

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LARISSA FERNANDES MACHADO

**AFASTAMENTOS E ABSENTEÍSMO ENTRE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
EM HOSPITAL PRIVADO: Uma análise das ocorrências e da possível
relação com adoecimentos por atividade laboral**

VITÓRIA

2015

LARISSA FERNANDES MACHADO

**AFASTAMENTOS E ABSENTEÍSMO ENTRE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
EM HOSPITAL PRIVADO: Uma análise das ocorrências e da possível
relação com adoecimentos por atividade laboral**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Ms. Margareth Marchesi Reis.

VITÓRIA
2015

LARISSA FERNANDES MACHADO

**AFASTAMENTOS E ABSENTEÍSMO ENTRE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
EM HOSPITAL PRIVADO: Análise da incidência e da relação com
adoecimentos relacionados à atividade laboral**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em _____ de _____ de 2015, por:

Prof. Ms. Margareth Marchesi Reis - Orientadora

Prof. Ms. Thaís Caus Wanderley, FCSES

Prof. Ms. Andrea Campos Romanholi, FCSES

A minha família, que me inspirou a querer vencer na vida.
Ao Taivan Mota Coutinho por ter me dado apoio e força a todo momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as graças, bênçãos e vitórias que me proporcionou nesses anos de faculdade. Tudo que passei para chegar até aqui tenho que agradecer a muitas pessoas importantes que Deus colocou em minha vida.

Antes de mais nada tenho que agradecer e dedicar mais essa conquista a minha família, que sempre foi e sempre será minha fonte de inspiração e motivação para lutar pelo o que eu quero.

Ao Taivan da Mota Coutinho que me incentivou, apoiou e teve paciência comigo nos momentos e que eu mais precisava, te agradeço e fico muito feliz em poder dividir essa conquista com você.

Nos anos de faculdade tenho muito a agradecer a Delvira Emília Lopes Teixeira e Luiz Fernando Zippinotti, pessoas maravilhosas de um enorme coração, exemplos de humildade, generosidade e solidariedade. Muito obrigado por todas as conversas e conselhos, sempre os guardarei com muito carinho em minha memória. O que aprendi com vocês vai além da graduação, são ensinamentos que levarei por toda uma vida.

Aos meus amigos que de alguma forma contribuíram para a realização do meu TCC e além disso são pessoas que tem um grande significado em minha vida; Amanda Cei Santos Pirolla, Ana Claudia da Cruz Costa, Thaísa Bedin Carvalho e Samara Martins.

A instituição e aos sujeitos dessa pesquisa agradeço pela disponibilidade e boa vontade em participar e contribuir para o meu processo de formação.

A Margareth Marchesi Reis, professora, orientadora e profissional que tive a oportunidade de conhecer, agradeço por todo empenho, dedicação e paciência comigo.

Enfim, agradeço a todos que contribuirão de alguma forma que eu conseguisse chegar até aqui e me ajudaram a tornar uma pessoa melhor e me prepararem para o mercado de trabalho.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a ocorrência de afastamentos entre técnicos de enfermagem e sua possível relação com as atividades laborais, bem como com a organização do processo de trabalho e os programas institucionais, que versam sobre a promoção de saúde e prevenção de doenças entre os técnicos de enfermagem do setor cirúrgico de um hospital privado da Grande Vitória. Com isso, investigamos a relação entre as medidas de promoção da saúde e as situações de afastamentos, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças, na décima revisão (CID-10). Os sujeitos desse estudo foram 08 (oito) técnicos de enfermagem do centro cirúrgico e foram escolhidos segundo os critérios: estar no cargo no mínimo a 06 meses, trabalhar sob o regime de carga horária mínima de 6 horas diárias. Adotamos, também como critério os trabalhadores que apresentaram mais de três atestados ou declarações de comparecimento em unidade de saúde, de pronto atendimento ou médicos e clínicas particulares e convênios por motivo de doença do próprio trabalhador, nos últimos 6 (seis) meses. Por se tratar de uma pesquisa de caráter exploratório e uma abordagem qualitativa, os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada e o levantamento documental no dossiê do trabalhador. Os dados foram tratados através da análise de discurso à luz das teorias do Campo da Saúde do Trabalhador e da Saúde Coletiva. A partir disso, podemos constatar que os técnicos de enfermagem são expostos diariamente a um alto nível de estresse e estão propensos a desenvolverem doenças tanto psíquicas como físicas, devido as condições do ambiente e organização do trabalho. Portanto, concluímos que é importante a realização e o aprofundamento de pesquisas sobre esse tema, a fim de demonstrar e apontar dados que estão sendo gerados nessa área. Por se tratar de um campo da psicologia, que não possui muito espaço em instituições privadas, pois a inserção da psicologia no âmbito organizacional está mais voltada para os processos de Recursos Humanos, vale ressaltar o ganho que as organizações poderiam ter com um psicólogo com dedicação exclusiva ao planejamento do processo de trabalho, analisando riscos e cargas psíquicas, contribuindo de forma interdisciplinar com seu conhecimento, escuta e observação, embasada, obviamente no campo da Saúde do Trabalhador e em uma abordagem para escuta qualificada e humanizada.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Saúde Coletiva; Processo Saúde, Doença e Trabalho.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the occurrence of sick leave among nursing technicians and its relation to the work activities and the organization of work processes and the institutional programs that deal with health promotion and disease prevention among nursing technicians of the surgical department of a private hospital in Greater Victoria. Thus, we investigated the relationship between health promotion measures and situations clearances, according to the International Classification of Diseases, the tenth revision (CID-10). The subjects of this study were eight (08) nursing technicians operating room and were chosen according to the criteria: to be in office at least 06 months, work under minimum hourly charging rate of 6 hours per day. We have also adopted as a criterion workers who had more than three certificates or declarations of attendance at health unit, emergency care or medical and individuals and agreements by the worker's own illness clinics in the last six (6) months. Since this is an exploratory research and a qualitative approach, data were collected through a semi-structured interview and the documentary survey on worker's dossier. The data were analyzed through discourse analysis in the light of theories of Occupational Health of Rural and Community Health. From this, we can see that nursing technicians are exposed daily to a high level of stress and are likely to develop both mental illness and physical, because the conditions of the environment and work organization. We therefore conclude that it is important to completion and deepening of research on this topic in order to demonstrate and point data being generated in that area. Because it is a field of psychology that does not have much space in private institutions, for the psychology of integration in the organizational framework is more focused on Human Resources processes, it is noteworthy gains that organizations could have with a psychologist with dedication exclusive to the planning of the work process, analyzing risks and psychic loads, contributing in an interdisciplinary way with their knowledge, listening and observation, based of course on Occupational Health field and an approach to listening qualifies and humanized.

Keywords: Occupational Health; Public Health; Process Health, Disease and Work.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1 TRABALHO.....	25
2.1.1 Histórico	25
2.1.2 Seus significados e sentidos	28
2.2 O TRABALHO NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA.....	30
2.2.1 Aspectos legais relacionados a investigação da doença do trabalho	31
2.2.2 Doenças relacionadas ao trabalho	33
2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	34
2.3.1 Dilemas e leis da Saúde do Trabalhador no Brasil	34
2.3.2 Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST)	36
2.3.3 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)	37
2.3.4 Saúde Mental do Trabalhador	38
2.3.5 Políticas em Saúde do Trabalhador	40
2.4 A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NAS ORGANIZAÇÕES E SUAS INFLUÊNCIAS NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	41
2.5 PSICOLOGIA E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	43
3 METODOLOGIA	47
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	47

3.2 SUJEITOS.....	48
3.3 CAMPO DE ESTUDO.....	49
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	49
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS.....	50
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	50
3.7 PREVISÃO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	50
4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA.....	51
4.1 ANÁLISE DO DISCURSO.....	52
4.1.1 Saúde.....	52
4.1.1.1 Cuidando de mim e cuidando do outro.....	52
4.1.2 Doença.....	55
4.1.2.1 Físico e emocional.....	55
4.1.3 Trabalho.....	63
4.1.3.1 Atividades e relacionamento interpessoal.....	63
4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL DOS DADOS.....	68
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A – Entrevista.....	91
APÊNDICE B – Mapa de Associação de Ideias.....	92
ANEXO A – Carta de Anuência.....	93
ANEXO B – Requerimento de Acesso aos Documentos.....	94
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95

1 INTRODUÇÃO

Após vivenciar diferentes demandas através de um estágio extracurricular na área de Recursos Humanos, em um hospital privado localizado na Grande Vitória, uma em especial me chamou atenção: o afastamento de trabalhadores por motivos de adoecimento e com isso a necessidade de substituição desses, através de processo seletivo no departamento de Recursos Humanos.

Desde então surgiu o interesse em compreender como o processo de trabalho pode influenciar na saúde dos trabalhadores e quais as possíveis relações entre trabalho e adoecimento.

O trabalho em si, independentemente do nível hierárquico e de suas características pode provocar ou disparar processos de sofrimento e de adoecimento. O estresse, geralmente, é um dos fatores iniciais de um processo de sofrimento e posterior adoecimento, haja vista as observações cotidianas que se pode fazer a respeito da fadiga e do cansaço que os trabalhadores na sociedade contemporânea fazem referência.

Os estudos científicos sobre a temática, tais como; de Schindwein (2013), Rocha, Mendes e Morrone (2012), Brant e Minayo-Gomez (2004) corroboram a hipótese de um aumento do adoecimento na sociedade contemporânea que além de relacionar-se com fatores subjetivos, também sofre influência de fatores ambientais que englobam a organização do trabalho, a estrutura da tarefa, os modelos de gestão e clima organizacional.

Portanto uns referem à falta de sentido do trabalho, a repetição que não oferece possibilidades de criação e de inovação e outros fazem alusão à pressão por produtividade que faz parte da essência do trabalho contemporâneo. Tal pressão pode ser internalizada através dos rígidos padrões preconizados pela instituição ou através da vigilância dos superiores que demonstram estilos de lideranças autocráticos, muitas vezes negligenciando a importância dos processos participativos na satisfação e saúde do trabalhador.

Desta forma a satisfação no trabalho pode trazer a possibilidade de uma relação positiva do sujeito com seu trabalho, o que pode levar a uma interação saudável tanto no trabalho, quanto na vida pessoal e social.

Segundo White e Lippitt (apud FACHADA, 2003) existem três estilos de liderança: autoritária ou autocrática que é caracterizado como inflexível e dominadora e que tem por característica determinar diretrizes sem a participação do grupo, além de impor as técnicas para a execução das tarefas; o estilo liberal que não se impõe, não dá direções, sendo livre a tomada de decisão pelos trabalhadores mas sem apoio de um superior, o que pode gerar sentimento de abandono, descaso e desamparo frente às adversidades e o democrático, aquele que assiste e instiga o debate entre todos os trabalhadores e que deixa o grupo esboçar as providências e técnicas para atingir os objetivos, e com isso todos participam nas decisões, havendo acompanhamento dos processos por parte do superior.

Os estilos de liderança citados são importantes em diferentes contextos não havendo um mais importante ou mais correto do que outro; e sim a análise de sua aplicabilidade no contexto que mostra a sua eficácia. Portanto, a adoção de um estilo único e bem marcado de liderança pode gerar desconforto ao sujeito, talvez pelos excessos: de tutela, de mando, de liberdade sem autonomia, de abandono e de participação sem que haja um aproveitamento dela, ou seja, a participação pela participação (FACHADA, 2003).

Os estilos de liderança têm um efeito considerável na satisfação dos trabalhadores. Pode-se definir a satisfação no trabalho como “um estado emocional agradável resultante da avaliação que o indivíduo faz de seu trabalho e resulta da percepção da pessoa sobre como este satisfaz ou permite satisfação de seus valores importantes no trabalho” (LOCKE apud MARTINEZ; PARAGUAY, 2003, p. 61).

O estresse é outro fator de importância bastante considerado quando se trata a relação saúde, trabalho e adoecimento. Estudos realizados mostram que o estresse é o que a pessoa sente, no corpo e na mente, quando a tensão do momento é muito grande. O estresse é uma das condições que produzem interação entre o corpo e a mente, embora esta seja uma interação presente no cotidiano de nossas vidas, pode-se dizer a todo o momento e a todo tempo, pois somos seres integrais, únicos e indissociáveis, entendendo esta relação do sujeito também com as convenções culturais e sociais.

No estresse a reação hormonal desencadeia uma série de modificações físicas como também produz reações no nível emocional, desde a apatia, ansiedade,

depressão, desânimo, sensação de desalento e hipersensibilidade emotiva e, por isso, o corpo acaba adoecendo (LIPP, 1996). Nessa perspectiva o estresse é considerado um fator disparador para o sofrimento e podendo causar o adoecimento dos trabalhadores.

O ambiente hospitalar, nosso campo de investigação, é uma instituição que possui características muito singulares. Estar frente às mazelas do adoecimento humano traz um impacto também singular a cada um dos trabalhadores das mais diferentes formações existentes no ambiente hospitalar. Esses vivenciam em suas rotinas, diferentes sentimentos e cargas de trabalho entre elas a carga psíquica, que pode ser muito intensa, influenciando diretamente em seu bem estar integral.

O trabalho para o homem, dentre outras coisas, é um meio para viabilizar a sua existência o seu sustento, mas que ao mesmo tempo pode se tornar um risco para sua saúde. Guimarães (2005) aponta que a execução acelerada do trabalho atualmente traz várias consequências para a vida do trabalhador, pois este é sujeitado às leis do mercado para manter seu emprego, tendo em vista o desemprego em larga escala nos tempos atuais.

Portanto, as possibilidades de uma nova inserção no mercado, é difícil e às vezes demorada, sendo o trabalhador obrigado a aceitar vínculos informais ou precários de trabalho, o que pode lhe trazer insatisfação e consequente sofrimento psíquico.

O cargo de enfermagem no hospital engloba uma diversidade de funções e setores, o que nos levou a limitar esse estudo ao cargo de técnico de enfermagem no setor do centro cirúrgico de um hospital privado da Grande Vitória. Serão analisados os trabalhadores que possuem uma rotina de trabalho diário de no mínimo 6 horas por dia. Essa escolha se deu, pelo conhecimento prévio do campo de estudo e com isso partimos do princípio de que se trata de um setor com um grande número desses profissionais e um índice significativo de *turnover* (rotatividade), índice que pode estar associado ao adoecimento e afastamento do trabalho, conforme hipótese desse estudo.

Reafirmando nossa hipótese, buscaremos verificar como o processo de trabalho e a organização do trabalho dos técnicos de enfermagem do centro cirúrgico, bem como as políticas institucionais de promoção da saúde e prevenção de doenças de um hospital privado podem influenciar no afastamento por adoecimentos.

O trabalho do técnico de enfermagem nesse setor possui como características a divisão e rigidez na execução das tarefas, cumprimento de normas e rotinas, propensão ao trabalho pesado e produtividade em larga escala, ao acúmulo das atividades e pressão decorrentes desse, condições e ambientes insalubres, fazendo com que isso gere desgaste físico e psíquico. Além disso, verifica-se uma desvalorização e desqualificação do profissional frente ao mercado de trabalho, fato apontado por estudos.

Vieira, Filho e Oliveira (2004) realizaram um levantamento sobre o mercado de trabalho na região Sudeste do Brasil, sobre inserção da equipe de enfermagem. Esse estudo aponta que essa região se destaca por oferecer maior mercado de trabalho na área da saúde e que dentre os estados analisados, o Espírito Santo é o que possuiu o menor quantitativo de empregos. Além disso, ficou constatado que a instabilidade no emprego e a perda de direitos trabalhistas podem estar diretamente ligados à rotatividade dos serviços na área da saúde.

Na pesquisa realizada por Barbosa e outros (2011) com estudantes de curso técnico em enfermagem sobre suas expectativas frente ao mercado de trabalho mostraram que mesmo com as políticas públicas realizadas através do Ministério da Saúde é necessário que a formação profissional de nível técnico seja cada vez mais voltada para formar profissionais capacitados e engajados nos serviços de saúde pública. Também se pode constatar que a enfermagem em relação as outras áreas da saúde, possui um baixo retorno financeiro e a falta de reconhecimento social é um dos fatores considerados importantes para satisfação profissional, pois o futuro trabalhador busca, além de sua inserção na sociedade, sua valorização enquanto profissional de saúde.

Considerando as características peculiares a esse tipo de trabalho, o dos técnicos de enfermagem, Merlo e outros (2003) apontam que quanto mais rígida for à organização do trabalho e mais evidenciada for sua divisão e menor for o conteúdo intelectual da tarefa, bem como suas possibilidades de mudança, assim o sofrimento psíquico aumenta correlativamente.

Ferreira e Mendes (2001, p. 95) apontam que o sofrimento é evidenciado na

[...] subutilização do potencial técnico e da criatividade; rigidez hierárquica, com excesso de procedimentos burocráticos, ingerências políticas,

centralização de informações, falta de participação nas decisões e não-reconhecimento; pouca perspectiva de crescimento profissional.

Nas organizações hospitalares, outro fator precisa ser ressaltado: a prestação de assistência ao paciente faz parte de sua missão, uma vez que o seu universo de trabalhadores terá a finalidade de promover a saúde, combater as doenças, prolongar a vida ou até acompanhar os que morrem, através de inúmeras tarefas que expõem esse grupo de trabalhadores a situações que causam danos à sua saúde, por lidarem diariamente com o sofrimento, a dor e a morte do outro (GUIMARÃES, 2005).

Com esse estudo pretendemos suscitar a relevância para o campo da saúde do trabalhador, uma vez que trará contribuições para a análise das causas de afastamento entre técnicos de enfermagem do centro cirúrgico apresentadas no referido hospital, o que poderá ser revertido em programas institucionais para a preservação da saúde do trabalhador, aproveitando a aproximação da elaboração do Planejamento Estratégico 2015-2019 da instituição em questão.

Ações com base nesse estudo, além de contribuir no campo da saúde do trabalhador, trarão ganhos institucionais se considerarmos que com a satisfação no trabalho o índice de afastamentos por adoecimento tenderá a diminuir, caindo também os níveis de *turnover*.

A instituição poderá também ser beneficiada com a análise de dados, o que, se levado em conta, subsidiará ações que visam atingir os objetivos estratégicos de atrair e reter funcionários, o que inclui obviamente ações que melhoram o bem estar do trabalhador e em contrapartida preserva financeiramente a instituição, equilibrando o *turnover* e conseqüentemente a necessidade de contratação e desligamento de trabalhadores, o que impacta diretamente na perda da qualidade do serviço prestado ao cliente, também.

Além disso, os programas e treinamentos ministrados sobre a temática da Saúde do Trabalhador poderão ser aplicados de maneira mais assertiva, tanto no que se refere às questões preventivas e ações de promoção a saúde, assim como na possibilidade de inserção de um psicólogo voltado para a saúde do trabalhador, visando com isso oferecer subsídios para reformulação de novas estratégias de intervenção e de criar possibilidades de promoção de saúde, assim reduzindo os índices de absenteísmo por doença.

Portanto, este trabalho visa investigar a relação entre a organização do processo de trabalho de técnicos de enfermagem do setor cirúrgico, bem como as medidas institucionais de promoção da saúde adotadas e as situações de afastamentos dos trabalhadores em um hospital privado localizado na Grande Vitória, considerando a Classificação Internacional das Doenças, na décima revisão (CID-10).

Para tanto analisaremos as políticas organizacionais hospitalares de promoção da saúde e a organização do processo de trabalho desses profissionais buscaremos compreender situações do cotidiano de trabalho que possam influenciar no adoecimento dos técnicos de enfermagem do setor centro cirúrgico do respectivo hospital e analisar as possibilidades de atuação do psicólogo na Saúde do Trabalhador à luz das teorias do Campo da Saúde do trabalhador e da Saúde Coletiva.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TRABALHO

2.1.1 Histórico

O trabalho teve seu significado a princípio associado ao sofrimento, pois, segundo Martins e Pinheiro (2006, p. 79), a palavra “trabalho se origina do latim, *tripalium*, que era um instrumento feito de três paus aguçados, algumas vezes munidos com ponta de ferro”. Na língua portuguesa a maioria dos dicionários aponta o *tripalium* como uma ferramenta de tortura. E com isso, por muito tempo o trabalho esteve associado ao fardo e a sacrifício.

Na Grécia Antiga os cidadãos livres desprezavam o trabalho, enquanto nos tempos do Cristianismo o trabalho era visto como uma tarefa penosa e humilhante associada como punição para o pecado. A partir do Renascimento o trabalho passa ser visto com outro significado, como fonte de identidade e auto realização (DOS SANTOS RIBEIRO; LÉDA, 2004).

O trabalho é a fonte de toda riqueza, afirmam os economistas. Assim é, com efeito, ao lado da natureza, encarregada de fornecer os materiais que ele converte em riqueza. O trabalho, porém, é muitíssimo mais do que isso. É a condição básica e fundamental de toda a vida humana. E em tal grau que, até certo ponto, podemos afirmar que o trabalho criou o próprio homem. (ENGELS, 1876, p. 4)

Engels (1876) nos diz que o trabalho se constitui historicamente conforme os contextos nos quais o homem esteve inserido na trajetória da humanidade. Assim, muda-se a natureza, através do trabalho para que necessidades dos homens sejam atendidas. Nessa relação com a natureza a mudança é mútua, ou seja, o homem também muda e pode-se dizer que ele é recriado a partir dessa relação. As necessidades mudam, os hábitos mudam e conseqüentemente o homem também se constitui nessa relação com o trabalho e as possibilidades de relações sociais que nele se encerram.

Com os avanços da sociedade, as formas de trabalho foram se estruturando de acordo com o contexto. A consolidação do capitalismo, que compreendeu períodos de diversas etapas de crescimentos e crises, acarretou importantes mudanças em termos de “inovações tecnológicas, qualificação do trabalhador, modos de

organização do trabalho e de produção, estratégias empresariais, formas de controle sobre os trabalhadores, desempenho dos sindicatos e o papel do Estado” (MERLO; LAPIS, 2007, p. 61).

Esse conjunto de transformações está ligado à chamada Revolução Industrial, momento histórico que marca profundas mudanças na reorganização do trabalho. Esse período, em um primeiro momento é apontado pelas condições insalubres e penosas, e por outro lado, inovações tecnológicas e qualificação do trabalhador, o qual não detinha um conhecimento apropriado porque foi expropriado dos seus meios de produção (ferramentas, maquinários, etc.) e de seu saber fazer, uma das primeiras condições para as bases do capitalismo (MERLO; LAPIS, 2007).

A partir da destituição do homem de suas condições próprias de trabalho, este passa a ser gerenciado pelo dono do capital, transferindo para os dias atuais pelas organizações que compram a sua força de trabalho e suas ideias de melhoria de processos, já que na contemporaneidade não interessa mais somente a força de trabalho, mas também o que o homem tem a contribuir para tornar o processo de trabalho mais rápido, eficaz e economicamente viável (ANTUNES, 1995). Entretanto até que se chegue a esse momento atual foi necessário introduzir nas organizações sistemas racionais de gestão dos recursos para o aumento da produtividade, fato necessário no período da revolução industrial.

A divisão e a fragmentação do trabalho taylorista/fordista foram as estratégias utilizadas, o que gerou resistência de diferentes formas para dificultar a produtividade, que iam desde sabotagem de máquinas, atrasos e absenteísmo ou até mesmo greves (MERLO; LAPIS, 2007).

Portanto, o homem percebia a forma desumana de organização do trabalho e buscou formas de enfrentamento, dentro de suas possibilidades de ação, criando mecanismos de defesas, afim de minimizar os impactos da realidade advindos de seu sofrimento, modificando e transformando sua percepção sobre o seu trabalho (DEJOURS, 1992).

O modelo taylorista/fordista que buscavam intensificação da produtividade e a diminuição dos tempos ociosos prevaleceu como forma de organização do trabalho dos países capitalistas até por volta dos anos 70 de forma mais generalizada. Devido à crise econômica, o modelo de produção em massa não prosseguiu e com

isso iniciou-se a terceira revolução tecnológica que se difundiu pelo modelo do toyotismo (MERLO; LAPIS, 2007). Vale ressaltar que permanecem em diferentes segmentos organizacionais processos de trabalho muito baseados na segmentação, fragmentação, bem ao estilo taylorista/fordista.

Baseado na experiência japonesa, esse modelo de organização do trabalho passou a conduzir o capitalismo na reorganização do trabalho e ficou caracterizado pela diversificação de operações e no envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa e marcado pelos avanços da microeletrônica no qual se desenvolveram os campos da informática, a automação, a robótica e a telemática (MERLO; LAPIS, 2007).

Ao mesmo tempo em que se flexibiliza, o trabalho e os trabalhadores, a produção e os produtos, os mercados e os padrões de consumo, cresce o desemprego – advindo, em boa parte, da introdução de inovações tecnológicas substitutivas de mão-de-obra –, “e disseminam-se formas precárias de relações de trabalho, como os contratos por tempo parcial, os contratos temporários e a sub-contratação” (MERLO; LAPIS, 2007, p. 67).

O contexto do trabalho contemporâneo está marcado por uma série de modificações das mais diversas ordens, que incluem fenômenos como “a globalização dos mercados, o aumento da competitividade entre países ou empresas, a reestruturação produtiva, as inovações tecnológicas e ou sócio organizacionais, a flexibilização das relações de trabalho, dentre outras” (TOLFO; PICCININI, 2007, p. 38).

Com isso, o trabalhador necessita se inserir nesse contexto, à medida que acontecem as mudanças na organização do trabalho e nas suas relações sociais gera diferentes formas de comportamento, fazendo com que o trabalhador do século XXI tenha que se adequar e assimilar essas transformações. Pois, à medida que os tipos de trabalho se modificam, não somente pelas relações empregatícias, mas também nos relacionamentos sociais, atrelados a disseminação acelerada das informações. Isso faz com que haja a necessidade de um novo estilo de trabalhador, mais qualificado afim de que atenda as demandas do trabalho na contemporaneidade (REIS, 2008).

2.1.2 Seus significados e sentidos

O significado e sentido do trabalho vêm sendo estudados por diferentes áreas e com uma vasta multiplicidade teórica. Alguns autores compartilham da visão de serem sinônimo outros definem de forma diferenciada.

Observa-se que esses estudos buscam entender como as pessoas constroem sua percepção e relação com o seu processo de trabalho e como isso interferem em suas vidas. Portanto faz-se pertinente a busca por entender o processo de trabalho e sua relação com o significado e sentido para o trabalhador e as possíveis causas de adoecimento no modelo de organização do trabalho no hospital acima referido, nosso campo de estudo.

Desde os estudos pioneiros com Morse e Weiss (1955) (apud GOULART, 2009) sobre o significado do trabalho, eles apontaram que as ocupações com nível salarial médio associam o trabalho a um objetivo de vida, realização e auto expressão enquanto os níveis salariais baixos, que pode ser caracterizado por trabalhadores com grau de qualificação menor, a relação está na ocupação em si.

Tausky e Piedmond (1967) (apud GOULART, 2009) em uma pesquisa com trabalhadores manuais fortaleceram e complementaram a ideia de Morse e Weiss (1955) (apud GOULART, 2009) ao apontar a importância da remuneração e relevância de se pertencer e ser aceito no grupo dos indivíduos do qual se faz parte no trabalho. Isso mostra que a ocupação em si funcionaria como o passaporte para a inserção em grupos sociais e de consumo.

Há anos estudos sobre o significado do trabalho vêm sendo realizados, tanto no âmbito internacional, como nacional. A investigação sobre o tema segue um parâmetro que tradicionalmente serve de base para muitos pesquisadores, é a *Meaning of Work Research Team, MOW* (1987) (apud BENDASSOLLI; TORRES, 2014). Trata-se de um grupo de pesquisadores que são tidos como referência em estudos realizados a respeito da compreensão do significado do trabalho. O modelo MOW (1987) (apud BENDASSOLLI; TORRES, 2014, p. 178), propõe que o significado do trabalho é composto por três dimensões:

(1) centralidade, que consiste na importância absoluta e relativa do trabalho na vida de uma pessoa; (2) normas societais concernentes a direitos e

deveres do trabalho; (3) os resultados valorizados de trabalho e metas laborais. A dimensão centralidade do trabalho é composta por dois componentes. O primeiro, crença/valor, diz respeito à identificação do indivíduo com o trabalho, resultado de um processo de consistência cognitiva baseado na comparação entre o trabalho como uma atividade e as percepções de si. O segundo componente, valorativo/afetivo, reflete-se no envolvimento com o trabalho, sendo uma resposta afetiva ao trabalho como parte da vida da pessoa, podendo também incluir elementos comportamentais, como, por exemplo, o tempo despendido em atividades de trabalho.

Estudos brasileiros como o de Borges e Yamoto (2001) utilizam como base MOW (1987) apontam o significado do trabalho como umas cognições subjetivas e sociais, a partir disso eles propõem um modelo de estrutura cognitiva do significado do trabalho composto por quatro facetas.

Quadro 1 – Modelo de estrutura cognitiva do significado do trabalho

Centralidade do trabalho	Refere-se a importância que o indivíduo atribui ao seu trabalho comparando com as outras áreas de sua vida (família, religião, lazer e comunidade).
Atributos valorativos	São características que o indivíduo atribui as suas atividades.
Atributos descritivos	Representa as designações que o indivíduo refere ao seu trabalho.
Hierarquia de atributos	Refere-se a uma organização individual do trabalho, onde o indivíduo considera os atributos valorativos e descritivos de acordo com a sua ordem de importância.

Fonte: Própria adaptado, BORGES; YAMOTO, 2001.

Morin (1996) (apud TOLFO; PICCININI, 2007, p. 39) parte de uma perspectiva que define o sentido do trabalho como uma estrutura afetiva formada por três campos:

[...] o significado, a orientação e a coerência. O significado refere-se às representações que o sujeito tem de sua atividade, assim como o valor que lhe atribui. A orientação é sua inclinação para o trabalho, o que ele busca e o que guia suas ações. E a coerência é a harmonia ou o equilíbrio que ele espera de sua relação com o trabalho.

Codo (1997) traz uma discussão a respeito do significado do prazer no trabalho, através de uma relação Sujeito-Objeto-Significado (S-O-Sig), no qual ele aponta que quanto mais completo e mais complexo for esse circuito maior será o prazer no trabalho, mas caso haja um rompimento de significado na ótica do trabalhador isso pode ocasionar o sofrimento comprometendo a sua saúde.

Portanto, diferentes autores possuem perspectivas e explicações sobre o sentido e o significado do trabalho, no entanto impõe-se uma necessidade de que se associar tais teorias ao campo da saúde do trabalhador, afim de possibilitar o levantamento

de discussões a respeito dos impactos na organização do trabalho e sua qualidade de vida ao significar seu trabalho.

2.2 O TRABALHO NA CONSTRUÇÃO DA SAÚDE E DA DOENÇA

A concepção histórica traz diferentes formas com que o trabalho foi sendo vivenciado, para Dejours (2004, p. 28) há controvérsias em diferentes áreas do saber no que se refere a concepção do trabalho, mas segundo esse autor o trabalho é tudo aquilo que do ponto de vista humano está envolvido no fato de se trabalhar: “gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc.”.

Partindo da discussão da relação entre o trabalhador e suas atividades no labor, Laurell e Noriega (1989) propõe uma análise da configuração do processo de trabalho através da utilização de categorias de cargas de trabalho, nos quais essas cargas podem ser físicas, químicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas, interagindo umas com as outras e com o corpo do trabalhador. Com isso, esses autores buscam nessa abordagem identificar o processo de saúde-doença dos trabalhadores.

Martins e Pinheiro (2006, p. 81) complementam que o sofrimento do trabalhador “nasce das elaborações edificadas nas relações de trabalho, a partir da organização (cultura) e de seus próprios colegas trabalhadores (relações) ”.

Com isso, se torna importante caracterizar o que é saúde e doença, segundo Canguilhem (1966, p. 77) o “a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas”. Portanto, o estado saudável não seria algo estático e sim dinâmico. A produção de vidas saudáveis está associada a atividades contínuas e diferenciadas considerando as diversidades de situações e sujeitos envolvidos, não havendo um parâmetro da normalidade ou do estado plenamente saudável.

Ainda conforme Canguilhem (1966, p. 73) “doença é abalo e ameaça à existência. Por conseguinte, a definição de doença exige, como ponto de partida, a noção de

ser individual. A doença surge quando o organismo é modificado de tal modo que chega à reações catastróficas no meio que lhe é próprio. Isso se manifesta não apenas em certos distúrbios funcionais, determinados segundo a localização do *déficit*, mas de um modo muito geral; isso porque, como acabamos de ver, um comportamento desordenado representa sempre um comportamento mais ou menos desordenado de todo o organismo".

Ao delimitar o assunto de saúde dentro do contexto organizacional, Assunção (2003, p. 1014) aponta que “a relação saúde e trabalho não diz respeito apenas ao adoecimento, aos acidentes e ao sofrimento. Para os trabalhadores, a saúde é construída no trabalho”.

Os fatores de risco que o trabalhador pode vivenciar em seu ambiente de trabalho é conceituado como bidimensional, do qual a possibilidade de surgimento está relacionada a um efeito adverso ou dano que não há a certeza da sua ocorrência, e está diretamente ligado com o tempo ou a magnitude do resultado adverso. Portanto, de acordo com esse conceito, situação ou fator de risco é “uma condição ou conjunto de circunstâncias que tem o potencial de causar um efeito adverso, que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente” (TRIVELATO apud BRASIL, 2001, p. 37).

Tais fatores podem ocasionar ao trabalhador o adoecimento no trabalho, e assim danos à saúde. De acordo com a Lei 8213/91 podemos definir a doença profissional, como aquela que é “produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social” e a doença também pode ser entendida como “a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relaciona diretamente [...]” (BRASIL, 1991).

O Ministério da Saúde (2002) também conceitua o que ela chama de doença do trabalho, como um conjunto de danos ou agravos que interferem sobre a saúde dos trabalhadores, que podem ser causados e desencadeados ou gravados por fatores de riscos presentes no ambiente de trabalho (BRASIL, 2002a).

2.2.1 Aspectos legais relacionados a investigação da doença do trabalho

Os riscos ocupacionais podem causar danos à saúde, gerando doenças que são caracterizados em determinados grupos: as doenças comuns, que demonstram não ter qualquer relação com o trabalho, mas podem ser modificadas de acordo com as condições de trabalho; as doenças musculoesqueléticas e alguns transtornos mentais ou agravos à saúde específicos que normalmente são devido a acidentes de trabalho ou por doença profissional (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde (2001) aponta que há cinco grupos que podem oferecer fatores de risco para a saúde e segurança do trabalhador, que são:

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

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

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

Ergonômicos e psicossociais: decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo, exigências de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros;

Mecânicos e de acidentes: ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho. (BRASIL, 2001, p. 29).

Quando diante de um diagnóstico de doença relacionado ao trabalho, é necessário que se realize os seguintes procedimentos:

Afastar o trabalhador imediatamente da exposição – o afastamento deverá ser definitivo para as doenças de caráter progressivo;

Realizar o tratamento nos casos de menor complexidade;

Encaminhar os casos de maior complexidade para a rede de referência, acompanhá-los e estabelecer a contra-referência;

Notificar o caso nos instrumentos do SUS;

Investigar o local de trabalho, visando estabelecer relações entre a doença sob investigação e os fatores de risco presentes no local de trabalho;

Desenvolver ações de intervenção, considerando os problemas detectados nos locais de trabalho (BRASIL, 2002a, p. 32).

Vale salientar que o processo de investigação de determinada doença e sua possível relação com o trabalho, no qual os fatores de riscos presentes nos locais de

trabalho, não devem ser compreendidos de forma insolada e rígida, mas é necessário entender a forma com que acontece a dinâmica e o cotidiano do processo do trabalho (BRASIL, 2002a).

O estabelecimento do processo de investigação doença/trabalho denominado nexos causal, ganhou um novo significado ao entrarem em vigor a Lei nº11.430, de 26 de dezembro de 2006, o Decreto nº 6042, de 12 de fevereiro de 2007, e a Instrução Normativa nº 16, do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), de 27 de março de 2007. A partir da criação dessas leis, “o reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho passou a ser identificado pelo INSS mediante o estabelecimento de “nexo técnico epidemiológico” ligado à atividade profissional exercida” (CFP/CREPOP, 2007, p. 38).

2.2.2 Doenças relacionadas ao trabalho

O Ministério da Saúde (2001) elaborou um Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde: Doenças Relacionadas ao Trabalho, que tem como intuito orientar os profissionais dos serviços de saúde, em relação aos procedimentos de assistência, prevenção e vigilância da saúde dos trabalhadores além de possibilitar nortear caracterização da doença em relação ao trabalho (BRASIL, 2001).

Nesse Manual consta uma Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho conforme Portaria Nº 1.339, de 18 de Novembro de 1999, organizada de acordo com os grupos de patologias da Classificação Internacional das Doenças, na décima revisão (CID-10), que tem como intuito segundo o art. 1º “[...] ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico [...]” (BRASIL, 1999a).

As informações desta lista encontram-se “organizadas em um sistema de dupla entrada: por doença e por agente etiológico ou fator de risco de natureza ocupacional” padronizado de acordo com o CID-10 (BRASIL, 2001), conforme apontado no Quadro 2 – Tipos de doenças e grupos do CID-10.

Quadro 2 – Tipos de doenças e grupos do CID-10 (continua)

Grupos das CID-10	Tipos de doenças
Grupo I	Doenças infecciosas e parasitárias relacionadas com o trabalho.

Quadro 2 – Tipos de doenças e grupos do CID-10 (conclusão)

Grupo II	Neoplasias (Tumores) relacionados com o trabalho.
Grupo III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos relacionados com o trabalho.
Grupo IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas relacionadas com o trabalho.
Grupo V	Transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho.
Grupo VI	Doenças do sistema nervoso relacionados com o trabalho.
Grupo VII	Doenças do olho e anexos relacionados com o trabalho.
Grupo VIII	Doenças do ouvido relacionados com o trabalho.
Grupo IX	Doenças do sistema circulatório relacionados com o trabalho.
Grupo X	Doenças do sistema respiratório relacionados com o trabalho.
Grupo XI	Doenças do sistema digestivo relacionados com o trabalho.
Grupo XII	Doenças de pele e do tecido subcutâneo relacionados com o trabalho.
Grupo XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo relacionados com o trabalho.
Grupo XIV	Doenças do sistema gênito-urinário relacionados com o trabalho.
Grupo XIX	E Traumatismos, envenenamento e algumas outras causas externas relacionadas com o trabalho.

Fonte: Própria adaptado, BRASIL, 2001.

Essa Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho é utilizada pela Previdência Social a fim de identificar a natureza e os principais causadores de afastamento do trabalho e dos processos beneficiários existentes na Previdência Social.

Ressaltamos que com o crescente número de doenças relacionadas ao trabalho, o governo e a Previdência Social visam incentivar os estudos e pesquisas nessa área, pois através desses levantamentos poder-se-á conhecer e entender melhor o processo de adoecimento relacionado ao trabalho e assim implementar futuras ações preventivas e medidas eficazes no combate das doenças, acidentes e mortes no trabalho (BRASIL, 2009).

2.3 SAÚDE DO TRABALHADOR

2.3.1 Dilemas e leis da Saúde do Trabalhador no Brasil

Para compreender como a saúde do trabalhador se tornou um ponto relevante nas políticas públicas brasileiras iremos discorrer de como foram os principais acontecimentos e quais as leis que estão envolvidas no tema.

A estruturação do campo da saúde do trabalhador no Brasil deu-se em um contexto histórico específico, no final da década de 70, quando os movimentos sociais se

envolveram nas políticas públicas que culminaram na promulgação da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a lei do Sistema Único de Saúde (SUS) (CRP/CREPOP, 2008).

O termo Saúde do Trabalhador é citado na Constituição Federal de 1988 art. 7, que garante os:

[...] direitos dos trabalhadores urbanos e rurais além de outros que visem à melhoria de sua condição social [...] redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. (BRASIL, 1988).

Dois anos mais tarde, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990), conhecida como lei do SUS vem definir e orientar o campo da saúde do trabalhador e assim o descreve no art. 6 como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990a).

Portanto, podemos caracterizar essa área como um conjunto de práticas e conhecimentos orientados de diversos campos, tais como: Medicina Social, Saúde Pública, Sociologia, Engenharia, Psicologia entre outros, que tem como objetivo estabelecer uma nova maneira de relacionar saúde e trabalho e buscam uma forma diferenciada de atenção aos trabalhadores e intervenção no ambiente de trabalho (NARDI apud FERREIRA, 2007).

No mesmo ano da criação da Lei Orgânica da Saúde, foi também criada a Lei Federal no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Com isso, esta lei cria instâncias colegiadas; as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, que possuem características distintas no que tange suas responsabilidades, tendo importante papel em ações voltadas para saúde do trabalhador. Vale lembrar aqui a existência de conferências específicas de Saúde do Trabalhador, assim como tem também a de Saúde Mental (BRASIL, 1990b).

Tendo em vista o que a Constituição Federal atribui sobre a saúde do trabalhador, considerando que a construção do SUS é um processo de responsabilidade no

âmbito público, e é orientado por princípios e diretrizes da descentralização de serviços e ações voltados para a saúde, que são “da universalidade, equidade e integralidade da ação, da participação e controle social”, isso quer dizer que se pressupõe a necessidade de haver uma implementação efetiva de ações de saúde do trabalhador neste processo, visando atingir as redes e atenção a saúde, a começar pela atenção primária (BRASIL, 1998).

Em 1998, considerando a determinação do Conselho Nacional da Saúde e do Ministério da Saúde é instituída a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (Portaria nº 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998), que tem como propósito de

[...] definir as atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde do trabalhador urbano e do rural, consideradas as diferenças entre homens e mulheres, a ser desenvolvidas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 1998).

Para uma melhor estratégia de atuação nesse campo, se institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, cuja elaboração está em conformidade com a recomendação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), através da Convenção nº 121. Essa lista está exposta na Portaria nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, vindo ao encontro da necessidade de se conhecer e entender o que leva os trabalhadores a adoecerem, e como os agravos provocados por causas externas podem estar relacionados com o processo de execução do trabalho (BRASIL, 1999a).

Ao longo dos anos foram sendo criadas diversas leis que contemplam as ações da Saúde do Trabalhador no âmbito da saúde pública, dispendo sobre organização e estratégias para orientar e gerir as práticas nesse campo. É notório ao se observar a legislação sobre o tema, e que a cada ano vem ocorrendo cada vez mais ações e meios para se trabalhar esse tema.

Citaremos algumas portarias e decretos que dão base as práticas em Saúde do Trabalhador por consideramos que estas podem contribuir diretamente com o entendimento do tema desse estudo e análise dos dados.

2.3.2 Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador (RENAST)

Em 2002, através da Portaria 1.679/MG, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), tendo como objetivo disseminar ações voltadas para o campo da Saúde do Trabalhador através da articulação com as redes SUS, e em 2005, com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, o RENASt passa a ser a principal estratégia da organização desse campo (BRASIL, 2006a).

No ano de 2005, a Renast foi revista e ampliada, por meio da Portaria GM/MS nº 2.437, que “dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no SUS” (BRASIL, 2005), e novamente em 2009, pela necessidade de adequação ao Pacto Pela Vida e em Defesa do SUS, com a Portaria nº 2.728, que “Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENASt) [...]” (BRASIL, 2009).

De acordo, com Dias e Hoefel (2005, p. 822), podemos definir a RENASt como “uma rede nacional de informação e práticas de saúde, organizada com o propósito de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção da saúde, no SUS, na perspectiva da Saúde do Trabalhador”.

Além disso, é o processo de saúde-doença dos trabalhadores, que conduz o RENASt, pois está ligado na perspectiva das relações Trabalho-Saúde-Doença, e na centralidade do trabalho na vida do homem, desenvolvido a partir da epidemiologia social. Dias e Hoefel (2005, p. 822) ainda complementam que “a RENASt integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CRSTs”.

Para orientar e auxiliar aqueles que possuem cargos de gestão ou se interessam pelo tema da implementação do RENASt, foi desenvolvido em 2006, o Manual de Gestão e Gerenciamento, juntamente com o SUS e o Ministério da Saúde. Esse manual visa conscientizar os danos que os usuários do sistema podem ter caso os responsáveis pelas ações de saúde pública não estiverem cientes de seus deveres e obrigações em suas tarefas (BRASIL, 2006a).

2.3.3 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)

Com a Portaria GM/MS 2.437/05 que redefiniu o RENAST, os CERESTs têm importante papel de suporte técnico e científico, pois trabalham a articulação entre as ações de Saúde do Trabalhador inter e intra-setorial no seu território de abrangência (BRASIL, 2006a).

Os CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador), portanto, são uma estratégia que está implementada em uma rede regionalizada que desenvolve a “função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência” (BRASIL, 2006a, p. 20).

“[...] os CERESTs deixam de ser porta de entrada do Sistema, constituindo-se como centro articulador e organizador no seu território de abrangência, das ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador, assumindo uma função de retaguarda técnica e polos irradiadores de ações e ideias de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica” (BRASIL, 2006a, p. 20).

Os CERESTs, antes da definição das estratégias, conforme citado acima, funcionou como um dispositivo de assistência a saúde, já tendo sido esse a sua maior atuação. Entretanto, com o avanço e o amadurecimento do SUS ficou caracterizado a necessidade de se estabelecer um eixo articulador e de suporte técnico às práticas em Saúde do Trabalhador em um dado território referente a cada um dos CERESTs (BRASIL, 2006a).

Entretanto, o fato de ter a função de articulação e suporte técnico não impede que os CERESTs em casos específicos possam prestar assistência à Saúde do Trabalhador, como vem ocorrendo, através de sua equipe multidisciplinar e visando a interdisciplinaridade em suas práticas (BRASIL, 2006a).

2.3.4 Saúde Mental do Trabalhador

O trabalho engloba diferentes fatores que podem influenciar no adoecimento do trabalhador; o que conseqüentemente afeta também sua saúde psíquica, uma vez que o homem é uno e indivisível.

Portanto desgastes de diferentes naturezas tencionando por um tempo determinado pode levar ao sofrimento psíquico e posteriormente a diferentes formas de adoecimento.

Os trabalhadores acometidos por distúrbios psíquicos ou pelo sofrimento psicológico, em algum momento buscarão assistência no sistema de saúde, e para que haja um encaminhamento adequado desses casos, é necessário um olhar atento para se estabelecer o nexos entre o quadro clínico e as condições de trabalho, pois existem diversas situações as quais o trabalho se constitui como um agravante ou desencadeante do sofrimento psicológico, entretanto para se estabelecer essa relação é preciso um olhar atento dos profissionais da área da saúde, sendo fundamental que esses profissionais recebam orientações adequadas a fim de que o processo de trabalho seja analisado nos aspectos da saúde/doença mental (AMAZARRAY; CÂMARA; CARLOTTO, 2014).

É importante ressaltar que os distúrbios psíquicos podem apresentar sinais e sintomas que perpassam desde sintomas físicos a alterações no comportamento, que muitas das vezes podem passar despercebidos não sendo associados a uma doença mental. O Ministério da Saúde (2002) aponta:

[...] modificação do humor, fadiga, irritabilidade, cansaço por esgotamento, isolamento, distúrbio do sono (falta ou excesso), ansiedade, pesadelos com o trabalho, intolerância, descontrole emocional, agressividade, tristeza, alcoolismo, absenteísmo. Alguns desses quadros podem vir acompanhados ou não de sintomas físicos como dores (de cabeça ou no corpo todo), perda do apetite, mal-estar geral, tonturas, náuseas, sudorese, taquicardia, somatizações, conversões (queixas de sintomas físicos que não são encontrados em nível de intervenções médicas) e sintomas neurovegetativos diversos (BRASIL, 2002, p. 32).

Caso haja a presença desses sinais e com isso a suspeita de distúrbios psíquicos é indicado que o trabalhador seja encaminhado para uma avaliação clínica em serviços de saúde do território que cumpram os normativos no que tange a investigação e identificação do adoecimento, fazendo a relação com o tipo de trabalho em que o sujeito está inserido, suas condições e os riscos que esse pode estar proporcionando ao referido sujeito.

Em situações extremas os CERESTs devem ser procurados para orientar práticas e/ou atuar na assistência à saúde do trabalhador adoecido. Nos casos específicos de transtornos mentais deve ser avaliado se o tratamento e acompanhamento serão realizados nas unidades de saúde por equipes multidisciplinares, incluindo médico e psicólogo ou em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (BRASIL, 2002).

À organização cabe dar o apoio necessário ao trabalhador uma vez que se tratar de adoecimento relacionado ao trabalho, entretanto existem casos, não raros, em que as empresas passam a associar os sintomas apresentados pelos trabalhadores como sendo uma negligência, irresponsabilidade, indisciplina e assim demiti-lo. Nestes casos é de importância máxima que o trabalhador procure equipamentos e saúde que o ajudem a formular onexo causal técnico, como os CERESTs, para que a empresa possa ser responsabilizada, haja vista que os fatores que podem desencadear ou gerar estes sintomas estão ligados a própria empresa no que se refere às condições de trabalho e organização das atividades (BRASIL, 2002).

Em contrapartida estabelecer esse nexo entre saúde e trabalho também não é uma tarefa fácil, pois o processo de adoecimento é específico em cada trabalhador, envolvendo sua história de vida e o trabalho. Uma escuta atenta e um exame clínico detalhado e adequado é crucial nessa investigação, uma vez que o indivíduo não é um ser compartimentado e possivelmente as pessoas em sofrimento psicológico associados ao trabalho possivelmente podem estar passando por momento difíceis em suas vidas e talvez é apenas mais um fator agravante nesse processo (AMAZARRAY; CÂMARA; CARLOTTO, 2014).

2.3.5 Políticas em Saúde do Trabalhador

As políticas públicas no âmbito da Saúde do Trabalhador vêm tomando espaço no decorrer dos anos, a fim de assegurar os direitos dos trabalhadores e trabalhadoras.

Entre os anos de 2007 e 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou o Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores no qual reforça a necessidade da formulação de políticas na área da Saúde do Trabalhador, os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social também destacaram essa necessidade (BRASIL, 2012).

Com isso, em 2011 surge a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) (Decreto nº 7602), que se constitui através de ações implementadas pelo Estado buscando identificar formas de atuação “em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, da realização pessoal e social dos trabalhadores,

sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental” (BRASIL, 2006a, p. 13). Em 2012, surge a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012) que tem como finalidade conforme art. 2:

[...] definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

Tais princípios e diretrizes precisam se espalhar em forma de práticas por todo o território, de maneira a contemplar os princípios da universalidade, integralidade, equidade, com hierarquização dos níveis de atenção à saúde, lembrando que quando se consegue visualizar as situações de adoecimento de forma precoce, a atenção primária tem dado respostas muito positivas, oferecendo condições de controle e tratamento que não culminarão no agravamento do adoecimento.

Para tanto há que se realizar formas de intervenção nesse nível de atendimento que alertem trabalhadores e trabalhadoras para a avaliação de seu estado de saúde em relação às condições de trabalho, ressaltando que o que sentimos no nível orgânico e psíquico se relaciona com a nossa vida em geral, incluindo aí o trabalho e suas condições, processos de organização e outros fatores como pressão tudo isso conjugado com a vida do sujeito nos âmbitos pessoal e social.

2.4 A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NAS ORGANIZAÇÕES E SUAS INFLUÊNCIAS NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao se tratar dos aspectos relacionados à Saúde do Trabalhador é necessário compreender como se deu o envolvimento da psicologia nesse campo. As mudanças ocorridas no cenário mundial acarretaram diferentes influências em nosso país, propiciando a reestruturação e reorganização do trabalho.

Para entender como o psicólogo se insere nas organizações é necessário contextualizar desde sua atuação na indústria até os dias atuais. Segundo Sampaio (1998) a Psicologia do Trabalho se divide em fases distintas conforme apontado no Quadro 3 – Três fases da Psicologia do Trabalho.

Quadro 3 – Três fases da Psicologia do Trabalho

Psicologia Industrial	A primeira fase surgiu atrelada aos interesses industriais no modelo taylorista/fordista e teve seu começo marcado por estudos a respeito da fadiga e o enfoque no aumento da produtividade. A prática do psicólogo industrial se consolidou por trabalhos psicométricos a fim de buscar o homem certo para o lugar certo. Nesse período houve o desenvolvimento
Psicologia do Trabalho	A transição para segunda fase, se consolidou a medida que os psicólogos deixaram de analisar somente os postos de trabalho e passaram também a discutir a estrutura da organização. Tal fase é caracterizada por estudos sobre treinamentos como forma de capacitação do trabalhador e desenvolvimento dos recursos humanos. Essas práticas receberam críticas devido a sua forma de intervenção, com isso se dá início a terceira fase nomeada Psicologia Organizacional.
Psicologia Organizacional	A terceira fase busca ir além do que era discutido antes, visando compreender o homem em sua totalidade, incorporando elementos sobre sua subjetividade, saúde no trabalho, epidemiologia, ergonomia entre outros campos. O homem é visto como um sujeito de desejos e seus esforços estão voltados para a busca de saúde e bem estar.

Fonte: Própria adaptado, SAMPAIO, 1998.

Em síntese, nas três fases da psicologia, a princípio o foco da atuação do psicólogo não era o homem enquanto trabalhador, mas sim os resultados obtidos através das formas de organização e estruturação do trabalho. Aos poucos os olhares da psicologia foram se voltando para o trabalhador. A partir desse caminho percorrido observou-se que o trabalhador foi se tornando o objeto de estudo para as práticas de intervenção da psicologia, e que o meio organizacional só avança se esse trabalhador estiver em condições de saúde tanto físicas e emocionais estáveis (SAMPAIO, 1998).

Atrelando o contexto histórico da psicologia com os aspectos do desenvolvimento do trabalho e suas conquistas, na Itália, a psicologia do trabalho emerge envolvida aos movimentos operários por saúde no trabalho, quando surge o Modelo Operário Italiano (MOI). Seu foco estava em redescobrir a experiência dos trabalhadores a fim de compreender e mudar as nocividades do ambiente de trabalho, no qual a psicologia atuava convocando os trabalhadores como agentes de mudanças. A partir dessa abordagem de conhecimento e intervenção nas relações saúde e trabalho, a

psicologia influenciou o surgimento do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil (LEÃO, 2012).

Com isso, no Brasil a Saúde do Trabalhador é um campo que surge de práticas e conhecimentos, cujo enfoque teórico e metodológico emerge a partir da Saúde Coletiva, que busca conhecer e intervir nas relações entre trabalho saúde/doença tendo como referência central ao surgimento de um novo ator social, a classe operaria industrial (LACAZ, 2007). Segundo o mesmo autor “a configuração do campo da Saúde do Trabalhador se constitui através de três vetores: a produção acadêmica, a programação em saúde, na programação em saúde na rede pública e o movimento dos trabalhadores [...]” (LACAZ, 2007, p. 757).

2.5 PSICOLOGIA E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR

Em 2008 o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) com parceria com o Conselho Federal de Psicologia (CRP) lançou um documento de referência sobre suas contribuições e experiências no âmbito da saúde do trabalhador: “Saúde do trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do (a) psicólogo (a)”. Partindo desse texto iremos discorrer a respeito das ações que o psicólogo pode desenvolver nesse campo, visando não somente a atuação na saúde pública, mas também no âmbito privado.

As práticas psicológicas em Saúde do Trabalhador devem ser norteadas a partir de atividades contínuas e investigativas que norteiem a eleição de prioridades e que definam as formas de atuação. Enquanto política pública podem ser desempenhadas desde o CERESTs (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) e nos mais diversos campos de serviços do SUS, tais como unidades de atenção básica, ambulatórios de especialidades, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), hospitais e serviços de vigilância em saúde, conforme já citado anteriormente (CFP/CREPOP, 2008).

Com a finalidade de apresentar contribuições da psicologia na implantação e implementação de ações na área da Saúde do Trabalhador, o CREPOP listou algumas atividades que podem ser desenvolvidas a:

- Notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores: A Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004, “dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória¹ de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2004a). O CREPOP (2008) aponta que o dever no psicólogo nessa área de atuação está vinculado as notificações compulsórias de transtornos mentais relacionados ao trabalho exposto por essa portaria. A notificação deve ser realizada por meio de um sistema de informações do Ministério da Saúde (Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN) (CFP/CREPOP, 2008).
- Informação, produção e organização de dados: O CREPOP (2008) aponta que o campo da Saúde do Trabalhador, tem utilizado informações advindas de outros setores tais como a Previdência Social e o Ministério do Trabalho, pois há um déficit de dados produzidos nos serviços de saúde relativos a essas relações de trabalho e doença. Em contrapartida, as informações obtidas sobre a saúde devem ser disponibilizadas aos bancos de dados oficiais e com isso ampliará as informações para o acesso da sociedade (CFP/CREPOP, 2008).
- Ações de assistência e promoção da saúde, uma abordagem interdisciplinar: Independente da área de atuação do psicólogo ele deve atuar como um colaborador na saúde do trabalhador a fim de não perder o foco que é trabalhar com a subjetividade humana. Com isso, a abordagem interdisciplinar possibilita a amplitude dos problemas de saúde. O psicólogo, portanto, pode participar na elaboração de diferentes modalidades terapêuticas na atenção à Saúde do Trabalhador, dando destaque as atividades grupais de portadores de doenças crônicas (LER/DORT; lombalgia, PAIR etc.), pois esse tipo de intervenção tem caráter informativo-terapêutico, que trabalha a subjetividade dos trabalhadores em amplo os aspectos (CFP/CREPOP, 2008).

¹ Internação Compulsória é obrigatória no âmbito prevista pela portaria Nº 777/GM de 28 de abril de 2004. Nesta portaria conta as doenças que devem ser notificadas compulsoriamente.

- Análise dos processos de trabalho e vigilância: Tem suas ações voltadas para a identificação, o controle e a eliminação dos riscos nos ambientes de trabalho, no qual parte de dados epidemiológicos. Os processos de vigilância podem ser desencadeados por uma ocorrência de doença, invalidez ou morte evitável, a fim de investigar o evento ocorrido prevenindo outros no futuro (CFP/CREPOP, 2008).
- Educação em saúde: Está ligado ao desenvolvimento e aplicação de cursos, seminários e estágios para técnicos, gestores e trabalhadores, visando capacitar os envolvidos, a fim de propiciar a formulação e implementação de políticas nessa área (CFP/CREPOP, 2008).
- Estabelecimento do nexos causal: Visa estabelecer nexos causal entre os transtornos mentais e os aspectos organizacionais do trabalho. O CREPOP (2008) aponta que o estabelecimento da relação causal entre doença e trabalho é norteado pelas diretrizes do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2001, p. 31) que diz que esses fatores estão associados a “natureza da exposição, o histórico da ocupação, grau ou intensidade da exposição, tempo de exposição, tempo de latência, evidências epidemiológicas e tipo de relação causal com o trabalho”.

A responsabilidade sobre a Saúde do Trabalhador deve ser tanto do próprio trabalhador quanto dos diversos profissionais envolvidos no ambiente de trabalho, tais como aqueles que têm o compromisso com o planejamento, administração, higiene e segurança do trabalho. As intervenções e ações voltadas à atenção e Saúde do Trabalhador perpassam pela prevenção, com forte componente educativo, visando impedir riscos desnecessários e com isso beneficiar tanto o trabalhador como a empresa (GUIMARÃES, 2005, p. 69).

Analisando as práticas em Saúde do Trabalhador, acima relacionadas, enfatizaremos a importância do psicólogo nessas práticas como um profissional da integralidade e que pode contribuir substancialmente com a equipe multidisciplinar com sua escuta qualificada e atenção aos diversos aspectos que envolvem a existência do sujeito, com enfoque na subjetividade. Entretanto, para uma atuação adequada, o psicólogo precisa imergir no campo da saúde coletiva, buscando

informações sobre as diversas disciplinas que podem contribuir com a sua análise, tais como epidemiologia social, vigilância em saúde, etc.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo foi de caráter exploratório com finalidade proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca do processo de adoecimento dos técnicos de enfermagem do setor centro cirúrgico de um hospital privado localizado na Grande Vitória (GIL, 1999).

Apoiou-se na abordagem qualitativa, que é um tipo de método “que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e das opiniões, produtos das interpretações que os sujeitos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2006, p. 57).

Devido a essas características, optou-se por utilizar esse método, pois essa abordagem se aplica melhor às investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de relatos sociais sob o ponto de vista dos sujeitos, e de relações para análise de discursos e de documentos (MINAYO, 2006).

Com isso, esse tipo de análise se enquadra adequadamente a uma pesquisa voltada para área da saúde, pois tratará de um grupo específico tendo em vista o relato dos sujeitos, fazendo a relação entre a análise do discurso, de dados documentais, considerando esses sujeitos e seu grupo social e cultural.

A análise do discurso foi baseada em “um conjunto de elementos aprendidos ao longo do nosso desenvolvimento pessoal e que utilizamos para dar sentido às situações que vivenciamos para produzirmos discursos” (SPINK, 2013, p. 239).

Portanto, a partir dessa análise foi possível averiguar como os sujeitos desse estudo dão sentido as ações cotidianas vivenciadas em seu trabalho e como elas influenciam no seu processo de adoecimento. Tendo em vista, que esse tipo de abordagem utiliza a compreensão da produção do sentido, utilizamos o mapa de associação de ideias que

[...] têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca dos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentido. Constituem instrumentos de visualização que têm duplo objetivo:

dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo (SPINK, 2013, p. 84).

Na realização da construção dos mapas, foram definidas categorias gerais, de acordo com a temática e que estivessem associados aos objetivos da pesquisa e aos repertórios disponibilizados através da entrevista semiestruturada (SPINK, 2013).

Essa pesquisa também utilizou dados do tipo documental, acesso de dados cadastrados no sistema informatizado do hospital, e aplicação de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), cujos dados levantados foram tratados a partir da análise de discurso, bem como da correlação entre os dados documentais, registros informatizados e os dados da entrevista semiestruturada.

Portanto, foram analisadas as informações sobre afastamentos dos técnicos de enfermagem do referido setor, a fim de verificar informações relevantes ao seu estado de saúde. Foi utilizada também a entrevista semiestruturada, no qual enriqueceu a nossa análise de cunho qualitativo.

3.2 SUJEITOS

Os sujeitos desse estudo foram 08 (oito) técnicos de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital privado da Grande Vitória, que estivessem no cargo no mínimo 06 meses e que trabalhassem sob o regime de no mínimo carga horária de 6 horas diárias.

Para este estudo, adotamos, além do critério acima, o seguinte: foram considerados trabalhadores que apresentaram mais de três atestados ou declarações de comparecimento em unidade de saúde, de pronto atendimento ou médicos e clínicas particulares e convênios por motivo de doença do próprio trabalhador, nos últimos 6 (seis) meses. Portanto, declarações de acompanhamento de filhos, pais e outros parentes em serviços de saúde não foram considerados na análise de dados.

Ressaltamos que o número de 08 (oito) participantes, quando se trata da abordagem qualitativa o número da amostra não é o melhor fator de validade e sim o conteúdo apresentado pelos participantes na coleta de dados. Sendo assim, esse número poderia ser alterado tanto para maior quanto para menor caso os dados não

mostrem a relevância necessária para a análise ou quando o conteúdo do discurso passa a ser repetitivo, tendo em vista os objetivos propostos para o referido estudo.

3.3 CAMPO DE ESTUDO

O campo de estudo foi o setor de centro cirúrgico de um hospital privado, não possuindo leitos públicos, localizado na Grande Vitória. Por se tratar de uma empresa de grande porte, e tendo em vista a diversidade de funções e setores dentro de um hospital, buscou-se focar na área de Enfermagem, mais especificamente nos técnicos de enfermagem do referido setor com jornada diária de no mínimo 6 horas por dia.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Foi encaminhada uma Carta de Anuência (ANEXO A) juntamente com uma via do projeto à Centro de Estudos e Pesquisa (CEP) do Hospital para a realização da pesquisa, seguindo as normas estabelecidas pela instituição hospitalar.

Assim, que o parecer foi favorável, foi apresentado o Requerimento de Acesso a Documentos (ANEXO B) elaborado pelo pesquisador e professor orientador, ao setor de Recursos Humanos a fim de permitir o acesso aos dados do setor em questão.

Com os dados da entrevista coletados foi feito uma análise comparando os atestados e declarações de não comparecimento ao trabalho por motivo de consulta médica dos sujeitos em estudo. A seguir foram reunidas todas as informações disponibilizadas e posteriormente os dados foram quantificados, tabulados e analisados à luz das teorias do campo da Saúde do Trabalhador e Saúde Coletiva.

Os dados coletados em entrevista semiestruturada foram gravados em equipamento eletrônico com autorização dos sujeitos por escrito, conforme Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO C), garantido o sigilo dos dados e a retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETAS DE DADOS

Por se tratar de uma pesquisa documental e de campo, os dados foram trabalhados através do arquivo virtual e físico no setor de Recursos Humanos do hospital em estudo, que foi autorizado através da carta de anuência (ANEXO A).

A entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) foi gravada e transcrita na íntegra após consentimento do sujeito através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO C).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa foram seguidas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos do CONEP, órgão do Conselho Nacional de Saúde, estabelecidas na Resolução 196/96 de 10/10/1996, entre as quais as garantias de participação livre e esclarecida, de anonimato e de sigilo quanto ao uso das informações prestadas e também da garantia de desistência da participação em qualquer etapa da pesquisa.

3.7 PREVISÃO DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise foi feita a partir do acesso aos dados físicos e virtuais constantes no setor de Recursos Humanos do hospital, referentes a atestados e declarações apresentados pelos sujeitos do estudo, bem como a partir dos dados coletados na entrevista semiestruturada.

As duas técnicas de coleta de dados, acima referidas, foram tratadas à luz das teorias da saúde coletiva e do campo da Saúde do Trabalhador. Por fim, discutimos como a atuação do psicólogo pode intervir através de medidas de promoção e prevenção da Saúde do Trabalhador.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO DA PESQUISA

A partir desse ponto serão discutidos os dados coletados, sendo que será dividido em duas análises; a do discurso através das entrevistas e a documental retirada do dossiê do empregado.

Foram entrevistados oito técnicos de enfermagem do centro cirúrgico, com isso por não se tratar de uma amostra ampla, optou-se por fazer o perfil dos entrevistados (Quadro 4 – Perfil dos entrevistados), a fim de ficar mais clara a exposição e discussão dos dados.

Quadro 4 – Perfil dos entrevistados

Sujeito	Idade	Sexo	Carga horária (diária)	Turno
1	29	Feminino	6 horas	Diurno
2	33	Feminino	9 horas	Diurno
3	34	Feminino	6 horas	Diurno
4	21	Feminino	6 horas	Vespertino
5	36	Masculino	9 horas	Vespertino
6	23	Feminino	6 horas	Vespertino
7	30	Masculino	6 horas	Diurno
8	27	Feminino	9 horas	Diurno

Fonte: Própria

É importante esclarecer que o regime de trabalho de segunda-feira a sexta-feira tem uma carga horária diária de 9 horas por dia e possui uma hora de almoço e de segunda-feira a sábado em uma carga horária diária de 6 horas por dia, tendo 15 minutos para lanche.

Outro fator que deve ser citado é que a faixa etária dos sujeitos desse estudo ficou entre os 21 anos e os 36 anos de idade, demonstrando se tratar de pessoas no auge de seu potencial produtivo.

Para a análise a partir do discurso, utilizando a técnica do mapa de associação de ideias (APÊNDICE B) foram estipuladas três categorias; saúde, doença e trabalho. Sendo que dentro de cada categoria buscou-se analisar dois aspectos, em saúde o relato associando ao aspecto cuidando de mim e cuidando do outro, na categoria

doença os aspectos emocionais e físicos e na categoria trabalho os aspectos das atividades e relacionamento interpessoal.

A análise documental tem como foco discutir os dados a partir do dossiê dos entrevistados, no qual foram pesquisados dados que pudessem acrescentar a discussão a respeito da relação saúde-doença.

4.1 ANÁLISE DO DISCURSO

4.1.1 Saúde

4.1.1.1 Cuidando de mim e cuidando do outro

O ambiente hospitalar é um local de serviços prestados a saúde, sendo que ao mesmo tempo apresenta vários riscos aos trabalhadores da área, pois é tido como um lugar que apresenta riscos químicos, mecânicos, biológicos e psíquicos.

A proposta desse tópico é compreender como o trabalhador da área da saúde se envolve no cuidado com o outro e em contrapartida como lida ao ter que cuidar de si próprio.

Buscando analisar o trabalho do técnico de enfermagem através da ótica de prazer e o sofrimento no trabalho. Poderíamos colocar que o prazer estaria no cuidado com outro, o sentimento de empatia e em troca o sentimento de gratidão e a recuperação daquele paciente. E nas entrevistas podemos ver relatos que afirmam essa hipótese:

[...] principalmente, o que me dá mais assim, que me deixa animada, que eu sinto uma emoção muito grande, quando eu vejo... é difícil, mas de vez em quando a gente encontra com os pacientes que já passaram na mão da gente. Uma vez eu encontrei com um dentro do ônibus, sabia? A menina olhou pra mim e disse, eu te conheço de algum lugar. [...] E disse que lembrava de mim do hospital, que havia feito uma cirurgia aqui. [...] Eu lembro que eu recebi um elogio da paciente que eles colocam né. Eles fazem elogio para funcionária tal e tal quando os pacientes saem, e eles passam no quarto avisando que os pacientes fazem cirurgia, aí eles passam no quarto perguntando, é tipo como se fosse o check list do hospital, aí eles pegam e falam, fui atendida pela funcionária tal e tal e teve um tempo que eu recebi um elogio, mas eu não sabia quem era a paciente, até porque a gente tem um monte de paciente (Sujeito 3).

E também na seguinte fala, “O que me faz bem é os pacientes me agradecerem, eles falam que são tratados com muito carinho, com muita atenção” (Sujeito 8).

Segundo Codo (1997) o significado do prazer no trabalho está ligado da relação Sujeito-Objeto-Significado (S-O-Sig), isso quer dizer que quando a relação técnico-paciente-trabalho estiver maior envolvimento haverá prazer no trabalho, no entanto se houver um rompimento desse significado, isso pode ocasionar o sofrimento no trabalhador. Tal rompimento pode ser entendido quando o prazer se torna sofrimento devido a burocratização no cuidar do outro, através do preenchimento de protocolos, guias, fichas, que vem a princípio como aspectos positivos na segurança do paciente, mas traz em contrapartida o acúmulo de atividades, a busca da produtividade, e a mecanização nos cuidados. Termos como humanização na saúde aparentam não fazer sentido, no momento em que a qualidade do serviço prestado dá lugar quantidade de cirurgias e procedimentos realizados em uma busca desenfreada pelo lucro, aos moldes do capitalismo.

O Ministério da Saúde em 2003 criou a Política Nacional de Humanização, a fim de efetivar princípios do SUS e a prestação de serviços com qualidade e incentivando trocas solidárias entre usuários, trabalhadores e gestores. Tal política é caracterizada pela valorização dos diferentes atores envolvidos no processo de produção da saúde, tendo como valores norteadores a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre os envolvidos, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL,2006b).

A política de humanização é muito discutida entres os profissionais da área da saúde, mas tem muito que caminhar no âmbito privado, e isso traz incomodo aos trabalhadores da área, desconfigurando o significado dado a sua profissão. Isso fica claro quando o entrevistado diz que

[...] por mais que você chegue e receba o paciente na sala e eles conseguem perguntar alguma coisa e tal, mas ainda eu acho tipo assim é fica claro que o serviço da enfermagem a humanização assim tá precária, tá automático, tá robótico, entendeu? (Sujeito 5).

A seguinte fala também contribui para essa discussão:

Principalmente... é... a pressão... é lidar com o ser humano... por que a gente sabe, que, tipo assim, o hospital tem que operar para ganhar. Tem que produzir, entendeu? E a pressão de médico na cabeça da gente... tipo assim, as vezes, é... agora com essa cirurgia segura que eles implantaram, ta bem melhor pra gente trabalhar. Mas antigamente era assim... bota o paciente na sala, a gente botava o paciente na sala e cadê o médico? O paciente ficava horas na sala esperando o médico. E isso era ruim pra gente e pro paciente por que o paciente não chega e fala "Doutor, tem 10

horas aqui que eu to esperando”, o paciente não fala isso, ele chega pra gente e fala, entendeu? Ai a gente chega pro médico e fala... pro médico é como se não fosse nada, é tipo assim... “ó, me atrasei”, não sei o que... Ai agora não! Agora o paciente só entra na sala com o médico dentro do Centro cirúrgico. Então não fica mais isso. E outra também, como eles ganham por produção, eles acham assim... Que tem que tirar o paciente e já colocar outro... e não é. Tem as coisas. A gente tem que fazer nossas folhas, a gente tem que fazer a cobrança dos pacientes dos materiais que foram usados. A gente tem que tirar o paciente da sala, e é a gente sozinho, é um técnico de enfermagem dentro da sala, a gente não tem ajuda (Sujeito 3).

Portanto, verifica-se que uma política pensada e implementada pelo SUS nas suas unidades de atendimento é entendida como importantes para o setor privado de saúde. A humanização ganha espaço no contexto privado, mas deixa pontos a melhorar como o fato da produtividade. Atender no tempo para produzir mais, o que de certa forma não se pode dizer que não ocorre no SUS. Entretanto percebe-se no SUS uma maior sensibilização para o acolhimento e a humanização do atendimento ao usuário.

Vale ressaltar aqui sobre o significado do trabalho, que os sujeitos enfatizam o prazer em serem reconhecidos como alguém que fez a diferença por tratar de forma humanizada um paciente numa hora de sofrimento e angustia. Esse significado demonstra que tais sujeitos têm um valor associado a sua profissão e as atividades a ela inerentes. Esse valor passa pela preocupação como o outro, pelo sentimento de empatia e pela identificação da importância e impacto da sua atuação profissional na vida das pessoas (CODO, 1997; TOLFO; PICCININI, 2007).

Pesquisas realizadas com técnicos de enfermagem mostram que o prazer no trabalho está no reconhecimento do paciente e na possibilidade de amenizar a dor e o sofrimento do mesmo; o sofrimento se relaciona com a assistência ao paciente onde a morte é um fator que traz uma sensação de fracasso em seu trabalho, as condições de trabalho e as dificuldades de convívio com a equipe são também agravantes nesse processo (BARROS; BEURON, 2010; KESSLER; KRUG, 2012).

Um ponto que é importante destacar é que dentre os entrevistados dessa pesquisa nenhum trouxe o sofrimento do lidar com a morte em seu dia a dia, mas os demais pontos discutidos sobre o prazer e o sofrimento no trabalho condizem com a fala dos entrevistados dessa pesquisa.

Voltando a tratar sobre os aspectos do trabalho do técnico de enfermagem no que se refere a ser um profissional da saúde que se implica tanto em cuidar do outro,

mas possui dificuldade de cuidar de si. Foi observado que o cansaço e a falta de tempo devido aos compromissos no trabalho e fora do trabalho, os trabalhadores só buscam ajuda médica quando estão com alguma dor ou sintoma já acentuados. Quando isso ocorre o afastamento do trabalho costuma passar de mais de um dia. Alguns relataram cuidados simples com sua saúde tais como uma boa noite de sono, atividades físicas ou algum lazer com a família. Tais como podemos ver no seguinte relato “ (Risos) Só tendo uma boa noite de sono. Só isso! [...] É, e por que estuda, trabalha ai não tem como. [...] Exercício zero! Sedentarismo” (Sujeito 7).

E também em outra fala:

Bom, as vezes acontece assim de ficar em casa, de sair com o marido e com a filha. Porque assim, eu trabalho de segunda a sábado e quando dá eu vou num aniversário ou quando tem alguma coisa assim entendeu? A noite eu não saio muito não, porque eu to fazendo faculdade aí não tem como eu sair, mas assim, dá sim pra gente se distrair um pouco, as vezes saindo aqui de repente no sábado eu vou pra praia, mas assim, o negócio é pensar assim que eu dependo daqui, não tem jeito, se não for aqui, vai ser em outro hospital e hospital é tudo a mesma coisa, eu tenho que trabalhar do mesmo jeito para pagar minha faculdade. Então... (Sujeito 3).

Esses dois pontos que foram tratados o cuidando de mim e o cuidando do outro suscita para um outro ponto, quem cuida dos trabalhadores da área da saúde? Quem cuida também necessita de cuidados e o campo da Saúde do Trabalhador traz que os cuidados com a saúde ela é construída com todos os envolvidos nesse processo, implicando desde o trabalhador em buscar a promoção e a prevenção de sua saúde, a instituição a promover um ambiente com condições favoráveis para uma qualidade de vida no trabalho, até o Estado no dever de garantir políticas públicas que visem assegurar o bem estar e a saúde do trabalhador.

4.1.2 Doença

4.1.2.1 Físico e emocional

O processo de adoecimento do trabalhador pode ser vivenciado tanto no aspecto físico como também no emocional em seu ambiente de trabalho. O ambiente hospitalar por se tratar de um local que apresenta diversos riscos à saúde do trabalhador, podendo ocasionar doenças, configura-se como um contexto de grande preocupação em temas de Saúde do Trabalhador, pois sabemos do nível de

estresse a que esses trabalhadores estão submetidos, devido à própria característica do seu trabalho. Lidar com a dor do outro, o adoecimento e a morte sensibilizam ou enrijece o sujeito. Enrijece muitas vezes como uma forma de se defender do próprio sofrimento ou ainda por naturalizar o estado de adoecimento, ainda que esse seja acompanhado de cenas muito dolorosas.

No ambiente organizacional França e Rodrigues (2002, p.118) apontam que “a doença é raramente bem vista durante o trabalho”, pois a doença até mesmo a dor geralmente estão correlacionadas uma fragilidade, limitação e preocupação quanto a sua capacidade.

Portanto ficar sensível a algo que é rotina, como o sofrimento no ambiente hospitalar pode denotar fragilidade e de certa forma uma inabilidade em lidar com situações que são inerentes ao contexto profissional escolhido pelo sujeito.

Os sujeitos entrevistados citaram uma situação específica e frequentemente vivenciada por mulheres trabalhadoras, a gravidez. Estar grávida no ambiente de trabalho não tem sido fácil, embora a gravidez não seja uma doença. A gestante possui seus direitos conforme redigidos em lei, tais como; Lei nº 9.799, de 26 de maio de 1999, que estipula regras sobre a relação da mulher com o mercado de trabalho (BRASIL, 1999b) e dispõe sobre seus direitos em estado de gravidez.

Mas, a realidade implica outros fatores que a lei não abrange, tais como o estado emocional frente a chefia e aos colegas de trabalho, por não poder realizar todas as atividades da mesma maneira que realizava antes. As normativas não têm como definir formas de controle de situações específicas que ocorrem em cada organização ou instituição.

[...] E no início da gestação, por exemplo, foi a fase que eu fiquei mais desmotivada. O que eu percebo é que você só é bom enquanto tá servindo. Como eu to gestante, tem coisas que eu não posso fazer, tipo pegar peso. Ai eu percebi que é como se eu não estivesse valendo nada. [...] No começo eu ficava triste... na verdade eu fico triste até hoje. Mas, o que acontece, se eu estiver passando muito mal, eu nem venho, vou ao médico e fico em casa. Porque se eu venho e preciso sentar um pouco, não posso... Inclusive já ouvi comentário de que quem está passando mal tem que ficar em casa (Sujeito 1).

A partir da fala desse sujeito pode-se observar que conciliar a gravidez com a vida profissional, perpassa por vários aspectos, entre eles o sentimento de exclusão por não poder fazer as atividades que realizava antes da mesma maneira, passando por sentimentos de decepção e frustração devido ao seu trabalho e ao mesmo tempo

tendo que cuidar de sua gestação a fim de que seu trabalho não seja um fator desencadeante a possibilitar riscos em sua gravidez.

Além da questão das atividades que requerem esforço físico, a grávida precisa ter seus cuidados também com o fator emocional envolvido, onde a exclusão e inadequação podem ser sentimentos que influenciam em seu estado emocional.

Sentir-se útil é um dos fatores que estão atrelados a satisfação ou insatisfação no trabalho. Sabendo-se que a satisfação gera prazer e a insatisfação desprazer, pode-se concluir com a fala do sujeito acima que existe um sofrimento inerente a desqualificação da profissional no período de gestação. Nesse período, cuidados devem ser tomados e algumas atividades não devem ser realizadas por cuidado e para preservar a saúde da trabalhadora e do filho que está a gerar.

Dejours (1992) ressalta em *à Loucura do Trabalho* que o sentimento de inutilidade muitas vezes leva o trabalhador a não evidenciar um adoecimento por receio de ser visto como alguém que faz “corpo mole” ou é preguiçoso. Isso muitas vezes leva o trabalhador a tolerar situações de sofrimento até que um adoecimento seja instalado no nível do organismo mesmo. Podemos fazer uma analogia do que fala o autor com a revelação da trabalhadora que se incomoda com o fato de ser vista como inútil e possivelmente para preservar sua saúde e de seu filho busca atendimento médico para suportar a exclusão e o desprezo por não estar plenamente produtiva nessa fase de sua vida.

A gravidez no trabalho precisa ser compreendida no âmbito do cuidado da saúde, da prevenção de doenças e da promoção da saúde. Sendo assim, as trabalhadoras gestantes não precisam se sentir inúteis caso esteja amparada pela organização e por uma liderança que tenha compreensão do estado em questão e saiba equilibrar o fator produtividade com a segurança e a saúde dos trabalhadores. Afinal esse também é um fator de avaliação do desempenho de chefias e da boa gestão de pessoas no âmbito organizacional.

Outro fator importante de ressaltar que os trabalhadores desse setor estão expostos a grandes níveis de estresse como podemos ver:

Profissionalmente a gente tem que saber trabalhar profissionalmente, isso tudo se acarreta para você ficar doente, o estresse constante. É muito difícil, é muito difícil, se eu falar para você que é fácil, não é fácil! Sem ter tempo para ir no banheiro, você não tem tempo nem de res... por que quando você acha que você está respirando, já estão tomando o seu ar (Sujeito 6).

Os níveis de estresse podem levar o adoecimento, Lipp (1996) descreve as fases do estresse. Segundo a autora a primeira é de alerta, quando a pessoa entra em contato com o agente estressor, podendo desencadear sensações como: sudorese intensa, taquicardia, respiração ofegante, adrenalina em excesso e outras. Já a segunda é da resistência, quando a pessoa tenta se recuperar do desequilíbrio, para isto utilizando-se de grande carga de energia, por consequência surge os sinais de desgaste, cansaço e esquecimentos provenientes da fase anterior. Entretanto, quando não ocorre o reequilíbrio, vem a terceira fase a qual consiste de exaustão, que é a mais perigosa, pois alguns sintomas da primeira fase retornam de forma mais agravada e por isso podem ocorrer um maior comprometimento no organismo físico em forma de doença (LIPP; 1996).

O que se torna preocupante é quando o estresse entra na terceira fase comprometendo a saúde do trabalhador, podendo levar a problemas mais graves. No entanto não devemos tratar o estresse como algo inerente ao ambiente de trabalho, pois o indivíduo não é um ser compartimentado, o momento atual o qual está vivenciado também influencia em seu estado emocional, bem como a singularidade de cada sujeito imprime um ritmo de trabalho e uma resistência maior ou menor as pressões. Portanto, com relação às consequências do estresse não se pode generalizar, deve-se entender as experiências dos trabalhadores como únicas e singulares.

O estresse ocupacional associado a situações decorrentes do trabalho pode resultar em diversas consequências, tais como a Síndrome de Burnout. Tal síndrome é caracterizada como frutos de situações advindos do trabalho e que está em um processo que se dá em resposta a um estresse ocupacional crônico, “trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social” (BENEVIDES-PEREIRA, 2003, p. 04).

Além disso, Souza e Silva (2002) apontam que ao associar os fatores da personalidade com os aspectos da organização do trabalho dos profissionais da área da saúde, a síndrome de Burnout talvez possa oferecer uma explicação no que se refere à relação profissional com o paciente. Essa relação passa a ser dificultada pelo estado emocional do trabalhador que já não suporta mais os desafios de lidar com suas próprias fragilidades frente à fragilidade do outro, no caso o paciente. Isto faz com que a relação com o paciente seja comprometida e também o estado de

saúde do trabalhador pode ser agravado, caso haja uma insistência ou resistência em não expor seu adoecimento.

Em termos de conquistas legais para os trabalhadores a síndrome de Burnout já conta na legislação brasileira, ainda que de forma incipiente:

A legislação brasileira de auxílio ao trabalhador já contempla a Síndrome de Burnout no Anexo II &– que trata dos Agentes Patogênicos causadores de Doenças Profissionais &– do Decreto nº3048/99 de 6 de maio de 1996 &– que dispõe sobre a Regulamentação da Previdência Social &–, conforme previsto no Art.20 da Lei nº8.213/91, ao referir-se aos transtornos mentais e do comportamento relacionados com o trabalho (Grupo V da CID-10), o inciso XII aponta a Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burn-Out, Síndrome do Esgotamento Profissional) (Z73.0) (CARLOTTO; CAMARA, 2007, p. 204).

Sendo que o capítulo XXI do CID-10 que contempla os códigos Z00 a Z99, são caracterizados como fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde. E mais especificamente o Z73.0 é caracterizado como esgotamento, que estaria ligado a um estado de exaustão vital. Portanto, caracterizar tal síndrome a partir das nomenclaturas do CID-10, pode se caracterizar em um diagnóstico abrangente a diversos fatores os quais não são especificados (OMS, 2008).

Entre os entrevistados podem-se observar características e sintomas de um possível diagnóstico de Síndrome de Burnout. Durante o seu relato teve alguns momentos de muito choro e utilizou a entrevista como um momento de expor o que estava lhe incomodando. Com isso, podemos observar que tal sujeito apresenta os três aspectos básicos do Burnout que são conforme Maslach (apud FRANÇA; RODRIGUES, 2002) exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal e profissional.

A exaustão emocional está associada a uma intensa carga emocional. O trabalhador se sente esgotado e com pouca energia para realizar o seu trabalho no dia seguinte, tendo a impressão que ele não terá como restabelecer as suas forças para o trabalho. Com isso, o trabalhador se torna, pouco generoso, pode aparentar sentimentos de insensibilidade, apresentando comportamento rígido, e adota rotinas inflexíveis, a fim de manter-se imparcial e distante de qualquer envolvimento com pacientes e colegas (MASLACH apud FRANÇA; RODRIGUES, 2002, p. 51).

[...] Assim essas coisas vêm cansando você vem sabe, vai te saturando vai te cansando, então assim você me pegou no pior período pra poder fazer uma pesquisa dessa, porque eu tô assim, a carga negativa, você tá vendo

na sua frente, por que assim e é nítido as pessoas que me conhecem sabe como é que eu trabalho. Todo mundo vem me perguntar, o que você tem? Que você tá assim? Por que eu não aguento mais sorrir (Sujeito 5).

O sujeito durante a entrevista apresenta outras falas que apontam estar mantendo um comportamento distante dos colegas de trabalho, apresentando um comportamento rígido e pouco empático em relação à entrada de novos colegas de trabalho, devido ao desgaste de ter que ensinar e posteriormente devido a rotatividade da função o novo trabalhador sair. Percebe-se também o desejo de isolamento.

[...] eu tenho me sentindo muito cansado, muito estafado, eu acho que é porque tá entrando muita gente novata, você que é mais antigo fica mais sobrecarregado ainda, porque ainda você tem a obrigação de ensinar. Então hoje eu já me recuso a ensinar eu não quero ninguém perto de mim pra me ensinar, não quero estagiário não quero funcionário novo, não quero! Não tô com paciência (Sujeito 5).

A despersonalização está ligada ao desenvolvimento do distanciamento emocional exacerbado, como frieza, indiferença diante da necessidade dos outros, insensibilidade e postura desumana. O contato com as pessoas é marcado por uma visão e atitudes negativas, o trabalhador deixa de perceber as pessoas como semelhantes a ele, perdendo a capacidade de empatia. Tende a ver o trabalho como um transtorno, tendo como um problema a ser resolvido, pois isso lhe incomoda e perturba. Apresenta atitude em geral de intolerância, irritabilidade e ansiedade (MASLACH apud FRANÇA; RODRIGUES, 2002, p. 51).

Pode ver na seguinte fala; “[...] eu tenho me sentido sem vontade de vir trabalhar, sem ânimo nenhum assim, eu nem me reconheço mais. Não sei acho que é esse cansaço assim, tô cansado sabe? É eu tô me sentindo explorado [...]” (Sujeito 5).

Demonstra traços de ansiedade na seguinte fala; “Quando vai dando a hora de vir trabalhar meu desespero começa a aumentar, ai isso vai me agravando, é tipo as coisas que vem acontecendo, semana passada eu tava de atestado de 7 dias por que eu tive um furúnculo, quer dizer em dois meses eu tive quatro furúnculos” (Sujeito 5).

As reduções da realização pessoal e profissional ficam extremamente comprometidas com diminuição da qualidade da atividade laboral, pois possuem a sensação de que seu trabalho não está alcançando resultados satisfatórios, desenvolvendo sentimentos de decepção e frustração (MASLACH apud FRANÇA; RODRIGUES, 2002, p. 52).

Podemos observar tal característica na seguinte fala: “[...] meu Deus será que eu tô saturado da enfermagem? Será que eu tô de saco cheio desse centro cirúrgico? De saco cheio das pessoas? Sabe? É tenho me sentindo cansado e eu já trabalhei em três empregos e nunca me senti assim” (Sujeito 5).

A redução da realização pessoal e profissional associado com a exaustão emocional e da despersonalização e todas as suas consequências, é comum senso de inadequação e sentimentos de que tem cometido falhas, com seus ideais, normas e conceitos. Pode surgir sensação que se tornou uma pessoa diferente fria e descuidada, como consequência surge a baixa estima podendo chegar a depressão (MASLACH apud FRANÇA; RODRIGUES, 2002, p. 52).

Com isso, os trechos do relato do sujeito 5, traz demonstra inquietação, pois seu sofrimento é nítido através de suas falas na entrevista. Além disso, tal entrevistado, apresenta diversos sintomas físicos que podem estar atrelados ao seu estado emocional, devendo ser investigados e comprovados através de seus atestados apresentados constantemente na etapa de análise documental.

Estudos sobre o Burnout tais; como o Jodas e Haddad (2009), Rosa e Carlotto (2005) e Silva e Carlotto (2008) utilizam como base de investigação em seus sujeitos o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que trata-se de um inventário com vinte e duas questões e adota a escala do tipo Likert, que abordam as características da síndrome; exaustão profissional, realização profissional e despersonalização.

Em ambas as pesquisas realizadas o foco está nos profissionais da área da saúde e é possível notar que há um número significativo de trabalhadores que apresentam características e manifestações diagnosticas da síndrome e outros possuem uma tendência a desenvolvê-la (JODAS; HADDAD, 2009; ROSA; CARLOTTO, 2005; SILVA; CARLOTTO, 2008).

Apesar de o questionário não ter sido aplicado nos sujeitos dessa pesquisa, através das características diagnosticas do Burnout, podemos constatar através da fala do sujeito 7 sintomas que se assemelhariam a descrição.

Pode-se observar também que alguns trabalhadores conseguem associar o seu estado emocional a sintomas físicos, quando lhe ocorre algo que lhe traz algum incomodo. Isso se transforma em sintoma físico advindo de um estado emocional.

As narrativas abaixo são bons exemplos do que estamos falando:

Mas, foi o que o médico falou, é devido ao emocional, às vezes quando eu fico muito nervosa ou quando eu tô muito agitada aí vem a TPM, vem essas bênçãos desses médicos que falam no ouvido da gente e essas coisas eu sinto um dorzinha mais bem... aí eu já sei, aí eu vou lá e tomo o remédio. Aí eu tomo o remédio que eu tenho remédio lá em casa, aí eu tomo o remédio e depois passa (Sujeito 3).

[...] às vezes quando eu brigo aqui, eu chego em casa... Por que eu sou hipertensa, às vezes eu chego em casa com a pressão a 18. De que você já ouviu uma gracinha de médico ou de um enfermeiro e ai você fica, guarda aquilo e ai vai para casa com aquele negócio nervosa, fica nervosa (Sujeito 2).

Portanto os fatores emocionais atrelados ao relacionamento no trabalho e também as devido as atividades realizadas podem influenciar na condição de saúde das pessoas. Sendo assim, faz-se necessário não somente intervir no individual, conscientizando e fazendo com que o sujeito compreenda seus limites, uma vez que existe a postura organizacional que cobra as metas, que pauta relacionamentos entre as pessoas, hierarquizando não somente no nível do organograma organizacional, mas atribuindo maior valor a este ou aquele trabalhador. No caso da instituição hospitalar é histórica a hegemonia do saber médico e assim o status que esse profissional ocupa é diferenciado.

As narrativas dos sujeitos entrevistados mostram a insatisfação nessa relação do médico com a equipe de técnicos de enfermagem, e também do enfermeiro de nível superior com a mesma equipe, apontando para um incomodo, um descontentamento que gera sentimentos ruins, tensão, etc., que passam do sofrimento psíquico para o orgânico com a alteração da pressão arterial.

Os sintomas podem aparecer devido à forma de execução do trabalho e esforço físico associados, que podem ser decorrentes a uma má distribuição do trabalho, sobrecarregando alguns técnicos, com isso tendo que realizar procedimentos sozinhos ou adiantar algum outro devido à correria da função.

Podemos ilustrar essa situação com a seguinte fala quando o sujeito é interrogado sobre que tipo de desconforto suas atividades vêm provocando:

Físico já me causou. Eu tenho até uma lesão aqui no punho, eu fiz fisioterapia não adiantou. O médico está esperando para ver se esse cisto cresça para operar mesmo.

Por causa da cadeira (cadeira de rodas).

Sim, é da cadeira de rodas. Por causa dessa posição que eu fico, por que eu faço isso direto. Levando o paciente da minha sala depois para sala de cirurgia e depois para a minha sala (Sujeito 8).

Os esforços físicos repetitivos são um dos grandes influenciadores nos adoecimentos que se relacionam com o trabalho. Nesse caso o fato de ir com o paciente na cadeira de rodas para um exame e outro traz um desgaste nas articulações das mãos que levam ao adoecimento.

O modelo da organização do trabalho na instituição hospitalar, como pode se ver, está muito condicionada ao que surge como emergência, exigindo do trabalhador grande flexibilidade, prontidão e agilidade para ser assertivo. Vale lembrar que uma atitude não assertiva nesse contexto pode significar muita coisa, inclusive o agravamento do quadro de saúde do paciente. Obviamente todos esses fatores em conjunto elevam o nível da pressão e da tensão no ambiente de trabalho.

4.1.3 Trabalho

4.1.3.1 Atividades e relacionamento interpessoal

Os técnicos de enfermagem dão suporte nos mais diferentes tipos de cirurgias tais como; neurologia, cardíacas, obstétricas, oftalmológicas entre outras que são desde pequenas a grandes cirurgias. A equipe em uma sala cirúrgica é formada por um técnico de enfermagem, um instrumentador (trabalhador terceirizado), um médico anestesista e o médico cirurgião.

Durante as entrevistas pode se observar diferentes percepções e sentimentos a respeito de uma mesma atividade, trazendo perspectivas cada um dentro de sua individualidade e modo de significar o seu trabalho.

É interessante observar que em alguns relatos o trabalhador, verbaliza que o exercício de suas atividades já lhe trouxe ou lhe traz malefícios a sua saúde, e mesmo diante dessa situação há o prazer em executar suas atividades.

O trabalhador no exercício de suas atividades podem vivenciar dois extremos o prazer e o sofrimento. Podemos apontar ainda que condições e exigências no trabalho, salário, as relações com a chefia e os colegas de trabalho, com os pacientes, são fatores que podem produzir sofrimento ou prazer (BRASIL, 2011).

Podemos observar isso na seguinte fala; “Eu gosto, porque igual eu falei, eu trabalho no que eu gosto. Eu gosto de trabalhar aqui, eu gosto do centro cirúrgico, então tipo assim, às vezes, tem hora que acontece de ter algum imprevisto algumas coisas assim, que a gente sabe que acontece às vezes... mas assim, eu gosto daqui” (Sujeito 3).

Mas, em contrapartida:

Eu não gosto quando os médicos vêm gritar com a gente assim, eu não gosto não. [...] Não são todos, mas muitos são mal educados. [...] então assim, eu não gosto muito quando eles gritam comigo. Por que eu sou assim... você gritou comigo, eu grito também. Por que se você me tratar com respeito eu vou te tratar com respeito. Agora se você me tratar grossa com ignorância eu vou te tratar com ignorância também (Sujeito 3).

Observa-se na narrativa do mesmo sujeito o “gostar” e o “não gostar” do trabalho. Nesse ponto vale trazer à reflexão a presença dos dois polos prazer e sofrimento/tortura tão marcado historicamente na maneira como se fundou as relações de trabalho. Portanto, não se trata de prazer ou sofrimento, ambos demonstram estar presentes no cotidiano do trabalhador, por mais que o trabalho em si, suas atividades lhe tragam um sentido de vida há ainda o outro lado, o lado que desgasta, que é doloroso emocionalmente ou fisicamente.

A dimensão dos relacionamentos interpessoais aparece na última narrativa citada mais uma vez como fator de insatisfação e sentimento do pouco valor que se dá ao profissional, uma vez que como dito no tópico anterior a instituição hospitalar está fundada no discurso médico. Portanto as relações demonstram ser extremamente hierarquizadas, sendo inclusive diferenciada a relação entre enfermeiros de nível superior e técnicos de enfermagem. A forma como os sujeitos relatam ser tratados, com gritarias e falta de respeito no sentido da cordialidade que não permeia tais relações, traz sofrimento psíquico e com o tempo, dependendo de cada sujeito pode-se verificar a configuração das fases da síndrome de Burnout ou outros fatores associados ao estado emocional, inclusive com sintomas e comprometimentos orgânicos.

A Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST) faz menção aos tipos de violência que podem ocorrer dentro do contexto em saúde do trabalhador:

Entre os problemas de saúde relacionados ao trabalho deve ser ressaltado o aumento das agressões e episódios de violência contra o trabalhador no

seu local de trabalho, traduzida pelos acidentes e doenças do trabalho; violência decorrente de relações de trabalho deterioradas, como no trabalho escravo e envolvendo crianças; a violência ligada às relações de gênero e o assédio moral, caracterizada pelas agressões entre pares, chefias e subordinados (BRASIL, 2004, p. 8).

Com isso, podemos dizer que os trabalhadores de enfermagem relatam problemas de violência psicológica através do assédio moral advindos de alguns relacionamentos hierarquizados tidos com os médicos e enfermeiros de nível superior. Partindo dessa questão sobre o assédio moral, podemos apontar que

O assédio moral no ambiente organizacional se apresenta de forma variada, podendo ter como consequências sobre os trabalhadores desde acidentes físicos a sofrimentos psíquicos. Assediados podem apresentar desânimo, cansaço, ansiedade, estresse, tendência suicida, insegurança, vergonha e hipersensibilidade. Para as organizações, o assédio pode causar baixa produtividade, diminuição de benefícios, maiores custos de seleção e formação de pessoal substituto; para o governo, acarreta gastos com a saúde do trabalhador (OIT apud XAVIER et al, 2008, p. 16).

Com isso, vale ressaltar a importância do desenvolvimento de boas relações no trabalho uma vez que a instituição cria sua imagem a partir do que ocorre em seu interior e não tem como não ser presenciado por outras pessoas que não fazem parte do corpo de funcionário. Assim, muitos casos de falta de cordialidade entre funcionários podem ser presenciados por pacientes, seus acompanhantes e visitantes.

As relações interpessoais são fatores fundamentais no desenvolvimento de uma equipe multidisciplinar para que se possa construir ações interdisciplinares, uma vez que os diferentes conhecimentos que convergem para o contexto hospitalar não são estanques, pelo contrário, esses conhecimentos se complementam; e uma ação terapêutica tomada a partir de uma interlocução de saberes certamente será mais assertiva.

Pois, a equipe multidisciplinar deve ser constituída através de uma relação entre diversos profissionais, no qual o paciente deve ser visto como um todo, considerando as premissas do atendimento humanizado. Pois, o foco está nas demandas daquele ser humano, e a equipe tem por objetivo atender as necessidades globais do mesmo, visando seu bem-estar (FOSSI; GUARESCHI, 2004).

Outro fator que apareceu de forma explícita foi o estresse no trabalho, em alguns casos específicos o relato veio acompanhado do choro e do desespero diante de tais situações advindas das atividades do dia a dia. Tais motivos estão relacionados

à forma de execução das atividades e o relacionamento interpessoal. O que aparece de forma mais significativa como disparador do estresse é o relacionamento interpessoal entre os técnicos e os médicos.

O que acontece eu acho que no ambiente de trabalho você tem que ser respeitado, independente ou não, do seu cargo, se você é médico, se você é diretor, o que seja, você tem que respeitar. Tem a pirâmide! Existe a pirâmide! Claro que tem a hierarquia, existe! Mas não seja por isso que você tem que desvalorizar o que vem embaixo, não! Profissionalmente a gente tem que saber trabalhar profissionalmente, isso tudo se acarreta para você ficar doente, o estresse constante (Sujeito 6).

A relação de poder e com isso a fragilidade nas relações interpessoais, fica claro na seguinte fala:

[...] e outra também... é... de médico, tipo assim; eu mando e você obedece... eu posso... eu mando... não é assim... ai eu falo... não, não é assim, você manda e eu obedeço. Vamos sentar e vamos conversar. Sabe por causa de que? Você pode até mandar... o que você tem você estudou, entendeu? Você estudou e eu ainda não, mas assim, você não pode chegar e falar "eu mando e você obedece"... não... não é assim... vamos sentar e vamos conversar (Sujeito 3).

O ambiente de trabalho, a organização das atividades, as diferenças sociais, os tipos de liderança interferem diretamente na satisfação do trabalhador e também em sua saúde. Martinez, Paraguay e Latorre (2004, p. 55) ao associar a satisfação no trabalho com a sua saúde do trabalhador, aponta que em seus aspectos ligados a "saúde mental" e "capacidade para o trabalho", demonstram ser importantes fatores psicossociais em relação à saúde e bem-estar dos trabalhadores.

Na fala dos entrevistados podemos observar mais uma vez o enfoque na disciplina rígida, obediência e na hierarquia. Isso deve ser investigado em cada para que se possa entender que tipo de lideranças estaria presente nesse momento e o que tem desencadeado essas tensões nos relacionamentos, caso o turno seja fixo. Caso a equipe mude a cada turno a investigação deve ser feita de maneira mais ampla e com enfoque de buscar informações sobre o aspecto das relações interpessoais no setor centro cirúrgico, para que seja possível juntar dados na compreensão da insatisfação e adoecimento no trabalho.

Nas atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem eles possuem a supervisão e organização das atividades, eles são liderados pelas enfermeiras responsáveis pelo setor, que são divididas por turnos (manhã, tarde e noite). Foi observado que existem diferentes tipos de liderança, e isso interfere de maneira significativa na sobrecarga de trabalho e satisfação entre os técnicos de enfermagem.

Em casos de desentendimentos entre técnicos de enfermagem e médicos há relatos que apontam a respeito da intervenção das enfermeiras nos casos:

Olhou pra gente... “ah não sei o que...” já está discutindo, já está falando e eu começo a chorar e eu saio de perto, entendeu? Por que tem hora que ta assim, aí já é a hora que entra a enfermeira que quando ela é esperta e é inteligente ela já vê a situação da pessoa, já vê que a gente ta naquele jeito, já tira a gente, já coloca pra outro lugar, entendeu? Só que tem enfermeiros e enfermeiros né... tem uns que não percebe. Tá vendo que às vezes falta só isso daqui para explodir... tem enfermeira que tira, mas tem enfermeira que deixa, aí depois que estoura, dá aquela muvuca, aquela confusão no corredor, aquela gritaria, entendeu? (Sujeito 3).

Spector (2006) aponta que a possibilidade da insatisfação no trabalho está relacionada com a saúde e o bem estar do trabalhador. No sentido que a satisfação no trabalho pode ser um fator causador de doenças sérias e até a morte. Ele ainda complementa que trabalhadores insatisfeitos relatam sintomas físicos, tais como problemas para dormir e dores estomacais, há também uma correlação entre fatores emocionais devido a emoções negativas no trabalho estarem correlacionadas com ansiedade e depressão. Podemos observar que:

Olha, eu vou ser muito sincero para você. Quando eu trabalhava à tarde, eu vinha super, hiper, mega arrastado. Arrastado mesmo, por obrigação, agora de manhã nem tanto. Por que tira o peso, por que quando tiram um pouco do peso das suas costas, da carga de trabalho então você se sente um pouquinho mais satisfeito (Sujeito 7).

Além dos aspectos ligados a satisfação nesse trecho também podemos correlacionar a fala do sujeito 7 com o que Laurell e Noriega (1989) chamaram de cargas de trabalho. Pelo que é descrito está ligado à carga psíquica decorrente das diferenças de organização e divisão do trabalho existente entre os dois turnos.

O tema carga psíquica precisa ser investigada nos ambientes de trabalho de uma forma geral, pois vem sendo crescente os adoecimentos que se iniciam com sentimentos negativos de menos valia que evoluem para uma ansiedade generalizada e depressão. Percebe-se um envolvimento e comprometimento das empresas, organizações e instituições em se resguardarem quanto aos riscos biológicos, no caso do hospital muito presente; riscos físicos, químicos, mecânicos, etc. Entretanto trazer a dimensão psíquica para análise ainda é uma atitude pouco vista e quando existe é de forma incipiente. Nesse caso o Campo da Saúde do Trabalhador tem muito a contribuir, pois é esse campo que traz à tona a análise das cargas psíquicas no processo de organização do trabalho. Portanto, o psicólogo no contexto do trabalho muito tem a contribuir para que essa análise seja feita

conjuntamente com outros profissionais que já analisam os outros aspectos relacionados à Saúde do Trabalhador como os riscos acima citados.

O relato acima citado do sujeito 7 vem corroborar com a hipótese de que em determinados turnos as cargas psíquicas são mais intensas devido a forma como os profissionais se relacionam. Vale ressaltar que nessa pequena amostra três sujeitos apontaram para esse fator como algo humilhante e que traz consequências negativas a saúde psíquica e física dos trabalhadores. Sendo assim, fica como um alerta para a instituição.

Na perspectiva do desenvolvimento de um ambiente de trabalho harmonioso e produtivo vale uma investigação detalhada das formas como as pessoas interagem nesse ambiente e posteriormente uma intervenção, haja vista que as diversas formas de relacionamentos existentes na instituição, além de causar danos à saúde dos profissionais, estão na vitrine, ou seja, são vistos por pacientes, acompanhantes e visitante, pois não se pode afirmar que sua ocorrência se dá somente dentro do centro cirúrgico, mas que provavelmente, pelo histórico da instituição hospital pode-se concluir uma rigidez de hierarquia de saberes que se espalha para a forma como as relações se dão, dando mais poder aos profissionais que segundo essa lógica têm mais valor. A lógica da qual falamos aqui é a lógica de quem detém o suposto conhecimento, que difere da lógica os conhecimentos se complementam e portanto não há valor diferenciado.

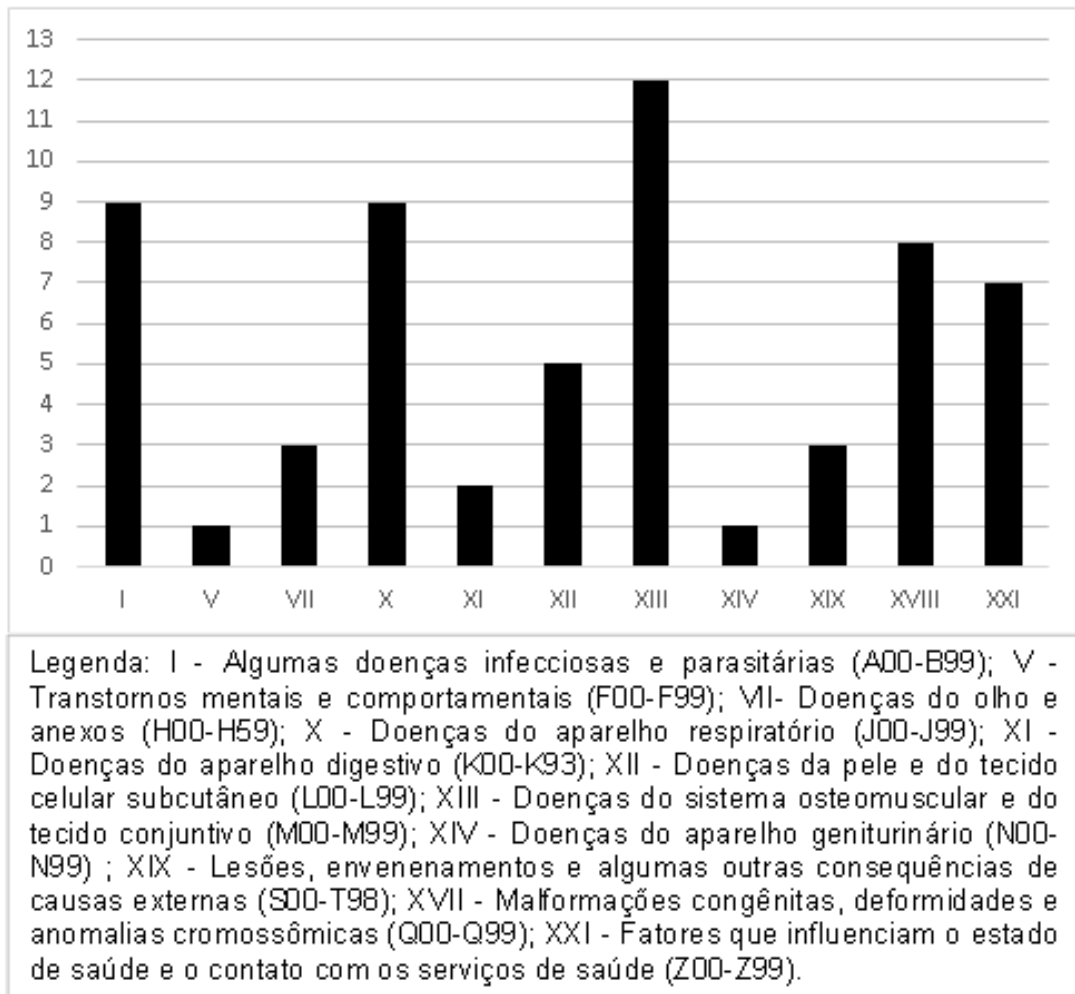
4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL DOS DADOS

Os sujeitos entrevistados foram escolhidos por terem apresentado mais de três atestados ou declarações de comparecimento em unidade de saúde (entre outubro de 2014 a abril de 2015). Em média cada trabalhador se afastou dezesseis dias, sendo que um dos entrevistados chegou a se afastar por trinta e quatro dias (Sujeito 6).

Para uma melhor explanação dos dados, a partir desse ponto os dados documentais serão analisados correlacionados com as informações das entrevistas. Com isso, foi organizado as maiores incidências do CID-10 a partir da letra de cada atestado ou

declaração, a fim de demonstrar o que levam esses trabalhadores a adoecerem. Como o CID-10 é dividido em vinte e dois capítulos e cada capítulo se refere a intervalos de códigos da CID-10, optou-se em demonstrar os dados a partir de seus capítulos (OMS, 2008).

Gráfico 1 – Incidência do CID-10 por capítulo



Fonte: Própria

Podemos constatar que o capítulo XIII referentes Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99) (OMS, 2008), são as que geram mais afastamentos. Isso pode ser devido ao fato dos técnicos de enfermagem fazerem esforço físico em suas atividades, tais como remoção de pacientes da maca e locomoção em cadeira de rodas.

A seguir as doenças que apresentaram maior número de afastamentos foram doenças infecciosas e parasitárias (capítulo I) (OMS, 2008), tal incidência tem

relação aos riscos biológicos, pois os trabalhadores de enfermagem estão frequentemente em contato com pacientes com doenças infectocontagiosas com ou sem ausência de secreções.

E posteriormente, as Doenças do aparelho respiratório (capítulo X) (OMS, 2008), isso se deve aos fatores físicos do ambiente, tais como as baixas temperaturas do ar condicionado.

Em um estudo realizado por Costa, Vieira e Sena (2009) com trabalhadores da enfermagem de um hospital público corroboram com os resultados dessa pesquisa, pois apontam que as principais causas de afastamento são doenças osteomusculares e enfermidades do sistema respiratório.

Ao analisar o histórico de atestados e declarações cruzando com os dados de tempo na empresa observou-se que há correlações no que se refere que quem está a mais tempo na empresa tem o maior número de afastamentos, mas isso não é uma regra à medida que a trabalhadora mais nova na empresa possui o maior número de atestados apresentados nos últimos seis meses. Esse fato pode ser explicado devido a sua adaptação ainda estar em processo, o que faz o corpo sentir.

Dentre os entrevistados um apresentou afastamento pelo INSS devido a uma hérnia (K 43.9 – Hérnia ventral sem obstrução ou gangrena) (OMS, 2008), por um período de 125 dias de afastamento, tal patologia pode ou não estar associada ao trabalho, mas dependendo das atividades realizadas pode ser um agravante.

Os acidentes de trabalho, não apareceram de forma significativa nessa pesquisa, no qual foi encontrado apenas um ocorrido. Devido a um ferimento no cotovelo (CID S51) (OMS, 2008). Ao se tratar esse assunto podemos relacionar com o uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), mas não se sabe se foi o caso. O destaque foi feito para que seja lembrada a importância da proteção individual e coletiva no sentido da preservação da integridade física e psíquica. Um dos entrevistados traz um relato interessante a respeito, apontando que há essa preocupação por parte da instituição em fornecer os equipamentos adequados.

Existe os riscos biológicos que a gente passa, o RX, mas isso tudinho a gente tem proteção. A gente pode usar os equipamentos de proteção, pode ocorrer os acidentes, pode ocorrer, pode! [...] eu acho que o principal problema da área da saúde hoje em um cargo um pouco mais baixo e o estresse. É muito para poucas pessoas (Sujeito 7).

Esse sujeito traz questão do estresse em paralelo com uso dos equipamentos de proteção individual (EPI) e os equipamentos de proteção coletiva (EPC). É notório que há riscos e possibilidades que aconteçam acidentes, mais isso não é um fator que foi apontado como algo preocupante.

Os dados documentais apresentados no gráfico em geral mostram uma grande ocorrência para doenças osteomuscular, infecções e respiratórias. A correlação com o ambiente hospitalar é facilmente verificada devido aos riscos nele existentes. Os movimentos repetitivos, as baixas temperaturas dos centros cirúrgicos e o contato direto com pacientes, excreções e expurgos justificam o maior acometimento desses agravos.

Entretanto, não se pode deixar de ressaltar aqui que se o trabalhador se expõe a essas situações, ainda que se sintam muito desconfortáveis é porque existe uma pressão para que a tarefa seja realizada independente de seus limites físicos. Naquele momento o importante é a cirurgia, é o procedimento. Sendo assim, a carga psíquica permeia todo o ambiente organizacional.

Estabelecer um nexos causal entre o processo de adoecimento e o trabalho requer uma investigação mais aprofundada, à medida que pode trazer várias interpretações, pois cabe um olhar atento do profissional que atende esse trabalhador estabelecer esse nexos. O estabelecimento desse nexos ainda fica mais difícil devido a possibilidade de afastamento, haja vista a crise do sistema previdenciário.

O processo de adoecimento da Saúde Mental do trabalhador pode muitas das vezes estar disfarçado, advindo de outra doença. A doença profissional vem muitas vezes mascarada e não sendo atrelado a fatores ligados ao trabalho. Uma gastroenterite, um sintoma dermatológico, uma cefaleia ou lombalgia, a princípio pode não estar associada ao seu trabalho, mas depois de uma escuta percebe-se a relação, por isso a importância do papel da escuta na produção do nexos causal técnico. Os profissionais médicos, em grande parte, não estão preparados para essa escuta e muitos não a acham importante. Ressaltamos mais uma vez a certeza desses profissionais de seu suposto saber/conhecimento.

Segundo Foucault (1979) o discurso dominante está diretamente entrelaçado com a relação saber e poder, que por sua vez é constituído a partir do lugar de quem fala,

de quem detém o discurso dominante que por sua vez remete a um extrato social e conseqüentemente às relações sociais produzidas numa dada sociedade.

Como podemos ver na análise do discurso dos entrevistados, muitos apresentam cansaço físico e mental, exaltando os elevados níveis de estresse, no entanto seus motivos de ausência do trabalho estão atrelados a sintomas físicos. Além do que podemos apontar que o estresse excessivo causa conseqüências físicas tais como: “Gastrite, a úlcera, doenças de pele (herpes, dermatites, urticária, psoríase, e vitiligo) hipertensão arterial, envelhecimento precoce, depressão, dificuldades sexuais e ansiedade, dentre outras” (LIPP, p. 41, 1996).

Podemos correlacionar esse fato a que apenas o sintoma físico é medicado, deixando de ser analisado e tratado o bem estar e a saúde mental, aspectos em que o psicólogo do trabalho pode contribuir substancialmente.

Podemos observar que na incidência dos atestados apresentados pelos entrevistados, o único sujeito que apresentou CID-10 de Letra F que refere a transtornos mentais e comportamentais foi F32.9 (Episódio depressivo não especificado), se afastando de suas atividades por um período de 9 dias, sendo que anteriormente já havia apresentado um atestado devido R45.2 que é de tristeza 8 dias (OMS, 2008).

Analisando esses dois atestados medida que já havia sido apresentado um atestado de oito dias por tristeza e em menos de dois meses outro atestado devido a um episódio depressivo, pode-se inferir que esse sujeito passa por um sofrimento psíquico que já pode estar caracterizando um transtorno mental do tipo depressivo.

Tal sujeito relata que trabalhava na área das cirurgias oftálmicas, que são caracterizadas por um grande volume de cirurgias a serem realizadas de forma rápida não havendo tempo entre um paciente e outro para realizar os procedimentos burocráticos. Devido à demanda de rapidez e a agilidade nas atividades, tende a ser mais estressantes do que as demais áreas dentro do centro cirúrgico.

[...] eu praticamente tenho 5 anos, e 3 a 4 anos que eu estive aqui, foi dentro da oftalmologia, foi um setor onde eu fiquei bastante debilitada emocionalmente, fisicamente. Tudo aqui dentro, decorrente de cirurgia, dessa quantidade de rotatividade que tem aqui dentro.

Ai e tive conversar com a minha coordenadora. E eu tive que falar com ela que eu não estava conseguindo, que o meu psicológico já estava abalado também, pra você ter uma ideia, eu estava fazendo até tratamento psicológico por causa da oftalmologia. Às vezes eu chegava aqui e já não

tinha vontade trabalhar. Quando falava que eu estava escalada na oftalmo, eu já desanimava. Então eu trabalhava muito desmotivada por causa disso (Sujeito 2).

Essa narrativa pode estar evidenciando o quanto é difícil para os trabalhadores assumirem o sofrimento psíquico. Na amostra entrevistada apenas um sujeito faz referência a este sofrimento. Vale ressaltar que isso pode estar relacionado com o olhar do outro sobre esse tipo de sofrimento. Alguns interpretarão como fragilidade, outros como “corpo mole” e outros como algo que pode ser suportado e que não justifica um afastamento.

Dejours (1992) resalta o medo do trabalhador em expor suas fragilidades pelo receio de ser substituído e cair à margem do mercado formal. Ainda que o autor tenha analisado a dimensão do medo em outro momento histórico, podemos trazer essa discussão hoje, haja vista o crescente número de desemprego e do mercado informal, vínculos precários e trabalhadores se submetendo a trabalhos análogos ao trabalho escravo. Isso é do tempo e hoje, por isso o medo de se mostrar frágil pode inibir a expressão dos trabalhadores no que tange principalmente o sofrimento psíquico, pois esse ainda é identificado na escuta e não temos como comprovar no modelo científico médico, através de exames.

Ao se pesquisar as políticas institucionais relacionadas a saúde do trabalhador do hospital em questão, observou-se a existência de serviços Especializados em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho (SESMET) e Educação Continuada. Entretanto, a análise do Campo da Saúde do Trabalhador, por considerar as cargas psíquicas e por trazer a trabalhadora a uma posição de protagonista na construção de seu ambiente de trabalho, teria muito a contribuir de forma cumprimentar e interdisciplinar.

O SESMET é regulamento e obrigatório nas organizações e instituições, portanto é obrigatório que as empresas implantem essa área que está relacionada com prevenção de acidentes e de doenças, corrigindo e minimizando riscos no ambiente, mas sem uma abordagem que considera a singularidade e as cargas psíquicas. Empresas públicas ou privadas que possuem empregados regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (Decreto-Lei nº 5.452, de 1º maio de 1943) possuem a obrigatoriedade de ter o SESMET, tal serviço é garantido e assegurado por lei artigo 162 da CLT, que denomina Serviços Especializados em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho, SESMET (BRASIL, 1943).

Os serviços ligados a enfermagem são regulamentados pela Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 1986; 1987). A educação continuada é mencionada como um dos programas que são desenvolvidos pela enfermagem, sendo que o Conselho Regional de Enfermagem (COFEN) dá orientações a respeito a partir da resolução 293/2004. Portanto, a educação continuada é um conjunto de ações que visam um processo permanente de desenvolvimento e aprendizagem dos profissionais da saúde (RIO DE JANEIRO, 2004).

Portanto, podemos constatar que os setores que acompanham e têm ações voltadas a saúde do trabalhador não competem a tratar questões sobre seu estado emocional envolvidos em seu ambiente de trabalho, trata-se mais de questões e práticas próprias da área enfermagem e burocráticas a fim de se cumprir leis e protocolos importantes no controle dos diversos riscos que o ambiente laboral oferece, ocasionando agravos a saúde do trabalhador.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo surgiu no intuito de entender o processo de adoecimento dos técnicos de enfermagem de um hospital localizado na Grande Vitória. Para abordar tal temática essa pesquisa buscou conceitos diversos para trabalhar o tema, onde saúde, trabalho e doença foram os principais pontos da discussão, atrelados em aspectos a partir das teorias de Saúde Coletiva e Saúde do trabalhador.

A partir do resultado e discussão dos dados podemos perceber que o processo de adoecimento do trabalhador, considerando os relatos dos sujeitos, pode estar atrelado à pressão e ao estresse que estes sofrem no trabalho, advindos dos mais diferentes tipos de relacionamentos que mantem em seu ambiente de trabalho e as formas de organização de suas atividades.

Com relação as políticas institucionais o que se pode observar é a ausência de políticas que contemplem os aspectos voltados para Saúde do Trabalhador, que considerem os seus aspectos psíquicos. O processo de adoecimento ele vai acontecendo sorrateiramente sem até mesmo que o próprio trabalhador tenha percepção disso, pois o mesmo muitas vezes negligencia o sofrimento psíquico, cabendo ai uma escuta profissional que contribua para identificação do processo de adoecimento desde seu início.

O Ministério da Saúde (2001) denomina e categoriza doenças de uma forma geral, que a princípio não tem qualquer relação com o trabalho, mas cuja causa pode ser modificada de acordo com as condições de trabalho e com a análise do profissional ou da equipe profissional, que pode vincular o processo de adoecimento à organização do processo de trabalho (BRASIL, 2001).

Além disso, os trabalhadores desse hospital estão expostos aos mais diversos fatores de riscos ocupacionais para saúde e segurança do trabalhar tais como; físicos (temperatura extrema devido ao ar condicionado), químicos (RX), biológicos (bactérias, vírus, infecções diversas, etc.), Ergonômicos/psicossociais (gestão de horário para realizar lanche e local improprio) e Mecânicos e de acidentes (escada inapropriada com riscos de queda) (BRASIL, 2001).

De acordo com os dados levantados e a demanda eminente dessa instituição, optou-se em sugerir uma proposta de atuação do psicólogo na Saúde do Trabalhador. Baseado nas atribuições pospostas pelo CREPOP (2008) que norteia ações voltadas para Saúde do Trabalhador dentro do campo da psicologia. Apesar de o psicólogo em saúde do trabalhador não ser um profissional de obrigatoriedade dentro de uma instituição, tal inserção desse profissional traria um olhar e uma escuta diferenciada para o processo de saúde e doença do trabalhador (CREPOP/CFP, 2008).

A partir das políticas já oferecidas pela instituição tais como o SESMET e a Educação Continuada, o psicólogo poderia ser um parceiro dessas áreas. O psicólogo poderia trabalhar com ações de assistência e promoção da saúde em uma abordagem interdisciplinar a partir de modalidades informativo-terapêuticas, enfatizando atividades grupais - a fim de conseguir atender a demanda dado a quantidade de trabalhadores na instituição – com trabalhadores de algumas doenças específicas, das quais poderiam ser levantadas através da ocorrência de atestados. Entretanto, mais importante seria que esse profissional atuasse de forma preventiva, contribuindo para a organização do processo de trabalho considerando as singularidades e enfatizando além dos riscos já trabalhados pela instituição, as cargas psíquicas, que atualmente vêm subjacentes a muitos processos de adoecimento orgânico.

Caso fosse levantado a hipótese de doenças psíquicas, seria necessário um atendimento individual a fim de investigar o momento de vida atual e seu engajamento com o trabalho e como isso poderia contribuir ou gravar sua situação atual. Com isso, caso comprovado encaminhamento médico-terapêutico para o tratamento adequado.

Tal proposta de intervenção teria que abranger outros aspectos da Saúde do Trabalhador, a fim de alcançar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde de trabalhadores já adoecidos.

Estratégias listadas pelo CREPOP (2008) tais como; análise dos processos de trabalho e vigilância através de ações voltadas para a identificação, o controle e a eliminação dos riscos nos ambientes de trabalho; Educação em saúde aplicando através do desenvolvimento e aplicação de cursos, seminários e etc., aos diversos

atores envolvidos no contexto da organização; Estabelecimento do nexos causal, visando constituir nexos causal entre os transtornos mentais e os aspectos organizacionais do trabalho, o que ainda é muito difícil, talvez devido à dificuldade e interlocução entre os saberes envolvidos na problemática em análise (CREPOP/CFP, 2008).

Poderiam ser implementadas dentro da instituição, pois a partir do momento que houvesse um cuidado maior com a saúde dos trabalhadores, aplicando ações que, não trabalhasse a doença apenas como um dado ou indicador de improdutividade e perdas financeiras, mas sim como um norteador de que algo não está bem e precisar ser analisado e tratado.

Ao se tratar os dados relativos à incidência da Classificação Internacional das Doenças, na décima revisão (CID-10), pode-se perceber que o adoecimento dos técnicos de enfermagem do centro cirúrgico do respectivo hospital é de doenças relacionadas a lesões osteomusculares, problemas respiratórios, doenças infecciosas e parasitárias, são as causas mais comuns para se afastarem de suas atividades.

Este resultado pode estar atrelado a organização do trabalho e ao ambiente, sendo que alguns transtornos mentais advêm de longos afastamentos por adoecimentos principalmente de natureza osteomuscular, pois este afeta a vida do sujeito como um todo, já que sua capacidade física fica limitada até para tarefas de seu cotidiano pessoal e social. Os acidentes de trabalho também costumam culminar em sofrimentos psíquicos de forma proporcional ao grau de limitação que este impõe a vida do sujeito. Portanto, a partir desse estudo fica reforçada a concepção de que não se pode perder de vista a dimensão do sofrimento psíquico quando se trata de Saúde do Trabalhador.

Um dos fatos que trouxe limitação à pesquisa foi à dificuldade em se conseguir entrevistar o trabalhador, dentre o que foi observado; a rotina é muito agitada e não há tempo para outras atividades. A pesquisa foi feita dentro do local de trabalho e isso possibilitou acompanhar um pouco dessa rotina de trabalho, no entanto retirar o trabalhador de sua atividade foi algo que necessitou de uma organização, pois enquanto um técnico estava sendo entrevistado havia outro em seu lugar realizando as suas atividades.

É importante a realização e o aprofundamento de pesquisas sobre esse tema, a fim de demonstrar e apontar dados que estão sendo gerados nessa área. Por se tratar de um campo da psicologia, que não possui muito espaço em instituições privadas, pois a inserção da psicologia no âmbito organizacional está mais voltada para os processos de Recursos Humanos, vale ressaltar o ganho que as organizações poderiam ter com um psicólogo com dedicação exclusiva ao planejamento do processo de trabalho, analisando riscos e cargas psíquicas, contribuindo de forma interdisciplinar com seu conhecimento, escuta e observação, embasada, obviamente no campo da Saúde do Trabalhador e em uma abordagem para escuta qualificada e humanizada.

REFERÊNCIAS

AMAZARRAY, Mayte Raya; CÂMARA, Sheila Gonçalves; CARLOTTO, Mary Sandra. Investigação em Saúde Mental e Trabalho no Âmbito da Saúde Pública no Brasil. In: _____. **Atenção à saúde mental do trabalhador: Sofrimento psíquicos relacionados ao trabalho**. 1 ed. Porto Alegre: Evangraf, 2014. p. 75-92.

ANTUNES, Ricardo Luis Coltro. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo, Cortez; Campinas, Unicamp, 1995.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p.1005-1018, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a22v8n4.pdf>>. Acesso em: 09 out. 2014.

BARBOSA, Thiago Luis de Andrade et al. Expectativas e percepções dos estudantes do curso técnico em enfermagem com relação ao mercado de trabalho. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 45-51, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500005>. Acesso em: 04 maio 2015.

BARROS, Amailson Sandro de; BEURON, Thiago Antonio. Prazer e sofrimento na atuação profissional do técnico de enfermagem. In: JORNADA INTERNACIONAL DE PRÁTICAS CLÍNICAS NO CAMPO SOCIAL, 1., 2010. Maringá. **Anais...** Irati: UFPR, 2010. Disponível em: <http://www.ppi.uem.br/camposocial/eventos/i_jornada/016.pdf>. Acesso em: 20 maio 2015.

BENDASSOLLI, Pedro F.; TORRES, Camila Costa. Inventário sobre significado do trabalho de profissionais de indústrias criativas. **Avaliação psicológica**, Itatiba, v. 13, n. 2, ago. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2015.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. O estado da arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica Interação Psy**, v. 1, n. 1, p. 4-11, 2003. Disponível em:

<http://tupi.fisica.ufmg.br/michel/docs/Artigos_e_textos/Stress_qualidade_de_vida/007%20B%20-%20Burnout%20-%20Diversos%20artigos%20-%20REVISTA%20ELETR%20D4NICA.PDF#page=4>. Acesso em: 14 de maio 2015.

BORGES, Livia de Oliveira; TAMAYO, Álvaro. A estrutura cognitiva do significado do trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, [S.l.], v. 1, n. 2, p. 11-44, jan. 2001. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/6712>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

BRANT, Luiz Carlos; MINAYO-GOMEZ, Carlos. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100021>. Acesso em: 04 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Previdência Social: Reflexões e Desafios. Coleção Previdência Social. 1. Ed. Brasília: Série Estudos, 2009. v. 30. 232 p. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_100202-164641-248.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

BRASIL. Constituição Federal 1988. Capítulo II, dos direitos sociais. Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 26 out. 2014.

BRASIL. Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BRASIL. Lei Federal no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/16_Doencas_Trabalho.pdf> Acesso em: 12 set. 2014.

BRASIL. Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho. Brasília, DF, abr. 2012. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A38CF493C0138E890073A4B99/PLANS_AT_2012.pdf>. Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. 1ed. São Paulo, SP, maio 2006a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualRenast06.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 13 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de junho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF, 24 jul. 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm>. Acesso em: 14 out. 2014.

BRASIL. Portaria Nº 1.339, de 18 de Novembro de 1999. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 1999a. Disponível em: <http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1339_12092014.pdf>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRASIL. Lei nº 9.799, de 26 de maio de 1999. Insere na Consolidação das Leis do Trabalho regras sobre o acesso da mulher ao mercado de trabalho e dá outras providências. Brasília, DF, maio 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9799.htm#art1>. Acesso em: 20 maio 2015.

BRASIL. Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.htm>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Cadernos de Atenção Básica: Caderno 5. 2002. p. 19-32. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. Portaria nº 777/GM, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF, abr. 2004a. Disponível em: <<http://www.medtrab.ufpr.br/arquivos%20para%20download%202011/Disciplina%20Doencas%20do%20Trabalho/Protocolos%20DO%20Port%20777/portaria%20MS%20777.pdf.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2015.

BRASIL. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST). Brasília, DF, nov. 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf>. Acesso em: 27 maio 2015.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.437, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências. Brasília, DF, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/Portarian2437-RENAST.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

BRASIL. Portaria nº 2.728, de 11 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, DF, dez. 2009. Disponível em: <http://www.cerest.piracicaba.sp.gov.br/site/images/portaria_renast_2728.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF, maio 1943. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm>. Acesso em: 26 maio 2015.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em: 28 maio 2015.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, jun. 1987. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em: 29 maio 2015.

BRASIL. Humaniza SUS: Programa de formação da saúde de trabalhador. Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_formacao_saudetrabalhador.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, ago. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Portaria_1823_12_institui_politica.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

CARLOTTO, Mary Sandra; CAMARA, Sheila Gonçalves. Síndrome de Burnout: uma doença do trabalho na sociedade de bem-estar. **Aletheia**, Canoas, n. 25, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2015.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig Carvalho Barrocas. 4. Ed. 2. re. São Paulo: Forense Universitária. 1966. Disponível em: <http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/O_Normal_e_o_Patol%C3%B3gico.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

CODO, Wanderley. Um diagnóstico do trabalho (em busca do prazer). **Trabalho, organizações e cultura**, p. 21-40, 1997. Disponível em:

<<http://www.infocien.org/Interface/Colets/v01n11a05.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

COSTA, Fernanda Marques da; VIEIRA, Maria Aparecida; SENA, Roseni Rosângela de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100006>. Acesso em: 29 maio 2015.

CREPOP, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. CFP, Conselho Federal de Psicologia. **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do (a) psicólogo (a)**. Brasília: CFP, 2008. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/publicacoes/cartilhas/referencias-crepop-saude-trabalhador.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

DEJOURS, Christophe, A loucura do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

_____, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004. Disponível em: <<http://www.prod.org.br/files/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2014.

DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 mar. 2015.

DOS SANTOS RIBEIRO, Carla Vaz; LÉDA, Denise Bessa. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 4, n. 2, p. 76-83, 2004. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/11145>>. Acesso em: 13 set. 2014.

ENGELS, Friederich. **O Papel do Trabalho na Transformação do Macaco em Homem**. 1876. Disponível em: <http://test.stoa.usp.br/articles/0016/5439/Humanizacl_al_o_do_macaco_F._Engels.pdf>. Acesso em: 10 de mar de 2015.

FACHADA, Maria Odete. **Psicologia das Relações Interpessoais**. 6. Ed. Lisboa: Rumo. 2003.

FERREIRA, Mário César; MENDES, Ana Magnólia. "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, Natal, v. 6, n. 1, p. 93-104, jun. 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2001000100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abri. 2015.

FERREIRA, Mara Aguiar. **Psicologia, trabalho e saúde: um estudo sobre a atuação dos psicólogos no campo da saúde do trabalhador**. 2007. 138 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, 2007. Disponível em: <<http://uol02.unifor.br/oul/conteudosite/?cdConteudo=1211658>>. Acesso em: 20 set. 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOSSI, Luciana Barcellos; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista SBPH*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 06 jun. 2015.

FRANÇA, Ana Cristina Limongi; RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOULART, Patrícia Martins. O significado do trabalho: delimitações teóricas (1955-2006). *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v. 12, n. 1, p. 47-55, jun. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172009000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 mar. 2015.

GUIMARÃES, Rosiara de Souza Oliveira. **O absenteísmo entre os servidores civis de um hospital militar**. 2005. 83 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4689/2/727.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2014.

JODAS, Denise Albieri; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. **Acta Paulista de enfermagem [online]**, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2.pdf> >. Acesso em: 26 maio 2015.

KESSLER, Adriane Inês; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S198314472012000100007&pid=S198314472012000100007&pdf_path=rgenf/v33n1/a07v33n1.pdf>. Acesso em: 26 maio 2015.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007. Disponível em: <<http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=13044&tipo=B>>. Acesso em: 25 out. 2014.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. As cargas de trabalho. In: _____. **Processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 205-274.

LEÃO, Luís Henrique da Costa. Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 2, n. 2, p. 291-305, 2012. Disponível em: <<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/1008>>. Acesso em: 25 out. 2014.

LEÃO, Luís Henrique da Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e Serviços em Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, mar. 2011. Disponível em

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 mar. 2015.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **O Stress**: Mitos e verdades: São Paulo: Contexto, 1996.

MARTINS, José Clerton de Oliveira; PINHEIRO, Adriana de Alencar Gomes. Sofrimento psíquico nas relações de trabalho. **Psic: Revista da Vetor Editora**, São Paulo, v. 7, n. 1, jun. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142006000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2015.

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, Brasil, v. 6, p. 59-78, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25851>>. Acesso em: 04 maio 2015.

MARTINEZ, Maria Carmen; PARAGUAY, Ana Isabel Bruzzi Bezerra; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 55-61, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102004000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 maio 2015.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; LAPIS, Naira Lima. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 61-68, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a09v19n1.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2014.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, Jan. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100007>. Acesso em: 03 mar. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 4. ed. São Paulo, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10, 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 12 maio. 2015.

REIS, Margareth Marchesi. **Participação dos Trabalhadores na elaboração das políticas de Saúde**. 2008. 127 f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

RIO DE JANEIRO (estado). Resolução COFEN nº 293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Rio de Janeiro, RJ, 2004. Disponível em: <<http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/enfermagem/enfermagem/resolucao-cofen-no-293-2004.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2015.

ROCHA, Sandra Regina Ayres; MENDES, Ana Magnólia; MORRONE, Carla Faria. Sofrimento, distúrbios osteomoleculares e depressão no contexto de trabalho: uma abordagem psicodinâmica. Brasília, **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 379-394, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/revispsi/article/view/8270/6027>> Acesso e em: 04 maio 2015.

ROSA, Cristiane da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, dez. 2005. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2015.

SAMPAIO, Jáder dos Reis. Psicologia do Trabalho em três faces. In: _____. **Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos: estudos contemporâneos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998. p. 18-39.

SILVA, Tatiana Detzel da; CARLOTTO, Mary Sandra. Síndrome de Burnout em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2015.

SOUZA, Wilma Costa; SILVA, Angela Maria Monteiro da. A influência de fatores de personalidade e de organização do trabalho no Burnout em profissionais de saúde. **Estudos de psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 37-48, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v19n1/a04.pdf>>. Acesso em: 14 de maio 2015.

SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel. Histórias de vida marcadas por humilhação, assédio moral e adoecimento no trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 430-439, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2015.

SPECTOR, Paul E. **Psicologia nas organizações**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. São Paulo: Cortez, 2013.

TOLFO, Suzana da Rosa; PICCININI, Valmíria. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. spe, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 27 mar. 2015.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; FILHO, Antenor Amâncio; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de. Mercado de trabalho em saúde na região sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. **Revista Latino-America de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 134-138, Fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692004000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 maio 2015.

XAVIER, Ana Carolina Hungria et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 33, n. 117, p. 15-22, jun. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572008000100003>.

APÊNDICE A – Entrevista

ENTREVISTA		
Idade:	Sexo:	Tempo na empresa:
Possui mais de um vínculo: () Sim () Não		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Descreva sua rotina de trabalho. 2. As atividades que você realiza em seu trabalho lhe causam algum desconforto físico ou emocional? Se sim, qual? 3. Como você faz para cuidar de sua saúde? 4. Você tem sentido alguma dor ou desconforto físico constante? Se sim, relate como isso ocorre. 5. Como você se sente ao saber que terá que ir trabalhar? 6. Como você se sente ao trabalhar no setor onde está? Por que? 7. Quais os aspectos que você gosta e o que você não gosta na função em que exerce? 8. Você considera que seu trabalho interfere em sua saúde? Se sim, como? 9. Se você tivesse que fazer alguma sugestão para o seu setor o que me falaria? 10. Já ocorreu de sentir-se mal, ir ao médico receber um atestado e não apresentá-lo? Se sim, conte como que foi. 		

APENDICE B – Mapa de Associação de Ideias

Saúde		Doença		Trabalho	
Cuidando de Mim	Cuidando do outro	Físico	Emocional	Atividades	Relacionamento Interpessoal

ANEXO A – Carta de Anuência

Vitória, ____, de _____ de 201__.

Ao

Hospital _____

Carta de Anuência

Eu, _____, Diretor Clínico do hospital _____, autorizo, após os devidos trâmites, a realização do projeto de pesquisa intitulado: “AFASTAMENTO ENTRE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM HOSPITAL PRIVADO: Uma análise das ocorrências e da possível relação com adoecimentos por atividade laboral”.

O responsável e orientador da pesquisa será Margareth Marchesi Reis, com a participação da aluna Larissa Fernandes Machado.

Comunico que a autorização para início da pesquisa será validada após apresentação da carta de aprovação do comitê de ética e pesquisa da _____, a esta instituição.

Dr. _____

Diretor Clínico do Hospital

ANEXO B – Requerimento de Acesso aos Documentos

AO _____, DEPARTAMENTO RECURSOS HUMANOS

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE ACESSO A DOCUMENTOS

Eu, Margareth Marchesi Reis, brasileira, casada, Professora da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, inscrito no CPF sob o nº 761275167-49 e no RG 546715, residente e domiciliado à Avenida Hugo Viola, nº. 250, apartamento 203, Jardim da Penha, Vitória, Espírito Santo, venho respeitosamente solicitar que a orientada Larissa Fernandes Machado, brasileira, solteira, estudante, inscrito no CPF sob o nº 129.733.907-02 e no RG nº 1906.415, residente e domiciliado à na Rua Presidente Alves, nº 357, Vila Nova de Colares, Serra – ES, tenha sob minha supervisão acesso aos documentos necessários e informações no sistema informatizado (conforme listados abaixo) do período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014, do cargo de técnico de enfermagem do setor cirúrgico, submetidos a regime de escala 12x36 (12 horas trabalhadas, por 36 horas de descanso), para realização da pesquisa “AFASTAMENTO ENTRE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM HOSPITAL PRIVADO: Uma análise das ocorrências e da possível relação com adoecimentos por atividade laboral”. Tendo em vista que todas as informações são sigilosas, comprometo a não divulgação do nome da instituição e o anonimato dos colaboradores entrevistados e que tiveram seus documentos analisados.

Solicito portanto os seguintes documentos:

- Consulta dos afastamentos nos sistemas informatizados;
- Consulta às pastas dos empregados no setor de Recursos Humanos.

Certo do atendimento do meu pedido, aguardo deferimento.

Serra, _____, _____, 2015

Margareth Marchesi Reis

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: AFASTAMENTO ENTRE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM HOSPITAL PRIVADO: Uma análise das ocorrências e da possível relação com adoecimentos por atividade laboral.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof.^a Ms. Margareth Marchesi Reis.

JUSTIFICATIVA: Essa investigação é de relevância para o campo da saúde do trabalhador e para a instituição, uma vez que trará contribuições para a análise das causas de afastamento entre técnicos de enfermagem do setor centro cirúrgico apresentadas no referido hospital, o que poderá ser revertido em programas institucionais para a preservação da saúde do trabalhador, aproveitando a aproximação da elaboração do Planejamento Estratégico 2015-2019 da instituição em questão.

OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: Está pesquisa visa investigar a relação entre as medidas de promoção da saúde, a organização do processo de trabalho e as situações de afastamentos, de acordo com a Classificação Internacional das Doenças, na décima revisão (CID-10) dos trabalhadores da Enfermagem de um hospital privado localizado na Grande Vitória. Para tanto analisaremos as políticas organizacionais hospitalares de promoção da saúde; ao organização do processo de trabalho; e buscaremos compreender o fenômeno do adoecimento dos técnicos de enfermagem do setor centro cirúrgico do respectivo hospital, identificando as possibilidades de atuação do psicólogo na saúde do trabalhador. As técnicas para coleta de dados serão uma entrevista semiestruturada, acesso a informações no sistema do setor de Recursos Humanos e análise documental.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: Ações com base nesse estudo, além de contribuir no campo da saúde do trabalhador, trarão ganhos institucionais se considerarmos que com a satisfação no trabalho a índice de afastamentos por adoecimento tenderá a diminuir, caindo também os níveis de *turnover*.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Caso queira alguma informação sobre o andamento da pesquisa ou apenas tirar alguma dúvida, basta entrar em contato com o pesquisador responsável, Margareth Marchesi Reis, pelo telefone do trabalho 3331-8500. E também no endereço Av. Vitória, 950, Forte São João. Vitória – ES. CEP: 29017-950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Em nenhum momento receberá qualquer tipo de pagamento ou retribuição para participar da pesquisa, sua participação é voluntária. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, portador da Carteira de identidade nº. _____ expedida pelo Órgão _____, por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvido, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Ciente desta informação, de posse de uma cópia por mim assinada.

Assinatura do Participante Voluntário

__/__/____
Data

Assinatura do Responsável pelo Estudo

__/__/____
Data