representando 20,75% do total das ESF e 23,40% do total das equipes de ABT presentes no cenário pesquisado.

Os sujeitos do estudo foram profissionais da atenção básica de 2 municípios da RS, uma equipe de ESF e uma equipe de ABT de Coronel Vivida (Município 1) e duas equipes de ESF e duas da ABT de Pato Branco (Município 2), indicadas pela chefia da 7ª RS como unidades em destaque na região. O primeiro município possui 8 equipes de ESF e 8 equipes de ABT, desse modo participaram do estudo 12,5% das equipes de ambos os modelos assistenciais presentes na atenção básica em Coronel Vivida. Já o município de Pato Branco conta com 7 ESF e 9 equipes de ABT, com a participação de 2 equipes de cada um dos modelos assistenciais de interesse, assim, participaram da pesquisa 28,57% das equipes de ESF e 22,22% das equipes de ABT. O quadro a seguir auxilia na melhor visualização da população do estudo.

Município	Total de Equipes de ESF/ ESF participantes do estudo	Total de Equipes de ABT/ ABT participantes do estudo	% equipes participantes na modelo da ESF	% equipes participantes no modelo ABT
Município 1	8 – 1	8 – 1	12,5%	12,5%
Município 2	7 – 2	9 – 2	28,57%	22,22%

Quadro 8: Equipes de ESF e ABT implantadas nos municípios pesquisados e selecionadas para o estudo

Fonte: 7ªRS (PARANÁ, 2007).

Os profissionais que trabalham na ESF os quais participaram da pesquisa possuíam no momento da coleta de dados, em média, 32 anos de idade, com mínima de 24 anos e máxima de 39 anos, revelando uma população bastante jovem. Já a média de idade dos profissionais da ABT foi de 46 anos, com mínima de 33 anos e máxima de 59 anos.

A maioria dos sujeitos em ambos os modelos assistenciais é do sexo feminino – 9 na ESF e 10 na Atenção Básica Tradicional –, confirmando que os cenários de saúde são marcados pela presença das mulheres, aspecto historicamente construído.

Na ESF, a média de anos de experiência na profissão foi de 8 anos, destes, em média 3,5 anos no trabalho na Saúde da Família, evidenciando-se uma população com pouca experiência no modelo assistencial. Por outro lado, na ABT, encontrou-se um grupo bastante experiente, com média de 18,5 anos de trabalho em sua profissão e, destes, cerca de 14 anos no modelo assistencial atual, o que demonstra experiência significativa no serviço estudado. Essa diferença, em parte, justifica-se em razão da jovialidade da ESF no cenário pesquisado, cerca de 12 anos; ressalta-se que Pato Branco implantou a primeira equipe em 1999 (PARANÁ, 2007).

Quanto à escolaridade, 3 profissionais da ESF possuem ensino médio completo, 2 ensino superior incompleto e 2 completaram o nível superior. Também, 4 profissionais realizaram uma especialização, 2 especificamente em saúde da família, contudo 2 na área clínica, reumatologia e cirúrgica, o que revela interesse desses profissionais em outros modelos assistenciais, aspecto também emergente nas entrevistas.

Pesquisadores têm afirmado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente, no sentido de que estejam preparados para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação. Ressaltam que essa preocupação tem sido refletida nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos, assim como em documentos como a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (BRASIL, 1993, 2002c; GIL, 2005).

Entre os sujeitos da ABT, 4 possuem o ensino médio completo, 1 ensino superior e o restante possui especialização em áreas diversas, inclusive 4 dos 6 profissionais que realizaram alguma especialização cursaram de duas ou mais especialidades. Entre os cursos *lato sensu* de interesse dos profissionais, destacam-se especialização para tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais, saúde coletiva, em enfermagem médico-cirúrgica e administração hospitalar, pediatria e acupuntura, recursos humanos, homeopatia e reumatologia, urgência e

emergência, e gestão em saúde. A diversidade de especialidades revela ora afinidade com a atenção básica, ora por outras áreas. A busca pela especialização se revela, nas entrevistas e nos grupos focais uma das exigências do trabalho nesse modelo assistencial, tendo em vista que o trabalho também se organiza, nos serviços pesquisados, na oferta de especialidades diversificadas.

Todos os profissionais possuíam contrato de 40 horas semanais na ESF. Entre os 11 sujeitos que participaram do estudo, 6 (54,54%) possuem outro emprego; entre atividades complementares, destacaram-se: consultório particular (dentista e médico); atividade docente (2 enfermeiros); atividade na área hospitalar ou em pronto atendimento (técnico de enfermagem e médico, respectivamente). O total de horas trabalhadas entre esses profissionais com duplo vínculo foi de, em média, 64 horas semanais, com mínima de 60 horas semanais e máxima de 76 horas semanais, revelando uma excessiva carga horária de trabalho.

Diferentes categorias profissionais de saúde reivindicam a jornada de trabalho de 30 horas semanais. Os médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais já conseguiram importantes conquistas em relação à redução da jornada de trabalho. Os profissionais de enfermagem têm reivindicado, no Congresso Nacional, por meio do Projeto de Lei 2295/2000, o direito de exercício da jornada de 30 horas (PIRES et al., 2010).

Já na ABT, evidenciou-se que a maioria dos profissionais possui 40 horas, mas porque optaram, posteriormente, pelo aumento das horas, tendo em vista que, assim como outros 4 sujeitos, a gestão desses serviços oportuniza o trabalho em 30 horas semanais, ponto revelado como amenizador das cargas de trabalho. Ainda, uma profissional optou por 20 horas semanais. Em relação ao vínculo empregatício, 9 são concursados e 2 estão vinculados aos serviços por contrato temporário. A precariedade do vínculo emerge da fragilidade do concurso público de grande parte dos anteriores, por causa de problemas que correm na justiça. Contudo, um dos profissionais ressaltou que tem maior afinidade com o vínculo por contrato temporário, pois possibilita melhor negociação salarial, este é o único profissional satisfeito com a remuneração. Três profissionais (27,27%) possuem outro vínculo, segundo eles, para melhor remuneração e maior *status* social, os 2 primeiros atuam na área hospitalar ou no ensino superior, e o último, em consultório particular.

Emerge, na relação carga horária e vínculo empregatício, a maior busca dos trabalhadores da ESF por outros empregos, isso, em parte,

justifica-se pela insatisfação revelada com os salários e a ausência de um plano de cargos e salários nesse modelo assistencial. Diferentemente dos profissionais da ABT, a falta de horizontes para o crescimento na atividade laboral, em parte, justifica esses aspectos e aponta uma fragilidade importante da ESF na região, uma vez que coloca em risco o vínculo e a afinidade dos profissionais com os serviços ofertados.

4.2 ARTIGOS QUE APRESENTAM OS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

4.2.1 Artigo 1: Trabalho na Estratégia de Saúde da Família: implicações nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde

TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: implicações nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde¹

RESUMO: A pesquisa teve por objetivo identificar aspectos do trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) que contribuem para aumentar e ou reduzir as cargas de trabalho dos profissionais. Participaram equipes de referência por realizarem um trabalho de qualidade na Região Sudoeste de um estado do sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, grupo focal e estudo documental e analisados combinando a Análise Temática de Conteúdo de Bardin com recursos do software Atlas Ti. As principais fontes de aumento das cargas foram aspectos que impedem a implantação do modelo assistencial como preconizado; e de redução das cargas, a afinidade com o modelo assistencial, a autonomia da equipe e a garantia do emprego. As cargas de trabalho têm implicações na satisfação e no desgaste dos profissionais, assim como na qualidade da assistência prestada. Predominou, no trabalho da ESF, fragilidades que repercutem negativamente na satisfação e na saúde dos profissionais, mas que há possibilidades de intervenção para redução das cargas e qualificação da assistência.

Descritores: Trabalho. Saúde do Trabalhador. Carga de Trabalho. Saúde da Família. Pessoal de Saúde.

¹ Artigo pré-formatado nas normas dos Cadernos de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Modelo assistencial em saúde compreende a organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde de um indivíduo ou de uma coletividade. Alguns modelos desenvolvem, predominantemente, intervenções de natureza médico-curativa e outros buscam incorporar ações de promoção da saúde⁽¹⁾. Um modelo assistencial se constitui por diálogos entre o técnico e o político, tem diretrizes políticas e sanitárias, com princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos e socioculturais que refletem uma determinada conjuntura epidemiológica e certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável⁽²⁾.

Considerando a teorização mencionada, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se em um modelo assistencial em desenvolvimento no cenário brasileiro desde 1994, quando foi implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), adquirindo, alguns anos após, a denominação de Estratégia, a qual se mantém até hoje. A ESF tem sido reconhecida como a principal intervenção para reorientação ou mudança da atenção básica no Brasil, com vistas a aproximar-se dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Visa possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, a partir da adscrição do território, a fim de permitir o planejamento e a programação descentralizada. Deve resgatar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, bem como a participação popular e o controle social⁽³⁾.

Dessa forma, os profissionais de saúde da ESF enfrentam diversos desafios, entre eles, arrastar a atenção do procedimento para a assistência centrada no usuário⁽⁴⁾. Isso requer novas formas de pensar e praticar saúde, deslocando do tradicional modelo assistencial baseado na biomedicina, que tem como características a assistência médica, curativa e individual, centrada na demanda espontânea e na doença⁽⁴⁻⁵⁾, para um novo modelo. Esse novo modelo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) como forma de reorientação da atenção básica prevê um olhar para a coletividade, tendo como foco a família e a assistência prestada por uma equipe multiprofissional com abordagem interdisciplinar, a qual se responsabiliza em cuidar da saúde da população residente em determinada área adscrita⁽³⁾.

O modelo assistencial da ESF apresenta novos desafios para os profissionais de saúde, sendo esperado que eles assumam múltiplas

tarefas com alto grau de exigências e responsabilidades para as quais, muitas vezes, não receberam formação específica. As características do processo de trabalho nesse modelo assistencial têm implicações na satisfação, insatisfação e nas cargas de trabalho das equipes, o que justifica investigações acerca da relação entre o trabalho dos profissionais de saúde nesse modelo assistencial com as cargas de trabalho. Estas são compreendidas como elementos presentes no trabalho que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador, em um processo dinâmico, o qual pode desencadear alterações nos processos biopsíquicos, podendo manifestar-se como desgastes que têm implicações na saúde dos profissionais⁽⁶⁻⁷⁾. As cargas de trabalho interferem diretamente no processo de desgaste laboral, podendo resultar em adoecimento e têm forte influência das condições de trabalho.

Nesse cenário, o presente estudo buscou identificar os aspectos, características, do trabalho na ESF que aumentam e que reduzem as cargas de trabalho dos profissionais de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, sustentado pelo Materialismo Histórico e Dialético e sua aplicação nos estudos acerca do processo de trabalho em saúde. A pesquisa de campo foi desenvolvida na 7ª Regional de Saúde (RS), localizada na Região Sudoeste do Paraná, no sul do Brasil, entre novembro de 2011 e fevereiro de 2012. Este artigo constitui-se um recorte de uma macropesquisa intitulada “Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde”. Apresentam-se, aqui, os resultados das implicações do modelo assistencial da ESF nas cargas de trabalho dos profissionais que compõem 3 equipes que atuam na referida região.

A amostra foi composta, intencionalmente, incluindo: equipes referenciadas pela chefia da 7ª RS, por desempenharem um trabalho de destaque no que se refere à qualidade da assistência prestada no sentido de aproximação do que é preconizado pelo MS para esse modelo assistencial; equipes que dispunham, no mínimo, da equipe mínima preconizada pelo MS; e profissionais de saúde de diferentes categorias. Compuseram a amostra 11 profissionais de saúde de 3 equipes de ESF, incluindo: 3 médicos(as), 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 dentista e 1 auxiliar de consultório odontológico.

Para a coleta de dados, foi utilizada a triangulação de instrumentos, utilizando estudo documental, entrevista individual do tipo semi-estruturada e grupo focal. O estudo documental permitiu

identificar as normas e rotinas das instituições, caracterização da força de trabalho, da política salarial e de benefícios, divisão e formas de organização e gestão do trabalho. As entrevistas foram realizadas visando identificar as informações relativas ao trabalho dos profissionais de saúde, organização e divisão do trabalho na equipe, caracterização do modelo assistencial da ESF e sua influência nas cargas de trabalho dos profissionais. Para maior confiabilidade do roteiro de entrevista, foi realizado um teste do instrumento.

Com o objetivo de aprofundar e melhor esclarecer os dados obtidos nas entrevistas e no estudo documental, foi realizado um grupo focal, totalizando 3 encontros de aproximadamente uma hora e meia cada. As sessões do grupo focal foram orientadas por um roteiro construído a partir da pré-análise dos dados obtidos nas entrevistas. Esses primeiros achados propiciaram a formulação de questões norteadoras com vistas a permitir a condução do grupo para validação, ajustes, ou ambos, ou até exclusão de dados não procedentes. Os temas centrais foram: fontes de satisfação e redução das cargas de trabalho e fontes de insatisfação e aumento das cargas de trabalho dos profissionais. Não foi solicitado dos sujeitos a especificação dos diferentes tipos de cargas de trabalho mencionados na literatura⁽⁷⁻⁸⁾.

Os dados obtidos por intermédio das entrevistas e do grupo focal foram considerados satisfatórios, uma vez que, a partir de um determinado momento, deixaram de acrescentar dados novos (saturação dos dados).

Para análise dos dados, utilizou-se a triangulação, articulando a Análise Temática de Conteúdo de Bardin (1979)⁽⁹⁾ e os recursos do software Atlas Ti 5.0. Cada entrevista, relatório do grupo focal e análise de documento foram inseridos como documentos no Atlas Ti, a fim de formar um conjunto associado de todos os dados obtidos. Realizou-se uma leitura flutuante exaustiva de cada documento para identificar as categorias significativas, as quais foram analisadas com base no referencial teórico escolhido. A triangulação metodológica e os recursos do Atlas Ti contribuíram para compreensão da realidade, potencializando o diálogo entre os dados obtidos de formas distintas⁽¹⁰⁾.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (nº 971/2010). As falas dos sujeitos foram identificadas pela denominação da categoria profissional, acrescida do número de ordem.

RESULTADOS

Os profissionais que trabalham na ESF e participaram da pesquisa tinham, no momento da coleta de dados, em média, 32 anos de idade (mínima de 24 e máxima de 39 anos), revelando uma amostra bastante jovem. A maioria (9 sujeitos) é do sexo feminino com, com uma média de 8 anos de experiência na profissão e 3,5 anos na Saúde da Família, evidenciando uma população com pouca experiência na profissão e no modelo assistencial.

Quanto à escolaridade, 3 profissionais possuem ensino médio completo (2 técnicas de enfermagem e 1 auxiliar de consultório odontológico); 1 ensino superior incompleto (1 técnica de enfermagem) e 7 com nível superior (3 médicos, 3 enfermeiras e 1 dentista). Em relação à capacitação formal para atuar na ESF, assim como a formação no âmbito de pós-graduação, encontraram-se: 2 profissionais com especialização em saúde da família e 2 na área clínico-cirúrgica (reumatologia e cirurgia).

Todos os profissionais possuíam contrato de 40 horas semanais na ESF, mesmo assim, entre os 11 sujeitos que participaram do estudo, 6 (54,54%) possuíam outro emprego. Entre as atividades complementares, destacaram-se: consultório particular (1 dentista e 1 médico); atividade docente (2 enfermeiras); atividade na área hospitalar ou em pronto atendimento (1 técnico de enfermagem e 1 médico, respectivamente). A média semanal de horas trabalhadas foi de 68 horas, variando de 40 horas até 76 horas semanais.

Aspectos que contribuem para o aumento das cargas de trabalho na ESF

Entre as categorias que emergiram como fontes de aumento das cargas de trabalho, destacaram-se: o excesso de demanda; falta de preparo dos profissionais para o trabalho na ESF; a ausência do acolhimento ou a implantação deficitária deste; foco na consulta médica; agressões verbais por parte dos usuários; falta de compreensão dos usuários e gestores acerca do modelo assistencial preconizado pela ESF; fragilidade no estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários; contato cotidiano com a violência urbana; falhas nos serviços de referência e ausência da contrarreferência; fragilidade na gestão e forte influência político-partidária no cotidiano dos serviços; falta de incentivos e investimentos na qualificação dos profissionais; insatisfação com salário, carga horária de trabalho, e com a ausência do plano de cargos e salários; problemas no relacionamento interpessoal na equipe; déficits na estrutura física das unidades; e divisão desigual do

quantitativo de atividades entre os membros da equipe.

O principal aspecto mencionado como causador de aumento das cargas de trabalho foi o excesso de demanda em face das condições físicas, do número e da capacitação das equipes para atender às necessidades apresentadas pelos usuários. Os documentos de registro das atividades desenvolvidas pelas equipes, como as fichas de produtividade diária, os registros dos procedimentos (número de curativos, inalações, injeções, vacinas e outros), demonstram esse descompasso entre a quantidade de serviços realizados e as condições disponíveis para prestar uma assistência de qualidade, o que foi mencionado pelos entrevistados como gerador de aumento das cargas de trabalho.

É realmente muita demanda, toda essa demanda de usuários deixa a gente exausta, prejudica muito (Grupo Focal).

Cabe ressaltar que o contingente populacional de responsabilidade de cada equipe estudada está de acordo com os limites prescritos pelo MS – equipe mínima responsável por uma população composta por até 4 mil pessoas⁽³⁾.

Outro aspecto significativo mencionado para o aumento das cargas de trabalho diz respeito à forma de organização do trabalho das equipes e ao distanciamento desta do prescrito para o novo modelo assistencial ESF. Destacando-se, nesse aspecto: a dificuldade de implantação do acolhimento; o foco da atenção na consulta médica, a qual predomina nos serviços e tem norteado a organização das equipes; a falta do trabalho em equipe com olhar interdisciplinar e distribuição desigual do quantitativo de atividades; a fragilidade no processo de referência e contrarreferência; a ausência de planejamento com estabelecimento de prioridades; e o pequeno número de atividades no campo da promoção da saúde, da prevenção das doenças e da articulação intersetorial.

A demanda é muito grande [...]. Se ainda a gente conseguisse implantar o acolhimento... (Médico 2).

[...] não é fácil porque a lógica da população ainda é voltada para a consulta médica, eles querem passar pelo médico, sair com o remedinho e a receita embaixo do braço, essa é a parte difícil de romper (Grupo Focal).

Tb assim a falta de contrarreferência [...] você faz todo um acompanhamento daquele usuário, encaminha para um especialista, uma especialidade e não retorna a contrarreferência e eu não sei o que fazer [...] não tenho feedback,

isto me deixa muito cansada, muito irritada, é como se fosse uma ponte inacabada (Enfermeira 2).

Quanto à distribuição do trabalho entre os membros da equipe, alguns profissionais pontuaram a sobrecarga de atividades dos Agentes Comunitário de Saúde (ACS), para os quais têm sido delegadas responsabilidades, por vezes incompatíveis com sua formação e atribuições. Além disso, há excesso de exigências burocráticas no cotidiano de trabalho.

As dificuldades de implantação das diretrizes da ESF interatuam com as múltiplas necessidades apresentadas pelos usuários, resultando em um cenário que traz insatisfação para estes e para os profissionais. Parece que existe um conflito entre o prescrito pela ESF, o que os profissionais gostariam de fazer – ou acham que é correto fazer – e a vivência cotidiana.

Entre as fontes de insatisfação e aumento das cargas de trabalho, os profissionais apontaram as agressões verbais dos usuários as quais têm acontecido em uma frequência considerável.

Eu acho que é uma questão de educação, da cultura do modelo antigo [modelo tradicional], muito centrado no curativo, então, agora, isso ainda vai levar um tempo para melhorar. Então, eles [os usuários] ficam impacientes e, muitas vezes, somos agredidos verbalmente, essa questão é comum, e isso é um ponto negativo importante (Médico 1).

Os entrevistados identificaram que o problema das agressões dos usuários tem relação com as dificuldades de entendimento do significado do novo modelo assistencial da ESF, essa dificuldade também é identificada nos gestores, de modo que dificulta a implantação do modelo preconizado.

[...] o que dificulta é a falta de conhecimento das famílias sobre o que é a ESF, eles sabem que aqui tem o posto, mas eles não sabem que esse posto visa promover a saúde e prevenir [doenças], eles ainda têm a visão curativista [...] querem vir no posto consultar e sair com o remédio (Enfermeira 3).

[...] falta conhecimento sobre a ESF, nem o gestor sabe realmente o que é e, às vezes, pede umas coisas, que vão contra o que é preconizado (Grupo Focal).

O contato com a violência urbana também leva ao aumento das cargas de trabalho na ESF. A assistência a famílias em situação de violência doméstica, indivíduos marginalizados, expostos às drogas lícitas e ilícitas, por vezes com precárias condições de vida, expõem

esses profissionais a situações de intenso desgaste no cotidiano laboral, elevando riscos para a saúde deles. Os relatos incluem situações diversas de exposição da equipe, em especial do ACS, que está mais exposto em virtude do trabalho nos domicílios. Os profissionais sentem-se pouco instrumentalizados para intervir nessas situações, principalmente as que envolvem o uso de drogas. Na análise dos prontuários verificaram-se múltiplos registros de tensões vivenciadas nas visitas domiciliares, em razão dos conflitos frequentes na comunidade envolvendo o abuso de drogas e a violência doméstica.

Tem o risco de violência, de mordida de cachorro, queda, atropelamento [...] até de “tomar um corredão” na visita, o Agente [ACS], então, tem muito risco e não tem o que fazer (Técnica de Enfermagem 3).

Outros motivos de insatisfação e geradores de aumento das cargas de trabalho, resultando em desgaste, se relacionam às condições de trabalho inadequadas, como: salário, considerado baixo e incoerente com as responsabilidades assumidas e com a produtividade das equipes; ausência do plano de cargos e salários e jornada de 40 horas semanais.

O salário é ruim, e eu vejo que essa carga horária é pesada, aumenta muito a carga, a gente sai daqui muito cansado, porque são muitas pessoas, muito contato, muita demanda (Auxiliar de Consultório Odontológico 1).

Também ocorre desgaste dos trabalhadores pela vivência de situações de conflito interpessoal na equipe de trabalho, quando os recursos materiais (estrutura física e materiais disponíveis para assistência) são inadequados e quando o trabalho é mal dividido na equipe ou muito burocrático. A análise dos documentos permitiu identificar a presença marcante de atividades administrativas no cotidiano das equipes, as quais demandam boa parte do tempo disponível para a assistência.

O segundo motivo de aumento de carga de trabalho e insatisfação é o relacionamento, às vezes, interpessoal dentro da equipe [...] volta e meia tem atrito, isso gera estresse, isso gera desentendimentos (Médico 1).

As unidades improvisadas ou construídas, especificamente para o trabalho das equipes, apresentam problemas na distribuição das salas, no acesso, na ventilação e com relação ao que é preconizado para os serviços de saúde. Segundo os profissionais, eles não participam da construção e do planejamento das unidades, o que poderia auxiliar na previsão de problemas estruturais.

Outro aspecto mencionado pelos sujeitos do estudo como

causador de dificuldade para o trabalho na ESF, que implica desgaste do grupo de trabalho, é o déficit de capacitação dos profissionais que compõem a equipe para trabalhar nesse novo modelo assistencial, assim como a falta de afinidade deles com os princípios da ESF.

[...] eles [médicos] não têm formação para isso, e a maioria utiliza a atenção primária como um trabalho temporário. O profissional não se dedica como deveria, porque a atenção primária exige uma dedicação, ao contrário do que a maioria pensa [...]. Conforme a especialidade e mentalidade [...], a maioria que trabalha aqui só usa como “bico”, porque não é bem remunerado. Se por um lado há uma estabilidade porque cai um dinheirinho todo mês por outro, quando o profissional tiver uma oportunidade melhor ele vai sair (Médico 1).

No tocante à qualificação profissional, foi ressaltada, ainda, a falta de incentivos para o aprimoramento por meio de pós-graduação e a ausência de educação continuada, estas associadas à insatisfação e elevação das cargas de trabalho dos profissionais.

[...] se eu buscar um curso de especialização, eu sei descontada pela faltas [...] eu tenho direito de fazer um curso de especialização, mas eles não preconizam, não valorizam (Dentista 1).

A gente não tem acesso à capacitação, não há incentivo à qualificação, a fazer uma especialização, um mestrado [...] (Grupo Focal).

Os profissionais mencionaram que o trabalho no ESF requer trabalhadores com conhecimentos nas diferentes especialidades, uma gama muito grande e diversificada de saberes e práticas para saber se portar, proceder adequadamente, diante das diversas e complexas situações e problemas trazidos pelos usuários e famílias, o que requer intensos e contínuos investimentos na formação profissional.

No que diz respeito ao processo de referência e contrarreferência, os sujeitos do estudo identificaram falhas na referência aos serviços de maior complexidade, assim como a ausência de contrarreferência. Identificaram, ainda, fragilidades na gestão, forte influência político-partidária nos processos decisórios, nos serviços, e a falta de investimentos na qualificação das equipes. Os profissionais associaram esses aspectos à ausência de instrumentos de trabalho, em especial do prontuário eletrônico, entendido pelos entrevistados como útil para o melhor diálogo entre os serviços. Mencionaram, também, a falta de protocolos assistências e o acesso restrito e truncado aos serviços hospitalares, o qual é reduzido e permeado pelo mix público-privado na região, além da escassez de serviços específicos, o que compromete a resolutividade e a qualidade da assistência.

A influência político-partidária também é observada na rotatividade de profissionais nos cargos comissionados, na falta de continuidade de projetos e ações durante e após os processos eleitorais, bem como nos privilégios concedidos a determinados grupos sociais e indivíduos no acesso aos serviços de saúde. Esses problemas repercutem na descrença dos usuários no serviço.

[...] a saúde é um setor político, eles sabem que daqui saem muitos votos e usam isso de forma política, às vezes ligam aqui, "ah atende essa pessoa para mim", mas a pessoa nem é do bairro; então, essas questões políticas são difíceis, o paternalismo (Médico 3).

A natureza do trabalho permeada pelo convívio com a finitude e precariedade das condições de vida e saúde dos usuários e das famílias foram mencionados como aspectos que aumentam as cargas de trabalho, especialmente as psíquicas, ao colocarem os profissionais da ESF diante da sua própria vulnerabilidade e dificuldades de manejo e enfrentamento das referidas situações.

Também tem a questão de lidar com a finitude mesmo, com a pobreza. Isso não é fácil, vai desgastando a gente conviver com isso (Grupo Focal).

Aspectos que contribuem para a redução das cargas de trabalho

Entre as fontes de satisfação que contribuem para a redução das cargas de trabalho, destacaram-se: o próprio modelo assistencial da ESF; o trabalho em equipe; a proximidade dos profissionais com a realidade dos usuários e famílias; a presença do ACS; a organização do trabalho com atividades agendadas previamente; a flexibilidade na organização do trabalho; o vínculo empregatício por concurso público; e menor exposição às cargas biológicas.

O principal motivo de satisfação, influenciando na redução das cargas de trabalho, foi a identidade dos profissionais com o modelo assistencial prescrito para a ESF. Entre os aspectos da ESF que os profissionais entendem como facilitadores do trabalho estão a implantação do acolhimento, o exercício do trabalho em equipe, a proximidade com a realidade dos usuários e famílias e a presença dos ACS. Os profissionais acreditam que a implantação desse novo modelo assistencial como preconizado contribuirá para a melhor resolutividade dos problemas de saúde da população, para maior qualificação da assistência, resultando em aumento da satisfação dos usuários. A afinidade dos profissionais com o modelo assistencial da ESF e sua crença na importância deste para a saúde das pessoas contribui para redução das cargas de trabalho.

[...] é que, assim, na residência a filosofia da medicina de família é muito bacana, é baseada no modelo de médico de família do Canadá [...] é um trabalho diferente baseado na prevenção e na promoção de saúde, você vai além da saúde, vê os fatores que interferem na saúde [...] essa comunidade tem esporte, tem o lazer, tem uma creche, tem onde trabalhar, isso tudo é saúde (Médico 2).

É ver que a minha equipe está aí, crescendo, é ver o médico que não fazia visita, agora fazendo visita, ver os ACS que hoje são vistos como os melhores do município, é ver os ACS fazendo sala de espera, trabalhando o lúdico, isso anima, me traz uma satisfação muito grande (Enfermeira 3).

Os sujeitos do estudo ressaltaram que os ACS são identificados como essenciais para a efetivação do trabalho na ESF e constituem-se um diferencial nos serviços ofertados, contribuindo para a redução das cargas de trabalho da equipe.

Os agentes são essenciais para o trabalho, eles são a nossa comunicação com a população, os agentes são o diferencial do trabalho da ESF (Grupo focal).

A proximidade com a realidade das famílias e usuários por meio da adscrição da clientela, da visita domiciliar, e o fortalecimento do elo entre equipes e famílias, especialmente pelo trabalho dos ACS, foram citados como aspectos que contribuem para a redução das cargas de trabalho. Segundo os sujeitos da pesquisa, o convívio direto com a realidade dos indivíduos e coletividades favorece a tomada de decisões mais coerentes com as necessidades da população.

Na organização da assistência, grande parte dos profissionais ressaltou que o agendamento dos atendimentos favorece a divisão equitativa do trabalho entre os membros da equipe, bem como um planejamento mais eficiente das ações, reduzindo as cargas físicas e psíquicas. Os sujeitos da pesquisa ressaltaram, ainda, como motivo de satisfação no trabalho a autonomia para organizar o trabalho com certa flexibilidade, o que potencializa a criatividade dos profissionais.

O agendamento permite um cronograma, uma organização [...] daí, o programa é realizado com qualidade (Enfermeira 1).

No que se refere aos direitos trabalhistas, a garantia de emprego oportunizada pelo concurso público foi identificada como fonte de satisfação, proporcionando maior segurança para lutar por direitos.

Ser concursada me dá segurança para brigar pelo que eu acho justo (Enfermeira 3).

Entre as especificidades apontadas no trabalho da ESF que reduzem as cargas de trabalho, destacou-se o menor número de procedimentos técnicos invasivos em relação a outras realidades laborais, o que, conseqüentemente, gera menos exposição às cargas biológicas, destacando-se na equipe de saúde bucal.

Assim, nós não ficamos só no procedimento odontológico em si, nós temos uma diferença que é o trabalho na escola de educação em saúde [...] (Dentista 1).

Os sujeitos da pesquisa apontaram, ainda, aspectos, estratégias, não presentes na realidade atual das equipes que poderiam reduzir as cargas de trabalho, entre eles: a melhor divulgação dos serviços e do modelo assistencial da ESF; maiores investimentos na qualificação dos profissionais; a organização da assistência mesclando o atendimento agendado com livre demanda; implantação do prontuário eletrônico para melhorar e agilizar a assistência; implantação de um plano de cargos e salários que valorize o profissional, com critérios de avaliação dos serviços e profissionais conforme as especificidades do modelo assistencial, incluindo incentivos à qualificação profissional e redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais.

DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil dos sujeitos da pesquisa, evidenciou-se que a amostra estudada é composta por adultos jovens, semelhante ao que foi encontrado em um estudo realizado em 10 centros urbanos, no qual foi encontrado o predomínio de jovens com idade inferior a 30 anos nas equipes de ESF nas diferentes regiões do país⁽¹⁾. O pouco tempo de experiência profissional também foi encontrado em outro estudo como um fator que interfere na disponibilidade de recursos para o enfrentamento das situações que elevam as cargas de trabalho na ESF⁽¹²⁾.

A pesquisa possibilitou evidenciar que os aspectos, características, que contribuiriam, de modo mais significativo, para o aumento das cargas de trabalho dos profissionais que atuam na ESF, foram: o excesso de demanda; a falta de capacitação para atuar nesse modelo assistencial; os problemas nas condições de trabalho; as dificuldades na organização do trabalho e para implementação das diretrizes propostas pela ESF; e a violência no cotidiano laboral. Estes aspectos/características do processo de trabalho implicam, predominantemente, no aumento das cargas fisiológicas, psíquicas e cognitivas⁽⁷⁻⁸⁾.

O modelo assistencial da ESF constitui-se uma inovação tecnológica do tipo não material^(1;3) que propõem uma reorganização do trabalho, das práticas assistenciais e de entendimento sobre o objeto de

trabalho em saúde, o qual se desloca do corpo doente para o ser humano em sua integralidade e complexidade, inserido em um contexto familiar, cultural e social. Para trabalhar nesse novo modelo, são necessárias novas competência e habilidades que possibilitem o enfrentamento das dificuldades de promover uma mudança do modelo assistencial hegemônico fundamentado na biomedicina e que tem forte influência nos serviços de saúde e na formação dos profissionais de saúde.

Entre as múltiplas dificuldades para trabalhar nesse novo modelo, o excesso de demanda se destaca, sendo este, inclusive, um aspecto que fragiliza a humanização da assistência nesses serviços⁽¹³⁾. Além disso, o foco da demanda para a consulta médica tem forte influência nas possibilidades de mudança na organização do trabalho e para implementação das diretrizes propostas pela ESF.

Outro importante aspecto verificado nos resultados da pesquisa foi o efeito da formação inadequada dos profissionais, dificultando o desenvolvimento de práticas que atendam aos desafios que se fazem presentes no momento da implementação do Sistema Único de Saúde⁽¹⁴⁾ e da ESF, acarretando o aumento das cargas cognitivas⁽⁸⁾ e psíquicas⁽⁷⁾.

Considerando-se o conjunto das equipes, verifica-se que apenas 18,2% da amostra tiveram alguma capacitação para atuar nesse novo modelo assistencial, e esta restrita a profissionais de nível superior. Essa realidade pode influenciar nas cargas e na satisfação no trabalho, uma vez que são demandadas habilidades para trabalhar em um modelo diferente da biomedicina que, frequentemente predomina na organização dos serviços de saúde e na formação dos profissionais.

Há estudos nos quais se constata que a maioria dos médicos da ESF possuem formação em especialidades clínicas, uma minoria possui formação em Medicina Geral e Comunitária, Medicina Preventiva ou especialização, residência, em saúde pública ou coletiva, o que confirma a dificuldade de atrair esses sujeitos para o campo da saúde pública⁽¹⁴⁾. Além disso, evidenciou-se a ausência de profissionais nas equipes com formação *stricto sensu*.

Aparentemente, na formação dos profissionais de saúde, ainda predomina o prestígio do *expert*, do especialista, versado nas técnicas avançadas e em equipamentos de última geração que notabilizam hospitais, localizados nas capitais. Reproduz-se, nas escolas, a formação que prestigia essa cultura e que reforça a resistência ao saber generalista na ESF⁽¹⁵⁾. Assim, são necessários investimentos na formação dos profissionais da ESF, para uma atuação mais voltada às atividades clínico-assistenciais, com qualificação de suas práticas para o cuidado direto aos indivíduos e famílias, em seu ambiente familiar e social, bem

como tornar mais claro quais são as competências necessárias às equipes para melhor atuar na atenção básica, especialmente na ESF⁽¹⁵⁾.

Entende-se que a dificuldade de implantação e consolidação das equipes também tem relação com o processo formativo, o qual permite pouco acesso ou acesso limitado aos serviços da atenção básica. Muitos profissionais de saúde têm recebido uma formação ainda associada à medicina privada, ao ambiente hospitalar e à negação dos aspectos não biológicos que interferem na saúde⁽¹⁶⁾. O alcance da clínica na forma necessária, ou seja, ampliada, é um dos maiores desafios do SUS. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem auxiliar os usuários na construção de sua percepção sobre a vida e o adoecimento, o que requer o reconhecimento dos limites da biomedicina no tocante aos riscos e danos intrínsecos das intervenções e desenvolver uma reflexão crítica sobre a saúde e a doença na sociedade atual⁽¹⁷⁾:

As mudanças significativas nos processos produtivos, em termos técnicos, organizacionais, políticos e culturais, mobilizadas pela Reestruturação Produtiva⁽¹⁸⁾, tiveram marcante impacto sobre a formação profissional e exigem aprendizagem permanente. Contudo, no cenário brasileiro, a adoção de políticas públicas para qualificação como direito é algo recente e se encontra em um estágio ainda tímido de formulação e implementação⁽¹⁹⁾. O MS tem formulado diversas estratégias para promover a qualificação profissional na ESF, destacando-se o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS), em 1993 e retomado em 2001, a criação da Universidade do SUS (UNASUS), o Pet-Saúde, entre outros⁽¹⁶⁾. Estas estratégias podem contribuir para melhor qualificação do trabalho e enfrentamento dos problemas vivenciados pelas equipes.

Em relação às condições de trabalho, incluindo salário, carga horária semanal e duplo vínculo empregatício, os entrevistados identificaram esses aspectos como geradores do aumento de suas cargas de trabalho. A insatisfação com o salário e a excessiva carga horária de trabalho aumentam as cargas físicas, contribuindo para o desgaste. Diferentes categorias profissionais de saúde reivindicam jornada de trabalho de 30 horas semanais. Os médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais já conquistaram a regulamentação de sua jornada de trabalho, os primeiros em 20 horas e os demais em 30 horas de trabalho. Nos últimos 11 anos, os profissionais de enfermagem têm intensificado a luta pela conquista do direito de regulamentação de sua jornada de trabalho em 30 horas semanais, reivindicando a aprovação do Projeto de Lei 2295/2000⁽²⁰⁾.

Cabe, ainda, questionar o tamanho da equipe mínima, pois os

achados revelam que as responsabilidades assumidas são incompatíveis com o número de profissionais disponíveis para a garantia da qualidade da assistência, aumentando as cargas fisiológicas e psíquicas. Uma estratégia poderia ser a ampliação da equipe mínima, no entanto o problema é complexo, o que demanda a busca de soluções criativas com vistas a potencializar a promoção da saúde, a articulação de ações de forma integral e focada na oferta do cuidado⁽²¹⁾ integral e humanizado.

Em relação às dificuldades na organização do trabalho para implementar as diretrizes previstas pela ESF, os resultados da pesquisa permitiram constatar que esses aspectos são importantes causadores de aumento das cargas de trabalho. Um dos aspectos privilegiados na ESF para reorganização do trabalho é a implantação do acolhimento, o qual prevê um aumento da resolutividade dos serviços, a ampliação do acesso e a melhora na satisfação dos usuários. No entanto, a implantação dessa prática enfrenta muitas dificuldades, as quais estão registradas na literatura^(11, 14-15, 22). Os sujeitos desta pesquisa, na sua maioria, não conseguem implantar o acolhimento nas unidades de ESF em que atuam e têm a expectativa que a implantação contribuirá para melhor satisfação dos usuários e redução das cargas de trabalho.

O acolhimento emerge na ESF para amenizar parte das situações de desgaste dos profissionais, para melhor regular a oferta dos serviços e para propiciar maior resolutividade, com vistas a melhorar a satisfação dos usuários e, possivelmente, para redução da agressividade destes com os profissionais de saúde, bem como para diminuir o excesso de demanda encontrado nos serviços pesquisados. O acolhimento é entendido como um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escuta qualificada, com o intuito de resolver os problemas de saúde e ou referenciá-los, se necessário, a outros serviços⁽²³⁾. A acolhida consiste na abertura dos serviços para as necessidades da população e a responsabilização compartilhada de profissionais e usuários pela sua saúde. Para isso, é necessário flexibilidade, capacidade de adaptar as ações ofertadas às necessidades dos usuários, adequar os recursos disponíveis, muitas vezes escassos, e ter como referência os aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária dos indivíduos e coletividades⁽²⁾.

Contudo, são muitos os entraves no exercício do acolhimento, entre eles o descompasso entre demanda e recursos disponíveis, assim como problemas em relação à organização do trabalho, que têm predominantemente, foco no atendimento médico. Esses achados sugerem a permanência de fortes traços do modelo biomédico no trabalho das equipes de ESF pesquisadas. Entretanto, os sujeitos do

estudo se mostraram cientes da necessidade de redirecionamento das ações ofertadas com o propósito de adequá-las à melhor escuta dos usuários, com estímulo à maior autonomia dos indivíduos, observando suas necessidades individuais e coletivas e maior empoderamento dos demais membros da equipe, proporcionando aproximar-se do trabalho interdisciplinar.

Os diversos problemas evidenciados na rede assistencial mencionados pelos membros das equipes, certamente, têm influência na qualidade dos serviços da atenção básica, prejudicam a consolidação da ESF e elevam, especialmente, as cargas de trabalho fisiológicas e psíquicas dos profissionais de saúde. De certa forma, eles colocam em risco a garantia de algumas diretrizes e princípios assegurados pelo SUS, como acesso, equidade e integralidade na assistência pública de saúde.

Preconiza-se que todos os cidadãos brasileiros devem ter suas necessidades atendidas para que se possa assegurar a efetivação do acesso dentro do sistema público de saúde. Dessa forma, a universalidade na assistência requer a garantia do direito, livre de preconceitos ou privilégios, ao acesso a todas as instituições de saúde em qualquer nível de atenção, levando em consideração as necessidades sentidas e tecnicamente identificadas⁽²⁴⁾. A não efetivação do sistema de referência e contrarreferência compromete os princípios da equidade e universalidade, o que também torna mais difícil a oferta de soluções concretas para as múltiplas desigualdades nas necessidades de saúde da população.

No que diz respeito à desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a ESF não pode solucionar sozinha esse problema, uma vez que, para a sua superação, é necessária a articulação com os demais níveis da assistência. A ampliação da cobertura em saúde trazida pela criação e expansão da ESF se mostra, dessa forma, ainda insuficiente para a superação das desigualdades no acesso aos diferentes serviços da rede do SUS⁽²⁵⁾, além disso, observa-se que essa porta de entrada à rede assistencial apresenta-se bastante fragilizada.

Outro desafio está na falta de (re)conhecimento da importância desse modelo assistencial. Apesar da expansão das equipes em todo o território nacional, os usuários e gestores demonstram pouco conhecimento sobre o funcionamento e diferencial da ESF. Os gestores, na maioria em cargos políticos temporários, aparentemente privilegiam a assistência no modelo tradicional biomédico. Na mesma lógica, profissionais de saúde que não atuam na atenção básica desvalorizam o trabalho nesse âmbito, considerando-o de menor complexidade e importância. Também, observa-se a dificuldade dos gestores na avaliação da qualidade dos serviços de saúde; percebe-se a falta de

clareza e domínio técnico quanto à abordagem capaz de abranger as distintas dimensões da qualidade em processos avaliativos, em especial nos serviços públicos.

Em relação à violência no cotidiano laboral das equipes, a realidade encontrada tem identidade com o acelerado crescimento da violência na América Latina. Autores⁽²⁶⁾ mostram que existe influência de fatores macrossociais na saúde, como a desigualdade urbana, a relação entre acesso à educação e ao emprego, bem como influência de fatores de natureza contingencial, como o aumento das necessidades e a impossibilidade de satisfazê-las, as mudanças culturais e estruturais das famílias e a redução da capacidade das organizações da sociedade civil em promover a inclusão social. Ainda, há outros fatores, como o aumento da densidade em áreas pobres e segregação urbana, o culto à masculinidade, o fácil acesso a drogas, a impunidade, o aumento do número de armas de fogo e a dificuldade de expressão verbal dos sentimentos, principalmente os de raiva e revolta, que contribuem para o aumento da violência urbana. Certamente, a proximidade das equipes da realidade das famílias permite maior convívio e visibilidade dessa complexidade, ao mesmo tempo que, revela a vulnerabilidade e incapacidade das equipes em manejar essas situações. Esse cenário caracteriza, especialmente, o aumento de cargas psíquicas, mas também tem alguma relação com as cargas biológicas.

No que se refere à saúde dos profissionais, estudos vêm mostrando uma série de situações do cotidiano da ESF que os expõem ao adoecimento e requerem intervenção urgente^(12; 20). Entre as ferramentas úteis para amenizar o desgaste, destacam-se a construção de estratégias coletivas de enfrentamento⁽¹²⁾, maior fiscalização no que diz respeito às condições de trabalho, com o intuito de garantir os direitos profissionais e trabalhistas.

Os aspectos, características, do processo de trabalho na ESF que contribuíram para redução das cargas de trabalho apresentaram-se em um número inferior às fontes de aumento. O principal motivo de satisfação foi a identidade das equipes com o modelo assistencial da ESF, entendendo-o como potencial para propiciar melhor resolutividade e qualidade na assistência aos usuários, assim como propiciar um trabalho mais colaborativo e satisfatório para as equipes.

O trabalho em equipe é entendido como capaz de descentralizar a assistência da figura do médico, favorecendo a tomada de decisão coletiva, a autonomia dos diversos profissionais e maior visibilidade de suas atividades⁽¹⁴⁾. Ainda, o trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base em certo

conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação de cada um na produção de cuidados, o que instiga a construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los. Significa, também, a busca por reconhecimento recíproco de autoridades e saberes e maior autonomia técnica dos diferentes profissionais da equipe de trabalho⁽²⁷⁾.

A demanda agendada como fonte de redução da carga também traz questionamentos e retoma a necessidade de estudos que discutam a esse respeito para, talvez, repensar a forma de organização e gestão dos serviços da ESF. O SUS introduziu a diretriz do controle social, no entanto a ideia de gestão compartilhada requer a criação de espaços coletivos, em que as equipes compartilham a elaboração de planos gerenciais e de projetos terapêuticos com os usuários. Contudo, isso depende de uma ampla reformulação da mentalidade e da legislação do sistema de saúde. As políticas de humanização têm, igualmente, tentado ampliar o poder dos usuários no cotidiano dos serviços de saúde⁽²⁸⁾.

Ainda, lembra-se que pesquisadores têm publicado sobre a necessidade de novas estratégias gerenciais para garantir a qualidade dos serviços públicos de saúde, entre eles a criação de equipes para apoio matricial às equipes de ESF⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Retomando o que faz relação com o aumento e a redução das cargas de trabalho e o que favorece a qualidade da assistência da ESF, enfatiza-se a necessidade de valorização das sugestões trazidas pelos trabalhadores os quais podem permitir o alcance de um ambiente e ações de saúde condizentes com as necessidades dos usuários e dos profissionais de saúde.

A ESF é, com certeza, uma estratégia inovadora e com grande potencial de contribuição para a universalização do acesso, mas necessita superar inúmeras dificuldades que vêm emergindo ao longo de seu processo de implementação e desenvolvimento. É significativo lembrar que as desigualdades em saúde não são passíveis de ser equacionadas somente no âmbito do setor saúde, pois possuem determinantes políticos, econômicos, sociais e ambientais. Numa realidade social como a brasileira, com perversos níveis de desigualdade, apresentando um sistema de proteção social ainda frágil apesar dos avanços, entre outros problemas, a ESF pode se constituir uma ferramenta capaz de fortalecer a participação comunitária na problematização da saúde e fortalecimento da consciência sanitária. Para isso, é necessário que sua expansão se faça acompanhada do aparelhamento de suas equipes, dotando-as da capacidade de efetivamente superar o modelo médico-assistencial hegemônico e

assumir sua função social, voltando-se para a construção de projetos, ações e programas capazes de interferir positiva e efetivamente sobre os determinantes sociais e políticos da saúde e, assim, auxiliar para a efetivação de políticas públicas preconizadas pelo SUS^(2; 26; 29).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu conhecer os aspectos/características, que geram aumento e redução das cargas de trabalho dos profissionais de saúde que compõem as equipes da ESF estudadas.

O estudo revela que na ESF, no cenário pesquisado, há o predomínio de fontes de aumento das cargas de trabalho decorrentes das dificuldades de efetiva implantação desse modelo assistencial, principalmente pelo distanciamento entre o prescrito no modelo e o realizado. Entre os aspectos que explicam a mencionada lacuna, encontraram-se a falta de perfil e preparo das equipes para atuação no novo modelo, a falta de domínio dessa tecnologia por profissionais, usuários e gestores, assim como a falta de estrutura física, de instrumentos e de condições de trabalho adequadas. Contudo, a identificação com a proposta da ESF e a crença de que ela pode propiciar melhores resultados assistenciais e maior satisfação dos usuários mostraram-se como principais geradores de satisfação, contribuindo para a redução das cargas de trabalho. Nesse sentido, destacaram-se a proximidade com a realidade das famílias, a presença dos ACS nas equipes e a maior autonomia na organização do trabalho.

Os achados possibilitaram perceber as fragilidades das equipes e a necessidade de investimentos urgentes para a qualificação da assistência e redução das cargas de trabalho, bem como para a maior resolutividade do trabalho e aumento da satisfação dos profissionais envolvidos. Os resultados deste estudo podem contribuir para a construção de caminhos para mudanças importantes nesse modelo assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999. 4(2):243-49.
2. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E; Onocko R., organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997, p. 386- 96.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
4. Merhy. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inform Epidem SUS* 1998; 7-28.
6. Facchini LA. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993.
7. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
8. Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. São Paulo: Cortez; 1994.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
10. Minayo MCS, Souza ER, Constantino P, Sando NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: Minayo MCS, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 71-104.
11. Escorel S. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002. (Relatório final).
12. Trindade LL, Lautert L, Beck CLC. Coping mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. *Rev. Latino-Am Enfermagem* 2009;17(5): 607-12.
13. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes da estratégia de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2010;18(4):763-9.

14. Gil, CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005;21(2):490-8.
15. Bonelli MG. Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. *Cad Saúde Pública* 2009;25(11):2531-2.
16. Anjos RMP et al. "Vivendo o SUS": uma experiência prática no cenário da atenção básica. *Rev bras educ med* 2010; 34(1):172-83.
17. Prestes E, Veras R. Educação, qualificação, trabalho e políticas públicas: campos em disputas. *Rev Lusófona de Educação* 2009;(14):45-59.
18. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores; Annablume; 2008.
19. Pires DEP et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. *Enferm Foco* 2010;1(1):114-8.
20. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. A universalidade do SUS: pensamento dos usuários. *Esc Anna Nery* 2009;13(3):500-7.
21. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface* 2001;9:133-41.
22. Bertoncini JH. Entre o prescrito e o real: renormalizações possíveis no trabalho das enfermeiras na saúde da família [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
23. Carvalho SR, Campos GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim. *Cad Saúde Pública* 2000;16:507-15.
24. Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. 250 p.

25. Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev Saúde Pública* 2010;44(2):318-24.
26. Briceño-León R. Urban violence and public health in Latin America: a sociological explanatory framework. *Cad Saúde Pública* 2005;21(6):1629-48.
27. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):438-46.
28. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e a equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007;23(2):399-7.
29. Mendes AG. Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. *Ciênc saúde coletiva* 2009;14(suppl.1):1627-8.

4.2.2 Artigo 2: Atenção básica no modelo assistencial biomédico: implicações nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde

ATENÇÃO BÁSICA NO MODELO ASSISTENCIAL BIOMÉDICO: implicações nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde²

Resumo: Trata-se de recorte de pesquisa que analisa a influência de dois modelos assistenciais extrahospitares nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Estudo do tipo qualitativo com o objetivo de conhecer os aspectos do modelo assistencial biomédico que elevam e/ou que reduzem as cargas de trabalho desses profissionais. A amostra foi constituída intencionalmente, envolvendo três equipes da Atenção Básica Tradicional (ABT) da região do sul do Brasil. Incluíram-se equipes consideradas de qualidade e profissionais de diferentes categorias. Para coleta de dados, utilizaram-se estudo documental, entrevistas e grupo focal. A análise combinou os recursos do software Atlas ti com a Análise Temática de Conteúdo. Aspectos como o menor contato com a realidade dos usuários; o foco na assistência curativista; trabalho em equipe e a flexibilidade na jornada reduzem as cargas de trabalho. Contudo, houve predomínio do aumento das cargas, principalmente psíquicas, decorrentes do próprio modelo assistenciais, o que sinaliza para a necessidade de mudanças no modelo assistencial utilizado na ABT.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador. Carga de trabalho. Profissionais da saúde. Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

Destacam-se, no cenário da atenção básica em saúde no Brasil, dois modelos assistencias em vigência na organização dos serviços de saúde, o tradicional modelo biomédico e a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas na organização dos serviços de saúde, incluindo ações que atuam sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários, usuários e serviços de saúde com distinta complexidade⁽¹⁾. Estes representam o diálogo entre o

² Artigo pré-formatado nas normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP.

técnico e o político, têm diretrizes políticas e sanitárias, princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos e socioculturais que refletem uma determinada conjuntura epidemiológica e certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável⁽²⁾.

O modelo da biomedicina voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital e nas especialidades médicas, é chamado de medicina científica, biomedicina ou modelo flexneriano, em referência a Abraham Flexner, cujo relatório foi publicado em 1910 e fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos Estados Unidos e Canadá⁽³⁻⁴⁾. Esse modelo assistencial tem influenciado a organização dos serviços de saúde, globalmente, e tem predominado nos serviços de saúde no Brasil, tanto no âmbito hospitalar quanto na atenção básica, mesmo 17 anos após a opção do governo brasileiro de intervir nessa área, por intermédio de uma nova tecnologia de reorganização das práticas, de concepção de saúde e de cuidado, chamada ESF.

A ESF vem sendo considerada um novo modelo assistencial e a principal estratégia para a reorientação da atenção básica no Brasil, com vistas a atender aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, visa possibilitar à população o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos. O atendimento deve ser realizado por equipes que se responsabilizam por áreas populacionais definidas, trabalhando com planejamento e identificação de prioridades, organizando criativamente o trabalho a fim de atender às necessidades dos usuários em seu contexto familiar e cultural, por meio de equipes multiprofissionais que devem atuar na perspectiva interdisciplinar, compreendendo o ser humano em sua integralidade e buscando a resolução dos problemas em articulação intersetorial e com os diversos níveis da assistência⁽⁵⁾.

O modelo tradicional, em diversas regiões do país, convive com a ESF, ou é o único modelo assistencial existente na atenção básica. Esse modelo está voltado para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento das questões de saúde e de sofrimento, procuram os serviços de saúde por livre iniciativa. Esse modelo, aqui denominado de Atenção Básica Tradicional (ABT), tem bases no modelo médico-assistencial centrado na demanda espontânea⁽¹⁾, nos processos patológicos apresentados pelos indivíduos, na consulta médica e na execução de programas específicos como os de combate a epidemias e endemias, todavia, praticamente, inexistente planejamento da equipes multiprofissional e avaliação dos resultados.

Esses dois modelos assistenciais podem ser vistos como

tecnologias não materiais de organização do trabalho em saúde: o modelo biomédico (ABT) como uma tecnologia tradicional e a ESF como uma tecnologia inovadora. Logo, pensa-se que esses modelos originam diferentes demandas com consequentes implicações nas cargas de trabalho dos profissionais envolvidos, ou seja, podem gerar facilidades ou dificuldades, satisfação ou insatisfação, prazer ou sofrimento no trabalho.

As cargas de trabalho se referem a um conjunto de esforços desenvolvidos pelos trabalhadores para atender às exigências das tarefas, abrangendo os esforços físicos, cognitivos e os emocionais. Essas podem ser classificadas como: físicas, químicas, orgânicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas⁽⁶⁾. Considera-se que a carga de trabalho, como “sobrecarga” de trabalho, interfere diretamente no processo de desgaste do trabalhador, influenciando e sendo influenciada pelas condições laborais.

Tecnologia pode ser associada a produtos, “coisas” materiais e “coisas” não materiais – processos de trabalho, certos saberes constituídos para a geração de produtos e inclusive para organizar as ações humanas nos processos produtivos, incluindo tecnologias de relações de trabalho⁽⁷⁾. As inovações tecnológicas vão além de simples mudanças em tecnologia, envolvem conexões, interações e influências de muitos e variados graus, buscam melhorias em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma instituição⁽⁸⁻⁹⁾.

As relações entre as inovações tecnológicas e a saúde dos trabalhadores, tem sido discutidas, mas pouco na área da saúde^(relatório), esse manuscrito consiste no recorte uma tese de doutorado que descrever a influência de dois modelos assistenciais extra-hospitares nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Desse modo, tem como objetivo discutir os aspectos, características, do modelo assistencial praticado na ABT que implicam aumento e redução das cargas de trabalho dos profissionais de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, realizado na 7ª Regional de Saúde (RS), localizada na Região Sudoeste do Paraná, no sul do Brasil. A amostra foi definida intencionalmente, incluindo: equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) que seguem o modelo tradicional de atenção à saúde da biomedicina; equipes referenciadas pela chefia da 7ª RS, por desempenharem um trabalho de boa qualidade, de referência nesse modelo assistencial; e somente profissionais de saúde. Foram excluídas as equipes que atuavam em unidades mistas (com presença

dos dois modelos assistenciais); e os trabalhadores do setor administrativo e de limpeza.

Participaram da pesquisa 11 profissionais de 3 equipes de UBS distintas, incluindo 3 médicos(as), 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 dentista e 1 auxiliar de consultório odontológico. Na coleta de dados, considerou-se a saturação como critério de suficiência da amostra.

Para a coleta de dados, foram utilizados 3 métodos: a pesquisa documental, entrevista individual semiestruturada e grupo focal. A análise dos documentos auxiliou na compreensão do modelo assistencial, bem como do processo de trabalho dos profissionais. Assim, foram analisadas as normas e rotinas das instituições, a política salarial e de benefícios, a divisão do trabalho e as formas de organização e gestão do trabalho. Nas entrevistas, buscaram-se informações relativas ao trabalho dos profissionais, entendendo-o como parte da estrutura organizacional da instituição e do cenário político-social da região; também, procurou-se identificar a composição das equipes e a caracterização das práticas assistenciais dirigidas aos usuários, identificar a organização e divisão do trabalho nas equipes, caracterizar o modelo assistencial e sua influência nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Para maior confiabilidade do roteiro de entrevista, foi realizado um teste do instrumento.

Com o objetivo de aprofundar os dados obtidos nas etapas anteriores, foi realizado um grupo focal com uma das equipes da ABT, totalizando 3 sessões. Para a construção do roteiro para o grupo focal, primeiramente, foram analisadas as entrevistas e, com base nessa análise, foram formuladas questões norteadoras com vistas a permitir a condução do grupo para validação ou ajustes, ou até exclusão de dados não procedentes. Os temas centrais foram: fontes de satisfação e redução das cargas de trabalho dos profissionais e fontes de insatisfação e aumento das cargas de trabalho. O número de entrevistas e de sessões do grupo focal foi considerado satisfatório quando as informações deixaram de acrescentar dados novos – saturação de dados.

Para análise dos dados, foi utilizado, de modo combinado, a Análise Temática de Conteúdo de Bardin(10) e os recursos do software Atlas Ti 5.0(11). As macrocategorias foram elaboradas tendo como base o objetivo do estudo, ou seja, a influência do modelo assistencial tradicional para aumentar e/ou reduzir as cargas de trabalho dos profissionais de saúde. O recurso de triangulação metodológica foi útil para melhorar a compreensão da realidade estudada.

Foram observados os aspectos éticos recomendados para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, tendo por referência

o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Com isso, o projeto foi submetido e aprovado, sob número 971, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Foi solicitado o consentimento informado para a participação no estudo, garantindo-se a confidencialidade das informações individuais e o direito de recusa em participar. Ainda, as falas dos sujeitos utilizadas no texto foram identificadas por meio da denominação da categoria profissional, acrescido do número de ordem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade dos profissionais da ABT é de 46 anos, com mínima de 33 anos e máxima de 59 anos, a maioria dos sujeitos (10 profissionais) é do sexo feminino.

No que se refere à experiência profissional, o grupo possui, em média, 18,5 anos de trabalho em sua profissão e, destes, cerca de 14 anos na ABT, o que demonstra um tempo significativo de experiência profissional e na atenção básica. Apesar dos achados desta pesquisa não permitirem concluir que tempo de experiência contribui para diminuir o desgaste, a literatura registra que a maturidade e experiência profissional contribuem para melhor manejo das situações desgastantes do cotidiano de trabalho, pois a vivência confere maior capacidade para manter a calma e racionalizar mediante situações conflitante, contribuindo para resolução de problemas com menor desgaste(12).

Entre os sujeitos da pesquisa, 4 possuem o ensino médio completo, 1 o ensino superior e os demais, ensino superior seguido de especialização em áreas diversas (alguns com mais de uma especialização). Entre os cursos de especialização, destacaram-se: na área clínica – tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais, enfermagem cirúrgica, reumatologia, urgência e emergência e pediatria; na área administrativa – administração hospitalar e gestão em saúde; em práticas alternativas – acupuntura e homeopatia –; apenas 1 profissional na área de saúde coletiva. A formação no âmbito da pós-graduação demonstra afinidade com os padrões da biomedicina e muito pouco com a complexidade e diversidade do trabalho na atenção básica.

Quanto ao tipo de contrato, evidenciou-se que a maioria dos profissionais (6 sujeitos) possui jornada de 40 horas, 4 trabalham 30 horas semanais e 1 optou pela jornada de 20 horas semanais. A análise documental permitiu identificar que a gestão de saúde dos municípios oportuniza a opção por diversas modalidades contratuais no que se refere à jornada de trabalho.

Em relação ao vínculo empregatício, 9 profissionais são

concursados e 2 estão vinculados aos serviços por contrato temporário. Nos municípios estudados, de acordo com a política contratual para a atenção básica, a intenção é orientar-se pelo concurso público, para contratação, no entanto na realidade a situação é bastante complexa, possibilitando múltiplos arranjos que incluem contratos temporários, cargos comissionados com prestação de serviço com salário diferenciado, concursados, entre outros. Ainda, há concursados que assumiram por decisão judicial, em razão de irregularidades identificadas no concurso, sendo que a contratação continua sendo questionada na justiça. Portanto, o cenário contratual é de insegurança e precariedade.

Olha, tem todo o tipo de vínculo [empregatício temporário] e, aí, o profissional que tem contrato não se afirma aqui, ele dá prioridade ao atendimento no consultório particular, ele vem e sai correndo para lá que dá mais lucro para ele (Enfermeira 2).

Quatro profissionais possuem outro emprego ou trabalho autônomo, segundo eles, para complementar a remuneração e melhorar o *status* social. Destes, 2 atuam na área hospitalar (1 médico e 1 técnica de enfermagem), 1 no ensino superior (1 enfermeira) e o último em consultório particular (1 dentista). O total de horas trabalhadas entre os profissionais com duplo vínculo foi de, em média, 64 horas semanais, com no mínimo 60 horas e no máximo 76 horas semanais.

No que se refere às horas e ao vínculo de trabalho, estudos possibilitam mostrar que o vínculo empregatício por meio de concurso fomenta a cooperação e a solidariedade entre os trabalhadores ao relacionar o presente e o destino dos membros da equipe, constituindo uma condição societária de identidade, construída por sujeitos interdependentes e solidarizados entre si⁽¹³⁾. Além disso, a jornada de trabalho de 30 horas semanais tem sido uma busca de diferentes categorias profissionais⁽¹⁴⁾. Entende-se que a jornada exaustiva, muitas vezes agravada pelo duplo emprego e pela falta de estabilidade, eleva as cargas de trabalho, provocando maior desgaste dos profissionais, o que também compromete a qualidade da assistência prestada.

Nesse sentido, destaca-se, ainda, a remuneração, tendo em vista que, quando o profissional não se mostra satisfeito, tende a buscar outros vínculos de trabalho que permitam complementar a renda. Além disso, os sistemas e formas de remuneração permitem controlar o comportamento dos membros das instituições, com o objetivo de atingir uma estrutura que funcione com eficácia. Ainda, eles podem ser um modo de garantir que os profissionais realizem suas tarefas de tal

maneira que a organização possa alcançar seus objetivos⁽¹⁵⁾. A falta de contratos formais e de estabilidade no emprego tem como consequência a insegurança, uma vez que situações de adoecimento, férias ou aposentadoria podem levar à suspensão ou redução da remuneração.

Aspectos que aumentam as cargas de trabalho na Atenção Básica Tradicional

Em virtude do elevado número e da diversidade de características/aspectos do trabalho na ABT identificadas pelos profissionais entrevistados como fontes de aumento das cargas de trabalho, elaborou-se o quadro 1, no qual se apresentam agrupadas as cargas conforme os tipos (cargas física, química, orgânica, fisiológica, psíquica)⁽⁶⁾. Na sequência discute-se a natureza dessas cargas conforme sua natureza, seja ela organizacional, gerencial, condições de trabalho; relacional; e pelas especificidade e competências dos profissionais.

Quadro 1: Fontes de aumento da carga de trabalho segundo o tipo.

TIPOS DE CARGA DE TRABALHO			
Fontes de aumento das cargas de trabalho	Cargas Psíquicas	Cargas Fisiológicas	Carga Biológicas
	Excesso de demanda	Posições incômodas	Exposição aos materiais biológicos
	Dificuldades no relacionamento com a chefia	Tarefas repetitivas	
	Ausência do trabalho em equipe		
	Conflitos na divisão do trabalho		
	Ausência de instrumentos para agilizar/facilitar a assistência		
	Problemas na distribuição dos horários para atendimento na UBS		
	Acesso restrito aos demais serviços da rede assistencial		
	Equipe pouco especializada para o trabalho		
	Falhas no sistema de referência e ausência da contrarreferência		
	Equipe pouco especializada para o trabalho dificulta o atendimento aos usuários		
	Baixos salários e precariedade do vínculo empregatício		
	Falta de profissionais		
	Desvalorização do profissional de saúde dos serviços públicos		
	Forte influência político-partidária no cotidiano dos serviços		
	Distância da realidade dos usuários e famílias		
	Ausência do acolhimento		
	Ausência do Agente Comunitário de Saúde na equipe (ACS)		
	Baixa resolutividade assistencial		
Insatisfação e falta de reconhecimento dos usuários			

O Quadro 1 permite identificar o predomínio das cargas psíquicas. Estas segundo o referencial de Laurell e Noriega⁽⁶⁾ se

relacionam com todos os elementos do processo de trabalho e, portanto, com as demais cargas de trabalho. No entanto, em termos mais específicos, a principal fonte pode ser localizada na forma e dinâmica da organização e divisão do trabalho.

Evidencia-se que o excesso de demanda; o diagnóstico de saúde tardio ou desconhecido dos usuários; a ausência de instrumentos para agilizar, facilitar, a assistência; os problemas na administração dos horários de atendimento da UBS; o acesso restrito aos demais serviços da rede assistencial, com falhas no sistema de referência e ausência da contrarreferência; a distância dos profissionais em relação à realidade dos usuários e famílias; o déficit numérico de profissionais; a ausência do acolhimento e dos ACS; a baixa resolutividade dos serviços e a falta de reconhecimento dos usuários, destacam-se como cargas psíquicas que tem relação, principalmente, com as formas de gestão e organização da assistência próprias do modelo assistencial da ABT, assim como as condições de trabalho⁽¹⁶⁾. Além dessas, as cargas biológicas e fisiológicas pontuadas pelos profissionais se relacionam com a forma de gestão do trabalho, a qual privilegia os procedimentos e técnicas.

Entende-se que, individual e coletivamente, as fontes de aumento das cargas são decorrentes, predominantemente, do modelo assistencial vigente na ABT, baseado na biomedicina, pois a assistência tem como foco a patologia, o diagnóstico, a medicalização do usuário, desconsiderando as necessidades para além do corpo doente, não priorizando o trabalho em equipe nem a promoção da saúde e prevenção das doenças. Nesse modelo assistencial, é pouco considerado que, em muitos casos, os problemas, ou necessidades, assistências podem ser de ordem fisiológica ou resultante das condições socioeconômica e/ou relações familiares. Em consequência, as ações cuidativas centram-se em procedimentos médicos, mesmo que paliativos na maioria das situações⁽¹⁷⁾. Essas práticas, por não abordarem a origem dos problemas, tendem à medicalização, o que, muitas vezes, gera novas demandas de consumo de medicamentos, exames e procedimentos, que podem ser iatrogênicos, além de gerar insatisfação nos usuários com a assistência recebida.

No que diz respeito à falta de instrumentos para agilizar, facilitar, a assistência, identificou-se a ausência de tecnologias que auxiliem no cotidiano de trabalho e amenizem as cargas de trabalho como, por exemplo, o prontuário eletrônico e melhor informatização da rede de atenção. Os achados desta pesquisa também sinalizaram para a necessidade de utilização de inovações tecnológicas de reorganização e de gestão do trabalho, como é o caso do modelo assistencial da ESF, que é baseada nos princípios da Atenção Primária à Saúde, a qual tem sido

reconhecida internacionalmente, desde o final dos anos 70⁽¹⁸⁾.

Em uma pesquisa recente, foi mostrado que não há uma relação linear entre a disponibilidade de inovação tecnológica para assistência em saúde e o aumento ou diminuição das cargas de trabalho, isso depende mais do modo como a tecnologia é utilizada, da organização do processo de trabalho e condições concretas de trabalho. As inovações tecnológicas vão além da aplicação e transferência de uma técnica, instrumento ou teoria nova, ela ocorre na mediação entre as condições de trabalho e sujeito trabalhador⁽¹⁹⁾.

É muita demanda e chega todo mundo junto e parece que tu não vai terminar nunca, que tu não vai dar conta, que, se tu for até meia-noite, ainda vai ter coisa para fazer (Grupo Focal).

A forma como vem acontecendo até hoje. O profissional médico, que não pode esperar, pede o prontuário para o atendimento. Então, fica para a equipe a busca, porque o nosso prontuário ainda não é eletrônico [...] (Enfermeira 1).

As inovações tecnológicas poderiam auxiliar na maior resolutividade dos serviços e amenizar as falhas nos serviços de referência e contrarreferência, sendo estes vitais para a consolidação do SUS, uma vez que é a partir da sua estruturação, que o encaminhamento dos usuários aos diferentes níveis de atenção torna-se possível e a assistência, mais próxima da integralidade. Os níveis de complexidade são limites utilizados para hierarquizar os estabelecimentos do sistema de saúde, segundo as características das atividades prestadas, a profundidade de especialização destas e a frequência com que ocorrem⁽²⁰⁾.

O que se observa neste e em outros estudos é que problemas identificados historicamente como falhas na organização da rede assistencial, a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços e problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção fragilizam a atenção básica⁽²¹⁾ e repercutem no aumento das cargas psíquicas entre os profissionais de saúde. Outra pesquisa⁽²²⁾ constata que a referência funciona de forma razoável na rede assistencial pública, no entanto a contrarreferência é praticamente inexistente.

Esta pesquisa possibilitou evidenciar que o sucesso e a agilidade dos encaminhamentos dependem, em grande parte, dos relacionamentos interpessoais e da informalidade, mais do que de um fluxo sistematizado entre os níveis de complexidade. As internações, por exemplo, dependem, essencialmente, das relações dos médicos das UBS com outros profissionais das instituições hospitalares, sendo difícil o

encaminhamento quando não existem essas relações pessoais.

Fica muito difícil quando se precisa encaminhar para um outro serviço da rede, principalmente para o hospital, os problemas são diversos e, aí, depende do médico daqui conhecer um de lá (Grupo Focal).

Isso, em parte, poderia ser solucionado com o uso de tecnologias de reorganização do trabalho e de informação e comunicação (TIC). Ressalta-se que a maior resolutividade na assistência possui a potencialidade de amenizar os conflitos entre usuários e profissionais, assim como diminuir a sobrecarga das instituições e dos profissionais.

Observa-se que a realidade da ABT é norteadada pelo modelo da queixa-conduta, a qual privilegia os procedimentos, e isso, em parte, justifica a presença das cargas biológicas nas atividades desses profissionais. O foco curativista desse modelo assistencial também eleva o número de procedimentos técnicos que exigem a permanência dos profissionais por muito tempo em posições incômodas ou na mesma posição. Também pontuaram a realização de tarefas repetitivas, as quais elevam as cargas fisiológicas e repercutem no desgaste físico e psíquico.

Na análise de documentos como os boletins diários de assistência, encontrou-se um elevado número de registros de consultas médicas e de procedimentos técnicos, como curativos, aplicação de injeções e vacinas, inalações, retirada de pontos e aferição dos sinais vitais.

Semana passada, mesmo eu fui tirar uma agulha da seringa e cortei a mão (ACD).

Ao tentar conhecer os números, prevalência, incidência e tipos de acidentes, assim como as doenças vivenciadas pelos profissionais, encontrou-se muita dificuldade, tendo em vista que não há um banco ou sistema de análise específica dos agravos nessa realidade laboral. O registro dos acidentes e das doenças é feito na ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) junto com o total de registros de notificação compulsória. Não há registros específicos da situação dos profissionais de saúde, o que aponta para uma lacuna na área de vigilância à saúde desses trabalhadores.

O modelo da Saúde do Trabalhador no Brasil permanece em construção e, por mais que se evidenciem avanços, os esforços deixam transparecer que ainda não são suficientes para redução mais efetiva dos acidentes e agravos, bem como faltam investimentos para melhor fiscalização das condições de trabalho. Pesquisadores lembram que, além de identificar os riscos a que está exposto no ambiente de trabalho, o profissional deve conhecer a legislação trabalhista, a fim de identificar

seus direitos e deveres no campo da Saúde do Trabalhador⁽²²⁾, assim como evitar a banalização das cargas presentes no ambiente laboral.

A ausência do trabalho em equipe com os conflitos na divisão do trabalho, a distribuição inadequada e desigual dos horários para assistência e das tarefas cotidianas, a desvalorização dos profissionais que atuam no âmbito da atenção básica e a forte influência político-partidária nos serviços da ABT foram identificadas como aspectos da realidade laboral que elevam as cargas psíquicas, contudo tem sua origem, em questões organizacionais, mas também relacionais. Esses aspectos refletem o modelo assistencial da biomedicina, baseado na ciência cartesiana, que prioriza a identificação e o tratamento das doenças, quase de maneira independente do ser humano que as vivencia. Esse modelo orienta a formação e organização dos serviços por especialidades, hierarquiza saberes e profissões, bem como valoriza de modo desigual os diferentes saberes e espaços assistenciais. Em uma sociedade como a brasileira, na qual a maioria dos grupos sociais tem grandes fragilidades no entendimento mais amplo da importância da dimensão política da vida e das relações sociais, predominam os interesses clientelistas que se expressam nas negociações por favores e privilégios nos serviços de saúde, em sentido oposto ao disposto na Constituição de 1988 e no SUS, que definem saúde como um direito e que o acesso aos serviços de saúde deve ser universal e equânime.

Esses aspectos mencionados também podem ser considerados de natureza relacional, pois têm implicações na forma como os profissionais se relacionam e valorizam os diversos saberes, dificultando o trabalho em equipe, as negociações com os gestores e com a comunidade na busca de investimentos públicos e no fomento da participação social.

O povo, ele espera tudo do serviço público, e, se um médico de um consultório particular demorar 3 horas pra atender, é porque o médico é muito bom. Agora, serviço público não, é porque ele tá saindo para tomar cafezinho, ou ele tá atendendo muito devagar, entende?(Médica 1).

A oferta de serviços se dá em diferentes especialidades ou procedimento. Diariamente, há um número determinado de fichas para o atendimento com o ginecologista, clínico geral, pediatra, para realização do preventivo, entre outros (Grupo Focal).

A saúde é um grande instrumento político, e a gente não consegue mostrar isso para a população que tem que participar das decisões, que é preciso investimentos para melhorar (Grupo Focal).

Esse modo de prestar assistência não é uma exceção presente na região pesquisada, retrata um modelo hegemônico de organizar e assistir na modernidade. Esse modelo, apesar dos avanços quanto a conhecimento do corpo humano, das doenças e do processo terapêutico, tem sido, ao longo dos últimos 40 anos, alvo de muitas críticas, pela sua incapacidade de compreender a complexidade do processo saúde-doença, pelos efeitos iatrogênicos e pela grande desigualdade de seus benefícios^(17-18, 23).

Essas críticas têm impulsionado a construção de novos modos de pensar em saúde e de organizar os serviços que, no caso da atenção básica no Brasil, tem se destacado pelo conjunto de princípios articulados na ESF. Esta preconiza o trabalho em equipe em uma perspectiva interdisciplinar, com reconhecimento dos diferentes saberes em relação a um mesmo objeto, o que requer reciprocidade na troca de conhecimentos e soma de esforços para qualidade da assistência em saúde.

Em estudos nos quais é analisado de forma crítica o modelo assistencial biomédico, pesquisadores resgatam que, historicamente, a assistência em saúde já foi menos fragmentada, com o olhar para as famílias em seu contexto cultural e social. O espaço para a prática generalista foi desaparecendo, e as especialidades médicas passaram a ser porta de entrada para o trabalho no sistema de saúde, em especial para os médicos. Dessa forma, o número de consultas foi se multiplicando, resultando na queda de resolubilidade dos serviços nesse modelo assistencial. Isso fragiliza ou impede a formação de vínculos, leva à falta de responsabilização dos profissionais com a saúde global dos usuários e a insatisfação destes com a assistência⁽²⁴⁾, o que também justifica a falta de reconhecimento dos profissionais e dos serviços públicos de saúde identificados nesta pesquisa.

Os baixos salários, as diversas modalidades contratuais e a insegurança no emprego são importantes fontes de aumento das cargas psíquicas e de insatisfação no trabalho, repercutindo no grau de comprometimento do trabalhador com a assistência realizada. Esses fatores têm relação com a organização e gerenciamento das equipes e evidenciam problemas no investimento na atenção básica. Além disso, revelam a falta de mobilização e união entre os profissionais na busca por melhores condições de trabalho.

O salário também é muito baixo, por isso mesmo que eu tenho que trabalhar em dois empregos (Técnica de Enfermagem 2).

Outra coisa que eu considero importante é o vínculo dos trabalhadores, têm

muitos temporários [...] e, aí, começa ter uma rotatividade de profissionais e isso insatisfaz, prejudica a assistência (Enfermeira 3).

São escassos os estudos sobre a remuneração dos profissionais de saúde no setor público, contudo estudiosos apontam que o salário por tempo fixo entre os médicos tem levado ao cumprimento parcial da sua jornada de trabalho. Estes buscam outros vínculos empregatícios porque também levam em consideração o prestígio, o reconhecimento, a valorização profissional e a possibilidade de ensino e aprendizagem. Essas variáveis, somadas ao valor da remuneração, determinam seu nível de dedicação e satisfação no trabalho^(13;15).

Ainda, evidenciaram-se entre as cargas psíquicas as dificuldades no relacionamento com as chefias e entre os colegas das equipes de trabalho.

Falta de apoio dos gestores mesmo [...] você vai querer organizar alguma coisa assim na comunidade e, aí, não tem uma abertura [...] o trabalho é rígido, engessado [...] (Técnica de Enfermagem 3).

A dificuldade em trabalhar com os próprios funcionários do setor também é um aspecto bem negativo [...]. Então, a dificuldade maior é com a equipe (Enfermeira 1).

O trabalho em equipe requer uma longa aprendizagem, abertura e respeito ao outro. Contudo, este se torna difícil entre grupos de indivíduos com muitos preconceitos, imagens, atitudes preconcebidas, bem como despreparados para o trabalho interdisciplinar. O trabalho coletivo se revela como um diferencial para o desgaste dos profissionais de saúde, pois o trabalho em equipe pode servir como ponto de apoio para a resolução dos problemas e gerador de satisfação no trabalho⁽¹²⁾.

Também, identificaram-se fontes de aumento das cargas psíquicas de natureza profissional decorrentes de problemas nas relações dos profissionais com seu trabalho, identificadas na falta de comprometimento profissional com os serviços e na fragilidade dos órgãos/entidades, representantes dos profissionais, aspecto este mais marcante nas falas dos membros da equipe de enfermagem.

Outro fator importante dentro da nossa categoria profissional, da enfermagem, é a falta de articulação política dentro da nossa categoria. Tem essa falta de união dos profissionais [...] o conselho vem para punir, para vigiar e não para auxiliar [...] então, nos faltam representações, um sindicato atuante, ter união na categoria (Enfermeiro 3).

Esses problemas retomam as lacunas na formação dos

profissionais, na qual há dificuldade de fomentar nos indivíduos o interesse e envolvimento com o crescimento de sua profissão e com os serviços de saúde, o que é visível no distanciamento dos profissionais entre si.

Ressalta-se que as cargas de trabalho são elementos que sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador as quais não atuam de forma isolada, mas em combinação com outras cargas que determinam a condição na qual o trabalhador enfrenta a lógica global do processo de trabalho⁽⁶⁾.

Aspectos que diminuem as cargas de trabalho na Atenção Básica Tradicional

O estudo permitiu ainda identificar as fontes de redução das cargas de trabalho. Entre os aspectos de natureza organizacional, gerencial e das condições de trabalho que reduzem as mesmas, foram mencionados: o menor contato com a realidade dos usuários e famílias; a rotatividade dos profissionais nos setores e em atividades; o foco na assistência curativista e no trabalho por especialidades; a assistência individualizada e os conhecimentos clínicos adquiridos.

Positiva eu acho a situação de se tratar de especialidades [...] (Dentista).

Assim, a gente tem muita procura, mais pela parte curativa, pelo atendimento já por alguma queixa do paciente isso traz satisfação (Enfermeira 1).

Evidencia-se, nesses achados, uma contradição, uma vez que determinadas características do trabalho são, ao mesmo tempo, fontes de aumento e de redução das cargas de trabalho. Parece que existe certa sensibilização dos profissionais quanto à importância do acolhimento, do vínculo profissional e usuário, do trabalho em equipe, da humanização da assistência e da necessidade de maior integralidade olhar para o usuário. Ao mesmo tempo, aparentam ser confortáveis alguns aspectos do modelo da biomedicina por eles aplicados.

O menor contato com a realidade dos usuários e das famílias (domicílios e outros espaços da comunidade), a rotatividade dos profissionais nos setores e em atividades e o uso dos equipamentos de proteção individual são aspectos presentes no modelo assistencial da ABT que reduzem a exposição dos profissionais à carga biológica. Contudo, não se sabe, em números, a prevalência real dos acidentes e adoecimentos no trabalho entre os sujeitos do estudo, como foi discutido anteriormente.

A gente tem contato direto com agulhas né, com o paciente, com a gripe, mas tem os equipamentos básicos e a consciência que tem que usar a luva, a máscara [...] (Técnica de Enfermagem 2).

E também, como não estamos em contato com a casa, com a rua, a gente se arrisca menos (Grupo focal).

No Brasil, embora as pesquisas enfocando a questão das inoculações ocupacionais acidentais com exposição ao material biológico tenham aumentado, ainda não se tem um diagnóstico real de como, quando e por que esses acidentes ocorrem nos diferentes setores dos serviços de saúde e nas diferentes regiões do país, principalmente nas UBS componentes da rede básica de saúde⁽²⁵⁾.

Evidencia-se que os trabalhadores da atenção básica que não restringem suas atividades à unidade de saúde, pois saem para visitas domiciliares, a fim de buscar identificar necessidades de saúde na população, ficam mais expostos a outros fatores que podem causar-lhes adoecimento, assim como mobilizar o contato com problemas difíceis de administrar em razão dos conhecimentos técnicos profissionais adquiridos no processo de formação. Além disso, ficam expostos a fatores climáticos, acidentes, quedas e à violência, por executarem atividades em áreas de alto risco social e pouco seguras⁽²⁶⁻²⁷⁾. O fato de o modelo assistencial da ABT permanecer intramuros da UBS e ter por objeto a doença circunscrita na sua aparência, deixa os profissionais protegidos da exposição mencionada, o que foi reconhecido pelos sujeitos da pesquisa como fator que contribui para redução das cargas de trabalho.

Em relação às condições de trabalho e jornada de 30 horas semanais, foi apontada pela quase totalidade dos sujeitos da pesquisa como fonte de satisfação e de redução das cargas de trabalho.

Além disso, eu vejo que a gente consegue atender as pessoas com tranquilidade e reduz a carga de trabalho do profissional (Grupo focal).

Entre as fontes de redução das cargas de trabalho de natureza relacional, foram mencionados o trabalho em equipe, a empatia entre os profissionais e o vínculo entre usuários e profissionais, entre outros aspectos. Apesar da forte fragmentação do trabalho na ABT, os sujeitos mencionaram que, se o trabalho em equipe fosse mais efetivo, contribuiria para reduzir o desgaste e as cargas de trabalho. No mesmo sentido, os sujeitos do estudo identificaram que aspectos inovadores, ou seja, não presentes nos serviços da ABT atualmente, como acolhimento,

humanização, vínculo e integralidade na assistência poderão ser positivos para a redução das cargas de trabalho.

Eu tenho visto que essa parte do acolhimento, da humanização, tem sido bem valorizada nos últimos dois anos e que isso melhora bastante a assistência (Enfermeira 3).

O acolhimento é muito importante e vai te trazer retorno a partir do momento em que tu desenvolver o vínculo com o usuário (Enfermeira 2).

No que diz respeito aos aspectos relacionais e profissionais, o relacionamento interpessoal harmonioso, o trabalho em equipe, a empatia entre os colegas foram referenciadas como fontes de satisfação e redução das cargas, bem como o reconhecimento e satisfação do usuário com assistência prestada.

A satisfação se dá no reconhecimento dos usuários [...] (Grupo focal).

A autonomia mencionada por enfermeiros e médicos das equipes se mostrou como uma fonte de satisfação e redução das cargas de trabalho. Acredita-se que isso ocorre, em parte, pela fragmentação do trabalho, que permite decisões individuais de cada profissional.

Eu vejo que a enfermeira na atenção básica tem muita autonomia, tem reconhecimento quanto ao seu trabalho, porque tem atividades que são só dela (Enfermeira 1).

Estudos abordam a necessidade de domínio de áreas do conhecimento científico como forma de solidificação da autonomia, em especial a dos enfermeiros, e de manutenção ou conquista de espaços em um mercado pautado na constante busca de especialização, aspecto também evidenciado no cenário pesquisado. No caso da saúde pública, a demonstração de conhecimento também tem interferência na criação de confiança entre o profissional e o usuário. Contudo, de uma maneira geral, a autonomia dos profissionais na atenção básica ainda apresenta muitas contradições e requer mais investigações⁽²⁸⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se que na ABT, da realidade pesquisada, o aumento das cargas, principalmente psíquicas, e que essas decorrem das próprias características do modelo assistencial norteado pela biomedicina, ou seja, em decorrência da ausência e/ou dificuldades de trabalhar em equipe e das dificuldades de manejo com a demanda sempre crescente. Outro motivo de aumento das cargas de trabalho foi o risco pelo excesso de procedimentos, que interfere nas cargas biológicas. As principais

fontes de redução das cargas de trabalho na ABT foram a rotatividade dos profissionais entre os setores e as atividades e a flexibilidade da jornada de trabalho.

Constatou-se o foco da ABT no trabalho por especialidades, a marcante presença do foco na assistência médica. Nesse modelo tradicional da assistência, a ênfase se volta para o indivíduo, assistido, prioritariamente, no espaço físico da unidade de saúde e com foco nos aspectos biológicos e patológicos.

Acredita-se que as principais contribuições deste estudo são os indicativos de como intervir nessas equipes para promover, ao mesmo tempo, a saúde dos profissionais e a qualificação da assistência prestada. Esse caminho é significativo porque a ABT está presente em grande parte dos municípios do país e longe de extinção, mesmo após os intensos investimentos na ESF em todo território nacional.

Percebe-se que as discussões em torno do acolhimento, humanização, vínculo e integralidade na assistência prestada aos usuários têm sensibilizado as equipes que atuam na ABT, mostrando um caminho possível de mudança desse modelo assistencial tradicional, baseado na biomedicina.

REFERÊNCIAS

1. Paim JS. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005, p. 519-30.
2. Campo GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E, Onocko R, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997, p. 386- 96.
3. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores; Annablume; 2008.
4. Mendes EV. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
6. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
7. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
8. Caldas RA. A construção de um modelo de arcabouço legal para ciência, tecnologia e inovação. *Parcerias Estratégicas* 2001;11(6):5-27.
9. Tidd J, Bessant J, Pavitt K. Gestão da inovação. São Paulo: Bookmann; 2008.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
11. Atlas.ti. The Qualitative Data Analysis Software. 2008. Disponível em: <<http://www.atlasti.com>>. Acesso em: 30 jul. 2008.
12. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev esc enferm USP* 2010; 44(2):274-9.
13. Esteves EG. Emprego *versus* trabalho associado: despotismo e política na atividade humana de trabalho. *Cad psicol soc trab* 2002;5:51-6.
14. Pires DEP et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. *Enferm Foco* 2010;1(1):114-8.
15. Cherchiglia ML. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. *Cad Saúde Pública* 1994;10(1):477-92.
16. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc saúde coletiva* 2000;5(2):219-30.
17. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o

modelo biomédico? Saúde soc 2002;11(1):67-84.

18. Brasil. Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, USSR, 6-12 de setembro de 1978. In: Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 2001. p. 15.

19. Pires DEP et al. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. Rev Eletron Enferm 2010;12(2):373-9.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Leis etc. Resolução CIPLAN nº 3, de 25 de março de 1981. In: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Normas e padrões de construções e instalações de serviços de Saúde. 2 ed. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987. p.177-33.

21. Juliani CMC, Ciampone MHT. Organização do sistema de referência e contrar-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. Rev esc enferm USP 1999;33(4):323-33.

22. Cardoso ACM, Figueiredo RM. Biological risk in nursing care provided in family health units. Rev Latino-Am Enfermagem 2010;18(3):368-2.

23. Campos GWS et al. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública 1997;13(1):141-4.

24. Ferreira RC, Varga CRR, Silva RF. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciênc saúde coletiva 2009;4(suppl1):1421-8.

25. Marziale MHP, Rodrigues CM. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem 2002;10(4):571-7.

26. Trindade LL, Gonzales RMB, Beck CLC, Lautert L. Cargas de Trabalho entre os agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm 2007;28(4):473-9.

27. Chiodi MB, Marziale MHP. Riesgos ocupacionales para trabajadores de Unidades Básicas de Salud: revisión bibliográfica. *Acta paul enferm* 2006;19(2):212-7.

28. Gomes AMT, Oliveira DC. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. *Rer Bras enferm* 2010;63(4):608-15.

4.2.3 Artigo 3: Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde

IMPLICAÇÕES DE DOIS MODELOS ASSISTENCIAIS NAS CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE³

Resumo: Pesquisa qualitativa com objetivo de discutir a influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o modelo tradicional (ABT), nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Foi realizada com equipes de ESF e da ABT, que atuam em um estado do sul do Brasil, escolhidas intencionalmente. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas, grupos focais e estudo documental e, para a análise dos dados, combinou-se a Análise Temática de Conteúdo com os recursos do software Atlas Ti. O estudo evidenciou que, nos dois modelos, os problemas na organização e gestão da assistência, o excesso de demanda e a baixa resolutividade são as principais fontes de aumento das cargas de trabalho, e a afinidade com o modelo de atenção e o trabalho em equipe, fontes de redução. Conclui-se que, na ESF, as dificuldades ocorrem em razão das lacunas entre o prescrito e o realizado, enquanto na ABT as dificuldades são inerentes ao próprio modelo assistencial baseado na biomedicina.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Saúde do Trabalhador. Carga de Trabalho. Profissionais da Saúde.

³ Artigo pré-formatado nas normas da Revista de Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Tecnologia pode ser associada a produtos, “coisas”, materiais e não materiais – processos de trabalho, certos saberes constituídos para a geração de produtos e inclusive para organizar as ações humanas nos processos produtivos, incluindo tecnologias de relações de trabalho⁽¹⁾. As inovações tecnológicas vão além de simples mudanças em tecnologia, envolvem conexões, interações e influências de muitos e variados graus, buscam melhorias em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma instituição⁽²⁾:

Um modelo de atenção ou modelo assistencial consiste em uma tecnologia utilizada para resolver problemas e atender às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos. Representa uma dada racionalidade, uma espécie de lógica que orienta as ações. Assim, envolve maneiras de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde, determina modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde⁽³⁾. Alguns modelos desenvolvem, exclusivamente, intervenções de natureza médico-curativa, e outros buscam incorporar ações de promoção e prevenção⁽⁴⁾. Além disso, um modelo assistencial se constitui por diálogos entre o técnico e o político, tem diretrizes políticas e sanitárias, com princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos e socioculturais que refletem uma determinada conjuntura epidemiológica e certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável⁽⁵⁾.

Este estudo aborda dois modelos assistenciais em vigência na atenção básica no Brasil, o tradicional, orientado pela biomedicina (ABT) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os quais podem ser vistos como tecnologias não materiais de organização do trabalho em saúde, o modelo biomédico como uma tecnologia tradicional e a ESF como uma inovação tecnológica.

A ESF tem sido reconhecida como a principal intervenção para reorientação, mudança, da atenção básica no Brasil, com vistas a aproximar-se dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Visa possibilitar o acesso universal a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, a partir da adscrição da população a um território, incluindo o planejamento e a programação descentralizada. Esse modelo assistencial pauta-se na integração de ações programáticas e demanda espontânea, na articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, bem como na participação popular e no controle social⁽⁶⁾. Prevê um trabalho

desenvolvido por equipes multiprofissionais que atuem em uma perspectiva interdisciplinar.

Já na ABT, tem-se o modelo da biomedicina, voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado nas especialidades médicas, reconhecido como medicina científica ou biomedicina ou modelo flexneriano, em referência ao Relatório Flexner⁽⁷⁾, publicado em 1910 nos EUA, o qual orientou a reorganização das escolas médicas e tem influenciado, internacionalmente, a organização dos serviços de saúde. No Brasil, está presente nos serviços hospitalares e na atenção básica.

Essas duas tecnologias de organização do trabalho em saúde na atenção básica têm diferentes perspectivas e originam diversificadas demandas com implicações no trabalho dos profissionais de saúde, gerando facilidades ou dificuldades, satisfação ou insatisfação, prazer ou sofrimento no trabalho, bem como aumento e/ou diminuição das cargas de trabalho das equipes. Nesse sentido, cabe questionar as diferenças entre esses dois modelos em relação às cargas de trabalho dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo discutir a influência dessas duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica, a ESF e o modelo tradicional, nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipes.

MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, sustentado na teorização sobre o Processo de Trabalho e Saúde do Trabalhador. O campo de estudo foi a 7ª Regional de Saúde (RS), localizada na Região Sudoeste do Paraná com equipes de ESF e da ABT. Para a seleção dos sujeitos, foi utilizada a amostragem intencional, incluindo: 3 equipes de ESF e 3 de ABT referenciadas pela 7ª RS como equipes que desempenham um trabalho de qualidade, para tipificarem o modelo assistencial da ESF e o modelo tradicional de atenção baseado na biomedicina, respectivamente; somente profissionais de saúde em número igual nos dois modelos assistenciais; somente equipes de ESF com a equipe mínima completa preconizada pelo MS; profissionais com no mínimo um ano de atuação nas equipes ESF e ABT. Foram excluídas as unidades mistas (com presença dos dois modelos assistenciais).

Desse modo, participaram da pesquisa 22 sujeitos, sendo 11 profissionais da ESF – 3 médicos(as), 3 enfermeiras, 3 técnicas de enfermagem, 1 dentista e 1 técnica em higiene dental – e 11 profissionais da ABT, em número e categoria profissional igual a ESF.

Para a coleta de dados, foram utilizadas 3 técnicas: a pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas e grupos focais; as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise documental auxiliou na compreensão dos modelos assistenciais, bem como na compreensão do processo de trabalho dos profissionais. Assim, foram analisadas as normas e rotinas das instituições, divisão do trabalho e formas de organização e gestão do trabalho. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os profissionais de saúde das equipes selecionadas e representativas dos dois modelos assistenciais, buscando: a) informações relativas ao trabalho dos profissionais de saúde, entendendo-o como parte da estrutura organizacional da instituição e do macrocenário político-social do Sudoeste do Paraná; b) identificar a composição da equipe e a caracterização das práticas assistenciais dirigidas aos usuários; c) identificar a organização e divisão do trabalho na equipe; d) caracterizar os dois modelos assistenciais e sua influência nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Para maior confiabilidade no roteiro de entrevista, foi realizado um teste do instrumento com profissionais que atuavam nos dois modelos assistenciais.

Com o objetivo de aprofundar os dados obtidos nas etapas anteriores, foram realizados grupos focais, um com representantes das unidades básicas que seguem o modelo tradicional biomédico e outro com uma equipe das ESFs. Para construir o roteiro para os grupos focais, foram analisados os dados obtidos nas entrevistas e, a seguir, foram formuladas questões norteadoras com vistas à validação e/ou ajustes, ou até exclusão de dados não procedentes. Os temas centrais foram: fontes de satisfação e redução das cargas de trabalho dos profissionais e fontes de insatisfação e aumento das cargas de trabalho. Cada grupo focal foi realizado em 3 sessões, totalizando cerca de 5 horas com cada grupo. O número de entrevistas e de sessões dos grupos focais foi considerado satisfatório quando as informações deixaram de acrescentar dados novos – saturação de dados.

Para análise dos dados, foi utilizado de modo combinado a Análise Temática de Conteúdo de Bardin⁽⁸⁾ e os recursos o software Atlas Ti 5.0⁽⁹⁾. A construção das categorias foi focalizada na influência dos modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. O recurso de triangulação metodológica foi útil para compreensão da realidade estudada.

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram observados os aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde. Com isso, o projeto foi submetido e aprovado, sob número 971, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

As falas dos sujeitos utilizadas no texto foram identificadas por meio da denominação da categoria profissional, da sigla ESF ou ABT, acrescido do número de ordem.

RESULTADOS

Na sequência, são apresentados os achados acerca do perfil dos sujeitos do estudo e os aspectos convergentes e divergentes nos dois modelos assistenciais que aumentam e que diminuem as cargas de trabalho dos profissionais.

Contexto e perfil dos sujeitos

O estudo foi realizado na Região Sudoeste do Paraná, mais especificamente com municípios que compõem a 7ª RS desse estado, no sul do país, atualmente composta por 15 municípios, os quais, juntos, totalizam 249.755 habitantes. Em relação à atenção básica, a Região possui 53 equipes de ESF implantadas e 47 equipes de ABT em funcionamento. Evidenciou-se que, apesar dos municípios apresentarem um bom Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (acima de 0,699), se comparado ao IDH nacional, a Região não se destaca como inovadora na área da saúde. Verifica-se nessa região grandes investimentos na rede privada hospitalar e muitas fragilidades na rede pública, sendo que todos os hospitais são privados e alguns prestam serviços aos SUS.

Os profissionais selecionados conforme os critérios do estudo, que trabalham na ESF, possuíam, em média, 32 anos de idade, com mínima de 24 anos e máxima de 39 anos, revelando uma população bastante jovem. Já a média de idade dos profissionais da ABT foi de 46 anos, com mínima de 33 anos e máxima de 59 anos. A maioria dos sujeitos em ambos os modelos assistenciais é do sexo feminino, confirmando a presença majoritária das mulheres nos serviços de saúde.

Na ESF, a média constatada de anos de experiência na profissão foi de 8 anos, destes, em média, 3,5 anos no trabalho especificamente naquele modelo assistencial. Por outro lado, na ABT, encontrou-se um grupo bastante experiente, com média de 18,5 anos no exercício de sua profissão, destes, cerca de 14 anos na ABT.

Quanto à escolaridade, 3 profissionais possuíam ensino médio completo (2 técnicas de enfermagem e 1 auxiliar de consultório odontológico), 1 ensino superior incompleto (1 técnica de enfermagem) e 7 o nível superior (3 médicos, 3 enfermeiras e 1 dentista). Em relação

à capacitação formal para atuar na ESF, assim como a formação no âmbito de pós-graduação, encontraram-se: 2 profissionais com especialização em saúde da família e 2 na área de clínico-cirúrgica (reumatologia e cirurgia). Já na ABT, 4 profissionais possuíam o ensino médio completo, 1 ensino superior e os demais ensino superior seguido de especialização em áreas diversas, sendo a maioria na área clínica e alguns com mais de uma especialização. Entre os cursos *lato sensu*, foram encontrados: especializações na área clínica (tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais, enfermagem cirúrgica, reumatologia, urgência e emergência, pediatria), na área administrativa (administração hospitalar, gestão em saúde), em práticas alternativas (acupuntura, homeopatia) e apenas 1 profissional com especialização na área de saúde coletiva.

A totalidade dos profissionais tinha contrato de 40 horas semanais na ESF, entretanto entre os 11 sujeitos, 54,54% tinham outro emprego. Já na ABT, evidenciou-se que a maioria (6 – 54,54%) dos profissionais tinha contrato de 40 horas (4 – 36,36% – trabalham 30 horas semanais e 1 – 9,09% – trabalha 20 horas). Ressalta-se que a jornada de 40 horas semanais foi uma opção dos profissionais, uma vez que nesses serviços são oportunizadas outras jornadas (30 e 20 horas semanais). Entre os que atuam na ABT, 36,36% possuem outro vínculo laboral. Em ambos os modelos, o duplo vínculo foi justificado pela insatisfação com o salário e necessidade de complementar a renda familiar, emergindo, ainda, como justificativa para a dupla jornada de trabalho, a busca por melhor *status* social, uma vez que o trabalho na atenção básica é percebido pelos sujeitos do estudo como de pouco prestígio.

Em relação ao vínculo na ESF, todos são concursados, enquanto na ABT, 9 são concursados e 2 estão vinculados aos serviços por contrato temporário. Na ABT, mesmo os concursados encontram-se em situação instável, uma vez que o concurso público prestado está sendo questionado na justiça.

Convergências no trabalho na ESF e ABT quanto ao aumento e à redução das cargas de trabalho

No que se refere ao aumento das cargas de trabalho dos profissionais, nos dois modelos assistenciais, constataram-se problemas semelhantes, e o excesso de demanda foi o mais citado. A busca por assistência de saúde é incompatível com o número de profissionais, com a estrutura, equipamentos e recursos disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, nos dois modelos assistenciais o excesso

de demanda parece ter relação com outros aspectos de cunho gerencial e de organização dos serviços, bem como com predomínio do paradigma da biomedicina. Nesse sentido, destacaram-se déficits no acolhimento, na organização e distribuição das atividades, assim como em ambos predomina o foco na consulta médica, a baixa resolutividade dos serviços prestados e o excesso de procedimentos burocráticos.

O excesso de demanda compromete a qualidade da assistência, traz insatisfação para a gente, assim como há falta de preparo da equipe e falta acolhimento (Médica ESF 2).

Eu não me incomodo de atender, entende?! Só que um número muito aumentado, tu não consegue atender corretamente, então, tu te esgota e, ainda, sai gente falando porque ficou descontente, porque não pedi exame. Isso é o aspecto mais negativo [...] (Médica ABT 1).

[...] o problema é que, prioritariamente, eles [os usuários] querem a consulta médica (Enfermeira ESF 3).

A gente tem que encaminhar para o médico, porque é por ele que o usuário quer ser atendido (Enfermeira ABT 2).

No que diz respeito às questões gerenciais, convergiram como fontes de aumento das cargas de trabalho: a forte influência político-partidária, de cunho clientelista e de busca por privilégios, na gestão dos serviços; as deficiências na administração dos recursos para assistência; a falta de profissionais qualificados para atender à complexidade dos problemas, resultando em baixa qualidade dos serviços prestados; a ausência de educação continuada e de incentivos para a qualificação dos profissionais; e, ainda, os graves problemas no serviço de referência e ausência da contrarreferência na rede assistencial dos municípios.

A gente percebe que nem o gestor sabe realmente o que é [a ESF], às vezes, pede umas coisas, que vão contra. A gente percebe a influência política (Grupo Focal ESF).

[...] a saúde nos municípios aqui na Região é só política, ela é uma ferramenta política, afeta muito na assistência (Grupo Focal ABT).

Também assim [...] a falta de contrarreferência daquilo que é alta, média e baixa complexidade, você faz todo um acompanhamento daquele usuário, encaminha para um especialista que não retorna a contrarreferência e eu não sei o que fazer. Eu sei que ele foi ao médico, mas não sei como deve proceder, continuar, não tenho feedback. Isto me deixa muito cansada, muito irritada (Enfermeira ESF 2).

Um outro problema é a questão da contrarreferência, que é difícil. A gente vê que de um serviço para outro as informações se perdem (Grupo Focal ABT).

Em relação às questões relacionais, em ambos os modelos assistenciais, os profissionais se deparam com problemas no relacionamento interpessoal com os usuários e famílias, estes, por vezes, são agressivos, causando insatisfação na equipe e aumento das cargas de trabalho. Também foi significativa a presença de problemas no relacionamento interpessoal entre os membros da equipe.

O segundo motivo de aumento de carga de trabalho e insatisfação é o relacionamento às vezes interpessoal dentro da equipe, volta e meia tem atrito, isso gera estresse, isso gera desentendimentos (Médico ESF 1).

A dificuldade está em trabalhar com os próprios funcionários do setor, também é um aspecto bem negativo que, sendo funcionários antigos e viciadíssimos, não estão interessados em mudar absolutamente nada, então, a dificuldade maior é na equipe (Enfermeira ABT 1).

No que diz respeito às condições de trabalho, os profissionais, enfaticamente, pontuaram os baixos salários e a falta de reconhecimento pelos usuários e chefias acerca da importância e do valor do trabalho na atenção básica como fonte de insatisfação e aumento das cargas de trabalho.

O salário né, sem comentários (Auxiliar de consultório odontológico ESF 1).

O salário também é muito baixo, por isso mesmo que eu tenho que trabalhar em dois empregos (Técnica de enfermagem ABT 2).

Já nas fontes de satisfação que influenciaram positivamente, contribuindo para a redução das cargas de trabalho nos dois modelos assistenciais, as mais citadas foram a afinidade com o modelo de atenção à saúde em que trabalham e o trabalho em equipe, quando realizado.

A satisfação está na assistência como ela deve ser, na forma como a gente organiza o trabalho [...] no trabalho em equipe (Grupo Focal ESF).

Eu tenho afinidade com o trabalho aqui e todo mundo se entende muito bem, um ajuda o outro, se falta uma coisa aqui, sobra lá, passa pra cá, a gente se ajuda (Dentista ABT 1).

No entanto, foi bem evidenciado que os princípios preconizados

pela ESF foram mencionados como positivos e que, se implantados, contribuiriam para a redução das cargas de trabalho. Contudo, nas ESF, há lacunas entre o prescrito e o realizado e, nas equipes da ABT, os profissionais mencionaram estratégias como a do acolhimento, presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e maior proximidade das famílias, que, se implantadas contribuiriam para reduzir as cargas de trabalho, assim como para melhorar a qualidade da assistência.

É importante quando a gente consegue ouvir, acolher o usuário, sente que a assistência é humanizada (Técnica de Enfermagem ESF 1).

No gerenciamento da assistência, o atendimento agendado, realizado esporadicamente ou para determinadas ações pelas equipes, segundo os profissionais, reduz consideravelmente as cargas de trabalho e aumenta a resolutividade da assistência. Os sujeitos do estudo enfatizaram que o agendamento das atividades possibilita uma assistência mais qualificada e reduz a sobrecarga em alguns horários, pois organiza melhor a demanda nas unidades pesquisadas.

Divergências no trabalho na ABT e na ESF quanto ao aumento e à redução das cargas de trabalho

Conforme mencionado, na ABT, a falta de trabalho em equipe, a distância da realidade dos usuários e famílias e ausência do ACS emergiram como fontes de aumento das cargas de trabalho. Essa forma de prestar a assistência, do modelo da biomedicina, focada na demanda espontânea, sem investimento na prevenção e no diagnóstico de saúde da população, resulta, algumas vezes, em diagnósticos tardios, com sérias implicações nas possibilidades de um desfecho positivo para os usuários. Situações como essas causam insatisfação e aumento das cargas de trabalho.

Eu vejo que [...] ele [ACS] traria aquilo que a gente não alcança, porque o nosso trabalho é quase todo dentro da unidade de saúde (Grupo Focal ABT).

Porque assim também não adianta encaminhar para cá quando a gente já não tem tanto recurso, quando a coisa está muito avançada e o diagnóstico muito tardio (Grupo Focal ABT).

Na ABT, foram fortemente evidenciadas a presença de cargas biológicas, em decorrência do contato com agentes biológicos que associadas às cargas fisiológicas, pelo excesso de procedimentos técnicos, expõem os profissionais a riscos de acidentes e adoecimento.

E trabalho com pacientes especiais, soropositivos [...] risco próprio de biossegurança mesmo, né [...] você está de cara com o perigo o tempo todo (Dentista ABT 1).

Outra fonte de aumento das cargas de trabalho foi a insegurança no emprego em razão dos contratos precários e problemas judiciais envolvendo o concurso público, pelo qual foram admitidos grande parte dos membros das equipes da ABT.

O problema também é a questão da insegurança com o concurso, com esses problemas que estão na justiça, a gente assumiu, mas sabe que pode ter um resultado na justiça que faça com que a gente saia, isso pode acontecer (Técnica de Enfermagem 1).

Na ESF, uma das fontes de aumento das cargas de trabalho foi a falta de entendimento dos gestores quanto à especificidade desse modelo assistencial e dos princípios e diretrizes definidos pelo MS.

A falta de entendimento dos gestores sobre a ESF é outro fator que dificulta (Médica ESF 2).

Outros problemas identificados na ESF como geradores de aumento das cargas de trabalho foram a grande exposição das equipes à violência urbana e a jornada de 40 horas semanais, considerada excessiva e desgastante pela a maioria dos profissionais participantes do estudo.

Assim, 40 horas é uma carga exaustiva né para PSF?! Poderia ser 30 horas (Grupo Focal ESF).

Quanto às fontes de satisfação e que contribuem para redução das cargas de trabalho dos profissionais da ABT, destacou-se, entre os membros da equipes de enfermagem, que nas situações onde a organização do trabalho inclui rotatividade dos profissionais para o desenvolvimento das diferentes atividades – curativos, verificação de sinais vitais, aplicação de medicamentos e atividades burocráticas trocando periodicamente os responsáveis - resulta em menor exposição às cargas biológicas e fisiológicas. Essa forma de organização do trabalho mostra-se como protetora e redutora de cargas de trabalho.

Outro aspecto marcante na ABT que contribuiu para a redução das cargas de trabalho foi a flexibilidade da jornada contratual do trabalho, que permite aos profissionais escolherem aquela que lhes parece mais adequada.

Eu vejo que as 30 horas são boas para o trabalhador e para o serviço (Técnica de Enfermagem ABT 1).

Eu primo por essa liberdade na minha jornada, essa é uma condição para eu ficar aqui [ABT] (Médico ESF 1).

Já na ESF, as fontes de satisfação que contribuíram para a redução das cargas de trabalho mencionadas pelos profissionais de saúde foram a proximidade com a realidade das famílias e o trabalho dos ACS, que favorecem um trabalho mais condizente com as reais necessidades dos indivíduos e coletividades. Destacaram, ainda, no âmbito da gestão do trabalho, a liberdade para a organização e a distribuição das atividades entre os membros da equipe, possibilitando a criatividade e a autonomia, o que contribui para maior satisfação e redução das cargas de trabalho.

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos sujeitos do estudo, percebe-se que os profissionais da ABT têm maior experiência profissional nesse modelo assistencial, o que parece ser um aspecto protetor em relação às cargas de trabalho. Esse achado também é mencionado na literatura⁽¹⁰⁾.

A diversidade de especialidades buscada pelos profissionais dos dois modelos assistenciais mostra o distanciamento com os conhecimentos necessários para a assistência no âmbito da atenção básica de saúde. Nesse campo, são necessários conhecimentos da área de saúde coletiva, em especial da epidemiologia, das políticas públicas e da clínica ampliada, que é o oposto do que contempla a formação de pós-graduação que a maioria dos profissionais participantes da pesquisa tem, nos dois modelos assistenciais. No caso da ESF, essa situação é mais evidente em virtude do distanciamento do que é preconizado pelo MS, mas pode ser explicado, em parte, pelo pouco tempo de implantação da ESF no país e na região estudada.

Na ABT, a especialização se revela como uma exigência para o trabalho no modelo assistencial marcado pela biomedicina. Na literatura, encontra-se que a busca por cursos de especialização pode ser explicada, por um lado, pela maior seletividade do mercado de trabalho e, de outro, pela esperança de aumento salarial⁽¹¹⁾.

Quando a escolha dos profissionais para trabalhar na ESF não foi em razão da identidade com a proposta e ocorreu como um trabalho provisório para atuar em outros setores de assistência de saúde, como assistência hospitalar especializada, por exemplo, trabalhar na ESF

consiste em fonte de insatisfação e aumento das cargas de trabalho. Outro motivo de insatisfação dos profissionais na ESF foram os baixos salários e a ausência de planos de cargos e salários que sinalizassem uma carreira e valorização profissional.

Muito se tem debatido sobre a importância das 30 horas semanais para garantia da qualidade de vida dos profissionais de saúde, o que tem sido buscado por diferentes categorias, no momento, em especial, pela Enfermagem⁽¹²⁾, isso foi igualmente confirmado na realidade pesquisada. Contudo, há resistências políticas para a concretização dessa reivindicação, a qual, associada à dedicação ao trabalho, capacitação permanente e adequados salários, contribuiria para a redução das cargas de trabalho dos profissionais e para melhorias na qualidade da assistência.

Pondera-se, também a necessidade de investimentos na formação e seleção dos profissionais para a composição de equipes da ESF que possuam capacidades para atuação na lógica da atenção integral à saúde, a qual contempla práticas de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação, também foi encontrada por outros autores⁽¹³⁾.

No que diz respeito aos aspectos de convergência entre as duas tecnologias de assistência em saúde na atenção básica, tem-se um panorama das dificuldades para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial para mudar o modelo assistencial. Esbarra-se em inúmeros entraves técnico-operacionais, gerenciais, financeiros e na formação dos recursos humanos. Pode-se dizer que o SUS enfrenta uma problematização dicotômica entre o que está escrito e o que é realizado. Evidenciam-se dificuldades na região estudada para a efetiva consolidação das políticas de saúde, desde a qualificação da gestão e do controle social, bem como no âmbito da organização da rede de atenção.

Identificam-se problemas no acesso e resolatividade dos serviços, na demanda incompatível com o número e qualificação dos profissionais, assim como na estrutura física e de equipamentos disponíveis. De acordo com o que foi encontrado na pesquisa, há fragilidade na universalização e integralidade das ações na atenção básica no Brasil⁽¹⁴⁾. Outro aspecto de destaque nas dificuldades para mudança do modelo assistencial é a forte influência da biomedicina nos dois modelos estudados, mesmo quando há uma intenção de mudança, como é o caso da ESF. Os gestores mostram-se pouco preparados para reorganizar os serviços com vistas à consolidação do SUS, revelam-se mais preocupados com campanhas políticas eleitorais do que com a saúde dos seus cidadãos⁽¹⁵⁾, o que também foi encontrado na realidade estudada.

A questão financeira também é significativa, tanto no que se refere a investimentos na infraestrutura física e de materiais quanto na força de trabalho, melhorando salários e seleção de profissionais por concursos públicos, assim como implantando incentivos à capacitação e planos de carreira. Isso, acredita-se, contribuiria para a satisfação e redução das cargas de trabalho dos profissionais nos dois modelos assistenciais, pois a precarização do emprego e a insatisfação culminam na realização de um trabalho sem compromisso com a comunidade, com a ausência do vínculo profissional-usuário, especialmente preconizado na ESF⁽¹⁵⁾.

No que se refere ao funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, percebem-se fragilidades na ABT e na ESF, nos quais o foco nas ações meramente curativas e com pouca resolutividade, têm impacto negativo nas cargas de trabalho, além de dificultar a integralidade da assistência e a qualidade dos serviços prestados. A integralidade é um dos princípios do SUS, garantido pelo resultado do trabalho intrasetorial para assegurar acesso à finalização do cuidado, tanto na unidade na assistência primária da equipe de saúde como na rede de serviços, por meio do sistema de referência e contrarreferência⁽¹⁶⁾. Para correção desses problemas, faz-se necessário que as unidades de saúde sejam efetivadas como serviços de alta resolubilidade perante as demandas básicas e como "porta de entrada" para a atenção secundária – ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, algumas unidades de pronto-socorro – e terciária – serviços hospitalares de maior complexidade –, requerendo alta sensibilidade diagnóstica para propor encaminhamentos adequados no interior do sistema assistencial⁽¹⁷⁾.

A formação profissional adequada ao requerido pelos princípios do SUS e para desempenhar o papel assistencial prescrito na ESF, identificado neste estudo, corresponde ao descrito na literatura como um aspecto-chave, necessitando suporte teórico-prático para qualificação desses atores, responsáveis sobremaneira pelo sucesso dos serviços^(14,18). É urgente que ocorra uma série de atividades para qualificação desses sujeitos, com maior incentivo, com fortalecimento da capacidade para trabalho coletivo, envolvimento com o modelo assistencial e potencialização das ferramentas cognitivas para o trabalho que fortaleça a capacidade para o acolhimento dos usuários. Em parte, acredita-se que essas estratégias possam amenizar as insatisfações dos profissionais e usuários e fortalecer a empatia entre ambos.

A presença de riscos biológicos na ABT revelou-se marcante, assim como os efeitos negativos da violência urbana no contexto da

ESF. Esses problemas têm origem na estrutura macropolítica do país, como também internamente na estrutura organizacional dos serviços de saúde e geram aumento das cargas de trabalho, especialmente as cargas biológicas, fisiológicas e psíquicas, gerando desgaste físico e mental nos profissionais. A negação do direito de exercer com segurança as atividades assistenciais e de dispor de um ambiente de trabalho seguro, bem como de serem valorizados socialmente, constatada nesta pesquisa, também foi encontrada em outros estudos por diversos autores^(10; 19-20).

As características do trabalho na ABT, encontrados nesta pesquisa, apontam para a necessidade de mudança do modelo assistencial, que se revelou pouco capaz de efetivar os princípios do SUS, tendo em vista a clara supervalorização das práticas médicas, curativistas e fragmentadas em especialidades, pelo excesso de procedimentos técnicos e pela medicalização, o que impossibilita a integralidade na assistência⁽¹³⁾. No entanto, a ESF também apresenta problemas que colocam em risco a capacidade das equipes de efetivamente realizar um “novo modo de fazer em saúde”, em seus princípios de garantia de acesso e de integralidade da assistência, como preconizado pela Reforma Sanitária brasileira e pelo SUS.

O fortalecimento de políticas como a Política Nacional de Humanização da Assistência e a efetivação do Pacto pela Saúde, com fortalecimento do controle social, representam estratégias importantes que podem conduzir a ações para a superação dos problemas evidenciados nesses dois modelos assistenciais^(15, 21-22).

Para garantir o movimento de mudanças que permita o avanço do SUS em direção à superação dos obstáculos de gestão e de reorganização do modelo de atenção, assegurando a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde, é necessário estimular um multifacetado movimento social e de opinião em defesa das políticas de proteção social. O mesmo autor defende, ainda, melhor gerenciamento e uso dos recursos, uma pactuação nos contratos de gestão, com responsabilidades definidas e metas a serem cumpridas pelos gestores, assim como mudança no modelo de atenção com base nas diretrizes já formuladas para assegurar um sistema hierarquizado e regionalizado, coordenado com ênfase na integralidade da atuação clínica e preventiva, ampliação da eficiência, eficácia e humanização do sistema, com definição de responsabilidades macrossanitárias e adoção de critérios para estabelecimento de prioridades em face de recursos escassos. Além disso, é necessário a definição de responsabilidades microssanitárias a partir da reorganização do trabalho em saúde, da ampliação da cobertura da ESF, com incorporação de tecnologia e

inovações tecnológicas nos serviços de saúde⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao procurar conhecer as implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde, evidenciou-se que a assistência prestada em ambos – ABT e ESF, uma considerada tecnologia tradicional e a outra inovação tecnológica, respectivamente – originou diferentes demandas com consequentes implicações na saúde dos profissionais que neles trabalham, podem trazer aumento e/ou diminuição das cargas de trabalho das equipes.

A pesquisa mostrou que, tanto no modelo assistencial da ESF, entendido como uma inovação tecnológica de organização e gestão do trabalho em saúde, quanto no modelo tradicional de atenção à saúde, utilizado na atenção básica, identificam-se aspectos/características que aumentam e outros que diminuem as cargas de trabalho dos profissionais, o que sinaliza para a complexidade da relação entre cargas, o contexto no qual o trabalho se realiza e as expectativas dos sujeitos.

O excesso de demanda destacou-se como principal fonte de aumento das cargas de trabalho nos dois modelos assistenciais. Em ambos, identificaram-se o foco excessivo na consulta médica, a baixa resolutividade dos serviços prestados, a forte influência político-partidária na gestão dos serviços, a falta de recursos para assistência e de incentivos e investimentos na qualificação dos profissionais, as falhas no serviço de referência, assim como a ausência da contrarreferência. Nos dois modelos assistenciais, os profissionais se deparam com problemas no relacionamento interpessoal internamente à equipe e com os usuários e familiares. O salário foi identificado pela quase totalidade dos participantes do estudo como uma das principais fontes de aumento das cargas de trabalho, somado à falta de reconhecimento do trabalho na atenção básica e à ausência de apropriados planos carreira.

Entre os aspectos que reduzem as cargas de trabalho na ESF e ABT, destacaram-se: a afinidade dos sujeitos com o modelo assistencial; o trabalho em equipe; o atendimento agendado; e a crença de que o acolhimento, se implantado adequadamente, contribuiria para maior satisfação dos profissionais e usuários.

O estudo revelou fragilidades importantes na atenção básica em sua totalidade, pois as falhas no funcionamento dos diferentes serviços da rede assistencial em saúde colocam em risco a assistência. Os pontos de convergência no aumento das cargas de trabalho revelam macroproblemas da rede assistencial que fragilizam o SUS, os quais são

de ordem estrutural, política e cultural, sinalizando um longo e difícil caminho a ser trilhado.

O estudo possibilitou evidenciar a necessidade de mudança do modelo utilizado pela ABT, e acredita-se que pode nortear discussões que permitam corrigir problemas na ESF e na rede assistencial em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
2. Caldas RA. A construção de um modelo de arcabouço legal para ciência, tecnologia e inovação. *Parcerias Estratégicas* 2001;11(6):5-27.
3. Paim JS. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: Paim JS. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Ed. Cooptec/ISC;2002. p. 367-81.
4. Paim JS. Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 1999; 4(2):243-9.
5. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy E; Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 386- 96.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007;
7. Pires DEP. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores: Annablume; 2008.
8. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
9. Atlas.ti. *The Qualitative Data Analysis Software*. 2008. Disponível em: <http://www.atlasti.com>>. Acesso em: 30 jul. 2008.
10. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev esc enferm USP*

2010;44(2):274-9.

11. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto contexto - enferm* 2010;19(3):434-2.

12. Pires DEP et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. *Enferm Foco* 2010;1(1):114-8.

13. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 2005;21(2):490-8.

14. Vasconcelos CM. Uma análise entrelaçada sobre os paradoxos da mudança no SUS. 2005. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

15. Souza GA, Costa ICC. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saude Soc* 2010;19(3):509-7.

16. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco; 2001. p. 113-26.

17. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.

18. Dias EC et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. *Ciênc saúde coletiva* 2009;14(6):2061-70.

19. Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007;15(4):632-8.

20. Costa ALRC. As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência

clínica de um hospital público. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP; 2005.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de apoio à implementação e consolidação do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.

22. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva* 2007;12(2):301-6.

4.3 ARTIGOS QUE APRESENTAM OS RESULTADOS DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

4.3.1 Artigo 1: Mas afinal o que é reestruturação produtiva?

MAS AFINAL O QUE É REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA?⁴

Resumo: Objetivou-se realizar uma revisão integrativa dos estudos publicados nos últimos treze anos que enfocam a reestruturação produtiva, com ênfase no marco teórico/conceitual utilizado nas produções. Foram buscados trabalhos disponíveis na íntegra, registrados no sistema da BVS, utilizando-se a associação das palavras “Reestruturação Produtiva” e “Saúde”, em português, inglês ou espanhol. Identificaram-se 24 estudos, sendo o Brasil o país de origem de 100% das publicações e a área de saúde coletiva a mais interessada na temática. Grande parte dos trabalhos (11 trabalhos, 45,83%) não utilizou nenhum referencial, uma parcela utilizou a definição de reestruturação produtiva como a introdução de novas tecnologias de organização do trabalho e maquinaria, recorrendo a autores clássicos e contemporâneos. Emergiram, nas pesquisas, o setor saúde e os impactos negativos da reestruturação produtiva, principalmente sobre a saúde dos

⁴ Artigo formatado nas normas da Revista *Index e Enfermería*, construído em coautoria com Simone Coelho Amestoy, Laura Farias Cavalcante, Denise Elvira Pires de Pires e Flávia Regina Ramos de Souza.

trabalhadores. Evidenciaram-se discussões nos mais diversos contextos da relação homem-trabalho, entretanto uma tímida preocupação com o meio ambiente.

Descritores: Trabalho. Ciência. Tecnologia e Sociedade Ambiente de Trabalho. Condições de Trabalho.

INTRODUÇÃO

O processo de gênese e de consolidação do capitalismo compreendeu diversos ciclos de crescimento e de crise. As suas diferentes fases de desenvolvimento foram marcadas por importantes mudanças quanto a inovações tecnológicas, qualificação do trabalho, modos de organização e gestão do trabalho, formas de produção e controle sobre os trabalhadores, diferentes momentos de ação sindical e do Estado. Esse conjunto de transformações costuma ser chamado de Revolução Industrial (Merlo e Lapis, 2007).

Entretanto, evidenciam-se, no final dos anos 60 e início dos 70, os limites do regime de acumulação baseado no taylorismo-fordismo, até então hegemônicos, como forma de organização do trabalho. Esse regime mostra-se baseado em uma estrutura muito rígida, pela parcelização das tarefas, hierarquização, monotonia, com marcante fragmentação do trabalho, ruptura entre a concepção e realização da produção, bem como pela mecanização e alienação da força de trabalho, que leva a agressões à saúde dos trabalhadores.

A partir da década de 70, desencadeou-se no cenário mundial, a necessidade de intensas transformações no campo da economia, da geopolítica, do processo de produção e das relações sociais. As mudanças também foram impulsionadas por um enorme avanço tecnológico, caracterizado pela introdução de novos materiais e pela intensificação do uso da tecnologia microeletrônica, pela descentralização da produção e por transformações nas formas de gestão do trabalho. Esse processo afeta todos os setores da produção na sociedade e o conjunto do planeta (Pires, 2008).

Nesse contexto, a presente pesquisa tem por objetivo a realização de uma revisão integrativa dos estudos publicados nos últimos 13 anos que enfocam a reestruturação produtiva, com ênfase no marco teórico/conceitual utilizado nas produções científicas.

METODOLOGIA

Metodologicamente, realizou-se um estudo de abordagem qualitativa, tipo revisão integrativa para a identificação das abordagens

acerca do tema da reestruturação produtiva na área da saúde. Para Ganong (1987), a revisão integrativa permite a compreensão de um determinado tema com base em outros estudos independentes. O autor orienta o processamento de 6 etapas para constituir, com o rigor exigido, o método da revisão integrativa: seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando as características em comum; análise crítica dos estudos selecionados, identificando diferenças; interpretação dos resultados; e discussão das evidências encontradas.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta ao sistema da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS administra informação e conhecimento em uma operação de redes de fontes de informação locais, regionais, nacionais e internacionais, em países na América Latina e Caribe (Bireme, 2010). O período da busca compreendeu os meses de maio a julho de 2010, utilizando-se a associação das palavras “Reestruturação Produtiva” e “Saúde”.

Os critérios para a inclusão das publicações indexadas foram: textos completos, com as palavras-chave em todos os campos e em todas as fontes que compõem o sistema BVS, pelo método integrado. Os idiomas das publicações, português, inglês ou espanhol, bem como o período de 1998 a 2010 (últimos 13 anos) também foram limites estabelecidos para o refinamento da busca.

Finalizadas as buscas e encontrados os resultados conforme estabelecido, a pesquisa foi replicada por 3 pesquisadoras com o intuito de garantir a aplicação correta dos procedimentos de busca e critérios de inclusão. A etapa seguinte foi caracterizada pela leitura dos artigos encontrados para organização dos resultados e verificação final acerca da seleção conforme os objetivos estabelecidos pela pesquisa.

Os resultados foram formatados segundo categorias a serem analisadas. Os dados obtidos foram exportados ao aplicativo *Microsoft Excel* para a construção de tabelas e gráficos que possibilitaram a visualização dos resultados para posterior apresentação e análise.

Categorizaram-se as informações extraídas dos artigos para análise em uma tabela organizada da seguinte forma: referência das publicações, ano e procedência dos estudos, área de conhecimento e tipo de estudo. Nos trabalhos identificados como pesquisa, buscou-se conhecer os sujeitos envolvidos e os instrumentos utilizados para coleta de dados. Também foram explorados os objetivos, as considerações finais e o referencial para Reestruturação Produtiva dos estudos incluídos.

Para a análise dos dados, foi realizada a análise estatística e descritiva, utilizando-se de gráficos a fim de melhor entender os achados, além da discussão dos resultados com base na literatura disponível sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da consulta ao Sistema BVS, utilizando-se as palavras-chave “Reestruturação Produtiva” e Saúde, obteve-se uma amostra de 45 publicações. Aplicando-se os critérios de inclusão, 20 artigos foram eliminados por não atenderem aos parâmetros desta pesquisa. Após a pré-análise da amostra constituída, houve a exclusão de mais um estudo, por repetição. Dessa forma, a amostra final foi composta por 24 publicações, as quais são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 1: Estudos selecionados pela pesquisa

Título do artigo	Ano	Autores	Periódico	Área de Conhecimento
1. Modelo de atenção e saúde dos trabalhadores: perfil, ações e percepções dos dentistas da rede básica de Florianópolis, SC, na atenção à saúde dos trabalhadores	2008	Lama AL; Colussi CF; Freitas SFT; Calvo MCM.	Revista Sul-brasileira de odontologia	Odontologia
2. Fatores associados à capacidade para o trabalho de trabalhadores do Setor Elétrico	2009	Martinez MC; Latorre MRDO.	Caderno de Saúde Pública	Epidemiologia
3. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva	2009	Ferreira VSC; Andrade CS; Franco TB; Merhy EE.	Caderno de Saúde Pública	Saúde coletiva
4. A produção do cuidado no Programa de Atenção Domiciliar de uma Cooperativa Médica	2009	Martins AA; Franco TB; Merhy	Phisis	Medicina

		EE; Feuerwer K R; Macruz LC.		
5. Qualidade de vida e estresse gerencial "pós-choque de gestão": o caso da Copasa-MG	2008	Paiva KCM; Couto JH.	Revista de Administração Pública	Administração
6. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva	2008	Franco TB; Merhy EE.	Ciência e Saúde Coletiva	Saúde pública
7. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e prática cotidiana	2008	Garcia AL, Oliveira ERA, Barros EB de.	Cogitare de Enfermagem	Saúde coletiva
8. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem	2008	Rosa AFG; Garcia PA; Vedoato T, Campos RG de, Lopes MLS.	Acta Sci Health Sci	Enfermagem
9. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil	2007	Silva LS; Pinheiro TMM.	Cad. Saúde Pública	Medicina
10. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho	2007	Merlo ARC; Lápis NL.	Psicologia e Sociedade	Sociologia
11. Acidentes de trabalho identificados em	2006	Robazzim LCC;	Ciência, Cuidado e	Enfermagem

prontuários hospitalares		Marziale MHP; Alves LA; Silveira CA; Caran VCS.	Saúde	
12. Geografia dos fluxos populacionais segundo níveis de escolaridade dos migrantes	2006	Rigotti JIR.	Estudos Avançados	Geografia
13. The impact of suicide on morbidity and mortality in the population of Itabira	2006	Souza ER; Minayo MCS; Cavalcant e FG.	Ciência & Saúde Coletiva	Saúde Pública/ Epidemiologia
14. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões	2005	Gomez CM; Lacaz FAC.	Ciência & Saúde Coletiva	Saúde Pública
15. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva	2004	Ribeiro CVS; Léda DB.	Estudo e Pesquisas em Psicologia	Psicologia
16. Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso	2002	Merlo ARC; Barbarini N.	Psicologia & Sociedade	Psicologia
17. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia	2000	Abrahão JI.	Psicol. teor. Pesqui	Psicologia
18. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho	2000	Britto JC.	Cad Saúde Pública	Saúde coletiva
19. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença	2000	Lacaz FAC.	Ciênc. saúde coletiva	Saúde coletiva

20. Novas tecnologias e saúde do trabalhador: a mecanização do corte da cana-de-açúcar	1999	Scopinho RA.; Eid F; VIAN CEF.; Silva PRC.	Cad Saúde Pública	Saúde coletiva
21. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva	1999	Gomez CMM; Thendim-Costa SM F.	Ciênc. saúde coletiva	Saúde coletiva
22. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso	1998	Monteiro MS; Gomes JR	Cad Saúde Pública	Enfermagem
23. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente	1998	Franco T.; Drunck G.	Ciênc. saúde coletiva	Filosofia
24. Capacitando profissionais em saúde, trabalho e meio ambiente	1998	Rigotto RM; Almeida VL.	Ciênc. saúde coletiva	Interdisciplinar

Fonte: Biblioteca Virtual de Saúde (Bireme, 2010).

Com a análise cronológica dos estudos selecionados, evidenciou uma tendência estável no período de 1998 a 2000, um decréscimo nos anos seguintes e o novo aumento a partir do ano de 2006, conforme ilustra o Gráfico 1.

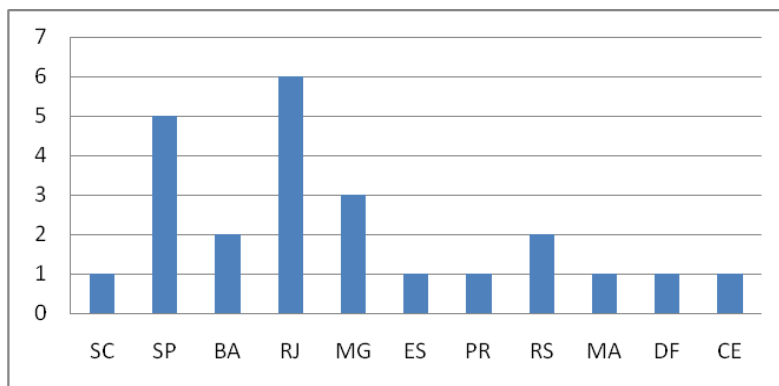
Gráfico 1: Distribuição temporal das publicações, segundo ano da publicação



Fonte: as autoras.

O Brasil foi o país de origem de 100% das publicações. Diante dessa evidência, buscou-se conhecer as origens das instituições segundo o estado de procedência dos estudos. Apesar da diversidade encontrada, as instituições do eixo Rio de Janeiro-São Paulo predominam, juntas somam 41% das publicações (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição das instituições responsáveis pelas publicações, de acordo com cada estado



Fonte: as autoras.

Destacaram-se os periódicos científicos “Cadernos de Saúde Pública” e “Revista Ciência e Saúde Coletiva” com 25% e 30% das publicações, respectivamente. Os demais estudos distribuíram-se em periódicos de áreas como a Odontologia (1), Administração (1), Enfermagem (2), Psicologia (4).

Quanto à área de conhecimento, o resultado corroborou com a evidência mencionada. A saúde coletiva foi responsável pelo desenvolvimento de 41% dos estudos, seguida pela Enfermagem, com 12%, e da Medicina, com 8%. O tema da reestruturação produtiva é de interesse para a investigação de áreas com estreita relação e preocupação com as influências do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores. Apesar de a pesquisa voltar-se à aplicação do tema na área da saúde, fato que justifica as áreas descritas anteriormente, outros campos do saber foram revelados, a exemplo da Administração, Sociologia e Filosofia, acompanhando a evolução das práticas multidisciplinares e interdisciplinares na área da saúde.

No que concerne aos objetivos, pode-se destacar que a temática saúde do trabalhador predominou, sendo abordada em 7 (29,16%) estudos selecionados. As condições de trabalho de professores do ensino superior, Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho, acidentes de trabalho, morbidade e mortalidade por causas externas, reflexões sobre saúde do trabalhador, ergonomia e precarização do trabalho, em vários setores da população, são alguns dos assuntos explorados dentro dessa temática.

No cenário nacional, torna-se possível identificar que grande parte dos trabalhadores vive no seu labor situações de riscos permanentes, resultantes de ambientes de trabalho inseguros, os quais possuem múltiplos agentes propiciadores de risco. Os trabalhadores inseridos em um universo de trabalho precário, ao adoecer ou acidentarem-se, na maioria das vezes, não são atendidos pelo seu empregador, tendo de buscar a solução de seus agravos à saúde de modo particular, ou nos serviços da rede pública, que podem não estar preparados de forma adequada para atendê-los, ou ter dificuldades para identificá-los como vítimas do trabalho e, conseqüentemente, não encontrando relação entre o problema de saúde apresentado pelo trabalhador e a atividade laboral que realiza (Robazzi et al., 2006). Acredita-se que a abordagem dessa temática tem sido fortalecida, cada vez mais, em virtude da preocupação dos pesquisadores quanto ao desgaste físico e psíquico do trabalhador e, ainda, pela intensa objetivação do ser humano e banalização da dimensão subjetiva desse sujeito.

A assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde pelos

trabalhadores foi outro objetivo emergido, o qual pode ser evidenciado em 4 (16,66%) estudos. Convém esclarecer que o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e faz parte do setor de serviços. Consiste em um trabalho da esfera não material, o qual se completa durante o ato de sua realização. Dessa forma, pode-se afirmar que o produto é indissociável do processo que o origina, ou seja, é a própria realização da atividade (Pires, 2008).

Entre os demais estudos, salienta-se que 2 investigaram a organização do trabalho, 2 desvelaram o significado e conceitos de trabalho, 2 discutiram a reestruturação produtiva no setor bancário, 2 demonstraram sua preocupação quanto à saúde, ao trabalho e à questão ambiental, um abordou os fluxos migratórios e um teve como foco central a qualidade de vida no trabalho.

Em relação à abordagem metodológica, 83% dos estudos definiram-se como qualitativos, 9% eram de natureza quantitativa e 8% conjugaram ambas as abordagens. Acerca das metodologias adotadas, 8 (33%) foram classificados por seus autores como pesquisas descritivas, 7 (29%), como estudos de reflexão, 3 (13%), estudos de caso, 3 (13%), estudos de revisão bibliográfica, 2 (8%), pesquisas documentais e 1 (4%), relato de experiência. As pesquisas empíricas sobressaem-se entre os métodos empregados na elaboração dos estudos que tratam do tema, sobretudo na área da saúde, em que o foco está nos sujeitos envolvidos no processo.

Observando-se os estudos qualificados como pesquisa de campo, 13 publicações se enquadraram na categoria. Nestes, em 10 (76%) os sujeitos foram trabalhadores, em apenas 3 (24%) os sujeitos não eram, necessariamente, classificados como tal. Destacam-se os trabalhadores de indústrias (38%), bancários (15%) e trabalhadores da saúde (15%).

Também, buscou-se evidenciar os instrumentos de pesquisa, em 6 (46%) estudos, utilizaram a pesquisa documental como instrumento para coleta de dados, em 5 (39%), a estratégia adotada foi a entrevista e, em 2 (15%), o questionário foi a opção de escolha.

Ao analisar as publicações selecionadas, identificaram-se resultados relevantes, os quais contribuem para a compreensão da temática em pauta. Conforme descrito anteriormente, evidenciou-se a grande preocupação dos pesquisadores quanto à Saúde do Trabalhador, independentemente do objeto de estudo, ou seja, trabalhadores da saúde, da educação, de empresas estatais e indústrias. O estresse, as lesões por esforço repetitivo, a falta de valorização profissional, a sobrecarga de trabalho, os acidentes de trabalho e o aumento dos índices de suicídio estão entre as principais consequências das mudanças provenientes da

reestruturação produtiva, segundo os resultados de parte das pesquisas selecionadas. Convém destacar que o processo de reestruturação produtiva esteve associado à redução dos postos de trabalho, a uma mudança no perfil do adoecimento, utilizando-se do medo do desemprego para rebaixar salários e aumentar a insegurança entre os trabalhadores (Silva et al., 2007).

Além disso, um estudo chama a atenção para a ausência de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador efetiva, além da existência de uma intensa fragmentação da área de conhecimento denominada de campo de Saúde do Trabalhador e o enfraquecimento dos movimentos sociais e sindicais (Gomez e Lacaz, 2005).

A fim de minimizar as condições degradantes de trabalho, incentiva-se a utilização de novas tecnologias, as quais facilitem o processo e a organização do trabalho, a diminuição da sobrecarga laboral e que estimulem a criatividade e a expressão subjetiva do sujeito-trabalhador. Por consequência, emerge a necessidade de ampliar os debates sobre essa questão, com o intuito de abranger e aprofundar noções de organização e processo de trabalho, bem como as consequências e estratégias a serem implementadas para minimizar as influências de cunho negativo e maximizar as positivas, oriundas da reestruturação produtiva nos diversos cenários do trabalho.

O marco teórico/conceitual utilizado nos estudos para reestruturação produtiva

Ao buscar o marco teórico/conceitual utilizados pelos pesquisadores nos últimos 13 anos para reestruturação produtiva, observou-se que a grande parte dos estudos (11 trabalhos, 45,83%) não utilizou nenhum referencial para o tema, não caracterizou ou definiu o entendimento dos autores no corpo do texto acerca da reestruturação produtiva.

Quatro estudos, de maneira geral, definiram a reestruturação produtiva como a introdução de novas tecnologias de organização do trabalho e maquinaria. Com base na leitura dos 4 trabalhos, é possível afirmar que os autores entendem que a reestruturação produtiva ocorre pela incorporação de inovações na organização do processo produtivo, seja pela incorporação de novas tecnologias duras (máquinas e equipamentos), seja pela mudança no modo de operar o processo de trabalho, sendo esse um fenômeno que ocorre também sob impacto de mudanças no processo de trabalho, sobretudo na sua dimensão relacional.

Pires (2008) ressalta que as inovações tecnológicas não se

restringem às tecnologias materiais, incluem, ainda, mudanças na organização do trabalho, nas relações de trabalho, na organização do processo produtivo e na estrutura das empresas.

Em 2 dos estudos anteriores, os autores preocupam-se, também, em discutir o impacto da reestruturação produtiva, especificamente no setor saúde; nesse momento recorreram novamente às obras de Pires (2008), Franco (2003) e Merhy (1997). Ambos explicam que, quanto ao setor saúde, a reestruturação produtiva pode gerar mudanças no modo de elaborar os atos em saúde e na forma de cuidar, mas não, necessariamente, altera o núcleo tecnológico da produção do cuidado, ou seja, ela ocorre de acordo com o modelo hegemônico tradicional, centrado na produção de procedimentos e na figura do médico.

O setor de saúde é considerado parte do setor de serviços e compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia, ao mesmo tempo que tem características específicas. Entretanto, o trabalho em saúde não resulta em um produto material passível de comercialização no mercado (Pires, 2008). O produto dos serviços de saúde é consumido no ato de sua realização, logo é indissociável do processo de produção (Merhy, 1997; Pires, 2008).

Um estudo centrou o entendimento acerca da reestruturação produtiva na nova forma de divisão do trabalho, verificada pela reconstituição da divisão do mundo entre centro e periferia, países desenvolvidos e subdesenvolvidos, em que se percebe a nova base de dependência, em que, ao Terceiro Mundo, está destinado um papel determinado pelas exigências de crescimento dos países mais industrializados (Coutrot e Husson, 1993). Esse último estudo e outros 3 trabalhos não descreveram um marco conceitual para reestruturação produtiva, mas pontuaram algumas de suas características.

Entre as principais características da reestruturação, as pesquisas destacaram a instauração de novas formas de concorrência, nas quais, a melhor formação de mão de obra, a qualidade, a inovação e a velocidade de resposta às demandas tornam-se determinantes da produção e de seu ambiente socioinstitucional em detrimento do fator salário. Em relação à divisão do trabalho de acordo com sexo dos indivíduos, identifica-se a coexistência de um setor flexibilizado masculino com um setor taylorizado feminino (Kergoat, 1992).

Além dos aspectos anteriormente mencionados o cenário da reestruturação, permeado pela globalização econômica, caracteriza-se pela intensa movimentação do capital, pelo crescimento de corporações transnacionais e pela predominância dos investimentos no âmbito financeiro, no qual acontece a maior valorização do capital, inclusive

por corporações industriais ou de serviços (Pochmann, 1999). A busca constante do crescimento econômico e da competitividade no mercado rege a alteração radical do paradigma produtivo, o qual fortalece a flexibilização das estruturas produtivas e das formas de organização e divisão social do trabalho, intensifica o fenômeno visível da fragmentação e da dispersão dos processos produtivos de diversos países, por meio da criação e expansão de filiais, empresas fornecedoras, subcontratadas, entre outras estratégias (Gomez e Thendim-Costa, 1999). Além de visar ao aproveitamento mais eficiente das tecnologias e matérias-primas existentes para um mercado consumidor global, implanta-se, também, um processo de flexibilização da força de trabalho.

A reestruturação produtiva favorece a criação de variadas formas de contratação, desde vínculos estáveis nos moldes convencionais ou com diversos níveis de precarização, entre eles, os chamados empregos atípicos como, por exemplo, os terceirizados, por tarefas, temporários e em tempo parcial (Caire, 1997).

Entre os achados, percebe-se a necessidade de alguns pesquisadores em contextualizar a reestruturação produtiva como resultante das críticas à rigidez do modo de produção fordista, o qual estava sendo considerado um fator limitante do crescimento e pela tendência mundial de exacerbar uma flexibilização.

Assim, esse processo fomenta-se na produtividade, origina-se da busca pela qualidade total de processos e produtos, incrementa-se com as inovações tecnológicas, as quais se tornaram elementos-chave para enfrentar a competição mundial, também identificadas nas reformas organizacionais, sem investimentos substanciais em novas tecnologias, com o intuito de obter os mesmos resultados a custos mais reduzidos. Além disso, a reestruturação vem ao encontro do atual foco nas demandas do cliente e nas flutuações do mercado, adota a estratégia de obter produtos de qualidade, em curto prazo de tempo, aliada a políticas de treinamento, de capacitação profissional e de proteção social, que redundem no aprimoramento da organização do trabalho, com profissionais de elevado nível de formação e remuneração. Opostamente, estabelecem-se contratos de trabalho precários, subcontratação com aumento dos riscos e responsabilidades, com redução de salários e de empregos (Gomez e Thendim-Costa, 1999).

Com isso, os capitais produtivos focalizam-se em locais em que possuem condições de comercialização, infraestrutura de telecomunicações e equipamentos sofisticados, bem como dispõem de força de trabalho, apesar de dispendiosa, altamente qualificada,

polivalente e com grande diversidade de habilidade. Em contrapartida, voltam também seus investimentos para regiões onde o trabalho é barato, com inferior conteúdo tecnológico, mas com utilização intensiva de matéria-prima e mão de obra (Gomez e Thendim-Costa, 1999).

Dessa maneira, a reestruturação produtiva, juntamente com o movimento da globalização e a adoção de políticas neoliberais de ajuste da economia por inúmeros países, tem resultado no descolamento entre crescimento econômico e emprego, em profundas modificações territoriais, demográficas, econômicas e sociais (Franco e Druck, 1998; Rigotto e Almeida, 1998).

Outro estudo preocupou-se em caracterizar a reestruturação produtiva no contexto empresarial. Nesse cenário, esse processo de mudanças é identificado pela flexibilização da produção, mediante a terceirização de atividades e o uso da polivalência na organização do trabalho, paralelamente ao desenvolvimento de um processo participativo (Monteiro e Gomes, 1998).

A reestruturação produtiva influenciadora e influenciada da e pelo movimento transnacional de globalização pode, dependendo da forma como for conduzida, trazer sérios impactos sobre a qualidade de vida da população, comprometendo a perspectiva de avanço para uma sociedade sustentável (Franco e Druck, 1998; Rigotto e Almeida, 1998). Ao tratar disso, evidencia-se, apesar de tímida, a preocupação dos autores com o impacto da reestruturação produtiva sobre o meio ambiente, foco de intensos e urgentes debates atuais.

Nesse sentido, observou-se que, entre os 24 estudos, nenhum trouxe explicitamente aspectos positivos da reestruturação produtiva e, por outro lado, 7 trabalhos pontuaram aspectos negativos.

Diante das constantes reestruturações organizacionais, salientam-se movimentos cíclicos de racionalização e flexibilização, implicando em demissões e intensificação do trabalho gerencial, sendo este último fato um dos determinantes do "mal-estar" dos profissionais (Rouleau, 2000; Davel e Melo, 2005), o qual não se restringe à organização, mas transcende para outros espaços da vida privada (Davel e Melo, 2005).

Outro aspecto resgatado nos estudos foi a consequência do processo de reestruturação produtiva na saúde dos trabalhadores, enfatizado em um cenário que leva ao adoecimento, aos acidentes de trabalho e favorece os agravos à saúde dos trabalhadores, propiciado pela desorganização laboral, precarização do trabalho e caracterizado pela desregulamentação e perda dos direitos trabalhistas, sociais e a legalização do trabalho temporário. Como consequência disso, percebe-se o aumento da informalidade, do subemprego e da

intensificação/aumento da jornada laboral, e que esses e outros fatores têm culminado com a deterioração das condições de vida e saúde da população (Wunsch Filho, 1999; Robazzi et al., 2006).

Em um estudo (Merlo e Barbarin, 2002) no setor bancário brasileiro, foi destacado que a reestruturação compreendeu a redução dos custos operacionais, com racionalização e otimização do uso da informática, entretanto levou ao fechamento de agências, em demissões progressivas de funcionários e terceirização de diversas atividades.

Desse modo, a organização e divisão do trabalho emanados da reestruturação produtiva trazem consequências para a vida em sociedade, entre elas, o desemprego, a ampliação do trabalho parcial, o trabalho de crianças e adolescentes, das mulheres, as questões de gênero correlatas, bem como a precariedade das relações de trabalho e dos direitos trabalhistas (Gomez e Meirelles, 1997; Lacaz, 2000). Além disso, na reestruturação produtiva, os pesquisadores evidenciam um elevado contingente de trabalhadores “rejeitados” pelo sistema produtivo ou situadas à sua margem, em razão das exigências de novo perfil do trabalhador, que não leva em conta as especificidades do ser humano (Wisner, 1987; Abrahão, 2000).

A precariedade, a exclusão social e a violência são identificadas como ônus da reestruturação das empresas e dos sistemas produtivos. Estes não atingem apenas as populações consideradas vulneráveis, mas o conjunto da sociedade.

Nesse contexto, o que por vezes é apontado como avanço profissional pode esconder a diminuição de postos de trabalho, o desemprego, as formas de subcontratação, subemprego e exploração laboral; limitações na absorção da força de trabalho jovem, a instabilidade e irregularidade ocupacionais, as dificuldades de inserção da mão de obra não qualificada e os rendimentos decrescentes para grande parte das populações já empobrecidas (Gomez e Thendim-Costa, 1999).

Pesquisadores destacaram, ainda, que a precarização econômica e a regressão social convergem com a omissão do Estado em funções fundamentais no âmbito do trabalho e da proteção social. E, desse modo, questiona-se a atuação do Estado como responsável pela redefinição das regulações contratuais e salariais com o intuito de amenizar as desigualdades e fragilidades sociais (Gomez e Thendim-Costa, 1999).

De maneira geral, grande parte dos estudos utilizados nesta revisão integrativa da literatura evidencia que tudo isso tem sido visualizado nas últimas décadas como mecanismos de precarização do trabalho, no âmbito da reestruturação produtiva, que resultam na precarização das condições de trabalho, na fragilização das ações

coletivas, o que favorece o adoecimento dos indivíduos e coletividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento dessa revisão integrativa permitiu o reconhecimento e análise da produção científica sobre reestruturação produtiva nos últimos treze anos, com o enfoque no marco teórico/conceitual utilizado nas produções científicas. Convém salientar o predomínio das pesquisas nacionais sobre a temática, com destaque para a área da saúde coletiva.

No que concerne ao marco teórico/conceitual, identificou-se que grande parte dos estudos não utilizou nenhum referencial para fundamentar o conhecimento apresentado. Por consequência, percebe-se que existe preocupação dos pesquisadores quanto à abordagem da reestruturação produtiva, todavia esta carece de uma caracterização mais consistente, a fim de facilitar a compreensão dessa realidade.

O processo e organização do trabalho oriundos da reestruturação produtiva acarretaram diversas consequências para o sujeito-trabalhador, das quais se destacam: o aumento do desemprego; a fragmentação do trabalho; a especialização; a terceirização; a inovação tecnológica; e descaso com a dimensão subjetiva. Ainda, evidencia-se a dificuldade de alguns trabalhadores de se engajarem no mercado de trabalho em virtude das exigências impostas.

Outro resultado essencial a ser destacado é a associação da Reestruturação Produtiva a fatores de cunho negativos. Dessa forma, diversos estudos trazem à tona questões relacionadas ao trabalho e suas consequências para a saúde do trabalhador como o estresse, as lesões por esforço repetitivo, a falta de valorização profissional, a sobrecarga de trabalho, os acidentes de trabalho e o elevado índice de suicídio.

Não obstante, emerge a necessidade de ampliar os debates sobre a temática, com o intuito de aprofundar aspectos relacionados ao trabalho, bem como suas consequências e estratégias a serem implementadas para minimizar as influências negativas e maximizar as positivas, oriundas da reestruturação produtiva nos diferentes cenários do trabalho. Defende-se que o fortalecimento da produção científica pode contribuir de modo positivo para a compreensão das mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho, a fim de preparar a sociedade para reconhecer e enfrentar as transformações provenientes do modelo capitalista de produção.

REFERÊNCIAS

Abrahão JI. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma

abordagem da ergonomia. *Psicol teor pesqui* 2000 jan/abr;16(1):49-4.

BIREME / OPAS / OMS (Brasil). Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Guia 2001 para o desenvolvimento da Biblioteca Virtual em Saúde. [internet] São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2001[acesso em 2010 jun. 25]. Disponível em: <<http://bvsmodelo.bvsalud.org/download/bvs/BVS-Guia2001-pt.pdf>>.

BIREME / OPAS / OMS (Brasil). Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. [internet] São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2010[acesso em 2010 jun. 25]. Disponível em: <<http://bvsmodelo.bvsalud.org/download/bvs/BVS-Guia2001-pt.pdf>>.

Caire G. Normalisation des emplois atypiques. In: Iresco - Institut de Recherche sur les Sociétés Contemporaines - Précarisation Sociale, Travail et Santé. Paris: Iresco; 1997. p. 239-52.

Coutrot T, Husson M. Les Destins Du Tiers Monde: Analyse, Bilan et Perspective. Luçon: Éditions Nathan; 1993.

Davel E, Melo MCOL, org. Gerência em ação. Rio de Janeiro: FGV; 2005.

Franco TB. Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do Cartão Nacional de Saúde. [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Franco T, Druck G. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. *Ciênc saúde coletiva* 1998; 3(2):61-72.

Ganong LH. Integrative Reviews of Nursing. *Revista Nursing Health* 1987;10(1):1-11.

Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005;10(4):797-07.

Gomez MC, Meirelles ZV. Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública* 1997;13(2):135-40.

Gomez CM, Thendim-Costa SM. da F. Novas tecnologias e saúde do trabalhador: a mecanização do corte da cana-de-açúcar. *Ciênc saúde coletiva* 1999;4(2):411-21.

Kergoat D. Les absentes de l'histoires. *Autrement* 1992;(126):73-83.

Lacaz FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciênc saúde coletiva* 2000;5(1): 151-61.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, org. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.

Merlo ARC, Barbarin N. Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso. *Psicologia & Sociedade* 2002;14(1):103-22.

Merlo ARC, Lápiz NL. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. *Psicologia & Sociedade* 2007;19(1):61-8.

Monteiro MS, Gomes JR. Reestruturação produtiva e saúde do trabalhador: um estudo de caso. *Cad Saúde Publica* 1998 abr/jun;14(2):345-53.

Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores/Annablume, 2008.

Pochmann M. O trabalho sob jogo cruzado. São Paulo: Contexto; 1999.

Rigotto RM, Almeida VL. Capacitando profissionais em saúde, trabalho e meio ambiente. *Ciênc saúde coletiva* 1998;3(2):163-70.

Robazzi MLCC, Marziale MHP, Alves LA, Silveira CA, Caran VCS. Acidentes de trabalho identificados em prontuários hospitalares. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2006;5(3):289-98.

Rouleau L. Les reestructurations d'entreprise: quelques points de repère. *Management International* 2000;5(1):45-2.

Silva LS, Pinheiro TMM, Sakurai E. Reestruturação produtiva, impactos na saúde e sofrimento mental: o caso de um banco estatal em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23(12):2949-58.

Wisner, A. Por dentro do trabalho: Ergonomia, método e técnica. (F. Gomide Vezza, Trad.) São Paulo: FTD/Oboré; 1987.

Wunsch Filho V. Reestruturação produtiva e acidentes de trabalho no Brasil: estrutura e tendências. *Cad Saúde Pública* 1999 jan/mar;15(1):41-52.

4.3.2 Artigo 2: Revisão da produção teórica latino-americana sobre cargas de trabalho

REVISÃO DA PRODUÇÃO TEÓRICA LATINO-AMERICANA SOBRE CARGAS DE TRABALHO⁵

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer a produção latino-americana sobre cargas de trabalho, buscando identificar os principais marcos conceituais/teorias utilizados nas publicações sobre carga de trabalho. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, na qual se incluiu trabalhos na forma de artigos, teses ou dissertações, indexados na base de dados Lilacs nos últimos cinco anos, em português, inglês ou espanhol. Os resultados evidenciaram que dos 35 trabalhos encontrados, grande parte não adotou referencial para carga de trabalho. Entre os estudos quantitativos, houve o predomínio do uso do *Nursing Activities Score* e entre os qualitativos o referencial de Laurell e Noriega para carga de trabalho. Utilizaram-se, ainda, os referenciais do estresse, de acidentes de trabalho, da ergonomia e da psicopatologia do trabalho. Verifica-se que a categoria cargas de trabalho é significativa da produção do conhecimento, bem como a diversidade de áreas interessadas no tema, no entanto é utilizada com múltiplos significados.

Palavras-chave: Carga de trabalho. Trabalho. Ambiente de trabalho.

⁵ Artigo aceito para publicação na Revista Enfermería Global, em coautoria de Simone Coelho Amestoy e Denise Elvira Pires de Pires.

INTRODUÇÃO

Apesar do debate acerca do vigor da categoria trabalho para a análise da sociedade atual⁽¹⁻²⁾, o âmbito da produção e reprodução da vida material continua tendo importância significativa e influenciando a esfera pública e privada do viver humano⁽³⁻⁴⁾. O trabalho envolve grande tempo da vida das pessoas, mas as formas e relações de trabalho não resultam de determinismo econômico ou tecnológico. Elas são influenciadas pelas ações dos sujeitos, no entanto os cenários concretos delimitam campos de possibilidades nos quais as ações coletivas ocorrem⁽⁵⁾.

Nesse sentido, considerando-se a importância que a dimensão trabalho ocupa na vida das pessoas, os estudos da área de saúde do trabalhador buscam identificar as relações entre trabalho e saúde. Nesses estudos, identifica-se a utilização da expressão cargas de trabalho, algumas vezes, sem uma definição clara do seu significado. Essa categoria tem sido empregada para referir-se ao conjunto de esforços desenvolvidos pelos trabalhadores para atender às exigências das tarefas, abrangendo os esforços físicos, cognitivos e os emocionais⁽⁶⁾ e, algumas vezes, está definida como os elementos do processo de trabalho que interagem dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, manifestando-se como desgastes físicos e psíquicos⁽⁷⁾.

No que diz respeito ao setor saúde, entre os principais fatores que promovem bem-estar ou sofrimento do trabalhador, estão: as formas de enfrentamento usadas pelos indivíduos diante das situações adversas e inesperadas; o relacionamento interpessoal com os usuários e familiares e com os demais membros da equipe multiprofissional; as condições socioeconômicas; as condições de trabalho; as formas de organização e gestão do trabalho; e as maneiras de cada sujeito vivenciar os conflitos⁽⁸⁾. O ambiente de trabalho pode ser fonte de desgaste, mas pode, também, ser gerador de satisfação, contribuindo à produção da saúde⁽⁹⁾.

A dimensão da vida no trabalho, associada às vivências das relações estabelecidas nos espaços públicos e privados, leva o trabalhador a desenvolver mecanismos de defesa ou de enfrentamento para suportar as cargas a que estão submetidos, o que se pode resultar no agir mecanizado e na desvalorização do cuidado de si, com consequências para a sua saúde.

As cargas de trabalho, ao longo dos anos, alteram a saúde dos trabalhadores, dificultam o relacionamento dentro da equipe de trabalho, reduzem a produtividade e causam adoecimento físico e mental, necessitando, portanto, serem identificadas, prevenidas e/ou enfrentadas precocemente⁽¹⁰⁾. O levantamento das condições dos ambientes de

trabalho, com identificação das cargas constitui-se um importante instrumento para que os trabalhadores possam construir e/ou reivindicar melhores condições laborais e no ambiente físico, bem como buscar a prevenção do adoecimento decorrente do trabalho.

A análise das cargas revela a diferenciação dos aspectos do processo de trabalho que têm potencialidade de interferir na dinâmica física e psíquica do trabalhador, destacando-se as características dos objetos de trabalho, as tecnologias e os instrumentos utilizados, e as formas de organização, divisão e gestão do trabalho⁽⁴⁻⁵⁾. As cargas de trabalho podem ser classificadas como físicas, químicas, orgânicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas⁽⁶⁾.

As cargas físicas são derivadas, sobretudo, das exigências técnicas para a transformação do objeto de trabalho e caracterizam um determinado ambiente de trabalho, que interage cotidianamente com o trabalhador. As cargas químicas derivam, em especial, do objeto de trabalho e dos meios auxiliares envolvidos em sua transformação, interferem no ambiente de trabalho e na sua interação cotidiana com o trabalhador; nesse grupo, encontram-se todas as substâncias químicas presentes como pós/poeiras, fumaças, gases, vapores, pastas ou líquidos.

Ainda, são derivadas do objeto de trabalho e das condições de higiene ambiental as cargas orgânicas, as quais incluem qualquer organismo animal ou vegetal, que possa ocasionar danos à saúde do trabalhador. Já as cargas mecânicas são derivadas, principalmente, da tecnologia do trabalho, da operação ou manutenção das máquinas e equipamentos, dos materiais soltos no ambiente, do próprio objeto de trabalho e, também, das condições de instalação e manutenção dos meios de produção.

Restam as cargas fisiológicas e psíquicas. As primeiras são oriundas das diversas maneiras de realizar a atividade ocupacional e são constituídas por elementos como esforço físico ou visual, deslocamentos e movimentos exigidos pelas tarefas, espaço de trabalho disponível, posições assumidas em sua execução, horas extras ou intensificação do trabalho, jornadas prolongadas, noturnas e rotativas. Por fim, as cargas psíquicas estão constituídas por elementos que, acima de tudo, são fonte de estresse e desgaste psíquico.

Pode-se considerar que essas cargas se relacionam com todos os elementos do processo de trabalho, o qual ocorre em cenários histórico-sociais, podendo haver predominância de um ou mais elementos de acordo com especificidades dos sujeitos e das diferentes atividades, assim como das diversas formas de gestão dos coletivos de trabalho.

Resgata-se que as cargas de trabalho estão presentes no processo

de trabalho, são dinâmicas e interagem, potencializando-se e levando ao desgaste do indivíduo. Podem atingir um único trabalhador, parte do grupo de trabalho ou toda a coletividade do universo laboral.

O entendimento de cargas de trabalho, aqui apresentado, filia-se a um determinado referencial teórico, o de Laurell e Noriega⁽⁶⁾, e essa expressão tem sido usada na literatura do campo da saúde do trabalhador, no entanto cabe questionar: qual(is) referencial(is) teórico(s) ou conceitual(is) tem(êm) sido utilizado(s) nas produções bibliográficas latino-americanas sobre cargas de trabalho?

Nesse sentido, a presente pesquisa objetivou identificar os marcos conceituais e/ou teorias sobre cargas de trabalho utilizadas nas publicações indexadas na base de Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs) nos últimos cinco anos. Esta revisão bibliográfica contribui para a identificação de identidades, fragilidades e vigor da categoria “cargas de trabalho” para estudos da área de saúde do trabalhador.

METODOLOGIA

Para a realização deste estudo, utilizou-se a revisão integrativa, a qual se caracteriza por resgatar e sumarizar pesquisas anteriores, permitindo conclusões que articulam os resultados obtidos em diferentes estudos. A descrição dos procedimentos metodológicos utilizados para a obtenção dos dados possibilita aumentar a confiabilidade e profundidade das conclusões⁽¹¹⁾. Realizou-se uma pesquisa integrativa da produção latino-americana referente às cargas de trabalho com o propósito de sumarizar os estudos que abordam o assunto, com ênfase na identificação do marco conceitual e/ou conceitos utilizados nas produções, com vistas a identificar os conceitos utilizados para cargas de trabalho.

Para esta pesquisa, inspirada em Beyaee e Nicoll⁽¹²⁾, procedeu-se às seguintes etapas: seleção do tema e das palavras-chave; definição das bases de dados para busca; estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; identificação do panorama do resultado da busca; construção de um formulário para registro dos dados coletados; análise dos dados; interpretação dos resultados.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio de consulta à base de dados “Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs)”, limitando-se às publicações dos últimos cinco anos (março de 2004 a março de 2008). A busca do material ocorreu durante os meses de maio a julho de 2009, considerando, o descritor *workload/carga de trabajo/carga de trabalho*, e, para a constituição da amostra, foram selecionados os trabalhos que atenderam aos seguintes critérios: textos

na forma de artigos, teses ou dissertações disponíveis, na íntegra, que abordam, direta ou indiretamente, a temática “carga de trabalho”; nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados nos últimos cinco anos.

Para o processo de seleção, utilizou-se um formulário de análise individual dos estudos, contendo: título, autores, fonte da publicação, finalidade e objetivo do estudo, conceito e/ou base teórica utilizada para cargas de trabalho, tipo de pesquisa, análise dos dados, resultados e discussões e conclusões. A partir disso, realizou-se a leitura de todos os trabalhos capturados na íntegra. Posteriormente, os achados foram sistematizados e categorizados conforme o marco conceitual empregado no estudo.

A PRODUÇÃO LATINO-AMERICANA SOBRE CARGAS DE TRABALHO

Considerando-se a consulta ao Lilacs utilizando-se o descritor workload/carga de trabajo/carga de trabalho foram capturadas 107 publicações, após seleção dos trabalhos, conforme o período estabelecido, selecionaram-se 42 trabalhos.

Dessa forma, o critério de exclusão mais significativo (60,75% dos casos) foi estar fora do período predeterminado para o estudo (2004 a 2008). A partir da aplicação desse critério, restaram 42 trabalhos; com os demais critérios, foram excluídos 7 trabalhos, totalizando 35 publicações, todas no formato de artigos.

Analisando os 35 artigos selecionados, visualiza-se maior número de produções no ano de 2007, no qual estavam indexados na base Lilacs 15 artigos (42,85%); em seguida, no ano de 2006 com 10 artigos (28,57%), em 2008 apenas 6 artigos (17,14%) e em 2005 foram encontrados 4 artigos (11,42%). Observou-se que, no ano de 2004, não foram indexados trabalhos nessa base utilizando o descritor de interesse.

A maioria das publicações (54,28%) é oriunda do estado de São Paulo e 25,71% são do estado do Rio de Janeiro. Os demais foram dos estados do Paraná, Goiás, Rio Grande do Sul e de países como Estados Unidos e Chile. Esses dados são condizentes com a distribuição das universidades no Brasil, tendo em vista que a Região Sudeste abrange mais da metade (59%) das instituições de ensino superior no Brasil, seguida pela Região Sul (13%), Nordeste (13%), Centro-Oeste (11%) e Norte (4%), respectivamente, o que em parte justifica esse achado⁽¹³⁾.

Quanto aos periódicos utilizados para publicação, a maioria (17 publicações, 48,57%) foi construída por pesquisadores da área de enfermagem; a área da medicina publicou 7 artigos (20%), a da

psicologia indexou 5 trabalhos (14,28%) e 2 da área de economia (5,71%). Já as áreas de administração, saúde coletiva, odontologia e nutrição publicaram 1 artigo cada. Verifica-se que há uma significativa diversidade de áreas interessadas nos estudos sobre cargas de trabalho.

No que se refere ao tipo de estudo, a grande maioria, 74, 28%, ou seja, 26 artigos, dos trabalhos foi resultado de pesquisa de campo. Quanto à abordagem, 10 trabalhos não definiram o delineamento adotado, porém 57,14% (20 artigos) das publicações seguiram a abordagem quantitativa e apenas 14,28% (5 artigos) dos trabalhos adotaram o delineamento das pesquisas qualitativas. Nenhum estudo associou as abordagens qualitativas e quantitativas. Percebe-se, com esse resultado, maior interesse de associar abordagem quantitativa aos estudos sobre cargas de trabalho.

Em relação à metodologia 12 (34,28%), são do tipo descritivo, 6 estudos transversais e 6 estudos reflexivos. Ainda, 4 deles são estudos de caso e 1 observacional. Na análise da metodologia utilizada, 6 trabalhos não permitiram a clara definição do desenho metodológico.

As técnicas de coletas de dados foram diversificadas, incluindo grupo focal, observação, entrevista, formulário, instrumentos internacionais, revisão bibliográfica e associação de técnicas, havendo o predomínio de técnicas quantitativas.

Analisando os sujeitos de pesquisa por categoria profissional, visualizou-se a multiplicidade de sujeitos envolvidos nos estudos. A maioria contou com a participação de profissionais de saúde, com predomínio de enfermeiros. Entre as pesquisas de campo, a maioria foi realizada com enfermeiros (17,14%), entretanto foram encontradas 4 pesquisas envolvendo a equipe multiprofissional de saúde, 3 realizadas com médicos, e outras que envolveram motoboys, policiais, trabalhadores responsáveis por serviços gerais, gerentes de serviço, caminhoneiros, funcionários de supermercado e professores do ensino fundamental. A diversidade de sujeitos pesquisados revela que as cargas de trabalho estão presentes nos diferentes ambientes laborais, por isso são interessantes pesquisas abordando-as nos mais diversos universos de trabalho.

Observou-se que as pesquisas foram realizadas, predominantemente, em hospitais (57,14%), todavia também foram realizados trabalhos em canaviais e escolas. O restante dos trabalhos não definiu o local de estudo. Com isso, percebe-se grande interesse dos pesquisadores em desenvolver as pesquisas no ambiente hospitalar.

Salienta-se que, historicamente, os hospitais são considerados sistemas complexos, constituídos por diversos setores e profissões,

tornando-se instituições formadas por trabalhadores expostos a situações emocionalmente intensas, tais como: vida, doença e morte, o que pode desencadear ansiedade, tensão física e mental. Acredita-se que esse aspecto contribui para a realização de estudos sobre cargas de trabalho, a fim de proporcionar estratégias capazes de amenizar tal situação.

Quanto aos objetivos propostos, apenas 25,71% dos trabalhos apresentam um ou mais objetivos diretamente relacionados às cargas de trabalho (avaliá-las, mensurá-las, compará-las ou identificá-las).

O REFERENCIAL TEÓRICO/CONCEITUAL PARA CARGA DE TRABALHO

No que diz respeito ao referencial teórico/conceitual adotado para carga de trabalho, nos 35 artigos selecionados, verificou-se que a maioria dos estudos (40%, 19 artigos) não explicita nenhum referencial. Dos que definiram o referencial, observou-se que os estudos quantitativos utilizaram o *Nursing Activities Score* (NAS) para carga de trabalho (6 trabalhos, 17,14%) e os qualitativos o referencial de Laurell e Noriega (5 trabalhos, 14,28%). Ainda, foram utilizados os referenciais de estresse (11,42%), da ergonomia (11,42%), de acidentes de trabalho (2,85%) e da psicopatologia do trabalho (2,85%).

O NAS é um instrumento para mensuração do tempo consumido pela equipe profissional no cuidado ao paciente em diferentes serviços de saúde. Foi ajustado do *Therapeutic Intervention Scoring System – 28* (TISS-28), utilizando-o para determinar as necessidades de contingente de força de trabalho para as atividades assistenciais mais significativas na geração de carga de trabalho nos profissionais de Enfermagem. A pontuação do NAS representa o cálculo da porcentagem do tempo de assistência dedicado à execução das atividades de cuidado no período de 24 horas. O instrumento inclui, além das intervenções terapêuticas, os procedimentos de higiene, mobilização e posicionamento, suporte e cuidados aos familiares e pacientes, e também de tarefas administrativas e gerenciais⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Dessa forma, o instrumento quantitativo é usado em estudos com o pessoal de enfermagem e leva em consideração a carga de trabalho existente nas unidades de internação que, por sua vez, relaciona-se às necessidades de assistência dos pacientes, bem como do padrão de cuidado pretendido⁽¹⁶⁾.

Defende-se que os estudos orientados pelo NAS não possuem um referencial teórico para cargas de trabalho. No uso dessa metodologia para cálculo da força de trabalho, a expressão “carga de trabalho” é utilizada no sentido de demandas de trabalho, de análise do conteúdo

das diferentes atividades de trabalho.

Já os estudos que utilizaram o referencial de Laurell e Noriega buscaram analisar as cargas de trabalho considerando a organização do trabalho e as múltiplas dimensões da relação do trabalhador com o seu trabalho. Esse referencial procura identificar as exigências postas aos profissionais pelo processo de trabalho, levando em conta os modos como os próprios trabalhadores as vivenciam, valoriza a relação saúde-adoecimento como processo social, uma vez que o nexó biopsíquico é a expressão de determinado processo sócio-histórico que se concretiza na corporeidade humana⁽⁶⁾.

Diante disso, o trabalho é tomado como elemento-chave na compreensão dos determinantes da saúde do trabalhador. Por outro lado, como um referencial, eminentemente qualitativo, possui as fragilidades dos referenciais dessa natureza, sobretudo nos estudos que procuram mensurar as cargas de trabalho. O maior contingente de pesquisas de abordagem quantitativa, em parte, justifica a menor escolha pelo referencial de cargas de trabalho de Laurell e Noriega.

O construto do estresse considera as variáveis do ambiente laboral que favorecem o aparecimento de reações ao estresse profissional, as quais têm consequências tanto para a saúde física quanto psíquica do trabalhador. Esse estresse demanda respostas do organismo humano às situações de tensão, as quais são mediadas pelas características individuais, requerendo mecanismos de enfrentamento⁽¹⁷⁾. Conforme o referencial do estresse, os trabalhadores são capazes de elaborar mecanismos individuais e/ou coletivos de enfrentamento e parte da compreensão de que os sujeitos não estão passivos em relação à organização do trabalho, por serem capazes de elaborar defesas, com o intuito de evitar ou superar o sofrimento decorrente do universo laboral⁽¹⁸⁾. Autores informam a existência de várias pesquisas descrevendo a complexidade do tema, a necessidade de outros estudos sobre a etiologia deste e múltiplas formas de abordar o tema⁽¹⁹⁾.

Observa-se que as pesquisas enfocando o acidente no trabalho, de forma predominante, preocupam-se com a relação entre atividade e risco de dano, adoecimento, morte. Esse referencial é amplamente utilizado nas pesquisas produzidas na área de saúde e desenvolvidas em ambientes hospitalares e na indústria. A maioria das pesquisas utiliza o referencial de Laurell e Noriega porque este possibilita compreender melhor a interação múltipla e dinâmica entre o objeto de trabalho, a tecnologia, a tarefa realizada e o corpo do trabalhador, resultando em maior ou menor carga de trabalho.

A aplicação da Ergonomia em pesquisas é recente, e somente se

pode falar de "ergonomia aplicada ao trabalho" a partir dos anos de 1950⁽²⁰⁾. Constitui-se uma abordagem do trabalho humano e de suas interações no contexto social e tecnológico que busca mostrar a complexidade da situação de trabalho e a multiplicidade de fatores que a compõe. Esse referencial é definido como um conjunto de ciência e tecnologias que procura a adaptação confortável e produtiva entre o ser humano e seu trabalho, basicamente procurando adaptar as condições de trabalho às características do ser humano. Para alguns autores, esse referencial se destaca pelas contribuições para a melhoria das condições laborais. Contudo, para outros autores⁽²¹⁾, a Ergonomia possui um caráter exageradamente reducionista e conservador por não questionar a natureza do processo capitalista de produção e por apoiar-se em normas e prescrições fundamentadas em conhecimentos de natureza experimental, que ignoram a atividade de construção inerente a toda situação real de trabalho.

Por fim, o referencial da psicopatologia do trabalho de Dejours⁽²²⁾ valoriza a organização do trabalho e sua ação específica sobre os seres humanos, cujo impacto se faz sentir na esfera psíquica do trabalhador. Dejours utiliza a carga psíquica para melhor compreensão da relação entre homem e trabalho. Esse autor defende que o trabalho torna-se perigoso e fonte de sofrimento quando se opõe à livre atividade do trabalhador e à descarga de energia pulsional acumulada.

A psicopatologia do trabalho revela que, em certas condições, o resultado da relação do homem com o trabalho é o sofrimento decorrente do choque entre a personalidade do indivíduo e o seu projeto individual com a prescrição imposta pela organização do trabalho, a qual não considera a subjetividade do trabalhador. Por outro lado, se a relação do indivíduo com a organização das atividades é favorável, o trabalho também pode ser fonte de prazer e satisfação. Verificou-se a associação desse referencial ao de Laurell e Noriega em 2 trabalhos.

Percebe-se, com o estudo, que há uma relevante produção do conhecimento sobre cargas de trabalho, entretanto que os referenciais apresentam fragilidades e não dialogam sobre as convergências e divergências apresentadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a análise dos dados, foi possível constatar o interesse de várias áreas do conhecimento acerca das cargas de trabalho e que o estudo destas permite o uso de diversas técnicas de coleta de dados, abordagens metodológicas, assim como é útil para estudos realizados em diversos cenários da produção e com múltiplos sujeitos.

Evidencia-se que a maioria dos estudos não adotou nenhum referencial para carga de trabalho, e grande parte dos estudos quantitativos utilizou o NAS, contudo esse não se apresenta como referencial teórico e sim metodológico. Já as pesquisas qualitativas associaram-se a Laurell e Noriega, autores que enfocam os aspectos qualitativos da relação indivíduo e trabalho. Utilizaram-se ainda, os referenciais do estresse, de acidentes de trabalho, da ergonomia e da psicopatologia do trabalho.

Conclui-se que, na maioria das publicações latino-americanas publicadas no período 2004-2008, não está explicitado nenhum referencial para a expressão cargas de trabalho. Nos estudos que definiram um referencial, verificou-se que pode haver associação entre eles sem constituir-se divergência ou inconsistência, contribuindo para melhor interpretação da expressão “cargas de trabalho”.

Destaca-se que investigações sobre cargas de trabalho merecem aprofundamento acerca dos referenciais teórico-conceituais, tendo em vista que a expressão é utilizada com diferentes entendimentos, aplica-se a estudos em diferentes realidades laborais, sendo útil para compreender e analisar a relação entre saúde e trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Gorz, A. Adeus ao proletariado. Rio de Janeiro: Forense; 1982.
2. Offe, C. Trabalho: a categoria sociológica chave? In: Offe, C. Capitalismo desorganizado. São Paulo: Brasiliense; 1989.
3. Antunes, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 2. ed. São Paulo: Cortez; 1995.
4. Pires, DEP de. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2. ed. São Paulo: Annablume/CNTSS-CUT; 2008.
5. Przeworski, A. Capitalismo e social-democracia. São Paulo: Companhia das Letras; 1991.
6. Laurell AC, Noriega M. Processo de Produção e Saúde. Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
7. Facchini LA. Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes; 1993.

8. Pires D. Organização do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, org. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Ed. Papa Livros; 1999.
9. Azambuja, E. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.
10. Trindade LL, Gonzales RMB, Beck CLC, Lautert L. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. Rev Gaúcha Enferm 2007 dez; 28(4):473-9.
11. Ganong LH. Integrative Review of Nursing Research. Res Nursing Health 1987 Febr; 10 (1):1-11.
12. Beyaea SC, Nicoll ELH. Writing integrative review. Aorn J 1998;67(4):877-80.
13. Martins CB. O ensino superior brasileiro nos anos 90. São Paulo: Perspec; 2000.
14. Miranda DR, Moreno R, Iapichino G. Nine Equivalentents of Nursing Manpower use Score (NEMS). Intensive Care Med 1997;23(7):760-5.
15. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic Intervention Scoring System: a method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med 1974;2(2):57-60.
16. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS) [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
17. Lazarus R. Stress and Emotion. London: Free Association Books; 1999.

18. Trindade L, Lautert L, Beck CLC. Mecanismos de enfrentamento utilizados por trabalhadores esgotados e não-esgotados da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latinoam Enferm* 2010 set/out;17(5):607-12 .
19. Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP, Laus AM. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enferm* 2009;18(2):330-37.
20. Couto HA. Ergonomia aplicada ao trabalho. O manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte: Ergo; 1995.
21. Abrahao JI, Pinho DLM. As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da Ergonomia. *Estud. psicol* 2002;7(spe):45-2.
22. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; 1992.

4.3.3 Artigo 3: Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária

TECNOLOGIA, INOVAÇÃO TECNOLÓGICA E SAÚDE: uma reflexão necessária⁶

RESUMO: No presente artigo, buscou-se sistematizar aspectos conceituais sobre tecnologia e inovação tecnológica, destacando implicações para o setor saúde. O texto foi construído por influência da filosofia e sociologia, com suporte em autores escolhidos. Buscou-se contribuir para uma visão crítica sobre a temática da tecnociência, debatendo suas beneficências e maleficências. Acredita-se que o setor saúde tem sido sensível à utilização das inovações tecnológicas do tipo material, mas tem sido menos agressivo na utilização de inovações do tipo não material, em especial no campo da organização e relações de trabalho. Observa-se o desenvolvimento de uma cultura que vê nas

⁶ Artigo encaminhado para a Revista Texto e Contexto de Enfermagem, sendo o primeiro autor Jorge Lorenzetti, e em coautoria de Denise Elvira Pires de Pires e Flávia Regina de Souza Ramos.

tecnologias e inovações tecnológicas a única fonte de satisfação, sendo necessário que estas sejam submetidas permanentemente a critérios éticos para evitar ou minimizar suas malefícências. O uso das tecnologias deveria priorizar a solução dos graves problemas estruturais e globais da humanidade e contribuir para uma sociedade mais digna, justa, solidária e sustentável.

DESCRITORES: Ciência. Tecnologia. Ciência, Tecnologia e Sociedade. Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

INTRODUÇÃO

Os temas tecnologia e inovação tecnológica estão em pauta nos meios de comunicação e nas agendas de governos, empresas, agências de fomento a pesquisas e diversas organizações sociais, com forte influência no setor saúde.

Há uma difusão da ideia de que vivemos em uma época histórica do desenvolvimento tecnológico sem precedentes. Somos reconhecidos como uma sociedade do conhecimento e da tecnologia.

Tornou-se comum, organizações, instituições e empresas colocarem como centro estratégico de sua sobrevivência e crescimento a aprendizagem permanente e a produção de novos conhecimentos e tecnologias. As famílias veem na escolaridade superior e no domínio de conhecimentos e tecnologias atuais uma exigência para que o futuro de seus filhos seja promissor.

Seria impensável viver hoje em dia sem determinados recursos e instrumentos como energia elétrica, automóvel, avião, computador, telefone, telefone celular, televisão e internet; e, na saúde, sem os antibióticos, anestésicos, vacinas, próteses, órteses, marca-passos, respiradores, transplantes e exames de radiodiagnóstico. Há mais de 300 anos antes de Cristo, Platão já refletia que o ser humano é o animal mais indefeso da terra e que, para sua sobrevivência e bem-estar, necessita de meios técnicos⁽¹⁾.

O desenvolvimento permanente de meios técnicos permitiu que os grupos humanos se multiplicassem, e os diversos períodos históricos foram condicionados pelo grau de desenvolvimento do conhecimento acerca da natureza e pela descoberta e construção de equipamentos e recursos técnicos diversos⁽¹⁻²⁾.

É importante registrar que o desenvolvimento técnico-científico da humanidade, infelizmente, teve nas guerras e lutas de dominação entre os seres humanos uma motivação preponderante. No século XX, a ocorrência de duas guerras mundiais gerou uma corrida desesperada

pelo desenvolvimento de tecnologias para a destruição, mas, de forma ambivalente, estas também têm servido para a melhoria da vida das pessoas.

Essa corrida tecnológica trouxe novas desigualdades, inclusive uma noção de 3 mundos – desenvolvido, em desenvolvimento e subdesenvolvido –, além de promover a degradação da natureza, mas permitiu, dialeticamente, o avanço de uma concepção crítica ao modelo vigente. Formulou-se o paradigma da sustentabilidade, que emerge com uma centralidade cada vez maior e como referência neste século XXI, o qual propõe a superação do império econômico, equilibrando a dimensão econômica com justiça social, proteção e recuperação ambiental. Esse cenário mobilizou, em 2000, a formulação, pela Organização das Nações Unidas (ONU) dos 8 objetivos para o desenvolvimento do milênio a serem alcançados até 2015. Entre eles: acabar com a fome e a miséria; reduzir a mortalidade infantil; combater a Aids, a malária e outras doenças; promover a qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; promover a igualdade de gênero e a valorização da mulher. Isso demonstra o potencial de utilização social do conhecimento.

Ciência e tecnologia são instrumentos importantes para a saúde e o tratamento de doenças, assim como para a construção de um momento civilizatório de paz e de vida digna e decente para todos.

Nesse cenário, considerando-se o debate acerca dos termos tecnologia e inovação tecnológica, e sua importância para o setor saúde e para a sociedade, o presente artigo tem por objetivo sistematizar aspectos conceituais dos termos mencionados, destacando algumas implicações para o setor saúde. O texto foi construído por influência da filosofia e da sociologia, apresentando, com suporte em autores escolhidos, algumas considerações teórico-conceituais com vistas a contribuir para o debate no setor saúde.

Técnica e Tecnologia

Pelo olhar filosófico, técnica e tecnologia podem ser consideradas como inerentes à vida humana em sociedade. Resgatando a história da humanidade, identifica-se tecnologia como saberes que derivaram de técnicas utilizadas pelos seres humanos para sua sobrevivência perante fenômenos da natureza. A tecnologia tanto produziu teorias científicas que a explicam e sustentam – ciência pura – quanto deriva da ciência pura que produz conhecimentos aplicáveis – ciência aplicada e da qual se desdobram técnicas para resolver problemas práticos⁽³⁾. Tornou-se comum a utilização do termo tecnociência, que bem expressa essa

relação íntima entre ciência e tecnologia e entre tecnologia e ciência.

Técnica, no sentido geral do termo, compreende um conjunto de regras apropriadas a dirigir eficazmente uma determinada atividade⁽¹⁾. Assim, estende-se a todos os campos da atividade humana.

As técnicas podem ser classificadas em duas grandes áreas: as racionais e as mágicas e religiosas. As técnicas racionais podem ser subdivididas em^(1:1106):

- a) simbólicas: (cognitivas ou estéticas) “que são as da ciência e das belas artes”;
- b) de comportamento: “do homem em relação a outro homem”, inclui um campo extenso, “vão das técnicas eróticas às de propaganda, das econômicas às morais, das jurídicas às educacionais”. Compreendem também as “técnicas organizativas, que visam encontrar condições para obter o rendimento máximo com o mínimo esforço em todos os domínios da atividade humana”;
- c) de produção: “diz respeito ao comportamento do homem em relação à natureza e visa à produção de bens”.

A tecnologia contemporânea tem relação com a técnica de épocas e culturas anteriores, sendo a diferença entre ambas a presença da ciência experimental. Segundo Bunge, a tecnologia consiste na “técnica de base científica”. Técnica e tecnologia consistem em uma atividade de produção de algo artificial (“arte-fato”); envolve planificação, regras, instruções, busca de um produto eficiente, o mais econômico possível, e pode ser algo material, um bem, ou um serviço⁽⁴⁾.

Para Bunge, tecnologia pode ser definida como o campo de conhecimento que faz referência ao desenho de artefatos e à planificação da sua realização, operação, ajuste, manutenção e monitoramento à luz do conhecimento científico. Resumidamente, como o estudo científico do artificial⁽⁴⁾.

Borgmann define que a “tecnologia é o modo tipicamente moderno de o homem interagir com o mundo, um ‘paradigma’ ou ‘padrão’ característico e limitador da existência, intrínseco à vida cotidiana”^(4:499). Identifica-se na tecnologia um fenômeno básico, evidenciado na existência dos dispositivos que nos fornecem produtos, ou seja, bens e serviços. Dispositivos que aliviam esforços e resolvem dificuldades^(4:500). “O avanço científico e a sua aplicação a finalidades práticas são imprescindíveis para que exista a maioria das invenções tecnológicas, mas a ciência, por si mesma, não pode definir um caminho ao avanço científico, nem explicar as causas da tecnologia tornar-se um modo de vida”^(4:501).

“O mundo dos dispositivos é um mundo de meros meios, sem fins últimos, o que constitui uma novidade na história humana”, que permite entender a diferença entre a técnica tradicional e a tecnologia. Na técnica, “toda a relação meio fim estava inserida em um contexto (social, cultural, ecológico) e na tecnologia a relação meio fim vale universalmente, com independência dos contextos concretos”^(4:502).

Para muitos, tecnologia é entendida como máquinas, equipamentos e aparelhos. Para outros, é sinônimo de técnica. Há ainda os que a consideram como ferramenta, como instrumento. Tecnologia também é entendida como processo, compreendendo certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas⁽⁵⁻⁶⁾.

A tecnologia pode ser desdobrada em produtos, “coisas”, materiais – como produtos para satisfação de necessidades – e em não materiais – processos de trabalho, certos saberes constituídos para a geração de produtos e, inclusive, para organizar as ações humanas nos processos produtivos, incluindo tecnologias de relações de trabalho⁽⁷⁻⁹⁾. A expressão tecnologia compreende tecnologias materiais e não materiais⁽¹⁰⁾.

Na abordagem sociológica do termo, tecnologia “envolve todas as formas de técnica produtiva”, incluindo o trabalho manual e intelectual e não é sinônimo de máquina, como entendido no senso comum. Inclui, também, a organização física da produção, as formas como as máquinas são organizadas nos locais de trabalho e a divisão e organização do trabalho. As técnicas produtivas e a organização da produção são produtos sociais, consequências de decisões humanas, portanto tecnologia pode ser analisada como resultado de processos sociais^(11:357).

Recentemente, surgiu no debate sobre tecnologia a concepção de “Tecnologia Social” a qual tem origem na Índia com a atuação de Mahatma Gandhi (1869-1948) na primeira metade do século XX⁽¹²⁾. Essa concepção valoriza as técnicas locais tradicionais mas implementa um melhoramento destas com a adaptação de tecnologia moderna ao meio ambiente e às condições da realidade local.

Para Gandhi, o desafio consistia em “produção pelas massas e não para as massas”, portanto, além dos ideais e práticas pacifistas que o tornaram famoso e reconhecido em todo o mundo, defendia uma visão de desenvolvimento autogerido, de empoderamento das comunidades e com inclusão social^(12:13). Desse movimento, emergiu a ideia de Tecnologia Social.

Em 2004, no Brasil, tendo como liderança a Fundação Banco do Brasil, foi criada a Rede de Tecnologias Sociais (RTS) que tem como

objetivo “mobilizar a sociedade em torno do tema Tecnologia Social, para discuti-lo como instrumento de inclusão social e melhoria da qualidade de vida”, contribuindo para o desenvolvimento do país^(12:15). A RTS passou a inspirar e a fomentar projetos em comunidades, principalmente pobres e do interior, em articulação com a estratégia de desenvolvimento local e, em 2008, a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), instituição federal do Brasil, cria um prêmio para a categoria Tecnologia Social.

De acordo com os atores envolvidos na RTS, a Tecnologia Social “compreende produto, técnica ou metodologia replicável, desenvolvida na interação com a comunidade e que represente efetiva solução de transformação social”^(12:12).

Inovação Tecnológica

Inovação envolve muito mais do que simples mudanças em tecnologia. “Envolve conexões, interações e influências de muitos e variados graus – incluindo relacionamentos entre empresas, entre empresas e centros de pesquisa, e entre empresas e o governo. A inovação efetiva depende de todas as conexões estabelecidas em seus devidos lugares e funcionando bem”^(13:sp.).

Nesse mesmo sentido, autores⁽¹⁴⁾ afirmam que a inovação não se restringe apenas a produtos fabricados ou a produção industrial. Podem-se citar inovações em serviços, no setor público e privado, a exemplo de negócios baseados na internet, que mudaram a forma de vender produtos pelo uso da inovação tecnológica introduzida pela Internet. Esses autores registram a existência de 2 tipos de inovação: a radical e a incremental. A primeira entendida como o desenvolvimento e introdução de novo produto, processo ou forma de organização da produção inteiramente nova. Esse tipo de inovação pode representar uma ruptura estrutural com o padrão tecnológico anterior, originando novas indústrias, setores e mercados, bem como reduzindo custos e aumentando a qualidade em produtos já existentes.

As inovações de caráter incremental referem-se à introdução de qualquer tipo de melhoria em um produto, processo ou organização da produção dentro de uma empresa, sem, necessariamente, alterar a estrutura⁽¹⁴⁾. Inúmeros são os exemplos de inovações incrementais, muitas delas imperceptíveis para o consumidor, podendo gerar crescimento da eficiência técnica, aumento da produtividade, redução de custos, aumento de qualidade e mudanças que possibilitem a ampliação das aplicações de um produto ou processo. A otimização de processos de produção, o *design* de produtos ou a diminuição na utilização de

materiais e componentes na produção de um bem podem ser considerados inovações incrementais⁽¹⁵⁾.

A Lei da inovação brasileira^(16:SP) define inovação como “introdução de novidade ou aperfeiçoamento no ambiente produtivo ou social que resulte em novos produtos, processos ou serviços”.

Na década de 80, com o processo de reestruturação produtiva em curso, assumem papel de destaque as expressões “novas tecnologias”, “*high technology* ou *hightech*”, tecnologia de ponta, inovação tecnológica, gerando debate sobre o que se entende por inovação tecnológica. Discute-se o entendimento presente no senso comum, que associa a própria expressão “tecnologia” com novas máquinas e equipamentos colocados no mercado e na produção, no entanto, a inovação tecnológica do processo de reestruturação produtiva nunca esteve associada apenas a novas máquinas, apesar de seu papel significativo na transformação do processo de produção e nas mudanças ocorridas no chão das fábricas. A inovação tecnológica “envolve um processo sociotécnico” que pode ser melhor entendido em uma perspectiva dinâmica, uma vez que qualquer tecnologia é determinada por “um número complexo de inter-relações – tanto no nível societal quanto no nível das empresas”^(17:6). As novas tecnologias compreendem as máquinas, os equipamentos, os diversos instrumentos, o modelo de organização das empresas e de organização do trabalho, incluindo inovações na gestão e nas relações de trabalho, em um contexto histórico-social. Envolve o nível da empresa, da fábrica ou de instituição do setor de serviços mas, também, a relação com o nível macrossocial e com as políticas de Estado vigentes nas diferentes sociedades históricas.

No processo de reestruturação produtiva, destacaram-se como inovação tecnológica a microeletrônica e os produtos dela decorrentes, a robótica, a automação, os novos materiais, as mudanças na organização do trabalho rompendo com o tradicional padrão taylorista-fordista, mudanças na estrutura das empresas e nas relações interempresariais. As inovações provocaram mudanças profundas nas atividades de trabalho e nas categorias socioprofissionais. Deslocaram-se competências, criando novas exigências, novos problemas de compatibilidade, de tradução técnica e jurídica, problemas institucionais e econômicos. Com essas transformações há, portanto, necessidade de conhecimentos relativos a funcionamento, a técnicas de produção, à regulação do trabalho e à formulação de normas. Tudo isso requer adaptação, engenhosidade, novos estudos e novos debates⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Inovação Tecnológica e implicações para o Setor Saúde

A saúde constitui-se um bem ou valor que ocupa o topo da pirâmide de prioridades das pessoas. É comum ouvir-se a expressão popular de que “tendo saúde, todo o resto da vida dá-se um jeito”. Portanto, na sociedade atual, com o acelerado desenvolvimento científico e tecnológico (tecnociência) e um verdadeiro frenesi pelo novo (inovação) seria de se esperar que o setor saúde estivesse fortemente impactado por esse processo. Em especial, por tratar de corpos biológicos marcados pela finitude, de seres humanos que se relacionam entre si e com a natureza. Alimenta-se o sonho ou desejo de prolongamento da vida ao máximo, de cura de doenças e incapacidades, de procedimentos estéticos determinados mais pela cultura do que por condições funcionais. Por outro lado, o mundo contemporâneo e globalizado também traz, permanentemente, novas ameaças, riscos e sinais de vulnerabilidade como, por exemplo, as pandemias.

Os investimentos em avanços e novas descobertas tecnocientíficas na área da saúde são enormes e crescentes. Novos medicamentos e vacinas, próteses, órteses, exoesqueletos, máquinas e equipamentos para diagnóstico e intervenção, robôs cirúrgicos, informação e comunicação instantânea, prontuário eletrônico único nacional e integrado para acesso internacional, implantes, transplantes e mesmo a produção artificial de células humanas são exemplos de campos de investimento e trabalho de milhares de técnicos e cientistas.

As tecnologias de atenção à saúde incluem medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, educacionais e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. As tecnologias em saúde podem ser estudadas em uma perspectiva histórica identificando os conhecimentos, explicações e técnicas utilizadas nos diversos momentos históricos, desde os primórdios da humanidade até a atualidade. Inclui a explicação das doenças associadas a causas sobrenaturais e a consequente tecnologia de atenção, a visão de doença como desequilíbrio de funcionamento e de humores do corpo aliada a influências das condições climáticas e atmosféricas, com ênfase na capacidade curativa da natureza, associada à alimentação⁽⁹⁾, até a ideia de doença como disfunção de uma parte, órgão ou sistema do corpo, de origem mono ou multicausal, derivando em um olhar para o indivíduo –para a parte afetada de seu corpo –, para o diagnóstico e o tratamento do “mal”, utilizando o hospital como espaço assistencial privilegiado. O hospital e as clínicas são o cenário dos grandes avanços da ciência normal da modernidade, onde são

utilizadas técnicas e tecnologias cada vez mais sofisticadas tanto no diagnóstico quanto no tratamento das enfermidades. Na atualidade, incluindo os conhecimentos sobre clínica e epidemiologia, sobre saúde mental, sobre a dimensão cultural do processo saúde-doença e os modelos de organização e gestão do trabalho, percebe-se, com facilidade, a influência da inovação tecnológica no setor saúde, seja com novas máquinas e materiais, seja gerando novas técnicas assistenciais.

O setor saúde, fortemente influenciado pelo paradigma da ciência positiva, tem sido sensível à utilização das inovações tecnológicas do tipo material – terapêuticas, diagnósticas e de manutenção da vida utilizando os conhecimentos e produtos da informática, novos equipamentos, novos materiais, novas máquinas para suporte de vida, para cirurgias e para diagnóstico⁽³⁾ –, mas tem sido menos agressivo na utilização de inovações do tipo não material, em especial das inovações no campo da organização e relações de trabalho.

A industrialização trouxe como bagagem a modernização, o avanço tecnológico e a valorização da ciência. Os avanços tecnológicos também ocorreram na área da saúde, com a introdução da informática e do aparecimento de aparelhos modernos e sofisticados que trouxeram benefícios e rapidez no diagnóstico e tratamento das doenças. Essa tecnologia moderna, criada pelo homem a serviço do homem, tem contribuído em larga escala para a solução de problemas antes insolúveis e que pode reverter em melhores condições de vida e saúde às pessoas⁽¹⁰⁾.

O Brasil é altamente dependente dos demais países na área de tecnologias em saúde e isso tem sido motivo de preocupação, levando à formulação e implementação de uma estratégica Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde.

PARA FINALIZAR...

Para finalizar essa reflexão, destacam-se aspectos filosóficos e sociológicos a fim de contribuir para uma visão crítica sobre a temática da tecnociência. Para tanto, consideramos apropriado articular a visão das tecnologias em suas beneficências e maleficências, retomando ao que foi abordado na introdução.

É vivenciada, neste início de século XXI, uma supremacia da economia e da tecnologia sem precedentes na trajetória humana. A economia sobrepujou a política, a religião e mesmo o direito. A tecnologia, mais do que um meio, tornou-se um fim em si mesma. Há uma autonomização da tecnologia, os seres humanos perderam o governo da técnica e tornaram-se altamente dependentes da tecnologia.

Desenvolveu-se uma cultura de que o que dá satisfação, segurança, dignidade e qualidade à vida é o acesso às tecnologias modernas e ao “novo” (inovação) de cada dia, desde um medicamento recém-lançado até o automóvel do ano ou o último tipo de televisão em 3 dimensões. Na verdade, acesso com uma desigualdade brutal.

Os benefícios proporcionados pelo desenvolvimento tecnológico são muitos, e, sobre isso, parece que a ampla maioria das pessoas está de acordo. Os humanos tornaram-se a espécie dominante no planeta pela sua capacidade técnica. E, como já dito, o estágio da técnica/tecnologia condiciona a existência humana nos seus diversos momentos, inclusive, na dimensão da subjetividade, e, com o capitalismo, a técnica/tecnologia desloca-se do seu valor de uso e torna-se mercadoria, ganha identidade própria, desvincula-se do seu fim imediato e de determinado ou específico contexto sociocultural.

Para Ortega y Gasset, o homem é ao mesmo tempo natural e extranatural. Seu verdadeiro ser é extranatural, e a vida é uma espécie de projeto ou programa de existência que precisa se realizar permanentemente. O ser humano é um ente cujo ser consiste não no que já é, mas no que ainda não é, diferentemente dos demais seres ou coisas. O homem é uma pretensão de ser isto ou aquilo. Existir é ter que realizar a pretensão que somos numa determinada circunstância, e não nos é dada a chance de escolher de antemão o mundo ou circunstância em que temos de viver. Os antigos dividiam a vida em duas zonas: o ócio (*otium*), que significava ocupar-se em ser o humano do homem, interpretado como mando, organização, trato social, ciências e artes; e o negócio (*nec-otium*), que era o esforço que os seres humanos tinham de fazer para atender às necessidades elementares e que tornava possível o ócio⁽²⁾.

Bunge lembra a transformação do desejo de uma vida humana menos penosa e mais rica, resultado de uma cultura que visa, exclusivamente, ao lazer no consumo de cada vez mais produtos tecnológicos. A vida dentro do paradigma da tecnologia se torna sem rumo e, no entanto, impositiva e frívola⁽⁴⁾.

A exacerbação da dimensão do *nec-otium*, tendo a técnica/tecnologia como carro chefe, tem trazido ao ser humano de hoje a sensação de não saber o que ser, falta de argumento para sua própria vida? É uma questão a ser refletida.

Existe razoável consenso de que as tecnologias nem sempre resultam em benefícios e não são neutras. Há maleficências diversas e complexas como o seu uso para as guerras, a destruição humana e a degradação da natureza. Vimos também que o império da tecnologia traz aspectos de vazio existencial e novos questionamentos sobre o

sentido da vida humana. Há um sentimento de “terceirização” da vida e certa perda do que Ortega y Gasset⁽²⁾ chama de o humano do homem. A radicalização da racionalidade instrumental (tecnologia) favorece o enfraquecimento ou desaparecimento dos fins, encetando, por outro lado, uma necessidade de reencantamento do mundo, retornar o sentido do sagrado, explorar o potencial da subjetividade.

Na saúde, a grande preocupação é com os efeitos colaterais de medicamentos e das interações medicamentosas, riscos diversos na aplicação de tecnologias e efeitos não previstos que podem ampliar a iatrogênese. Há, também, os problemas éticos envolvidos na aplicação de tecnologias para o prolongamento da vida, o surgimento de bactérias altamente resistentes pelo uso indiscriminado de antibióticos. Além disso, é relevante considerar o aspecto da injustiça pela desigualdade de acesso às tecnologias e inovações, aprofundando as iniquidades, já presentes em virtude dos determinantes sociais do processo de saúde e doença.

Faz-se necessário desenvolver, fortalecer, aplicar e exigir que as tecnologias e inovações tecnológicas sejam submetidas permanentemente a critérios éticos para evitar e/ou minimizar as maleficências destas. É premente aprofundar a reflexão no campo da bioética e aperfeiçoar a aplicação de códigos de ética profissionais e de campos específicos como a ética nos negócios e a ética ambiental.

Finalmente, considera-se que as ciências, tecnologias, novas tecnologias e inovações tecnológicas devam ser conduzidas a priorizar a solução dos graves problemas estruturais e globais da humanidade, num compromisso efetivo de contribuir, de forma significativa, para uma sociedade mais digna, justa, solidária e sustentável.

REFERÊNCIAS

1. Abbagnano N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Mestre Jou; 1992.
2. Ortega y Gasset W. Meditação da técnica. Rio de Janeiro: Livro Ibero-Americano; 1963.
3. Muraro RM. Os avanços tecnológicos e o futuro da humanidade: querendo ser Deus? Petrópolis: Vozes; 2009.
4. Cupani A. A tecnologia como problema filosófico: três enfoques. *Scientiae Zudia* 2004;2(4):493-18.

5. Martins JJ, Nascimento ERP. A Tecnologia e a Organização do Trabalho da Enfermagem em UTI. *Arq Catarin Med* 2005;34(4):23-7.
6. Silva DC, Alvim NAT, Figueiredo PA. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008;12(2):291-8.
7. Merhy EE. Saúde e cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
8. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Brasco; 1994.
9. Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm* 2006;8(3):422-30.
10. Paim JS. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 519-30.
11. Abercrombie N, Hill S, Truner B. *The Penguin Dictionary of Sociology*. England: Penguin Books; 2000.
12. *Tecnologia Social na Fundação Banco do Brasil: Soluções para o Desenvolvimento Sustentável*. Brasília: Fundação do Banco do Brasil; 2009.
13. Caldas RA. A construção de um modelo de arcabouço legal para ciência, tecnologia e inovação. *Parcerias Estratégicas* 2001;11(6):5-27.
14. Tidd J, Bessant J, Pavitt K. *Gestão da Inovação*. São Paulo: Bookmann; 2008.
15. Lemos C. Inovação na era do conhecimento. In: Lastres MMH, Albagli S, organizadores. *Informação e globalização na era do conhecimento*. Rio de Janeiro: Campos; 1999.
16. Brasil. Lei nº 10.973. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras

providências. Brasília, DF: Congresso nacional; 2004.

17. Blank VLG. Occupational injuries and technological development – studies in the Swedish mining industry [dissertation]. Karolinska Institut: Sweden; 1997.

18. Outhwaite W, Bottomore T. Dicionário do Pensamento Social do Século XX. Rio de Janeiro: Copyright; 1996.

19. Schawartz Y, Durrive L. Trabalho e Ergologia – conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF; 2007.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção básica é considerada parte importante do sistema de saúde e é nesta que se pode resolver a grande maioria dos problemas de saúde. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e coletividades com o sistema público de saúde (BRASIL, 2001a; BRASIL, 1996; HELMAN, 2003). A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a Conferência de Alma-Ata de 1978, define os Cuidados Primários de Saúde como atividades assistenciais baseadas em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal dos indivíduos, famílias e coletividades, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter. Estes refletem as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades (BRASIL, 2001a). De outro lado, trabalhar no campo da saúde tem implicações na vida e no processo saúde-doença dos profissionais, o que já foi reconhecido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pelo governo brasileiro, especialmente na Norma Regulamentadora nº 32 que trata dos problemas de saúde vivenciados por quem presta cuidados nesse campo. Nesse contexto, cabe questionar a relação do trabalho na atenção básica, em dois modelos assistenciais, nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a pesquisa teve por objetivo analisar a influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica, a ESF e o modelo tradicional, nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipes.

A Região Sudoeste do Paraná mostrou-se propícia para o estudo da temática, tendo em vista a coexistência clara dos dois modelos assistenciais, os quais, por vezes, ocupam o mesmo espaço físico. Entre os 15 municípios que compõe a 7ª RS, foram identificadas, no período estudado, 53 equipes de ESF implantadas e 47 equipes de ABT em funcionamento; destes, 3 municípios (20% da amostra) possuem somente ESF e nenhum somente ABT. Ressalta-se que há previsão de duplicação do número de equipes de ESF na região e que os incentivos financeiros para implantação desse modelo são superiores aos destinados à implantação de novas unidades de ABT. Esses fatos apontam para a tendência gradativa de substituição das unidades de ABT por unidades de ESF na região.

Quanto ao perfil dos sujeitos que participaram da pesquisa, identificou-se um grupo jovem de trabalhadores na ESF, com pouco

tempo de experiência na profissão e nesse modelo assistencial. Já entre os profissionais da ABT, tem-se um grupo com tempo de experiência profissional elevado. O tempo de experiência de vida e profissional tem sido referenciando (TRINDADE; LAUTERT; BECK, 2009; TRINDADE, 2010) como protetor dos trabalhadores, facilitando o enfrentamento das dificuldades da realidade laboral, tendo em vista que as vivências permitem compreender melhor os problemas, bem como construir estratégias mais eficazes para resolvê-los. Contudo, o estudo não permite maiores aprofundamentos sobre esse aspecto.

Evidenciou-se, ao buscar conhecer as implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde, que a assistência prestada em ambos os modelos assistenciais – na ABT e na ESF, uma considerada tecnologia tradicional e a outra inovação tecnológica, respectivamente – origina diferentes demandas com consequentes implicações na saúde dos profissionais que nelas trabalham, podem trazer aumento e/ou diminuição das cargas de trabalho das equipes.

A pesquisa possibilita mostrar que, tanto no modelo assistencial da ESF, entendido como uma inovação tecnológica de organização e gestão do trabalho em saúde, quanto no modelo tradicional de atenção à saúde, utilizado na atenção básica, identificam-se aspectos/características que aumentam e outros que diminuem as cargas de trabalho dos profissionais, o que sinaliza para a complexidade da relação entre cargas, o contexto no qual o trabalho se realiza e as expectativas dos sujeitos, confirmando a tese defendida.

Na ESF, houve predomínio de fontes de aumento das cargas de trabalho decorrentes das dificuldades de efetiva implantação desse modelo assistencial, principalmente pelo distanciamento entre o prescrito no modelo e o realizado. Entre os aspectos que explicam a mencionada lacuna, encontraram-se a falta de perfil e preparo das equipes para atuação no novo modelo, a falta de domínio dessa tecnologia por profissionais, usuários e gestores, assim como a falta de estrutura física, de instrumentos e de condições de trabalho adequadas. Contudo, a identificação com a proposta da ESF e a crença de que ela pode propiciar melhores resultados assistenciais e maior satisfação dos usuários mostraram-se como principais geradores de satisfação, contribuindo para a redução das cargas de trabalho. Nesse sentido, destacaram-se a proximidade com a realidade das famílias, a presença dos ACS nas equipes e a maior autonomia na organização do trabalho.

Já na ABT, o aumento das cargas ocorre justamente em decorrência das próprias características do modelo assistencial norteado pela biomedicina, ou seja, em decorrência da ausência e/ou dificuldades

de trabalhar em equipe e das dificuldades de manejo com a demanda sempre crescente. Outro motivo de aumento das cargas de trabalho foi o risco pelo excesso de procedimentos, que interfere nas cargas biológicas. As principais fontes de redução das cargas de trabalho na ABT foram a rotatividade dos profissionais entre os setores e as atividades e a jornada de 30 horas semanais.

O excesso de demanda destacou-se como principal fonte de aumento das cargas de trabalho nos dois modelos assistenciais. Em ambos, identificaram-se o foco excessivo na consulta médica, a baixa resolutividade dos serviços prestados, a forte influência político-partidária na gestão dos serviços, a falta de recursos para assistência e de incentivos e investimentos na qualificação dos profissionais, as falhas no serviço de referência, assim como a ausência da contrarreferência. Nos dois modelos assistenciais, os profissionais se depararam com problemas no relacionamento interpessoal internamente à equipe e com os usuários e familiares. O salário foi identificado pela quase totalidade dos participantes do estudo como uma das principais fontes de aumento das cargas de trabalho, somado à falta de reconhecimento do trabalho na atenção básica e da ausência de apropriados planos de carreira.

Entre os aspectos que reduzem as cargas de trabalho na ESF e ABT, destacaram-se: a afinidade dos sujeitos com o modelo assistencial; o trabalho em equipe; o atendimento agendado; e a crença de que o acolhimento, se implantado adequadamente, contribuiria para maior satisfação dos profissionais e usuários.

A escolha da abordagem teórico-metodológica, fundamentada no Materialismo Histórico Dialético, apontou para o uso de uma pesquisa de tipo qualitativo, com vistas a propiciar um aprofundamento do entendimento das realidades concretas analisadas e, ao mesmo tempo, considerar o microcenário como historicamente determinado e parte constitutiva da totalidade do macrossistema de saúde brasileiro, influenciado pelas políticas de saúde em debate no mundo.

Destaca-se, ainda, que anteriormente à pesquisa de campo, foram realizadas duas revisões integrativas sobre reestruturação produtiva e cargas de trabalho e uma reflexão teórica sobre tecnologia e inovação tecnológica e, em todos os manuscritos, foi destacada a relação com o setor saúde. Esses estudos permitiram melhor aprofundamento dos temas que deram suporte ao estudo.

A revisão sobre reestruturação produtiva permitiu identificar que esta é fortemente marcada pela inovação tecnológica de maquinaria e de organização do trabalho. No setor saúde, os estudos que tratam da reestruturação produtiva têm abordado, prioritariamente, os aspectos

negativos sobre a força de trabalho. A reestruturação produtiva se destaca como um conjunto de mudanças as quais vêm ocorrendo em todo mundo e que requer da sociedade melhor preparo para enfrentar as intensas transformações provenientes do modelo capitalista de produção. Desse modo, nesse manuscrito, emerge a importância de pesquisas sobre os impactos e as estratégias possíveis para melhor fazer frente à reestruturação produtiva no contexto atual e nos diferentes cenários do trabalho.

O manuscrito, no qual se buscou suporte teórico para melhor entendimento do conceito de cargas de trabalho, permitiu conhecer a diversidade de áreas do conhecimento que estudam a temática. A exploração do material bibliográfico orientou a escolha do referencial teórico adotado por Laurell e Noriega (1989) para a condução desse estudo, tendo em vista que esse se volta para os aspectos qualitativos da relação indivíduo e trabalho, valorizando a singularidade do sujeito e sua relação com as fontes de satisfação e desgaste.

Já o último estudo bibliográfico permitiu refletir sobre aspectos conceituais dos termos tecnologia e inovação tecnológica, destacando suas implicações para o setor saúde. Evidenciou-se que esse setor tem sido bastante sensível à utilização das inovações tecnológicas do tipo material e menos agressivo na utilização de inovações do tipo não material, em especial no campo da organização e das relações de trabalho. No caso brasileiro, destaca-se a ESF como uma inovação tecnológica estruturante da atenção básica.

De maneira geral, o estudo de campo associado ao resgate teórico permitiu identificar as principais diferenças entre essas duas tecnologias utilizadas na atenção básica e suas relações com as cargas de trabalho, bem como conhecer o contexto histórico e social em que se inserem.

Retomando os modelos assistenciais estudados, na pesquisa, constatou-se a ênfase da ESF no trabalho em equipe multiprofissional e da ABT no trabalho por especialidades. Contudo, nos dois modelos assistenciais, há a marcante presença do foco na assistência médica. A proximidade com os usuários e famílias, por meio do trabalho no domicílio e em uma área adscrita, também se mostra como uma contraposição da inovação ao modelo tradicional. No modelo tradicional, a ênfase se volta para o indivíduo, assistido, prioritariamente, no espaço físico da unidade de saúde e com foco nos aspectos biológicos e patológicos.

Ressalta-se que, apesar das diferenças, os dois modelos assistenciais deveriam seguir as diretrizes e normas do SUS, como a busca pela integralidade da assistência prestada. O estudo revelou

fragilidades importantes na atenção básica em sua totalidade, pois as falhas no funcionamento dos diferentes serviços da rede assistencial em saúde colocam em risco esse princípio.

Na atualidade, a ESF e a ABT representam as principais portas de entrada dos indivíduos no sistema de saúde, no cenário pesquisado. Desse modo, devem, igualmente, estabelecer vínculos de corresponsabilidade com a população. Nesse contexto, evidenciou-se o acolhimento como uma ferramenta primordial no trabalho, a fim de se alcançar maior resolutividade na assistência, todavia, no entendimento dos sujeitos da pesquisa, são múltiplas as dificuldades para sua efetivação.

A configuração das equipes também revela aspectos interessantes, a ESF possui uma equipe mínima, que tem mostrado dificuldades para atender às necessidades de saúde da população, sendo necessário repensar esse modelo quanto a esse aspecto, ou ao menos criar mecanismos de suporte para essas equipes, como grupos de trabalhadores e ou serviços de apoio, ou, ainda, ampliação da equipe mínima. Observou-se, também, que as equipes tradicionais carecem de um novo ator, mesmo se configurando em um modelo tradicional, a inclusão do ACS nessas equipes poderia ajudar na aproximação das equipes com a realidade das famílias. Acredita-se que seja possível repensar esse modelo assistencial, e isso significa efetivar a implantação dos princípios do SUS/ESF.

Ficou muito evidente, na pesquisa realizada, que os investimentos econômicos da União para implantação de novas ESF e de equipes de ABT não são acompanhados de incentivos para a qualificação do trabalho das equipes. Os achados sugerem que os representantes municipais têm interesse nesse modelo assistencial pelos recursos financeiros recebidos e que a maioria dos gestores desconhece os múltiplos desafios para a consolidação da ESF e manutenção das equipes tradicionais. Infere-se que, em razão de se ter selecionado equipes referenciadas como de boa qualidade, os problemas devem ser ainda maiores no macrocenário da atenção básica na região pesquisada e, provavelmente, em grande parte do país.

Além disso, sentiu-se, ao longo da investigação, a marcante ausência de instrumentos fiscalizadores, norteadores e avaliadores da assistência prestada nos dois modelos assistenciais, os quais poderiam, além de amenizar e/ou eliminar as cargas de trabalho dos profissionais que protagonizam esses serviços, auxiliar na correção dos problemas e na maior qualificação da assistência prestada.

Em face do exposto, considera-se importante trazer neste estudo algumas sugestões para a resolução e enfrentamento dos problemas

encontrados. Enfatiza-se a urgência de mais investigações que contribuam com os indicadores necessários para melhorar a assistência na atenção básica e que auxiliem na construção de instrumentos de avaliação e acompanhamento das equipes, em especial das ESF.

Entende-se que os achados apontam para a necessidade imediata de investimentos na qualificação das equipes e dos gestores, bem como para o fortalecimento dos mecanismos de controle social, a fim de que os conselhos municipais e estaduais de saúde compreendam os princípios do SUS e da ESF e sejam defensores e fiscalizadores de sua implantação.

Percebe-se que é imperativo regulamentar melhor a gestão, com portarias e decretos mais rigorosos no que se refere à postura e atuação dos gestores municipais e estaduais, principalmente no que diz respeito à continuidade de ações em andamento, fortalecimento do trabalho das equipes e compromisso com os princípios de cada modelo assistencial. O resgate de estratégias políticas já existentes e a fiscalização do poder judiciário e legislativo também são necessários em muitas situações.

Da mesma forma, é preciso investir em melhores salários, na qualificação do vínculo empregatício e dos planos de cargos e salários, pois estes são aspectos primordiais para amenizar as cargas de trabalho, elevar a satisfação dos profissionais de saúde e seu comprometimento com o serviço. Nesse sentido, comprovou-se a importância do fortalecimento dos sindicatos e de outros órgãos/entidades representantes dos trabalhadores. Ressalta-se, ainda, a importância da aprovação das 30 horas para enfermagem e o estabelecimento desta para a equipe de saúde, com vistas à redução do desgaste e melhoria na qualidade da Assistência prestada.

Paralelamente, resgata-se o que, de longa data, tem sido apontada em outras pesquisas, a necessidade de mudanças na formação dos profissionais com maior fortalecimento do conhecimento clínico, gerencial, político e, acima de tudo, sobre o uso de ferramentas que qualificam a assistência como acolhimento, assistência humanizada, equânime e integral. É preciso fortalecer o trabalho coletivo, multiprofissional, na perspectiva interdisciplinar, e intersetorial, visando auxiliar e corrigir os problemas na rede assistencial e amenizar a insatisfação dos profissionais.

Lembra-se que o excesso de cargas de trabalho na atenção básica tem impacto não somente na saúde dos trabalhadores, mas também na qualidade da assistência prestada, uma vez que impede avanços e a qualificação dos serviços prestados à população no âmbito público.

A vigilância das condições do ambiente de trabalho também são primordiais para um acompanhamento mais rigoroso das cargas de

trabalho. A criação de um setor de vigilância específica dos agravos presentes no trabalho em saúde e na atenção básica emana como estratégia possível e que permitirá maior acompanhamento dos riscos presentes no trabalho nessa área. O grupo de trabalho também necessita de momentos e espaços para voltar-se especificamente para a sua saúde, com formulação de estratégias individuais e coletivas de proteção e promoção de saúde e da qualidade de vida.

Cada aspecto que eleva as cargas de trabalho necessita ser repensado e precisam ser formuladas estratégias de enfrentamento, bem como é preciso fortalecer aquelas que amenizam as cargas de trabalho e trazem satisfação ao grupo de trabalho.

Por fim, identifica-se a necessidade de maior consciência de todos os setores da sociedade quanto aos múltiplos problemas que acometem a atenção básica, os quais repercutem no desgaste dos profissionais e na qualidade da assistência, o que requer o envolvimento urgente de todos para construção do SUS que se preconiza e se sonha.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, A. L. et al. As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 85-93, 2011.

ALMEIDA, M. C. P. de. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 1984. 327 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1984.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 783-836.

ARAÚJO, M. R.; ASSUNÇÃO, R. S. The practice of the community health agency in health promotion and disease prevention. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília: Aben, v. 57, p. 19-25, 2004.

ARGENTA, M. I. **Compreender o processo de trabalho da enfermagem: uma necessidade para a profissão**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2000.

ATLAS.ti - **The Qualitative Data Analysis Software**. 2008. Disponível em: <<http://www.atlasti.com>>. Acesso em: 30 jul. 2008.

AZAMBUJA, Eliana Pinho. **É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?** Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho. 2007. 276 f. Tese (Doutorado e Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BECK, C. L. C. **O sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem**. 2001. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina,

Florianópolis, 2001.

BELTRÁN, C. A. et al. Factores psicosociales y Síndrome de Burnout en médicos de familia. **Anales de la Facultad de Medicina**, Lima, n. 3, p. 225-235, 2005.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BESEN, C. B. et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68. 2007.

BIANCHI, E. R. **Estresse em enfermagem**: análise da atuação do enfermeiro em centro cirúrgico. 1990. 186 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

BIREME. OPAS. OMS (Brasil). Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. **Guia 2001 para o desenvolvimento da Biblioteca Virtual em Saúde**. São Paulo:

BIREME. OPAS. OMS, 2001 Disponível em:

<<http://bvsmodelo.bvsalud.org/download/bvs/BVS-Guia2001-pt.pdf>>.

Acesso em: 25 jun. 2010.

BIREME. OPAS. OMS (Brasil). Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**.

São Paulo: BIREME. OPAS. OMS, 2010. Disponível em:

<<http://bvsmodelo.bvsalud.org/download/bvs/BVS-1-pt.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

BLANK, V. L. G. **Occupational injuries and technological development** – studies in the Swedish mining industry. 1997. Ph.D. Dissertation. Karolinska Institut, Department of Public Health Sciences, Division of Social Medicine, Sundbyberg, Sweden, 1997.

BORGES, L. de O.; TAMAYO, A.; ALVES FILHO, A. Significado do trabalho entre trabalhadores de saúde. In: BORGES, L. de O. (Org.). **Os trabalhadores de saúde e seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 143-198.

BOWLING, A. **Research Methods in Health Investigating health**

and health services. 2. ed. London: Open University Press, 2003.

BRASIL. Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, USSR, 6-12 de setembro de 1978. In: Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde; 2001. p. 15.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. n° 5. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Conselho nacional de saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria 2.048, de 03 de setembro de 2009. **Regulamento do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. 2011a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 30 de jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Lei n° 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde**: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 104**, de 25 de janeiro de 2011. Discorre sobre o Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Legislação em saúde**: caderno de legislação em saúde do trabalhador. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Portaria nº 3.066**. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a estratégia de Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados 1998-2005/2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília: Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS, Ministério da Saúde, 1993.

CAIRE, G. Normalisation des emplois atypiques. In: INSTITUT DE RECHERCHE SUR LES SOCIÉTÉS CONTEMPORAINES. **Précarisation Sociale, Travail et Santé**. Paris: Iresco, 1997. p. 239-252.

CÂMARA, V. M.; GALVÃO, L. A. C. A patologia do trabalho numa perspectiva ambiental. In: MENDES, R. (Org.). **A patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1995. p. 75-85.

CAMARGO JR., K. R. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 58-68, 2008.

CAMELO, S.; ANGERAMI, E. Riscos Psicossociais relacionados ao estresse no trabalho das equipes de saúde da família. In: COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACION EM ENFERMERIA, 10., 27-30 nov 2006, Buenos Aires. **En salud el cuidado enfermero marca la diferencia**. Buenos Aires: Encuentro Grupo Editor, 2006. p. 56-57.

CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 386-396.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CECCIM, R. B. Diversidade e adversidade na prática da atenção à saúde. **Saúde**: Revista do NIPESC, Porto Alegre, v. 3/4, n. 3/4, p. 59-77, 1998/1999.

CODO, W.; GAZZOTTI, A. A. Trabalho e afetividade. In: CODO, W. (Coord.). **Educação**: carinho e trabalho. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 48-59.

CONNILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 7-16, 2008.

_____. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 191-202, 2002.

COSTA DIAS, E. et al. Saúde ambiental e saúde do trabalhador na atenção primária à saúde, no SUS: oportunidades e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-12, 2009.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-51.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos Focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5- 25, 1999.

DAVID, H. M. S. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206-214, 2009.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

_____. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006.

DESLANDES, S. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-184.

DIAS, E. C. A. Organização da atenção à Saúde do Trabalhador. In: FERREIRA FILHO, M. (Org.). **Saúde no Trabalho**, Brasília, DF: Ministério do Trabalho, 2000.

DONNANGELO, M. C. F. Saúde e sociedade. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979, p. 1-94.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

ENGELS, F. A Situação da classe trabalhadora na Inglaterra. 2ª ed. São Paulo: Global, 1985.

ESTEVES, Egeu Ggomes. Emprego versus trabalho associado: despotismo e política na atividade humana de trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo: USP, v. 5, 51-6, 2002.

FACCHINI, L, A. **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

FELLI, V. E. A. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: estudo da relação trabalho de enfermagem e a saúde do trabalhador. 1996. 192 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

FERREIRA JÚNIOR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

FERTONANI, H. **O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde**: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá PR. 2003. 160 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Enfermagem, 2004.

FORTUNA, C. M. et al. O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 581-588, 2011.

FOUCAULT, M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. **Educación Médica y Salud**, Ginebra, v. 72, n. 1, p. 20-35, 1978.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**: um olhar a partir do Cartão Nacional de Saúde. 2003. 240 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2003.

_____. BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. **Cadernos de Saúde Pública**, Minas Gerais, n. 15, p. 345-53, 1999.

_____. DRUCK, G. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 61-72, 1998.

_____. MERHY, E. E. **PSF**: contradições de um programa destinado às mudanças do modelo assistencial. Campinas: Unicamp, 1999, 32 p.

FREITAS, C. M.; PORTO, M. F. S. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing. **Revista Nursing Health**, New York, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987

GELBCKE, F. L. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 1, 2002, p. 66-85, 2002.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.490-498, 2005.

GOMEZ, C. M.; THENDIM-COSTA, S. M. da F. **Novas tecnologias e saúde do trabalhador**: a mecanização do corte da cana-de-açúcar. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 411-421, 1999.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 1992. 53 p.

GONZALES, R. M. B. **Sufrimento na práxis da enfermagem: real ou deslocado em seu sentido?** 2001. 196 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

GUIDO, L. **Stress e Coping entre enfermeiros do Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica.** 2003. 181 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HELMAN, Cecil B. **Cultura, saúde e doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica.** Brasília: INEP, 2009. Disponíveis em: <<http://portaldeb.inep.gov.br/>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Os trabalhadores assistidos no Pronto Atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria: os acidentes de trabalho e suas implicações pessoais e trabalhadores. **Relatório de Pesquisa.** Centro de Ciências da Saúde, Hospital Universitário de Santa Maria: FAPERGS, dez. 2001. 62 p.

LACAZ, F.A.C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

_____. **Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical.** 1996. Tese (Doutorado em Ciências Médicas)– Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 7-19, 1997.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. **Revista da Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 682-688, 2009.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo:

Global, 1983. p. 133-158.

_____. NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. 276 f. Tese (Doutorado em Psicologia)–Faculdade de Psicologia, Universidade Pontifícia de Salamanca, Salamanca (Espanha), 1995.

LEITE, M, de P. **O futuro do trabalho: novas tecnologias e subjetividade operária**. São Paulo: Página Aberta, 1994.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 3-8, 1996.

MACHADO, M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Relatório final.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999.

MARINHO DE SOUZA, M. F.; KALIGHMAN, A. O. Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994, p. 467-476.

MARTHA, D.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 3: Mixed and multiple methods. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, p. 1046-1049, 2007.

MARZIALE, M. H. P. et al . The roles and functions of occupational health nurses in Brazil and in the United States. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, p. 182-191, 2010.

MARX, K. Propriedade privada e trabalho (3º Manuscrito). In: **Os pensadores: Marx**. pp. 93-107, São Paulo: Abril Cultural, 1974.

MASLACH, C.; JACKSON, S. The measurement of experienced

Burnout. **Journal of Occupational Behavior**, New Jersey, n. 2, p. 99-113, 1981.

MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. 2006. 355 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2006.

MATTOSO, J. E. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Página Aberta, 1995.

MATUMOTO, S. et al. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados.

Interface: Comunicação Saúde Educacional, Botucatu, v. 8, n. 16, p. 9-24, 2005.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas**. Belo Horizonte: PUCMG: Finep, 1984.

_____. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

_____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec. 1996.

MENDES R. (Org.). **Medicina do Trabalho**: doenças profissionais. São Paulo: Sarvier, 1980.

_____. DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

_____. et al. (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

MERHY, E. E. Introdução ao debate sobre os componentes da caixa de ferramentas dos gestores em saúde. **VER SUS**. Brasil: vivências e estágios na realidade do SUS do Brasil. Ministério da Saúde. 2002a. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/versus/index.html>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. CECILIO, L. C. O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo técnico-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 83-89, 1991.

MEYER, D. E., WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (Org.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abraso, 2000.

_____. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 71-104.

MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1997, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.

ODDONE, I. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.** São Paulo: Hucitec; 1986.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OLIVEIRA, J. D. S. et al. Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 99-105, 2009.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1995, p.455 - 466.

_____. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários.

In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec ; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993, p. 187-220.

_____. **Modelos Assistenciais**: Reformulando o pensamento e incorporando a Proteção e a Promoção da Saúde. Agência Nacional de Vigilância em Saúde. 1999. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

_____. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 243-249, 1999.

_____. Vigilância da Saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 519-530.

PARANÁ. Escola de Saúde Pública do Paraná. **Polos Regionais de Educação Permanente**. 2011. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=9>>. Acesso em: 1º jun. 2011.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Curitiba: dados preliminares 2007. Disponível em: <<http://www.sesa.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=874>>. Acesso em: 30 jun. 2011.

PEREIRA, A. M. et al. (Org.). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

PIRES, D. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Ufsc, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Ed. Papa Livros, 1999. p. 23-81.

_____. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 356 f. Tese (Doutorado em Sociologia)–Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores: Annablume, 2008.

_____. Relatório de Pesquisa. **Novas Tecnologias e Trabalho em Saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

_____. et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 114-118, 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas do desenvolvimento humano do Brasil**. PNUD, 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3600&lay=pde>. Acesso em: 27 jun. 2010.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989.

RIGOTTO, R. M. **Saúde dos trabalhadores e meio ambiente em tempos de globalização e reestruturação produtiva**. 1998. 221 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)—Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

_____. ALMEIDA, V. L. Capacitando profissionais em saúde, trabalho e meio ambiente. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 163-170, 1998.

SANTANA, Vilma Sousa. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 101-111, 2006.

SANTOS, T. S. dos. Globalização e exclusão: a dialética da mundialização do capital. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 3, n. 6, p. 170-198, 2001.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, out. 2008.

SCHIMITH, M. D. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família: realidade ou desejo?** 2002, 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SCHERER, M. D. A; MARINO, R. S. A; RAMOS, F. R. S. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. **Interface: Comunicação Saúde Educacional**, Botucatu, v. 9, n.16, p. 53-66, 2005.

SCHRAIBER, L. B. Epidemiologia em Serviços: uma tecnologia de que tipo? **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF: SM/FNS/Cenepi, ano 2, n. 3, p. 5-32, 1993.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 63-74, 1995.

_____. Políticas públicas e Planejamento nas práticas de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro: Cebes, n. 47, p. 28-35, jun. 1995.

_____. (Org.). **Programação em Saúde hoje**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1990.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. São Paulo: Cortez, 1994.

SILVA, E. B. **Refazendo a fábrica fordista**. São Paulo: Hucitec, 1991.

SILVA, O. M. P. da; PANHOCA, L. A contribuição da vulnerabilidade na determinação do índice de desenvolvimento humano: estudando o estado de Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1209-1219, 2007.

SILVA JÚNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P. R. (Org.). **Curso de especialização autogestão em saúde: guia do aluno**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001. p. 81-107.

SILVA JÚNIOR, A. O. S.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORDO,

A. D. A (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPS: Fiocruz, 2007, p. 27-41.

SILVA JÚNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P. R. (Org). **Curso de especialização autogestão em saúde**: guia do aluno. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001. p. 81-107.

SOUZA, H. M. Programa de Saúde da Família: entrevista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF: Aben, v. 3, n. especial, p. 25-30, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção primária**. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura: Ministério da Saúde, 2004.

STRALEN, C.J.V. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, p. 148-158, 2008.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF: MS/FNS/Cenepi, n. 7, p. 7-28, 1998.

TRINDADE, L. L. **O estresse laboral da equipe de saúde da família**: implicações para saúde do trabalhador. 2007. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

_____. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p.473-479, 2007.

_____; LAUTERT L. Síndrome de *Burnout* entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo: USP, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010.

_____; LAUTERT, Liana; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Coping

mechanisms used by non-burned out and burned out workers in the family health strategy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 607-612, out.2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em Sistemas de Saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudanças práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 221-235.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, Washington, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (a ser aplicada aos profissionais de saúde que atuam nos dois modelos assistenciais: ESF e equipes tradicionais)

I- IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

1. Identificação/codinome:

2. Idade:

3. Sexo:

4. Profissão:

5. Escolaridade:

() Ensino Fundamental

() Curso Técnico

() Graduação

() Especialização na área de:

() Mestrado na área de:

() Doutorado na área de:

6. Tempo de experiência profissional na atenção básica tradicional ou na ESF:

7. Tipo de contrato e jornada de trabalho:

- Tipo de contrato na atenção básica:

- Jornada de trabalho na atenção básica:

- Possui outro emprego? Qual?

- Horas diárias trabalhadas no outro(s) emprego(s):

- Jornada semanal total:

II - ENTREVISTA

Pense sobre o seu trabalho cotidiano, sobre o que acontece habitualmente em um dia de trabalho para responder às questões abaixo.

1- De que maneira o trabalho na ABT ou ESF tem influenciado o

seu trabalho, aspectos positivos e/ou negativos?

- 2- **Relacione os aspectos/fatores pelos quais o trabalho nesse modelo assistencial (ABT ou modelo tradicional) tem contribuído para a realização de um trabalho mais seguro e com menos riscos à sua saúde, mais satisfatório/prazeroso.**
- 3- **Relacione os aspectos/fatores pelos quais o trabalho nesse modelo assistencial (ABT ou ABT) tem contribuído para aumentar as cargas de trabalho, tornando-o mais inseguro e com riscos à sua saúde (doença, acidente de trabalho).** Pense no ritmo de trabalho, nas atividades cotidianas (número e diversidade - dentro e fora da UBS incluindo ações curativas, preventivas e de promoção da saúde com indivíduos e grupos). Motivos de insatisfação no trabalho.
- 4- **Pense no seu trabalho diário e considere os aspectos positivos e negativos (que contribuem para diminuir ou aumentar as cargas de trabalho) relacionados a:**
 - a) **Forma como o trabalho é organizado.**
 - b) **Composição da equipe, divisão do trabalho na equipe e na sua categoria profissional. Existência ou não de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).**
 - c) **Relações de trabalho, na sua categoria profissional, com os demais profissionais de saúde, com os ACS, com os demais setores/serviços da instituição, do SUS e da comunidade (recepcionistas, acesso à média e alta complexidade, Conselho Local de Saúde), com os sujeitos que recebem assistência de saúde, com as chefias e direção da instituição.**
 - Motivos de satisfação e que contribuem para diminuir as cargas de trabalho:
 - Motivos de insatisfação e que contribuem para aumentar as cargas de trabalho:
 - d) **Relações com os usuários e familiares.**
 - Motivos de satisfação e que contribuem para diminuir as cargas de trabalho:
 - Motivos de insatisfação e que contribuem para aumentar as cargas de trabalho:
 - e) **Direitos trabalhistas dos profissionais da equipe (salário, regime de trabalho, duração da jornada de trabalho, tipo de contratação, garantia no emprego, entre outras) contribuem para:**
 - Diminuir as cargas de trabalho e aumentar a satisfação no trabalho?

- Aumentar as cargas de trabalho e a insatisfação no trabalho?

5 – Cite:

a) Três principais motivos de satisfação no trabalho, situações/características que contribuem para diminuir as cargas de trabalho.

Primeiro motivo:

Segundo motivo:

Terceiro motivo:

b) Três principais motivos de aumento das cargas de trabalho e/ou menor satisfação no trabalho.

Primeiro motivo:

Segundo motivo:

Terceiro motivo:

6- Gostaria de expressar algo mais que possa contribuir com a pesquisa?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TÍTULO DA PESQUISA: IMPLICAÇÕES DE DOIS MODELOS ASSISTENCIAIS NAS CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisadora: Doutoranda Letícia de Lima Trindade

Orientadora: Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu.....

.....informo que fui esclarecido, de forma detalhada, livre de qualquer constrangimento ou coerção sobre a pesquisa “**IMPLICAÇÕES DE DOIS MODELOS ASSISTENCIAIS NAS CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**”. Este estudo tem como objetivo geral analisar a influência de duas tecnologias do tipo não material, ou seja, duas formas de gestão/organização do trabalho, utilizadas na atenção básica, a ESF e o modelo tradicional, nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipes.

A coleta de dados será realizada por meio de análise documental, entrevista semi-estruturada e grupo focal, podendo ser requerida minha participação na entrevista e grupo focal. Os dados depois de organizados e analisados poderão ser divulgados e publicados, ficando os pesquisadores comprometidos de apresentarem o relatório final à Secretária de Saúde de Pato Branco.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos e não consiste em estudo experimental que venha a colocar em prática qualquer nova intervenção ou mudança no cenário institucional. A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Será considerado o respeito aos sujeitos e a instituição participante em todo processo investigativo. Serão respeitadas as condições de:

- Consentimento esclarecido, expresso pela assinatura do presente termo.
- Garantia de confidencialidade e proteção da imagem individual e institucional.
- Respeito a valores individuais ou institucionais manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral.
- Liberdade de recusa à participação, total ou parcial, e de restrição de acesso a documentos.
- Amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo.
- Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho, na UFSC. Somente os pesquisadores envolvidos terão acesso a eles.

Sua participação poderá contribuir para a compreensão e construção de um trabalho mais prazeroso, motivador e menos desgastante para os(as) profissionais de saúde, assim como para melhor assistência aos usuários dos serviços.

Após a sistematização do seu relato, este lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinente. Ainda, se você desejar, poderá deixar de responder às perguntas como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Desde já, agradeço a sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos quanto ao impacto das novas tecnologias nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde.

Consentimento Pós-informação

Eu,....., fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização desta, desde que respeitadas as condições acima.


_____ de _____ de 2010.
Assinatura: _____ **RG:** _____

Telefone para contato com as pesquisadoras:

Dda Letícia de Lima Trindade (0xx46) 91048165 ou (046) 32250702
 Dra Denise Elvira Pires de Pires (0xx48) 99881208 ou 048 32078220

ANEXOS

ANEXO A – Documento de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa a UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 971

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584 GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 971 **FR:** 366844

TÍTULO: Novas tecnologias e Trabalho em Saúde. Parte II. Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde

AUTOR: Denise Elvira Pires de Pires, Denise Elvira Pires de Pires, Leticia de Lima Trindade

FLORIANÓPOLIS, 25 de Outubro de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

ANEXO B – Parecer Consubstanciado

Logado como: **Pesquisador**, Olá Denise Elvira Pires de Pires! ([Alterar dados pessoais](#))

[Início](#) [Cadastrar Nova pesquisa](#) [Minhas Pesquisas](#) [Sair](#)

[IMPRIMIR PARECER](#) | [VOLTAR](#)

Parecer Consubstanciado Nº: 971/11

Data de Entrada no CEP: 01/09/2010

Título do Projeto: Novas tecnologias e Trabalho em Saúde. Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde

Pesquisador Responsável: Denise Elvira Pires de Pires

Pesquisador Principal: Denise Elvira Pires de Pires, Leticia de Lima Trindade

Propósito: Macro Projeto de Pesquisa encailhado para concorrer ao Edital CNPq, no qual faz parte uma pesquisa de doutorado.

Instituição onde se realizará: Outras

Objetivos (Preenchido pelo pesquisador)

Tem por objetivo analisar a influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica (ESF e modelo tradicional) nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipes. Como objetivos específicos: a) Caracterizar as equipes que tipificam os dois modelos assistenciais no âmbito da atenção básica (ESF e modelo tradicional) contextualizando-as no cenário institucional e histórico-social das regiões onde se desenvolvem: Sul, Centro-Oeste e Norte. b) Identificar, em que sentido, os aspectos inovadores constantes nas práticas, na composição das equipes, nas relações, na organização e gestão do trabalho da ESF tem contribuído para aumentar ou diminuir as cargas de trabalho, permitindo a realização de um trabalho com maior ou menor satisfação e/ou desgaste físico e emocional para os profissionais de saúde que compõem as equipes. c) Identificar, em que sentido, os aspectos das práticas, da composição das equipes, das relações, da organização e gestão d

Sumário do Projeto (Preenchido pelo pesquisador)

Breve introdução/Justificativa: O presente projeto intitulado "Novas Tecnologias e Trabalho em Saúde – Parte II: Inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde" dá continuidade a pesquisa "Novas Tecnologias e Trabalho em Saúde" que investigou, a partir de estudos realizados em cenários distintos (Brasil e Holanda), a influência da inovação tecnológica na saúde dos profissionais do setor. A PARTE 1 da pesquisa ainda está em andamento, foi aprovada pelo CNPq com recursos do Edital Universal (período 2007-2009) e com bolsa de Produtividade em Pesquisa para a Coordenadora do Projeto, período 2008-2011. A proposta, ora apresentada, visa continuidade da investigação e foi enviada ao CNPq solicitando renovação da Bolsa de Produtividade em Pesquisa- PQ, para a coordenadora do projeto, para o período 2011-2014. O projeto conta com o envolvimento de pesquisadores/as do grupo de Pesquisa "PRAXIS: Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem", de alunas/o de Doutorado e de uma bolsista de Bolsa

Tamanho da Amostra: (indique como foi estabelecido): A amostra será composta por 35 profissionais de saúde da atenção básica em saúde.

Participantes / Sujeitos: (quem será o objeto da pesquisa): Serão participantes do estudo enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas e auxiliares de consultório odontológico de unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde de municípios da 7ª Regional de Saúde do Paraná.

Infraestrutura, do local onde será realizada a Pesquisa: A pesquisa será realizada dentro das unidades de saúde da família e unidades da atenção básica dos profissionais de saúde, respeitando a dinâmica dos serviços de saúde e dos profissionais.

Procedimentos / intervenções: (de natureza ambiental, educacional, nutricional, farmacológica): Os

procedimentos serão exclusivamente de natureza investigatória, contando com uma entrevista semi-estruturada, análise dos documentos e grupos focais.

Parâmetros avaliados: Serão avaliados os documentos das unidades pesquisadas e falas dos participantes durante a aplicação dos instrumentos de pesquisa.

"Outcomes": O projeto resultará em conhecimentos acerca da influência de duas tecnologias do tipo não material utilizadas na atenção básica (ESF e modelo tradicional) nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipes, bem como permitirá conhecer as características das equipes que tipificam os dois modelos assistenciais no âmbito da atenção básica (ESF e modelo tradicional) contextualizando-as no cenário institucional e histórico-social das regiões onde se desenvolvem: Sul, Centro-Oeste e Norte. Ainda, os resultados abarçarão os aspectos inovadores constantes nas práticas, na composição das equipes, nas relações, na organização e gestão do trabalho da ESF que aumental e que diminuam as cargas de trabalho, permitindo a realização de um trabalho com maior ou menor satisfação e/ou desgaste físico e emocional para os profissionais de saúde que compõem as equipes.

Comente sobre os riscos para os participantes deste estudo: A pesquisa não oferece riscos aos participantes de nenhuma natureza.

Descreva como os participantes serão recrutados incluindo modos de divulgação e quem irá obter o consentimento: O projeto será apresentado para os profissionais de saúde das unidades indicadas pela Regional em estudo, na sequência os que aceitarem espontaneamente participar do estudo deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (uma via par ao participante e uma para o pesquisador). A pesquisa será divulgada na forma de relatório para a 7ª Regional de Saúde e em periódicos científicos.

Estão os participantes legalmente capacitados para assinar o consentimento? Sim

Quais os procedimentos que deverão ser seguidos pelos participantes/sujeitos se eles quiserem desistir em qualquer fase do estudo? Os participantes podem desistir do estudo em qualquer etapa da pesquisa, estão disponível no Termo de consentimento os números de telefone dos pesquisador responsável para que o participante possa, via telefone, informar sua desistência do estudo.

Último Parecer enviado

Enviado em: 24/10/2010

Comentários

Considerando documentação apresentada, o projeto está aprovado.

Parecer

Aprovado "ad referendum"

Data da Reunião

25/10/2010

Enviado em:	26/09/2010
Comentários:	O presente trabalho refere-se a uma pesquisa sobre Novas tecnologias e Trabalho em Saúde, inovações Tecnológicas Não Materiais e Cargas de Trabalho dos Profissionais de Saúde. Poderia ficar mais claro o objetivo o que seria Tecnologias Não Materiais no texto e

**ANEXO C – Documento de liberação para coleta de dados assinado
pela Regional de Saúde**



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS QUE, OBJETIVANDO ATENDER AS EXIGÊNCIAS PARA A OBTENÇÃO DE PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS, E COMO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO, TOMEI CONHECIMENTO DO PROJETO DE PESQUISA: “IMPLICAÇÕES DE DOIS MODELOS ASSISTENCIAIS NAS CARGAS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE”, E CUMPRIREI OS TERMOS DA RESOLUÇÃO CNS 196/96 E SUAS COMPLEMENTARES, E COMO ESTA INSTITUIÇÃO TEM CONDIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DESTA PROJETO, AUTORIZO A SUA EXECUÇÃO NOS TERMOS PROPOSTOS.

Pato Branco,..... /...../.....

**ASSINATURA
CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL**

ANEXO D – Documento avaliação do trabalho das equipes de ESF

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE SISTEMAS DE SAÚDE**

COORDENAÇÃO ESTADUAL PACS/ESF

**MONITORAMENTO DA IMPLANTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS
EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PARANÁ - 2008**

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE
BUCAL**

1 - Situação do roteiro de observações

- 1 - COMPLETO
- 2 - INCOMPLETO
- 3 - NÃO RESPONDIDO (*CONSIDERAR DA PARTE 2 EM DIANTE*)

2 - Classificação:

- 1 - NÃO EXISTE A EQUIPE/NÃO ESTÁ EM FUNCIONAMENTO
- 2 - MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS, SEM MOTIVO RELATADO PELO ENTREVISTADOR
- 3 - MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - ESCALA DE TRABALHO SEM CUMPRIMENTO DAS 40 HORAS SEMANAIS
- 4 - MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - TRABALHO DE CAMPO OU NA ÁREA RURAL
- 5 - MÉDICO E ENFERMEIRO NÃO ENCONTRADOS - FÉRIAS/FOLGA/FALTA/LICENÇA/TREINAMENTO
- 6 - ENTREVISTADOR NÃO FOI AO MUNICÍPIO/LOCAL DE TRABALHO DA EQUIPE
- 7 - EQUIPE SEM MÉDICO E/OU ENFERMEIRO
- 8 - PROFISSIONAIS DESPREPARADOS PARA RESPONDER O ROTEIRO DE OBSERVAÇÕES
- 9 - PREENCHIMENTO INADEQUADO PELO ENTREVISTADOR
- 10- OUTROS _____

CAMPO OBRIGATÓRIO

<p>Nome completo do Entrevistador(a):</p> <p>Principal informante (nome e categoria):</p> <p>_____</p> <p>Data da Entrevista: ____ / ____ /2008</p>
--

Parte 1 – Identificação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal

1.1 - UF:

1.2 - Município:

Nome da ESF:

Endereço da unidade de saúde:

Código da unidade de saúde (SIA/SUS):

CEP:

Fone: (46)

COMPONENTES DA ESF

Médico: _____

CRM/UF: _____

ASSINATURA _____

Enfermeiro: _____

COREN/UF: _____

ASSINATURA _____

Odontólogo: _____

CRO/UF: _____

ASSINATURA _____

THD: _____

CRO/UF: _____

ASSINATURA: _____

ACD: _____

CRO/UF: _____

ASSINATURA: _____

Parte 2 - Implantação da Equipe de Saúde da Família

2.1 - Há quanto tempo esta ESF está em funcionamento?

- 1 - 5 ANOS OU MAIS
 2 - DE 3 A 4 ANOS E 11 MESES
 3 - DE 1 A 2 ANOS E 11 MESES
 4 - ENTRE 6 MESES E 1 ANO
 5 - ENTRE 3 E 6 MESES
 6 - MENOS DE 3 MESES

2.2 - A ESF atua em zona:

- 1 - URBANA 2 - RURAL
 3 - EM AMBAS

2.3 - População acompanhada por esta ESF:

- 1 - MENOS DE 2.400 PESSOAS
 2 - DE 2.400 A 4.500 PESSOAS
 3 - MAIS DE 4.500 PESSOAS
 4 - NÃO SABE

2.4 - Existe área de abrangência definida para a equipe?

- 1 - SIM 2 - NÃO

2.5 - Existe mapa da área de abrangência da ESF na unidade de saúde? (OBSERVAR A EXISTÊNCIA)

- 1 - SIM 2 - NÃO

Parte 3 - Infra-estrutura da Unidade Básica de Saúde

3.1 - Há alguma estrutura física para a execução do trabalho da ESF? (OBSERVAR)

- 1 - SIM
 2 - NÃO

OBS: _____

3.2 - Quantas ESF existem na Unidade de Saúde citada?

3.3 - Quantificar a existência das seguintes dependências na unidade de saúde onde esta equipe atende com mais frequência:

- a) SALA DE RECEPÇÃO OU ESPERA.....
 b) CONSULTÓRIO MÉDICO.....
 c) CONSULTÓRIO DE ENFERMAGEM.....

d) SALA DE PROCEDIMENTOS
BÁSICOS.....

e) SALA EXCLUSIVA DE VACINAS COM
GELADEIRA.....

OBS: _____

Parte 6 – Recursos Humanos

6.1 - Registre a situação dos profissionais da ESF para as seguintes informações:

6.1.1 – Médico

- a) QUANTIDADE
- | | | | |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS | 4 - <input type="checkbox"/> | UM |
| 2 - <input type="checkbox"/> | NENHUM DE 30 A 60 DIAS | 5 - <input type="checkbox"/> | DOIS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS | 6 - <input type="checkbox"/> | TRÊS OU MAIS |
- b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA
- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | 20 HS |
| 2 - <input type="checkbox"/> | 30 HS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | 40 HS |
| 4 - <input type="checkbox"/> | OUTRA _____ |
- c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA
- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | 20 HS |
| 2 - <input type="checkbox"/> | 30 HS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | 40 HS |
| 4 - <input type="checkbox"/> | OUTRA _____ |
- d) VÍNCULO CONTRATUAL
- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | ESTATUTÁRIO |
| 2 - <input type="checkbox"/> | CLT |
| 3 - <input type="checkbox"/> | CONTRATO TEMPORÁRIO |
| 4 - <input type="checkbox"/> | CARGO COMISSIONADO |
| 5 - <input type="checkbox"/> | BOLSA |
| 6 - <input type="checkbox"/> | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS |
| 7 - <input type="checkbox"/> | COOPERADO |
| 8 - <input type="checkbox"/> | CONTRATO INFORMAL |
| 9 - <input type="checkbox"/> | OUTROS _____ |
| 10 - <input type="checkbox"/> | CONTRATO VERBAL |
- e) TEMPO NA EQUIPE
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | MENOS DE 1 MÊS |
| 2 - <input type="checkbox"/> | DE 1 A 3 MESES |
| 3 - <input type="checkbox"/> | DE 4 A 6 MESES |
| 4 - <input type="checkbox"/> | DE 7 MESES A 1 ANO |
| 5 - <input type="checkbox"/> | DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO |
| 6 - <input type="checkbox"/> | DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS |
| 7 - <input type="checkbox"/> | DE 2 A 3 ANOS |
| 8 - <input type="checkbox"/> | HÁ MAIS DE 3 ANOS |

6.1.2 – Enfermeiro

- a) QUANTIDADE
- | | | | |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS | 4 - <input type="checkbox"/> | UM |
| 2 - <input type="checkbox"/> | NENHUM DE 30 A 60 DIAS | 5 - <input type="checkbox"/> | DOIS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS | 6 - <input type="checkbox"/> | TRÊS OU MAIS |
- b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA
- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | 20 HS |
| 2 - <input type="checkbox"/> | 30 HS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | 40 HS |
| 4 - <input type="checkbox"/> | OUTRA _____ |
- c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA
- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | 20 HS |
| 2 - <input type="checkbox"/> | 30 HS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | 40 HS |
| 4 - <input type="checkbox"/> | OUTRA _____ |
- d) VÍNCULO CONTRATUAL
- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | ESTATUTÁRIO |
| 2 - <input type="checkbox"/> | CLT |
| 3 - <input type="checkbox"/> | CONTRATO TEMPORÁRIO |
| 4 - <input type="checkbox"/> | CARGO COMISSIONADO |
| 5 - <input type="checkbox"/> | BOLSA |
| 6 - <input type="checkbox"/> | PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS |
| 7 - <input type="checkbox"/> | COOPERADO |
| 8 - <input type="checkbox"/> | CONTRATO INFORMAL |
| 9 - <input type="checkbox"/> | OUTROS _____ |
| 10 - <input type="checkbox"/> | CONTRATO VERBAL |
- e) TEMPO NA EQUIPE
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | MENOS DE 1 MÊS |
| 2 - <input type="checkbox"/> | DE 1 A 3 MESES |
| 3 - <input type="checkbox"/> | DE 4 A 6 MESES |
| 4 - <input type="checkbox"/> | DE 7 MESES A 1 ANO |
| 5 - <input type="checkbox"/> | DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO |
| 6 - <input type="checkbox"/> | DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS |
| 7 - <input type="checkbox"/> | DE 2 A 3 ANOS |
| 8 - <input type="checkbox"/> | HÁ MAIS DE 3 ANOS |

6.1.3 – Odontólogo

- a) QUANTIDADE
- | | | | |
|------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS | 4 - <input type="checkbox"/> | UM |
| 2 - <input type="checkbox"/> | NENHUM DE 30 A 60 DIAS | 5 - <input type="checkbox"/> | DOIS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS | 6 - <input type="checkbox"/> | TRÊS OU MAIS |
- b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA
- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | 20 HS |
| 2 - <input type="checkbox"/> | 30 HS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | 40 HS |
| 4 - <input type="checkbox"/> | OUTRA _____ |
- c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA
- | | |
|------------------------------|-------------|
| 1 - <input type="checkbox"/> | 20 HS |
| 2 - <input type="checkbox"/> | 30 HS |
| 3 - <input type="checkbox"/> | 40 HS |
| 4 - <input type="checkbox"/> | OUTRA _____ |

d) VÍNCULO CONTRATUAL

- 1 - ESTATUTÁRIO
- 2 - CLT
- 3 - CONTRATO TEMPORÁRIO
- 4 - CARGO COMISSONADO
- 5 - BOLSA
- 6 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
- 7 - COOPERADO
- 8 - CONTRATO INFORMAL
- 9 - OUTROS _____
- 10 - CONTRATO VERBAL

e) TEMPO NA EQUIPE

- 1 - MENOS DE 1 MÊS
- 2 - DE 1 A 3 MESES
- 3 - DE 4 A 6 MESES
- 4 - DE 7 MESES A 1 ANO
- 5 - DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO
- 6 - DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS
- 7 - DE 2 A 3 ANOS
- 8 - HÁ MAIS DE 3 ANOS

6.1.4 – Técnico de Higiene Dental:

a) QUANTIDADE

- 1 - NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS
- 2 - NENHUM DE 30 A 60 DIAS
- 3 - NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS
- 4 - UM
- 5 - DOIS
- 6 - TRÊS OU MAIS

b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA

- 1 - 20 HS
- 2 - 30 HS
- 3 - 40 HS
- 4 - OUTRA _____

c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA

- 1 - 20 HS
- 2 - 30 HS
- 3 - 40 HS
- 4 - OUTRA _____

d) VÍNCULO CONTRATUAL

- 1 - ESTATUTÁRIO
- 2 - CLT
- 3 - CONTRATO TEMPORÁRIO
- 4 - CARGO COMISSONADO
- 5 - BOLSA
- 6 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
- 7 - COOPERADO
- 8 - CONTRATO INFORMAL
- 9 - OUTROS _____
- 10 - CONTRATO VERBAL

e) TEMPO NA EQUIPE

- 1 - MENOS DE 1 MÊS
- 2 - DE 1 A 3 MESES
- 3 - DE 4 A 6 MESES

- 4 - DE 7 MESES A 1 ANO
 5 - DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO
 6 - DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS
 7 - DE 2 A 3 ANOS
 8 - HÁ MAIS DE 3 ANOS

6.1.5 – Auxiliar de Consultório Dentário:

- a) QUANTIDADE 1 - NENHUM HÁ MENOS DE 30 DIAS
 2 - NENHUM DE 30 A 60 DIAS
 3 - NENHUM HÁ MAIS DE 60 DIAS
 4 - UM
 5 - DOIS
 6 - TRÊS OU MAIS
- b) CARGA HORÁRIA CONTRATADA
 1 - 20 HS
 2 - 30 HS
 3 - 40 HS
 4 - OUTRA _____
- c) CARGA HORÁRIA CUMPRIDA
 1 - 20 HS
 2 - 30 HS
 3 - 40 HS
 4 - OUTRA _____
- d) VÍNCULO CONTRATUAL
 1 - ESTATUTÁRIO
 2 - CLT
 3 - CONTRATO TEMPORÁRIO
 4 - CARGO COMISSIONADO
 5 - BOLSA
 6 - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
 7 - COOPERADO
 8 - CONTRATO INFORMAL
 9 - OUTROS _____
 10 - CONTRATO VERBAL
- e) TEMPO NA EQUIPE
 1 - MENOS DE 1 MÊS
 2 - DE 1 A 3 MESES
 3 - DE 4 A 6 MESES
 4 - DE 7 MESES A 1 ANO
 5 - DE 1 ANO A 1 ANO E MEIO
 6 - DE 1 ANO E MEIO A 2 ANOS
 7 - DE 2 A 3 ANOS
 8 - HÁ MAIS DE 3 ANOS