



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Silvio Arcanjo Matos Filho

**Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e
sofrimento de trabalhadores de enfermagem**

Rio de Janeiro

2019

Silvio Arcanjo Matos Filho

Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, na modalidade de Doutorado Interinstitucional, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M434 Matos Filho, Silvio Arcanjo.
Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem / Silvio Arcanjo Matos Filho. - 2019.
171 f.

Orientadora: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza.
Tese (Doutorado Interinstitucional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Trabalhadores. 2. Enfermagem. 3. Organizações. 4. Prazer. 5. Estresse psicológico. I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Silvio Arcanjo Matos Filho

Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, na modalidade de Doutorado Interinstitucional, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 12 de abril de 2019.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Adriana Alves Nery
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof.^o Dr. Luis Rogério Cosme Silva Santos
Universidade Federal da Bahia

Prof.^o Dr. Jefferson Paixão Cardoso
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Ao glorioso DEUS, arquiteto do universo, por ter sido meu sustento nesta árdua caminhada e por permitir galgar mais um degrau em minha vida profissional. A ti Senhor, toda honra e toda gloria.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e Silvio Arcanjo Matos (In memoriam) e Vandete Santana de Matos pelos primeiros ensinamentos, pelos bons exemplos e por sempre terem acreditado no meu potencial;

Aos meus filhos Bárbara Novato e Diego Matos que me enchem de orgulho. Grato por vocês existirem e por sempre estarem presentes tanto nos momentos bons quanto nos difíceis. Vocês constituem a razão do meu viver!

A minha companheira Nina pelo incentivo, pelo apoio incondicional, pela parceria constante na realização deste sonho e em tantos outros momentos.

Ao meu netinho Daniel Novato que enche nossas vidas de amor e alegria. Sou muito sortudo por ser avô de um menino tão admirável.

À minha orientadora, Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, pelo incentivo, pelo apoio, pela competência, paciência e pela fundamental orientação na construção desta tese. Muito obrigado por acreditar no meu potencial!

Aos meus irmãos Carlos, Sérgio, Silvana, Solange, Andréia, Silvino, Salvador e César pelos constantes estímulos e por compartilharem cada vitória da minha vida profissional e pessoal;

Aos meus sobrinhos e sobrinhas pelos tantos momentos de alegrias partilhados em família;

À minha sogra Aurelina pelo apoio e amizade;

Aos meus cunhado(a)s pela amizade e pelos momentos de convivência;

Ao meu genro Juraci pela amizade e palavras de incentivo;

À minha futura nora Raphaela por estar sempre presente e pela grande contribuição na transcrição das entrevistas;

Aos professores e professoras titulares e suplentes que compuseram a banca de qualificação e de defesa desta tese, por todas as orientações e indescritíveis contribuições para realização desta pesquisa;

À professora Dra. Zenilda Nogueira. Minha eterna gratidão pela salutar contribuição na análise dos dados qualitativos desta pesquisa;

Ao professor Dr. César Casotti pela relevante contribuição na análise dos dados quantitativos deste estudo

A Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) pela oportunidade de realizar este sonho

Aos docentes do Programa de Pós-graduação da UERJ pelo compromisso, pela amizade, pelo incentivo e por compartilharem conosco os saberes;

A todo(a)s o(a)s professore(a)s do Departamento de Saúde II e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Uesb por compartilharem comigo esta vitória

A(o)s colegas do curso de doutorado (Dinter) pela amizade, parceria e tantas contribuições;

A(o)s colegas da Pós-graduação da ENF/UERJ pela troca de experiências e acolhimento;

Ao Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), pelo indescritível subsídio e fundamental autorização para coleta de dados para a concretização deste estudo;

A todos os profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos / auxiliares de enfermagem) do HGPV que participaram da pesquisa. Guardarei na memória cada história contada. Esta tese também é de vocês!

Aos colegas do setor de trabalho do HGPV pelo apoio, incentivo e defesa do SUS.

RESUMO

MATOS FILHO, Silvio Arcanjo. **Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem**. 2019. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Constitui objeto deste estudo, a organização do trabalho hospitalar e as repercussões no prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem. Objetivou-se caracterizar os aspectos sociodemográficos, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público da Bahia; descrever a configuração da organização do trabalho de uma instituição hospitalar pública, da Bahia, sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem; analisar as repercussões da organização do trabalho hospitalar para a dinâmica do prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem; discutir as estratégias adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para minimização do sofrimento decorrente da organização do trabalho. Trata-se de tese com natureza qualitativa e descritiva, com apoio quantitativo, cujo campo foi um hospital público, da Bahia. Na parte quantitativa, participaram 210 trabalhadores de enfermagem. As informações sociodemográficas, laborais e de saúde emergiram de um questionário. Na dimensão qualitativa, 34 participantes responderam, entre maio e julho/2018, uma entrevista semiestruturada. Os profissionais que se ausentaram do trabalho por adoecimento foram identificados, após análise dos questionários os quais foram tratados por estatística simples, com resultados apresentados por tabelas. As entrevistas foram analisadas pela técnica de análise temática de conteúdo, norteadas pelo referencial teórico da psicodinâmica do trabalho. O Comitê de Ética em Pesquisa aprovou o estudo (protocolo 2.414.553). Houve predominância de profissionais do sexo feminino (30 a 49 anos), casadas, pardas e/ou negras. A maioria dos enfermeiros possui pós-graduação lato sensu, 19,0% dos técnicos de enfermagem possuem graduação (concluída entre 11 e 20 anos) e pós-graduação lato sensu. Da análise qualitativa emergiram três categorias: configuração da organização do trabalho hospitalar; sentimentos de prazer e sofrimento decorrentes da organização do trabalho hospitalar; estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico: individuais e coletivas. Representou prazer no trabalho: bom relacionamento interpessoal na equipe, amor pela profissão/pacientes e certeza do dever cumprido. O sofrimento no trabalho vinculou-se a precariedade do trabalho, assistência inadequada, dupla jornada, afastamento familiar, mudança setorial, precarização de vínculos, sofrimento por doença e distanciamento entre trabalho prescrito e real. Destacaram-se estratégias individuais de defesa para o sofrimento resultante da organização do trabalho: fragmentação da relação trabalhador/paciente, despersonalização, negação do enfermo, fuga do trabalho, individualização e religiosidade/espiritualidade. As estratégias coletivas de defesa foram: evitar discussões no trabalho, atividades educativas grupais, festinhas comemorativas na unidade e lazer extra trabalho. Considera-se importante, implementar ações para promoção da saúde e prevenção de agravos físicos/psíquicos, que os gestores repensem as relações trabalhistas quanto ao exercício do poder, e, principalmente, a forma de lidar com os sofrimentos e suas consequências para o sujeito e a coletividade. Estudar a configuração da organização do trabalho, a dinâmica do prazer e sofrimento do trabalhador de enfermagem de hospitais públicos e suas estratégias de enfrentamento, poderá proporcionar maior visibilidade à questão e gerar políticas que protejam a saúde psicofísica desses trabalhadores.

Palavras chaves: Trabalhador. Enfermagem. Organização. Prazer. Sofrimento.

ABSTRACT

MATOS FILHO, Silvio Arcanjo. **Work organization in the hospital and its repercussions on the pleasure and suffering of the nursing staff.** 2019. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

The object of this study is the work organization of the hospital and the repercussions on the pleasure and suffering of nursing workers. The objective was to characterize the sociodemographic, labor and health aspects of nursing workers in a public hospital in Bahia, Brazil; describe the configuration of the work organization of a public hospital under the perspective of nursing workers; analyze the repercussions of the work organization of a hospital on the dynamics of pleasure and suffering of nursing workers; discuss the strategies adopted by nursing workers to minimize the suffering resulting from work organization. It is a thesis with a qualitative and descriptive nature, with quantitative support, whose field was a public hospital in Bahia. 210 nursing workers participated in the quantitative part. Sociodemographic, labor and health information emerged from a questionnaire. Qualitatively, 34 participants answered a semi-structured interview between May and July 2018. The professionals, absent from work due to illness, were identified, after analyzing the questionnaires which were treated by simple statistics, with results presented by tables. The interviews were analyzed by the thematic content analysis, guided by the theoretical reference of the psychodynamics of work. The Research Ethics Committee approved the study (protocol 2,414,553). We found a predominance of female professionals, between 30 and 49 years, married and brown/black. Most of the nurses have a lato sensu postgraduate course, 19.0% of the nursing technicians have undergraduate and graduate lato sensu degrees. From the qualitative analysis three categories emerged: the configuration of the work organization of the hospital; feelings of pleasure and suffering arising from the work organization of the hospital; individual and collective defense strategies against psychological suffering. Represented pleasure at work: good interpersonal relationship in the team, love of the profession/patients and certainty of duty fulfilled. Suffering at work was linked to labor precariousness, inadequate care, double shift, distance from the family), sectoral change, precariousness of ties, suffering due to illness and distancing between prescribed and actual work. Individual defense strategies for the suffering resulting from the work organization were fragmentation of the worker/patient relationship, depersonalization and denial of the sick, work avoidance, individualization, and religiosity/spirituality. Collective defense strategies were avoiding discussions at work, carrying out group educational activities, commemorative parties at the unit and extra leisure activities. The implementation of actions to promote health and prevention of physical and mental disorders and the rethinking of labor relations regarding the exercise of power by the managers are considered important, especially, the way to deal with suffering and its consequences for the subject and collectivity. Studying the configuration of the work organization, the dynamics of the pleasure and suffering of the nursing staff of public hospitals and their strategies of coping, can provide greater visibility to the issue and generate policies that protect the psychophysical health of these workers.

Keywords: Workers. Nursing. Organization. Pleasure. Suffering.

RESUMEN

MATOS FILHO, Silvio Arcanjo. **Organización del trabajo hospitalario y las repercusiones para el placer y sufrimiento de trabajadores de enfermería.** 2019. 171 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Constituye objeto de este estudio, la organización del trabajo hospitalario y las repercusiones en el placer y sufrimiento de trabajadores de enfermería. Se objetivó caracterizar los aspectos sociodemográficos, laborales y de salud de esos trabajadores en un hospital público de Bahia, Brasil; describir la configuración de la organización del trabajo, bajo la óptica de los trabajadores de enfermería; analizar las repercusiones de la organización del trabajo hospitalario para la dinámica de placer y sufrimiento de los trabajadores de enfermería; discutir las estrategias adoptadas por esos trabajadores para minimizar el sufrimiento decurrente de la organización del trabajo. Se trata de una tesis de naturaleza cualitativa y descriptiva, con apoyo cuantitativo, en un hospital público. En la parte cuantitativa, participaron 210 trabajadores de enfermería. Las informaciones sociodemográficas, laborales y de salud emergieron de un cuestionario. En la dimensión cualitativa, 34 participantes respondieron, entre mayo y julio 2018, a una entrevista semiestructurada. Los profesionales que se ausentaron del trabajo por enfermedad fueron identificados, después del análisis de los cuestionarios, que fueron tratados por estadística simples, con resultados presentados por tablas. Las entrevistas fueron analizadas por la técnica del análisis temático de contenido, nortada por el referencial teórico de la psicodinámica del trabajo. El Comité de ética de investigación aprobó el estudio (protocolo 2.414.553). Se constató predominancia de profesionales de sexo femenino, (30 y 49) años, casadas y mestizas/negras. La mayoría de los enfermeros tiene un posgrado lato sensu, 19,0% de los técnicos de enfermería tienen un grado (completada entre 11 y 20 años) y posgrado lato sensu. Del análisis cualitativo emergieron tres categorías: configuración de la organización del trabajo hospitalario; sentimientos de placer e sufrimiento decurrentes de la organización del trabajo hospitalario; estrategias de defensa contra el sufrimiento psíquico: individuales y colectivas. Representó placer en el trabajo: buen relacionamiento interpersonal en el equipo, amor por la profesión/pacientes y certidumbre del deber cumplido. El sufrimiento en el trabajo se vinculó a su precariedad, asistencia inadecuada, doble jornada, alejamiento familiar, cambio sectorial, precarización de vínculos, sufrimiento por enfermedad y distanciamiento entre trabajo prescrito y real. Se destacaron estrategias individuales para el sufrimiento resultante de la organización del trabajo: fragmentación de la relación trabajador/paciente, despersonalización y negación de la enfermo, huida del trabajo, individualización, y religiosidad/espiritualidad. Las estrategias colectivas de defensa fueron: evitar discusiones, realización de actividades educativas grupales, fiestas conmemorativas y de ocio externas. Se considera importante: implementar acciones para la promoción de la salud y la prevención de agravios físicos/psíquicos, que los gestores repiensen las relaciones laborales relacionadas al ejercicio de poder, y la forma de lidiar con los sufrimientos y sus consecuencias para el sujeto y la colectividad. Estudiar la configuración de la organización del trabajo, la dinámica del placer y sufrimiento del trabajador de enfermería y sus estrategias de enfrentamiento, podrá proporcionar mayor visibilidad a la cuestión y generar políticas que protejan la salud psicofísica de esos trabajadores.

Palabras clave: Trabajador. Enfermería. Organización. Placer. Sufrimiento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centros de Referências Especializados em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCV	Doenças Cardiovasculares
DGRP	Diretoria de Gestão da Rede Própria
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENF/UERJ	Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNDACENTRO	Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
GID	Gratificação de Incentivo ao Desempenho
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LILACS	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
TEM	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OS	Organização Social
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PS	Pronto Socorro
QV	Qualidade de Vida
RENAST	Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SO	Saúde Ocupacional
SESMT	Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidade de Registro
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Organograma do Hospital – Campo do Estudo	667
Quadro 1 - Categorias e subcategorias emergidas da observação flutuante	74
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da(o)s participantes. Jequié-Bahia (2018)	77
Tabela 2 - Caracterização das informações laborais da(o)s participantes. Jequié-Bahia (2018)	82
Tabela 3 - Caracterização Processo Saúde-Doença da(o)s participantes. Jequié-Bahia, (2018) - Continua	85
Tabela 3.1 - Caracterização Processo Saúde-Doença da(o)s participantes. Jequié-Bahia, (2018) – Continuação	87
Quadro 2 - Unidades de Registro	166
Quadro 3 - Estruturação das categorias	168

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	REFERENCIAL TEÓRICO	27
1.1	A psicodinâmica do trabalho: o prazer e o sofrimento dos trabalhadores de enfermagem	27
2	REVISÃO DA LITERATURA	36
2.1	O modelo neoliberal nas organizações dos serviços de saúde	36
2.2	A organização e o processo de trabalho de enfermagem no contexto hospitalar	43
2.3	O processo saúde – doença dos trabalhadores de enfermagem	49
2.4	Modelos assistenciais voltados para a saúde do trabalhador	54
3	METODOLOGIA	63
3.1	Tipo de pesquisa	63
3.2	Campo do estudo	64
3.3	Participantes da pesquisa	66
3.4	Técnicas e procedimentos de coletas dos dados	69
3.4.1	<u>Questionário sociodemográfico, laboral e de saúde</u>	69
3.4.2	<u>Entrevista semiestruturada</u>	71
3.5	Análise e interpretação das informações	73
3.6	Aspectos éticos	75
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
4.1	Análise das características sociodemográficas, laboral e de saúde	76
4.2	Análise das categorias	91
4.2.1	<u>Categoria 1: A configuração da organização do trabalho hospitalar</u>	91
4.2.1.1	Subcategoria 1: Concepções negativas e positivas da organização do trabalho	92
4.2.1.2.	Subcategoria 2: Processo de trabalho da enfermagem: trabalho manual e trabalho intelectual	101
4.2.2	<u>Categoria 2: Sentimentos de prazer e sofrimento decorrentes da vivência na organização do trabalho hospitalar</u>	108
4.2.2.1	Subcategoria 1: Prazer decorrente do trabalho.....	108

4.2.2.2.	Subcategoria 2: Sofrimento derivado da dinâmica laboral.....	113
4.2.3.	<u>Categoria 3: Estratégias de defesa individual e coletivas</u>	120
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico, laboral e de saúde	159
	APÊNDICE B - Entrevista semiestruturada	162
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	163
	APÊNDICE D - Termo de autorização de uso de imagem e depoimentos	165
	APÊNDICE E - Quadro 2: Unidades de registro	166
	APÊNDICE F - Quadro 3: Estruturação das categorias	168
	ANEXO - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)	169

INTRODUÇÃO

Objeto e sua contextualização

Este estudo tem como objeto a organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e o sofrimento de trabalhadores de enfermagem. O desejo de investigar esse objeto emergiu, inicialmente, com a conclusão da dissertação de mestrado, a qual investigou a relação entre o processo de trabalho e a situação de saúde-doença dos enfermeiros de um hospital público, sendo possível perceber como as condições de trabalho desfavoráveis determinadas pela organização laboral repercutiam na saúde dos trabalhadores.

A partir de então, as inquietações ampliaram-se por meio de resultados de outras pesquisas com enfoque na saúde do trabalhador, desenvolvidas na condição de docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Também, por meio de observações empíricas realizadas como enfermeiro de um hospital público de urgência/emergência, onde venho vivenciando ambientes cada vez mais precarizados de trabalho, e que atingem durante a dimensão subjetiva dos trabalhadores, gerando sofrimento psíquico e adoecimento aos trabalhadores de enfermagem.

Com os questionamentos oriundos dessas observações, foi possível compreender por meio da literatura que o processo de reestruturação produtiva, sob a orientação do modelo neoliberal, produziu nas últimas décadas transformações na organização do trabalho que tornaram a realidade vivida pelo trabalhador cada vez mais complexa e hostil. Para Cardoso (2015), a gestão e a organização do trabalho raramente negociam com os trabalhadores, sendo as determinações quase unicamente definidas pelo capital, de modo que as implicações dessas mudanças para a vida e a saúde dos trabalhadores causam estranhamentos e sofrimento, tanto dentro como fora do local de trabalho, tendo assim potencial para adoecer esses indivíduos.

Através do trabalho os seres humanos se relacionam, utilizando a natureza para construir sua história e transformá-la, de modo a estabelecer mediações necessárias para que ambos se modifiquem. Em todas as sociedades, independentemente do local e da época, homens e mulheres desenvolvem atividades laborais, as quais denotam envolvimento dos seus corpos em atividades socialmente programadas e capazes de produzir os meios materiais para a manutenção da vida. Complementando, Pereira (2015, p. 35) assevera que “O trabalho é relegado, assim, a mero meio de subsistência subordinado ao capital”, evidenciando que neste contexto a relação é muito complexa e vem embutida de sofrimento e prazer.

O trabalho para além de manutenção da vida em sociedade e de sua natureza material, constitui um modo de inserção social que tem a capacidade de assegurar ou devastar a subjetividade dos trabalhadores. O caráter negativo ou não da atividade laboral dependerá da qualificação da atividade, do caráter repetitivo e/ou desprovido de sentido, das exigências psicocognitivas e motoras da tarefa enfim, dependerá das características da organização e do processo de trabalho em confronto com as características psicoafetivas, motoras e cognitivas do trabalhador (DEJOURS, 2011).

Nesse sentido, “o contexto de trabalho, nas suas três dimensões (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais), influencia o prazer e o sofrimento, que são constitutivos da subjetividade no trabalho” (AUGUSTO, FREITAS, MENDES, 2014, p.38). Sobre esse contexto do trabalho salienta-se que o trabalhador tem a capacidade de sentir, pensar, e reagir diante da situação muitas vezes desfavorável imposta pela organização do trabalho e que às vezes não consegue cumprir.

Assim, “o trabalho é a atividade coordenada de homens e mulheres, para defrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário com as recomendações estabelecidas pela organização do trabalho” (DEJOURS, 2011, p. 161).

Ao longo da história, a visão de trabalho foi modificando-se, conforme as transformações sociais aconteciam, de modo que na sociedade capitalista atual, caracterizada pela lógica da produção e do consumo, as relações no trabalho e para com este, apresentam novas características e perspectivas que podem ser boas ou ruins para o trabalhador.

Este modo de produção capitalista, que teve início no século XIX, alcançou seu ápice no século passado, principalmente no mundo da industrialização e de serviços sob a concepção do taylorismo-fordismo, que predominou por muitos anos e não se extinguiu totalmente no mundo do trabalho atual.

Para Antunes (2014, p. 53) “a organização científica do trabalho preconizada por Taylor em sua época apresentava-se como única forma satisfatória de organizar o trabalho”. O autor salienta ainda que o objetivo principal era não depender da boa ou má vontade do trabalhador ou de seu estado de espírito. Por isso, esse sistema produtivo, baseado no binômio Taylorismo-Fordismo tinha como características a degradação do trabalho na sociedade devido à mecanização, parcelização, manualização, alienação, através da coerção e controle rígido do assalariado, tornando-se mais produtivo e rentável.

Este modelo político-ideológico e econômico foi dominante até o início dos anos 1970, quando ocorreu uma crise estrutural do sistema, a qual se abateu no conjunto das

economias capitalistas, prolongando-se até os dias de hoje, apesar do processo de reestruturação produtiva, que teve como fio condutor o toyotismo, surgido no Japão. Segundo Antunes e Druck (2014, p.14) esse modelo japonês “a partir dos anos 1980, expandiu-se e ocidentalizou-se, tendo enormes consequências no mundo do trabalho através da chamada liofilização organizativa da empresa enxuta”.

Assim, o toyotismo, que nasceu como uma das alternativas à crise do capitalismo, preconiza garantir a acumulação econômica, porém de modo cada vez mais flexível e compatível com a nova fase do capital, tendo como características uma produção vinculada à demanda e um trabalho em equipe com multivariabilidade de funções, criando-se assim a chamada empresa flexível. Destaca-se ainda uma nova forma de gestão, com estrutura horizontal (em contraposição à verticalidade do fordismo), valorização do saber intelectual do trabalhador, e estabilidade no emprego. Em contrapartida, aumentou a exigência da qualificação, o ritmo de trabalho, a subcontratação e a redução do papel sindical (CUNHA, 2016).

Estas mudanças no mundo do trabalho foram norteadas pelo neoliberalismo, que tem origem no pensamento liberal, o qual defende os ideais do Estado mínimo e abertura ao mercado internacional. Neste sentido, Campos, Viana e Soares (2015, p. 85) enfatizam que “plano da organização do trabalho, significa a busca de aumento da produtividade, a utilização de formas secundárias de exploração e a corrosão dos direitos trabalhistas”.

O neoliberalismo caracteriza-se como um conjunto de ideias políticas e econômicas que defende a não participação do Estado na economia. Surgiu na década de 1970 como solução alternativa para a crise econômica mundial. De acordo com este modelo produtivo, deve haver total liberdade de comércio (livre mercado), pois este princípio garante o crescimento econômico e o desenvolvimento social de um país (ANTUNES, 2014).

Desta forma, a crença de que o livre mercado pode regular, eficientemente, todas as esferas da vida cotidiana, norteia a visão de estado neoliberal que “privilegia o mérito, a competição, a eficiência, e a capacidade dos grandes empresários, enfatizando que o bem-estar provém do esforço individual” (PINZÒN, 2016, p.31).

As ideias neoliberais passaram, então, a fundamentar o programa econômico que foi implementado pelo capital, inicialmente nos países centrais, considerados de alto nível de desenvolvimento econômico e social, logo depois disseminado para os países periféricos, contemplando a reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do Estado, políticas de reajustes fiscais e monetárias, sintonizadas com a lógica financeira de curto prazo e flexibilidade em todos os níveis (ANTUNES, DRUCK, 2014).

Este cenário do mundo do trabalho encontrou campo favorável no Brasil na década de 1990, com a eleição direta do primeiro governo civil pós-ditadura, o qual implantou a política neoliberal, abrindo espaço para a reestruturação produtiva no país, trazendo sérias consequências para o trabalhador. Este período trouxe repercussão brusca para o conjunto dos trabalhadores, visto que “representou incremento tecnológico e científico nos processos de trabalho, propiciando novas formas de organizar, gerir e regular a produção e a força de trabalho” (GUIRALDELLI, 2014, p. 109).

As mudanças tecnológicas e de organização do trabalho orientadas pelo modelo de acumulação flexível do capital passaram a configurar o mundo produtivo naquele momento, com algumas características peculiares: flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; integração dos setores da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; valorização dos saberes dos empregados, incluindo como atributos essenciais autonomia, responsabilidade e capacidade de comunicação dos trabalhadores (SOUZA et al., 2014).

Este processo de reestruturação capitalista modificou as condições de trabalho no que diz respeito às suas formas de organização e controle, produzindo novos ritmos, muitas vezes determinados pela demanda externa do consumo, e novas exigências com relação à formação dos trabalhadores, bem como moldando comportamentos e disciplinas no local de trabalho. Entretanto, pesquisadores da sociologia do trabalho como Antunes (2014) e Alves, G. (2014), afirmam que este processo orientado pelo neoliberalismo contribui para a precarização no trabalho, que reflete negativamente na saúde dos trabalhadores.

Impulsionado pelo modelo neoliberal, o processo de globalização tomou corpo a partir dos anos 1970; este fenômeno consiste num modelo econômico capitalista de mundialização do espaço geográfico por meio da interligação econômica, política, social e cultural em âmbito planetário, com o objetivo de integrar os países e as pessoas, criando uma rede de conexões, cujas distâncias ficaram cada vez mais curtas e virtualmente inexistentes. Sobre isso, Fortes e Ribeiro (2014, p. 367) afirmam que “o fenômeno da globalização traz novas dimensões espaciais, temporais e cognitivas. Modifica nossa percepção das distâncias e barreiras das fronteiras aos contatos globais”.

A implementação da tecnologia de ponta como a utilização da Internet, das redes de computadores, dos meios de comunicação via satélite, embutida no processo de globalização de capital, tem favorecido as relações econômicas e transferência de empresas em nível mundial. Assim, em plena era da informatização do trabalho no mundo maquinal-digital, vem ocorrendo um processo contraditório, porque embora tenha aumentado o número de empresas

de call center (telemarketing), tem aumentado a informalização do trabalho, presente na ampliação dos terceirizados, subcontratados, precarizados (ANTUNES, 2014).

Entende-se, portanto, que globalização é o processo que ultrapassa a esfera econômica, sendo também social e cultural, o qual vem se apresentando para o mundo desde as últimas três décadas do século XX. Elementos inéditos, como a consolidação de um mercado efetivamente mundial; a transnacionalização das empresas; a eliminação das fronteiras para a circulação do capital; a privatização da economia e o Estado mínimo são aspectos sociais, políticos e econômicos que vêm se configurando a partir do advento da globalização e do neoliberalismo (GONÇALVES et al., 2014).

Este contexto de reestruturação do processo produtivo trouxe mudanças positivas para a economia globalizada através da circulação rápida e eficiente do conhecimento científico- tecnológico, barateando o preço do produto final, facilitando o acesso aos produtos importados, muitas vezes mais baratos que os fabricados nos países em desenvolvimento, e gerando empregos nos países emergentes como o Brasil. Entretanto, ela se caracteriza “pela incorporação de tecnologias informatizadas à produção com intensificação do trabalho na máquina, associado a novas técnicas de organização do processo de trabalho” (GOMES, RAMOS, 2015, p. 2592).

Mas, por outro lado, nota-se que estas mudanças tiveram impacto negativo na vida das pessoas, pois gerou uma ausência de estabilidade e segurança dentro e fora do trabalho, devido também à transferência de empresas e empregos para países que oferecem condições de mão de obra de baixo custo e qualidade, baixa carga de impostos e matéria-prima barata. Uma das drásticas consequências, segundo Oliveira e Morais, (2016, p.120) é “o esfacelamento das relações de trabalho as quais, mediadas pela estratégia da flexibilização, passam a se expressar por novas formas de contratos temporários, terceirizados, sem proteção social”. Neste sentido, observa-se desemprego, precarização do trabalho e desregulamentação dos direitos sociais.

Antunes (2012) comenta que, no estágio atual do capitalismo brasileiro, enorme enxugamento da força de trabalho combina-se com mutações sociotécnicas no processo produtivo e na organização do controle social do trabalho. A flexibilização e a desregulamentação dos direitos sociais, bem como a terceirização e as novas formas de gestão da força de trabalho, implantadas a partir deste modelo produtivo, estão em curso acentuado e presentes em grande intensidade, coexistindo com o fordismo, que parece ainda preservado em vários ramos produtivos e de serviços.

Estas mudanças políticas e econômicas também tiveram influência no campo da saúde, pois a trajetória da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, coincide com o período em que se deflagrou o processo de reestruturação capitalista disseminado mundialmente. Esse cenário contribuiu com o processo de desestatização e privatização da gestão no sistema de saúde brasileiro que, através da mercantilização e subfinanciamento público em saúde instituiu a reestruturação produtiva, repercutindo na gestão dos serviços públicos e na organização dos processos de trabalho em saúde (PRATA, PROGIANTI, DAVID, 2014). Desde então, os trabalhadores do SUS vêm vivenciando, insidiosamente, a precarização deste contexto de trabalho.

Nesta perspectiva, o trabalho hospitalar também sofre influência do processo de reestruturação produtiva, no sentido de buscar novos padrões de produtividade para, deste modo, sob a lógica do mercado, tornar-se competitivo. Estes aspectos produzem impactos na subjetividade dos trabalhadores e nos modos de trabalhar no hospital, que necessitam ser aprofundados. Ademais, esta lógica produtiva não se coaduna com o objeto de trabalho da saúde, pois não se prestam cuidados como se fizessem parte de uma linha de montagem com metas a atingir, havendo, assim, um paradoxo e um equívoco que precisam ser estudados para modificá-los.

Por conta deste paradoxo, estudo realizado por Rocha et al. (2014) em um hospital público de São Paulo, demonstra que as instituições públicas brasileiras, entre elas os hospitais, baseiam-se numa cultura de gestão com predomínio da verticalização da estrutura hierárquica, o autoritarismo e a centralização do processo decisório. Nessa lógica, observa-se o controle excessivo de procedimentos, uma administração engessada com apego a normas e rotinas, supervalorização da hierarquia e apego ao poder, refletindo, assim, no processo de trabalho e subjetividade dos trabalhadores, com consequências na assistência prestada aos pacientes.

Associado a essa gestão verticalizada, no caso específico da enfermagem, enfatiza-se que a remuneração inadequada, a acumulação de escalas de serviço ou duplo vínculo, o aumento da jornada de trabalho, o desprestígio social da profissão e as péssimas condições de trabalho são fatores que contribuem para a insatisfação dos profissionais. Em estudo realizado em hospitais públicos, filantrópicos e privados, a insatisfação de profissionais de enfermagem esteve associada à inadequadas condições de trabalho, à precariedade e insuficiência de recursos materiais, aos trabalhadores com contrato temporário, os quais apresentam medo de perder o emprego e à falta de amparo na segurança e medicina do trabalho (WISNIEWSKI et al., 2015).

Todo este cenário reflete, mais uma vez, o ideário do modelo neoliberal que, por meio do processo de reestruturação produtiva e mercantilização da saúde, implementa mudanças também no SUS, principalmente na gestão dos hospitais, uma vez que se evidencia a desregulamentação das relações trabalhistas, flexibilizando os contratos e precarizando as condições de trabalho, com reflexo na saúde do trabalhador de enfermagem. Assim, “ratifica-se a necessidade de uma compreensão ampliada do adoecimento relacionado à atividade laboral” (SILVA et al., 2016b, p. 6).

Decorrente de tal contexto macro e micro político, econômico e social, faz-se relevante ponderar que a atividade de enfermagem, a qual deveria ser reconhecida como fonte de realização e de construção de identidade pessoal e profissional, tem se apresentado, frequentemente, como fator predisponente de sofrimento psíquico e de adoecimento. Na visão da psicodinâmica do trabalho, quando o trabalhador esgota as estratégias de defesa em relação ao sofrimento e não consegue transformá-lo ou resignificá-lo, devido à ausência de flexibilidade da organização do trabalho, este poderá tornar-se patogênico e gerar o adoecimento (BOROWSKI et al. 2017).

Na condição de enfermeiro, vivencio no cotidiano do trabalho hospitalar o dimensionamento insuficiente de pessoal de enfermagem para atender a grande demanda de pacientes, o ritmo de trabalho acelerado, a constante falta de recursos materiais e de equipamentos médico-hospitalares, a precarização dos vínculos de trabalho, a cobrança da gestão e da sociedade por uma assistência de qualidade e a percepção do elevado sofrimento psíquico e adoecimento frequente de colegas de trabalho.

Observo, atualmente, nos hospitais públicos, a pressão dos gestores para o aumento da produtividade (aumento de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais), redução da taxa de permanência de pacientes e dos gastos hospitalares (almozarifado e farmácia), com a promessa de melhoria da Gratificação de Incentivo ao Desempenho (GID) para todos os trabalhadores. No entanto, tais cobranças acontecem sem que a gestão se preocupe com as condições de trabalho e com a capacitação permanente dos funcionários, evidenciando que a lógica do modelo neoliberal se encontra inserida neste contexto laboral.

Há sete anos, na condição de gestor de hospital público, vivenciei situações de angústia, pois, em função do cargo, e por conta da gestão estadual verticalizada, tinha que transmitir medidas administrativas, como exigência do ponto eletrônico, estímulo sistemático ao aumento da produtividade, advertência de servidores, que sabidamente iriam repercutir no sofrimento psíquico e na saúde dos trabalhadores, pois muitas vezes eram medidas injustas,

afetando também a minha subjetividade, pois não possuía poder de decisão suficiente para impedi-las.

Diante das circunstâncias, usava como estratégias a postergação daquelas medidas a fim de conseguir ganhar tempo para preparar os trabalhadores em relação ao que estava por vir ou, mesmo, de pensar coletivamente possibilidades de resistência contra demandas organizacionais que se impactavam negativamente na saúde dos trabalhadores. Fundamentado em Dejours (1992), atualmente compreendo que estas táticas eram estratégias coletivas de defesa e/ou mecanismos individuais contra o sofrimento imposto pela organização do trabalho.

No campo da docência, evidencio, também, ao longo dos anos, a falta de condições de trabalho satisfatórias. Neste sentido, é notória a insuficiência de recursos financeiros para as atividades fins, exigência de qualificação e produção científica crescente, carga horária excessiva extraclasse, a qual captura o tempo livre e de lazer, dificuldades organizacionais nos campos de prática hospitalar e desvalorização do papel do docente por parte dos governantes.

O processo de reestruturação produtiva sob a óptica neoliberal produziu mudanças tanto no trabalho docente quanto no trabalho em saúde e enfermagem. Nesse contexto, muitos processos e organizações do trabalho são configurados, atualmente, por “carga horária excessiva, ritmo intenso de trabalho, controle rigoroso das atividades, pressão temporal e necessidade de profissionais polivalentes e multifuncionais” (SOUZA et al., 2017, p. 961).

O conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico pode levar ao adoecimento, porque há contradições entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Por exemplo, podem-se citar como causa de tais contradições as relações hierárquicas extremamente rígidas e autoritárias, que não dão margem para o diálogo, para a criatividade do trabalhador, impedindo a expressão da subjetividade, fazendo com que a prescrição da organização do trabalho seja seguida sem levar em conta os meandros da realidade laboral. Neste sentido, emerge o sofrimento do trabalhador que, por sua vez, pode ocasionar doenças de ordem física e principalmente psíquica (BOTTEGA, PEREZ, MERLO, 2015).

O ambiente hospitalar por si só, independentemente do tipo de organização do trabalho que norteia a atuação da enfermagem, influencia no processo saúde doença, gerando desgaste físico e mental nos trabalhadores, principalmente quando as condições de trabalho não são adequadas, como ocorre na maioria dos hospitais públicos. Acerca disso, Shoji, Souza e Farias (2015) argumentam que o trabalhador de enfermagem está mais sujeito ao adoecimento porque, além do contato direto com doenças e mortes, convivem com longas

jornadas e acelerados processos laborais, sujeitos à atitude repressora e autoritária de uma hierarquia rígida e vertical, num cenário de trabalho fragmentado e de desvalorização social.

A crítica à atual configuração da organização laboral fortaleceu-se durante o período em que assumi a direção administrativa, convivendo com a problemática dos trabalhadores encaminhados à junta médica do Estado, devido ao adoecimento no trabalho. Posteriormente, coordenando o serviço de saúde do trabalhador do referido hospital, passei a observar, de forma mais aprofundada, frequentes queixas dos trabalhadores, principalmente da equipe de enfermagem, em relação às desfavoráveis condições de trabalho e exigências da organização e repercussões negativas na subjetividade e na saúde dos profissionais.

Concomitante a essas observações, surgiu a oportunidade de realizar o doutorado na linha de pesquisa “Trabalho, educação e formação profissional em saúde e enfermagem” da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ), a qual investiga esta e outras problemáticas que, por sua vez, vinha ao encontro de minhas inquietações, possibilitando aliar, assim, a vivência profissional ao papel de pesquisador.

QUESTÕES NORTEADORAS E OBJETIVOS

Diante destes acontecimentos e observações empíricas sobre o cotidiano do trabalho em saúde e enfermagem, pressupondo também que esta realidade não seja apenas local, dado que hipoteticamente se relaciona com a influência do modelo neoliberal nos serviços de saúde que, por sua vez, tem contribuído para o sofrimento e adoecimento do trabalhador, em especial de enfermagem, despertou-me, o interesse investigar o objeto de estudo anteriormente pontuado.

Para direcionamento da pesquisa, definiu-se como questões norteadoras:

- Quais são as características sociodemográficas, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público da Bahia?
- Como se configura a organização do trabalho de um Hospital Público do Sudoeste da Bahia, sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem?
- Quais são as situações de prazer e sofrimento que emergem dos trabalhadores de enfermagem quando discorrem sobre a organização do trabalho hospitalar?
- Que estratégias são adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para minimização do sofrimento decorrente da organização do trabalho?

OBJETIVOS

Para responder a estes questionamentos, e apreender o objeto anteriormente apontado, elaboraram-se os seguintes objetivos:

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público da Bahia;
- Descrever a configuração da organização do trabalho de uma instituição hospitalar pública, da Bahia, sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem
- Analisar as repercussões da organização do trabalho hospitalar para a dinâmica do prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem
- Discutir as estratégias adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para minimização do sofrimento decorrente da organização do trabalho.

JUSTIFICATIVA

As observações empíricas e a literatura pesquisada sugerem que a organização do trabalho hospitalar desta instituição de saúde do sudoeste da Bahia vem se fundamentando nos preceitos neoliberais. Em decorrência desta nova configuração organizacional, os trabalhadores apresentam possível sofrimento psíquico e, portanto, com potencial para adoecer precocemente, gerando alto absenteísmo, presenteísmo e processos de readaptação funcional precoce.

Silva et al. (2013) referem que, no contexto hospitalar, a enfermagem representa a maior força de trabalho, e a ausência destes trabalhadores afeta a organização do serviço, gerando insatisfação e sobrecarga entre os presentes. E esta ausência compromete a qualidade da assistência prestada aos pacientes como também tem potencial para adoecer aqueles que permanecem trabalhando em razão da sobrecarga de trabalho.

O comprometimento negativo sobre a saúde dos trabalhadores e sobre a assistência de enfermagem reforça a necessidade de investigar esta problemática. Para isso, buscando justificar a relevância dessa temática, realizou-se revisão integrativa em agosto/setembro - 2018, na base de dados MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Dados em Enfermagem e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) tendo como descritores - Organização, administração, trabalho hospitalar, enfermagem, num recorte temporal de 10 anos (2008 - 2018).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência etc.); artigos com resumos e textos completos disponíveis *online* para análise, publicados nos idiomas português ou espanhol, entre os anos 2008 e 2018. Os critérios de exclusão foram: dissertações, teses, artigos não disponíveis em texto completo e que não respondiam aos critérios de inclusão. A questão que norteou esta pesquisa foi: qual a produção científica existente acerca da relação organização laboral, trabalho hospitalar e sofrimento?

Na organização e tabulação dos dados, utilizou-se instrumento de coleta de dados contendo: autor, ano de publicação, título, periódico, objetivo e tipo de estudo, instrumento do estudo, resultados e conclusões/contribuições para a prática. Foram identificados 127 artigos, e segundo os critérios de inclusão, 36 selecionados para análise. Após leitura minuciosa do conteúdo, restaram 18 artigos cujos resultados estão descritos a seguir.

Em relação aos descritores: 13 (72%) dos artigos tinham pelo menos um dos descritores no título ou resumo. Dos objetivos encontrados nos artigos, 12 (66,6%) traziam como foco investigar a relação entre organização /gestão do trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. Quanto aos resultados, 11 (61,1%) das pesquisas constataram que há relação direta entre a configuração da organização do trabalho moldada nos princípios do neoliberalismo e os problemas de saúde dos trabalhadores como o estresse, sofrimento psíquico, o mal-estar, doenças osteomusculares. Outro resultado relevante desta busca bibliográfica mostrou 03 (16,6%) que o problema das péssimas condições de trabalho, caracterizado pela deficiência de recursos humanos e materiais contribuem para o sofrimento no trabalho e está atrelado à organização laboral.

Essa organização é caracterizada pela rigidez hierárquica, disciplina, que não permite a expressão da subjetividade do trabalhador, por isso, 12 (66,6%) dos artigos, em suas conclusões, fazem referência a necessidade de se repensar a organização do trabalho nos hospitais da forma como está configurada, visto que fica evidenciada o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. É importante enfatizar a carência de estudos com esse enfoque na região nordeste visto que apenas dois trabalhos foram realizados nesta região, e a maioria concentrou-se nas regiões sudeste e sul, daí a relevância de pesquisar essa temática no estado da Bahia, considerado o mais populoso do Nordeste (IBGE, 2018).

Salienta-se, então, que estudar a configuração da organização do trabalho, a dinâmica do prazer e sofrimento e suas estratégias de enfrentamento, poderá proporcionar maior visibilidade à questão embasando os debates sobre as dificuldades para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador(a), assim como no que se refere às repercussões

negativas da política neoliberal na saúde psíquica e física dos profissionais da saúde, em particular da enfermagem.

RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

Infere-se que a relevância deste estudo se configura porque a temática desenvolvida faz parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, do Ministério da Saúde (MS), especificamente na subagenda 23, que trata do tema SAÚDE, AMBIENTE, TRABALHO E BIOSSEGURANÇA no item 23.2 - IMPACTO DA REESTRUTURAÇÃO DO TRABALHO SOBRE A SAÚDE, no subitem 23.2.9, Investigação das condições de trabalho para categorias profissionais específicas: profissionais de saúde, educação e informática. A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde tem como pressuposto respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais (BRASIL, 2015a).

Presume-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para maior visibilidade da temática, servindo como subsídio para a elaboração e implementação de ações de caráter preventivo. Desse modo, será possível reduzir os agravos à saúde de trabalhadores de enfermagem, bem como melhorar as condições laborais e avançar na qualidade da assistência de enfermagem prestada ao paciente.

Este estudo visa a contribuir com o fortalecimento da linha de pesquisa do Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), pois objetiva realizar uma análise crítica da relação entre o mundo do trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. Ademais, busca fazer articulações com os grupos da linha de pesquisa de Vigilância à Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade do Sudoeste da Bahia (UESB), desenvolvendo estudos em parcerias nesta área e, desse modo, fortalecer a produção científica em ambas as instituições de ensino.

Vale salientar também, a importância desta pesquisa para o ensino de enfermagem, considerando que, em muitos cursos de graduação, o conteúdo sobre esta temática é desenvolvido de maneira superficial, frequentemente em disciplinas optativas, havendo necessidade de sensibilizar as instituições de ensino superior e os docentes de enfermagem para implementação de conteúdos com abordagem ampliada relativa a este campo do saber.

Do mesmo modo, esta pesquisa é relevante porque tem potencial para despertar o interesse de discentes para disciplinas que abordem a relação entre a dinâmica do prazer-sofrimento decorrente do trabalho e a saúde do trabalhador, tema primordial para formação de profissionais críticos e reflexivos, preocupados em melhorar as condições de trabalho da enfermagem. Corroborando com essa questão, Fernandes, Souza e Marques (2013), em pesquisa bibliográfica, ratificam que a produção de artigos de enfermagem sobre o ensino da saúde do trabalhador na graduação é incipiente, principalmente quanto às publicações nacionais e quanto à sua abordagem nos cursos em questão.

Ademais, a presente pesquisa poderá fornecer subsídios para a prática da enfermagem através de recomendações oriundas dos resultados, visando a implementação de ações para promoção de saúde e prevenção de agravos, bem como para a recuperação da saúde dos trabalhadores de enfermagem que atuam nesta instituição universitária hospitalar. Inclusive, poder-se-á avançar para a discussão de propostas de mudanças no modelo organizacional que seja menos impactante no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem.

De acordo com levantamento bibliográfico realizado anteriormente a este estudo, há um grande volume de produção na enfermagem com foco nos riscos ocupacionais, acidentes e doenças ocupacionais, havendo uma lacuna no tocante a investigações que enfoquem os determinantes sociais e políticos que influenciam no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem, bem como a relação entre a organização do trabalho e a dinâmica do prazer e sofrimento do coletivo profissional. Portanto, esta pesquisa se propõe a contribuir para a melhoria da produção científica neste campo, buscando compreender a complexidade do mundo do trabalho e seu impacto na subjetividade e saúde do trabalhador.

Salienta-se que se optou pela utilização do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, idealizada por Dejours, para fundamentar o estudo, pois esta opção embasa-se no fato de que, apesar de ser uma abordagem recente nas pesquisas no Brasil, esta tem buscado responder às inquietações e conflitos do mundo do trabalho, primordialmente em relação à subjetivação do trabalhador, pois, do ponto de vista epistemológico, esta é definida como uma disciplina que estuda “os movimentos psicoativos, gerados pela evolução dos conflitos inter e intersubjetivos” (DEJOURS, BARROS, LANCMAN, 2016, p. 112).

Nesta perspectiva, considera-se que esta pesquisa, por meio do suporte teórico da psicodinâmica do trabalho, poderá contribuir para desvendar as nuances da organização laboral que podem desagregar a subjetividade do coletivo profissional e/ou como os trabalhadores conseguem manter o equilíbrio psíquico mesmo diante das condições organizacionais desfavoráveis.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo objetiva apresentar uma análise da concepção e pressupostos gerais da psicodinâmica do trabalho, desde a sua origem, enfocando o seu objeto, aspectos conceituais sobre trabalho, organização do trabalho, a dialética entre prazer e sofrimento no trabalho, trabalho prescrito e trabalho real. Discute ainda pressupostos do sofrimento criativo e patogênico e as estratégias defensivas individuais e coletivas adotadas pelos trabalhadores, correlacionando-os com o objeto de estudo.

1.1 A psicodinâmica do trabalho: o prazer e o sofrimento dos trabalhadores de enfermagem

A psicodinâmica do trabalho surgiu em decorrência de estudos sobre a psicopatologia do trabalho. A psicopatologia do trabalho pode ser definida como “a análise do sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho” (DEJOURS, 2011, p. 59). O autor enfatiza que esta disciplina era dedicada à análise, à superação e, eventualmente, ao tratamento das doenças mentais relacionadas ao trabalho.

De forma geral, a psicopatologia direciona-se para identificar síndromes e doenças mentais características de uma organização de trabalho, por meio de um modelo psicanalítico de causa e efeito, ou seja, a organização do trabalho como causa e a doença mental como efeito (DEJOURS, 2011).

Christophe Dejours, o idealizador da psicodinâmica do trabalho, é um pesquisador francês, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista, diretor científico do Laboratoire de Psychologie du Travail et de L'action no Conservatoire National des Arts et Métiers, em Paris. Inicialmente, suas pesquisas eram voltadas para a psicopatologia do trabalho, disciplina inaugurada e aprofundada nos anos 1950 e 1960. Porém, Dejours, em seu livro “A loucura do trabalho: estudo sobre a psicopatologia do trabalho” já demonstrava ter uma visão diferenciada e mais ampla sobre o trabalho e sua relação com a saúde e doença. Sobre isso, o próprio Dejours afirma que optou por não focalizar suas análises nas doenças e distúrbios mentais, e sim no sofrimento, nas formas de defesa contra este sofrimento e sua transformação para o prazer no trabalho (DEJOURS, 2011; DEJOURS, ABDOUCHELI, JAYET, 2010).

Nos anos 1990, Dejours começou a defender a ideia de que a relação entre o trabalhador e a organização de trabalho é dinâmica, ou seja, as situações advindas dela não poderiam ser analisadas apenas como uma relação de causa e efeito. Um fator importante para

isso foi observar que os trabalhadores desenvolviam maneiras para se protegerem diante dos constrangimentos organizacionais que causavam sofrimento. Ou seja, os trabalhadores não eram passivos e utilizavam estratégias de defesa individual e coletiva contra possíveis efeitos nocivos à sua saúde mental e manutenção/aumento da produtividade. Outro fato que intrigou Dejours foi a vivência dialética - sofrimento e prazer – emergida, considerando a configuração da organização do trabalho (DEJOURS, 2011).

A “normalidade” surge, então, como um equilíbrio frágil entre o sofrimento e as defesas contra ele. Desta forma, a normalidade não é a falta de sofrimento, e sim uma luta de forma individual ou coletiva contra o sofrimento no trabalho, tendo, por vezes, o papel de mascarar ou encobrir um sofrimento patogênico. Sobre a normalidade, Dejours (2011, p. 64) discorre que:

ao se propor a normalidade como objeto, a psicodinâmica abre caminho para perspectivas mais amplas, que como veremos, não abordam apenas o sofrimento, mas, ainda, o prazer no trabalho: não mais somente o homem, mas o trabalhador; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna.

Conforme a psicodinâmica se estruturava e mostrava a sua relevância, Dejours questionava a utilidade da psicopatologia do trabalho, visto que a mesma analisava e revelava os problemas existentes no trabalhador, porém considerava a organização do trabalho um bloco engessado e pouco importante nesta problemática. Desta maneira, ela não tinha por vocação propor ações, deixando isso a cargo dos próprios trabalhadores, ou seja, a revelação de suas análises poderia trazer aflição, desencorajar e desagregar, contribuindo para o crescimento do sofrimento. Em contrapartida, para o autor, a psicodinâmica do trabalho é uma práxis; além de ser uma modalidade de intervenção, é uma disciplina produtora de conhecimento (DEJOURS, 2011; TRAESEL, 2007).

Para Dejours (2011, p. 70), o processo de desenvolvimento da psicopatologia do trabalho em direção à psicodinâmica do trabalho está alicerçado em reconhecer que a realidade é dinâmica, isto é, a relação entre a organização do trabalho e o trabalhador não é algo imutável ou rígido. O autor aprofunda salientando que “a estabilidade aparente desta relação está assentada em um equilíbrio livre e aberto à evolução e transformações, um equilíbrio dinâmico, em contínuo deslocamento”.

Os avanços nos estudos da psicodinâmica demonstraram ainda algo que hoje é muito discutido por estudiosos e nas Academias: o hiato existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real nas organizações de trabalho. É neste hiato, muitas vezes, que o trabalhador pode expressar a sua engenhosidade e capacidade de criação, o que lhe gera prazer, porém também

são nesses hiatos que os trabalhadores têm medo de cometerem erros e serem repreendidos pela organização. Outra contribuição trazida pela psicodinâmica do trabalho foi a constatação de que as organizações quase engessam o processo de trabalho, por meio de tantas normas, leis e regras, que a priori deveriam organizar e facilitar as atividades, mas acabam por deixá-las praticamente impossíveis de serem executadas (DEJOURS, 2011; TRAESEL, 2007).

De acordo com esta corrente dejouriana, a disciplina psicodinâmica do trabalho trouxe uma contribuição epistemológica e teórico-metodológica para a psicologia do trabalho e para o campo da saúde mental e trabalho ao demonstrar que, quando o sofrimento não é acompanhado de descompensação psicopatológica, é porque o trabalhador/sujeito empregou defesas que lhe permitem controlá-lo.

Isso significa dizer que o fato de o trabalhador, em determinada organização, não apresentar ou referir sinais de sofrimento e/ou adoecimento, não demonstra que ele está em boas condições de normalidade, sendo necessário, portanto, observar não só as condições concretas do trabalho, mas buscar subsídios na vivência subjetiva deste trabalhador.

Nesse sentido, o objeto de estudo da psicodinâmica do trabalho é compreender a relação dinâmica entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação dos trabalhadores, representada pelas vivências de prazer e sofrimento e as estratégias de ação adotadas pelos trabalhadores para mediar as contradições da organização do trabalho, as patologias sociais e o processo de saúde e adoecimento no trabalho.

Assim, a psicodinâmica do trabalho não somente é uma teoria, mas também um modo de agir na organização. Visa a facilitar a ressignificação de vivências de prazer e sofrimento, permitindo aos indivíduos resgatarem para si o sentido do trabalho (EBERLE, BRUNING, 2013).

Para esta concepção teórica, o trabalho não é reduzido a uma atividade de produção no mundo objetivo, como difunde o modelo capitalista. Há uma grande diferença entre o trabalho prescrito pela organização e o trabalho real executado pelo trabalhador. Sendo assim, o significado do trabalho passa a ser aquilo que o indivíduo deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são destinados.

Sobre esta questão, Barros e Lancman (2016), a partir de entrevista com Dejours, Barros e Lancman (2016), esclarecem que realmente existe sempre um hiato entre o trabalho prescrito - a tarefa, e o trabalho real – e o trabalho efetivo. Argumentam ainda que isso ocorre porque o trabalho prescrito ou a organização prescrita do trabalho baseia-se em uma previsibilidade do processo de trabalho, fundado nas ciências da organização do trabalho, sem permitir ao trabalhador desenvolver a inteligência prática frente à realidade do trabalho.

É sabido que, muitas vezes, o modelo de organização não permite a flexibilidade do trabalho prescrito, incentivando a individualização e a concorrência, tornando os trabalhadores desagregados e isolados, sem forças para modificar o trabalho real, permitindo, assim, o surgimento do sofrimento psíquico por não darem sentido ao seu trabalho.

Por isso, é importante analisar a fala e a escuta dos trabalhadores, permitindo-lhes compreender, elaborar e interpretar o sofrimento em espaço coletivo de discussão. Para isso, “a Psicodinâmica do Trabalho torna-se uma abordagem apropriada na tentativa de desvendar a dinâmica das situações de trabalho e os possíveis agravos à saúde do trabalhador” (CAMPOS, DAVID; SOUZA, 2014, p. 91).

A psicodinâmica, como já foi citado anteriormente, é, do ponto de vista epistemológico, uma teoria crítica do trabalho, que surge na década de 1970 através do estudo de pesquisadores franceses, cujo modelo teórico-metodológico dialético questiona a realidade, buscando entender a subjetividade do trabalhador e como se dão as relações sociais e sua inserção no contexto organizacional. Estes novos conceitos também repercutem no Brasil, visto que até então predominava a visão da psicopatologia do trabalho que tentava relacionar as doenças mentais ao trabalho.

No Brasil, nos anos de 1980 e 1990, o estudo das patologias do trabalho geralmente esteve centrado, de um lado, na organização do trabalho (tida como patogênica e como determinante essencial do adoecimento), nas condições de trabalho e nas síndromes e adoecimentos que acometiam os trabalhadores (BOUYER, 2010).

Faltava, então, algo que pudesse explicar o processo de sofrimento e/ou adoecimento destes trabalhadores em função da nova forma de organização do trabalho com o advento do modelo neoliberal, bem como entender as formas ou mecanismos utilizados pelos sujeitos para enfrentar as adversidades do trabalho prescrito sem adoecer. Sobre isso, Dejours (2007) relata que, nos últimos 20 anos, as pesquisas foram direcionadas para entender por que, apesar das pressões que sofrem no trabalho, os trabalhadores, em sua maioria, permanecem na normalidade.

O preenchimento desta lacuna ora apontada envolve a compreensão, nos cenários do trabalho contemporâneo, principalmente no aspecto da vivência subjetiva, do trabalho dito imaterial ou invisível explicado à luz da psicodinâmica do trabalho.

A nova configuração do mundo do trabalho idealizada, imposta e colocada em prática pelo modelo neoliberal nas décadas de 1980/90 apresenta várias características no seio da organização do trabalho, as quais têm contribuído para a precarização do trabalho em vários setores produtivos, mas também na área da saúde. O trabalho precário “cresceu e foi

estimulado pela reestruturação produtiva e pelas novas formas de organizar o trabalho, provocando a abertura comercial, a desregulamentação e a flexibilização das relações de trabalho, bem como consolidando a política neoliberal” (CAVALCANTE, LIMA, 2013, p. 237).

Entre estas características do paradigma neoliberal, destacam-se a ideia do Estado mínimo, a competitividade maximizada, a supervalorização da flexibilidade, incluindo a perda de direitos trabalhistas, a mudança e a inovação continuada, o paradigma da rapidez, dentre outras. Para Antunes (2014), estas mudanças provocam resultados alarmantes em relação ao mundo do trabalho, como a desregulamentação dos direitos do trabalho, terceirização da força de trabalho nos diversos ramos produtivos e derrota do sindicalismo autônomo.

Num campo de forças sociais desfavoráveis ao trabalho pela hegemonia neoliberal, a globalização consolidou “o binômio flexibilização/precarização e a perda da razão social do trabalho, com a reafirmação do lucro e da competitividade como estruturadores do mundo do trabalho a despeito do discurso e de programas de responsabilidade social” (FRANCO, DRUCK, SELIGMANN- SILVA, 2010, p. 233).

Sabe-se que a expansão desta lógica mercantil compromete frontalmente a organização e estruturação do trabalho em saúde, repercutindo na intensificação dos ritmos de trabalho, na dupla jornada, na exacerbação dos mecanismos de controle, na restrição dos espaços de convivência, interferindo negativamente na subjetividade do trabalhador. Isso porque “o trabalho não acaba quando a pessoa sai do local do trabalho, ele coloniza toda a subjetividade” (FERREIRA, MACÊDO, MARTINS, 2015, p. 35).

Aliado a isso, os contratos de objetivos, a avaliação individualizada do desempenho, a concorrência entre os agentes e a precarização das formas de emprego conduzem ao desenvolvimento de condutas desleais entre pares e à ruína das solidariedades. Com isso, “o resultado destas práticas gerenciais é o isolamento de cada indivíduo, a solidão e a desagregação do viver junto, melhor ainda, a desolação à política do “cada –um – por si” (DEJOURS, 2011, p. 271).

Estas práticas gerenciais contribuem muitas vezes para o sofrimento do trabalhador, cuja explicação pode ser encontrada nos estudos da psicodinâmica do trabalho e sua relação com a organização do trabalho. Sobre isso, Glanzner (2014) cita um estudo nesta área, em que os sujeitos (enfermeiros) apontaram como sofrimento do trabalho em saúde a exigência de ter que dar conta do trabalho, de ter que ser forte e de que é proibido adoecer ou se emocionar. Isso, de acordo com a teoria em debate, impede a elaboração das vivências dolorosas da profissão e o encontro desse sentido com o trabalho.

Nesse contexto, Osório et al. (2011, p. 84) discorrem que a organização do trabalho hospitalar implica na articulação entre múltiplos profissionais e diferentes formas de pensar o cuidar, de modo que a organização das tarefas propõe a economia de tempo por meio de rotinas padronizadas, exatamente como deseja o modelo predominante.

As autoras comentam ainda que a enfermagem, ao assumir o papel de administrar o cuidado nestes serviços, não percebe que sua subjetividade é, ao mesmo tempo, prescrita e interdita de maneira específica, pois lhe é dito que as relações sejam impessoais e definem-se hierarquias e limites profissionais, que impedem a criatividade deste trabalhador.

Neste cenário de organização de trabalho em saúde rígido e inflexível, onde os trabalhadores de enfermagem não conseguem transformar a realidade que os faz sofrer através do que a corrente dejouriana chama de sofrimento criativo, desenvolve-se, então, os sentimentos de frustração e alienação, produzindo o sofrimento patogênico. Desse modo, verifica-se que o contexto de trabalho, nas suas três dimensões (organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais), influencia o prazer e o sofrimento, que são constitutivos da subjetividade no trabalho (AUGUSTO, FREITAS, MENDES, 2014).

No contexto da psicodinâmica do trabalho, para lutar contra o sofrimento e se manter no trabalho, o indivíduo desenvolve mecanismos e estratégias de defesa. Souza (2014), baseando-se em Dejours (2007), afirma que este processo é denominado sofrimento criativo, e que, quando as estratégias e mecanismos de defesa resultam em prejuízo do processo produtivo e não funcionam para mantê-lo no trabalho, o processo denomina-se sofrimento patogênico, sendo um elemento primordial para o adoecimento.

Mas, para mudar esta realidade imposta pelo mundo do trabalho, o trabalhador procura adotar estratégias defensivas. Entre as estratégias defensivas utilizadas pelo trabalhador ressalta-se a transformação do sofrimento patológico em prazer através do reconhecimento da situação, vivências individuais que repercutem no grupo e a criação do espaço de discussão coletiva. Este espaço público de discussão coletiva é caracterizado prioritariamente pela expressão coletiva do sofrimento (FIGUEIREDO, ALEVATO, 2013).

Por isso, a psicodinâmica do trabalho, na concepção dejouriana, alerta para o que o pesquisador chama de ideologia defensiva, na qual se evidencia a vitória da organização do trabalho sobre o aparelho mental dos indivíduos, os quais, subjugados e alienados, têm em lugar do livre-arbítrio o comando organizacional e investem todo o esforço no sentido de suportar a contradição vivida pela subtração da sua autonomia mental e exposição ao perigo ou risco (DEJOURS, 1992).

Desse modo, Monteiro e Freitas (2015, p. 82) afirmam que “o desafio da Psicodinâmica do Trabalho não seria eliminar o sofrimento, mas definir ações capazes de modificar o seu destino, favorecendo a sua transformação em prazer”.

Para explicar esta transformação do sofrimento em prazer no trabalho, a teoria apresenta as categorias de análise, nas quais a participação do trabalhador é fundamental. Para Bueno e Macêdo (2012), a psicodinâmica do trabalho, desenvolvida por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, 2011), adota três categorias de análise para explicar a relação entre organização do trabalho e trabalhador e a dinâmica entre prazer e sofrimento no trabalho. A primeira é a organização do contexto do trabalho, que contempla os elementos organização do trabalho, condições de trabalho e relações no trabalho. A segunda refere-se à mobilização subjetiva que abrange a inteligência prática, a cooperação, espaço de discussão e o reconhecimento. A outra categoria diz respeito ao sofrimento e defesas que contempla o sofrimento criativo e patogênico e as estratégias defensivas, já discutidas anteriormente na pág.31.

Com relação à primeira categoria, organização do trabalho e suas subcategorias condições de trabalho e relações de trabalho, estudos nos últimos anos têm demonstrado a existência de problemas e contradições, que devido às mudanças estruturais e na gestão, vem trazendo consequências drásticas a saúde mental dos trabalhadores. Neste sentido, a partir de análises feitas sob a ótica da psicodinâmica do trabalho, em diversos ambientes laborais, tem sido possível compreender a relação entre organização do trabalho e a ocorrência de distúrbios osteomusculares, depressão, alcoolismo, violência moral, banalização do sofrimento, entre outros (HOFFMANN et al., 2017).

Com a complexidade do trabalho, as organizações foram introduzindo nas empresas através de prescritos, leis, normas, regras para organizar o trabalho, que na maioria das vezes levam a uma desorganização porque o trabalhador não consegue executar o que foi determinado, criando uma distância entre o trabalho prescrito e trabalho real (DEJOURS, 2011).

O autor comenta ainda que as condições de trabalho das organizações referem-se ao ambiente físico, incluindo as condições de higiene, segurança dos postos de trabalho, e as relações de trabalho dizem respeito às relações com as chefias imediatas e superiores e membros da equipe, além das relações externas com clientes e fornecedores. Muitos superiores hierárquicos reconhecem as contradições, mas ignoram e até contribuem para o sofrimento do trabalhador.

Na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, para superar as contradições da organização do trabalho, o trabalhador utiliza a mobilização subjetiva para superar o

sofrimento, transformando-o em criativo para ressignificar o trabalho. Essa mobilização subjetiva é entendida como um processo intersubjetivo que preconiza o engajamento da subjetividade do trabalhador e a necessidade do espaço público de discussões sobre o trabalho, passando pela dinâmica contribuição-retribuição simbólica (que pressupõe o reconhecimento do fazer do trabalhador) e pela cooperação (AMARAL et al., 2017).

Uma das estratégias de enfrentamento coletivo que auxilia o trabalhador a resistir ao que é prescrito, é a inteligência prática a qual é originada da experiência real do trabalhador e do ajustamento entre as prescrições da organização do trabalho e a realização das tarefas. Reforçando esta ideia, Amaral et al. (2017, p. 215) salientam ser salutar que se articule “as habilidades específicas de cada trabalhador e integra as diferenças para possibilitar a minimização de erros e a maximização de resultados. Para haver cooperação, é preciso haver discussões, criação de acordos e regras de trabalho”.

O problema é que nem sempre a organização do trabalho permite o desenvolvimento desta inteligência no ambiente de trabalho, e não favorece o processo de reconhecimento de seu trabalho, pois o trabalhador necessita de um espaço público de fala e de discussão, para conquistar visibilidade e reconhecimento. Este reconhecimento é a forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho, ou seja, pelo engajamento da sua subjetividade e inteligência; e também é importante na construção de uma identidade (BACKES, 2012).

Desse modo, percebe-se que o reconhecimento ajuda na construção da identidade e esta é importante para o sentido do trabalho e pertencimento social. A “identidade constitui a armadura da saúde mental. Não há crise psicopatológica que não esteja centrada numa crise de identidade” (DEJOURS, 2007, p. 34). Assim, para a psicodinâmica, na construção da identidade, o trabalhador busca imprimir no trabalho sua marca pessoal, por meio de um processo de retribuição simbólica, de reconhecimento do trabalhador em sua singularidade pelo outro.

Outro conceito inerente à mobilização subjetiva do trabalhador, estudada por Dejours, diz respeito à cooperação, a qual está relacionada à vontade das pessoas de trabalharem juntas para superarem as contradições presentes na organização do trabalho, sendo, portanto, uma ação coletiva. Desse modo, esta cooperação se sustenta pela mobilização subjetiva dos trabalhadores de contribuir nos debates sobre o trabalhar, e torna-se um jogo entre a contribuição e retribuição (AMARAL et al., 2017).

As estratégias defensivas, segundo Dejours (2011), são constituídas por mecanismo de defesa individual e estratégia coletiva de defesa, sendo que o primeiro está interiorizado e não

depende da presença física de outros, enquanto que a segunda é construída coletivamente e se sustentada pelo consenso. Estas estratégias variam de acordo com as situações de trabalho e “buscam garantir o predomínio de vivências de prazer, bem como transformar as dificuldades do contexto de trabalho, de maneira a assegurar a integridade física, psicológica e social dos trabalhadores” (AUGUSTO, FREITAS, MENDES, 2014, p.39).

A utilização da psicodinâmica do trabalho, proposta por Dejours (1994, 2011), foi importante para este estudo por possibilitar pesquisar o sofrimento e o prazer no trabalho sob a ótica da normalidade, na tentativa de vislumbrar as estratégias de defesa usadas pelos trabalhadores para preservar o equilíbrio psíquico. O foco central deste estudo está na possibilidade de compreender a presença de conflitos que surgem do encontro entre um sujeito e a organização do trabalho hospitalar; sujeito este com uma história de vida e uma condição de trabalho muitas vezes fixadas independentemente do interesse e da vontade da pessoa.

Frente a isso, a psicodinâmica abre possibilidades para a compreensão dos fatores que podem desencadear o sofrimento psíquico e, como consequência, o adoecimento do grupo de trabalhadores, na relação com a organização.

Nesse contexto, Campos, David e Souza (2014) argumentam que a psicodinâmica do trabalho se torna uma abordagem apropriada na tentativa de desvendar a dinâmica das situações de trabalho e os possíveis agravos à saúde do trabalhador de organização hospitalar. Nessa ótica, não se pretendeu utilizar a psicodinâmica do trabalho como método e sim apropriar-se dos principais conceitos e pressupostos desta abordagem teórica, para melhor compreender e explicar o objeto de estudo em questão.

Na seção seguinte, serão discutidos por meio de revisão de literatura os aspectos teóricos que envolvem o modelo neoliberal nas organizações dos serviços de saúde, a organização e o processo de trabalho de enfermagem no contexto hospitalar, as formas de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem e, por fim, os modelos assistenciais direcionados à saúde dos trabalhadores.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O modelo neoliberal nas organizações dos serviços de saúde

Historicamente, durante muito tempo, o significado de trabalho foi associado a fardo e sacrifício. Na Grécia Antiga, o trabalho era desprezado pelos cidadãos livres. Platão considerava o exercício das profissões vil e degradante. Nos primeiros tempos do cristianismo, o trabalho era visto como tarefa penosa e humilhante, sendo considerada punição para o pecador. Nesse contexto, da visão religiosa aquele que cometia atos de “vadiagem”, desonestidade, roubo e transgressão, estavam desagradando a Deus e por isso deviam ser encarcerados e trabalhar na prisão como forma de castigo (CORREA, SOUZA, 2016).

Com a Revolução Industrial, que emergiu no século XIX, alterou-se o significado de trabalho, cuja organização evoluiu do sistema artesanal e mercantil para a dimensão do capitalismo industrial, ancorado no liberalismo econômico, com a inserção de uma força de trabalho focada na objetividade da ação laboral. A partir daí, o trabalho é separado do homem tornando-se outra coisa, isto é, trabalho abstrato com separação entre o homem produtor e os meios de produção. Com isso, o capitalista passou a exercer um domínio sobre o trabalhador assalariado, ditando a lógica (e modo de operação) da produção de mercadoria (ALVES, 2007).

A racionalização tornou-se a palavra de ordem no mundo dos negócios. A programação e o controle passaram a ser determinantes, tudo passou a ser calculado de forma precisa. O cronômetro adentrou no mundo industrial, apoderou-se dele, regulando-o, dominando-o, ultrapassando os seus muros e, (re)direcionando formas de convivência para uma nova sociedade e modos de vida.

Esta forma de organização do trabalho implantada nas fábricas da era industrial sob a orientação do modo de produção capitalista foi chamada de administração científica taylorista-fordista, que tinha como princípios a mecanização, parcelização, manualização e alienação do trabalhador para a produção em massa, na qual o trabalho prescrito era executado sob rígido controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro taylorista e da produção em série fordista. (ANTUNES, 2011).

A importância do trabalho mercantil na produção de bens materiais, na influência sobre a ciência, no desenvolvimento das cidades, na acumulação de riquezas, passou a ser inegável. No entanto, considerando o trabalho como uma prática social, reitera-se a importância de este

ser analisado dentro do contexto histórico quando se analisa uma atividade laboral em um determinado setor. Nesse contexto, a concepção marxista vê o trabalho como direito social, e assim entende que “o trabalho está vinculado à estrutura social, sendo necessário pensá-lo a partir do contexto de uma sociedade capitalista, pois é evidente a influência do capitalismo nas relações de trabalho” (CORREA, SOUZA, 2016, p. 131).

As mudanças que aconteceram no mundo contemporâneo, motivadas pelas novas formas de organização econômica, aliadas ao desenvolvimento tecnológico, têm gerado impacto na organização da produção, causando problemas, principalmente, na área do trabalho com repercussões na saúde.

Entre os problemas gerados pela nova forma de organização, destacam-se o excesso de automação e concentração de riqueza nos grandes conglomerados industriais, contribuindo, assim, para a desestabilização no mundo do trabalho, com aumento do desemprego estrutural, e da informalidade, precarização do trabalho, flexibilização nas relações de trabalho, com reflexo na saúde da classe trabalhadora (ANTUNES, 2011).

Sobre esta questão, Santos (2010) comenta que as construções socioculturais e políticas, oriundas da forma como a sociedade capitalista concebe e realiza o trabalho, tendem a ser questionadas à medida que o trabalho, que deveria formar a identidade, dignificar e proteger o indivíduo, converte-se em um fator de risco, que ameaça a sua integridade biopsicossocial, desconstruindo-o material e subjetivamente.

Analisando a reflexão do autor, pode-se entender que a forma como a sociedade capitalista está organizada social, econômica e politicamente, estabelece o controle dos meios de produção e da força de trabalho, aumentando as exigências sobre o trabalhador que, sob pressão, submete-se a situações no ambiente de trabalho geradoras de risco à sua saúde.

O trabalho dignifica de modo que, quando o trabalhador se sente valorizado e satisfeito no seu trabalho, este fato provoca bem-estar e saúde. Porém, quando as suas tarefas são realizadas em situações de risco, passa a existir sentimento de menos-valia, angústia, insegurança, podendo levar ao adoecimento. Assim pode-se inferir que o trabalho nunca é neutro, ou é gerador de saúde ou, ao contrário, leva o sujeito à de compensação, ao sofrimento. (DEJOURS, 2011).

Por este ângulo, pode-se perceber a relação intrínseca existente entre os campos do trabalho e da saúde na sociedade atual, mas, ao longo dos anos, a medicina do trabalho e a saúde ocupacional, criadas para atender à necessidade da produção, não atenderam às necessidades reais do trabalhador.

Estas duas áreas do conhecimento possuem pressupostos que direcionam para uma visão eminentemente biológica e individual, restrita ao espaço do ambiente de trabalho, pautada numa relação unívoca e unicausal, fato que evidenciava a necessidade de quebra de paradigma.

Nas décadas de 70/80 elas foram incorporadas a uma nova área, a Saúde do Trabalhador dentro do contexto da saúde coletiva, onde o trabalhador seria visto como um ser humano em suas múltiplas dimensões, política, social, biológica e pessoal, com enfoque na prevenção. (TAMBELLINE, ALMEIDA, CAMARA, 2013).

Para estes autores, o objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos que, em sua relação com o trabalho, busca explicar o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e ideias, das representações sociais e da possibilidade de consumo de bens e serviços, na moderna civilização urbano/industrial.

A construção do campo da Saúde do Trabalhador é uma reivindicação do movimento sindical e dos técnicos de saúde que defenderam a Reforma Sanitária. Tal aspiração expressa a discordância com o modelo e prática predominante da medicina do trabalho. No Brasil, a Saúde do Trabalho (ST) manifesta-se no âmago da construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores. Envolve, especificamente, o empenho tanto de setores sindicais atuantes, quanto de pesquisadores e governo (ESPÍRITO SANTO, FREITAS, 2009).

Nesta concepção ampliada da relação entre saúde e trabalho, evidencia-se que o adoecimento dos trabalhadores no Brasil é considerado por muitos um problema de saúde pública, cuja solução depende da responsabilização conjunta de governo, gestores, empregadores, trabalhadores e sindicatos.

A dinâmica das transformações socioeconômicas verificadas nas últimas quatro décadas tem impactado profundamente no trabalho. Há aquelas que são mais visíveis para a sociedade, como o desemprego, a flexibilização do trabalho e a desregulamentação dos direitos trabalhistas, e outras invisíveis como a implantação da gestão “pelo estresse”, a crescente intensidade do trabalho, o aumento do controle, da responsabilização, da competição entre os trabalhadores (CARDOSO, 2015).

É sabido que as condições de trabalho no país seguem na contramão da valorização do produto e desvalorização do produtor, sendo este último afastado das atividades laborais, nos casos de adoecimento, quer a causa da doença esteja ou não relacionada ao trabalho. Esta

realidade, segundo Silva (2013), pode contribuir para a ocultação ou não valorização de sintomatologia que denote comprometimento do estado de saúde, fato que, sob o olhar do trabalhador, pode assegurar sua permanência no emprego a que possui vinculação. Assim, de acordo com a autora, urge a necessidade de que os modos de trabalho sejam (re)significados.

Esta constatação condiz com a realidade do processo de globalização do mercado que, dentre outros direcionamentos, predispôs à prática de relação trabalhista centrada na terceirização exagerada da mão de obra, a qual não assegura os direitos do trabalhador, que passa a ser valorizado à medida que produz. Assim, para Umann, Guido e Freitas (2011), o fantasma do desemprego e da terceirização, a precarização das relações de trabalho e a perda dos direitos trabalhistas levam a um aumento das doenças psíquicas como estresse, ansiedade, insegurança permanente e distúrbios emocionais.

Para tanto, pode-se sugerir que os principais fatores geradores de acidentes e doenças ocupacionais estão relacionados aos baixos salários e aos benefícios inadequados; maquinários e instalações impróprios, principalmente em setores da produção que se utilizam dos recursos da terceirização e da quarteirização; descumprimento da legislação de saúde e segurança do trabalho; programas de prevenção e controle de riscos desconectados da realidade das empresas; não sensibilização para a importância da utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de mudanças de comportamento humano (LARA, 2011).

Este panorama de desvalorização do trabalhador, imposta pelo capitalismo e suas novas formas de gestão, refletem negativamente no ambiente laboral desses trabalhadores. Além disso, as mudanças no espaço produtivo contribuem para o processo de despertencimento social, o qual é produzido no seio da flexibilização, pelo binômio terceirização/precarização. Conduzem à fragilização dos laços e dos referenciais de pertencimento social, levando, no limite, à desagregação social, com a proliferação de violência social, sofrimento e adoecimento deste trabalhador (FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010).

A sociedade contemporânea, particularmente nas últimas décadas, com a crise do capitalismo, evidenciou expressivas transformações no mundo do trabalho, em função da forte acumulação de capital e ampliação dos mercados, direcionadas pelo processo de globalização e ideologia neoliberal.

Esta política neoliberal, iniciada na década de 1980, mudou as relações de produção e organização do trabalho, privilegiando os aspectos econômicos em detrimento dos sociais, com a exigência de um Estado mínimo e formatação de uma economia com flexibilização das relações de trabalho, contribuindo para a precarização do trabalho e crescente desemprego no

mundo e no Brasil. Esta flexibilização se expressa “na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação e o desemprego estrutural” (ANTUNES, 2018).

Neste contexto, cabe salientar que adotou-se o conceito utilizado por Antunes (2018) em relação a precariedade no trabalho, que é entendido como degradação das condições de trabalho e insuficiência de recursos materiais, ademais relaciona-se à corrosão das relações sociais do trabalho, à desregulamentação e destruição dos direitos sociais e vínculos de trabalho.

Reforçando esta questão, Antunes (2011) argumenta que a política neoliberal dos anos 1990, no Brasil, promoveu uma profunda reestruturação produtiva nas áreas industrial e de serviços, e desregulamentações nas diversas esferas do mundo do trabalho, trazendo como consequências uma nova organização sociotécnica da produção e um novo processo de reterritorialização da produção.

Assim, esta política neoliberal produziu mudanças na sociedade e no trabalho, destacando-se, entre elas, a exacerbação da concentração de riquezas e capital em pequenos grupos, predominância do capital financeiro sobre o produtivo, incorporação de novas tecnologias e comunicação em rede, flexibilidade do processo produtivo associado à precarização das relações e condições de trabalho. Para os defensores do neoliberalismo, “o mercado iria criar uma sociedade mais justa, sendo essencial reduzir o Estado a uma estrutura mínima que somente deveria encarregar-se da segurança pública” (CUETO, 2015, p. 78).

Desse modo, este arcabouço econômico-social e político do modelo neoliberal trouxe sérias consequências para o mundo do trabalho, principalmente por implementar a flexibilização das relações trabalhistas, precariedade da condições de trabalho, repercutindo no aumento do ritmo de trabalho, acúmulo das exigências, necessidade de qualificação frequente, e estímulo à competição, levando o trabalhador a conviver com uma realidade de processo de adoecimento não evidenciado antes e negado pelo capital.

Por isso, alude-se mais uma vez a Antunes (2011), quando este argumenta que essa nova morfologia do mundo do trabalho tem contribuído para o aumento do trabalho terceirizado, precarizado, subcontratado, flexibilizado nas relações, com intensificação dos ritmos e tempos de produção, além da exigência de um trabalhador “polivalente” e “multifuncional”. Esta problemática atual se faz presente nas diversas organizações de trabalho, inclusive na área da saúde.

Por isso, nesta mesma linha de pensamento, Souza et al. (2014) relatam que essa reestruturação produtiva no Brasil, que engloba precarização do trabalho, intensificação de

ritmos, polivalência e perda dos postos de trabalho, passou a ampliar e a intensificar não apenas o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho como também a progressão do risco de elas se manifestarem. Estes riscos estão presentes não somente na área da indústria ou no campo, mas também na área da saúde, apesar de estes profissionais possuírem conhecimento científico e técnico, os quais poderiam ser úteis na minimização dos riscos a que estão constantemente expostos. Nos últimos anos, várias pesquisas têm sido realizadas neste campo de investigação que associa as condições e organização do trabalho ao processo de adoecimento do trabalhador de saúde.

Por muitos anos, o modelo de atenção à saúde no Brasil esteve norteado pelos princípios do modo de produção capitalista, o qual promove a divisão social da sociedade entre aqueles que detêm a propriedade dos bens materiais e os que vendem sua força de trabalho para a sua sobrevivência.

Nesse contexto, as indústrias, seguindo a mesma lógica, passaram a adotar um modelo de organização baseado nos princípios tayloristas-fordistas, caracterizado por uma divisão entre trabalho intelectual e físico, com fragmentação de tarefas, controle rígido, retirando a autonomia do trabalhador, com finalidade única de aumentar a produtividade. Nesse modelo, segundo Antunes e Druck (2014), mensurava-se a pujança da empresa pelo número de operários e pelo fato de que aproximadamente 75% da produção era realizada no interior da fábrica.

Segundo Aguiar (2012), este modo de produção amparava-se na articulação entre capital-trabalho e Estado e sustentou a reprodução do capital por muitos anos pós-Revolução Industrial, através da exploração dos trabalhadores, mesmo com a insatisfação destes, refletida nas taxas de rotatividade, absenteísmo e diminuição da produção, até a crise do capitalismo nos anos 1970.

Mas, apesar das mudanças no modo de produção, passando pelo toyotismo até o neoliberalismo já discutido anteriormente, sabe-se que muitas empresas ainda adotam em suas organizações os princípios tayloristas-fordistas. Na mesma lógica, a organização do trabalho hierarquizado, verticalizado, com fragmentação de tarefas, centrada no paradigma médico-hospitalar, foi introduzida e ainda está muito presente nas instituições de saúde, a exemplo dos hospitais. Reforçando esta afirmação, Catalan (2012, p. 26) argumenta que:

Organização do trabalho na saúde, em especial da enfermagem hospitalar ainda sofre influência do modelo taylorista-fordista, uma vez que é marcante a divisão entre o trabalho intelectual e trabalho braçal, o primeiro realizado com maior frequência pelos enfermeiros, o segundo pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Uma esperança de reverter esta óptica veio com a criação do SUS, em 1988, o qual traz no seu bojo uma proposta de mudança de paradigma do modelo de atenção à saúde, em que propõe a descentralização das ações, adotando os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com foco prioritário na atenção básica, perfil epidemiológico regional, com participação do controle social. De um lado, portanto, o controle tem um sentido de vigilância e responsabilização; do outro, tem o sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública (ROLIM, CRUZ, SAMPAIO, 2013).

. Este modelo busca a reorganização do processo de trabalho em saúde, preconizando o planejamento em saúde com participação dos três segmentos importantes, gestores, trabalhadores e usuários do sistema, de forma paritária. Com isso, nessa década, ocorreu grande expansão da força de trabalho em saúde de forma rápida para atender à demanda emergente.

Na década seguinte, a conjuntura de crise econômica poupou o emprego no setor, verificando-se o incremento de postos de trabalho alavancado pela criação do SUS em 1988, tanto no que se refere à expansão da rede pública, quanto da privada contratada. Cabe assinalar, entretanto, que o mercado de trabalho em saúde não ficou incólume às políticas liberalizantes que vêm sendo implementadas nos níveis nacionais e subnacionais de governo (VIEIRA, CHINELLI, 2013).

Contudo, as autoras acrescentam que a implantação do SUS nos moldes constitucionais avançou muito pouco, pois permitiu na organização do trabalho a precarização e a terceirização dos trabalhadores, a descontinuidade nos repasses financeiros, fatos estes que, de modo geral, fortalecem as forças políticas que lutam para que o princípio de inclusão no sistema público de saúde não aconteça de forma efetiva, favorecendo o crescimento do sistema privado de saúde.

A implementação desta política de saúde coincidiu com a entrada do modelo neoliberal em nosso país, de modo que os trabalhadores passaram a conviver, por um lado, com uma estrutura de organização do trabalho descentralizada, organizada pelos princípios citados anteriormente, com participação integrada da equipe com a comunidade. Ao mesmo tempo, passaram a lidar com as exigências de cumprimento de metas, redução de taxas, e aumento da demanda, cujos indicadores produtivistas são inerentes à política neoliberal.

Esta tendência privatista, contudo, compromete as diretrizes de organização e gestão do SUS, na medida em que sugere um outro patamar de integralidade, equidade e descentralização. Fragiliza o seu caráter de universalidade quando constitui dois sistemas: um para os pobres e outro para os consumidores do mercado (SOUZA, 2010).

Desse modo, para atender às necessidades do cidadão e do próprio sistema de saúde, este trabalhador precisa adquirir uma gama de conhecimentos e habilidades (implícita no modelo neoliberal), mesmo que muitas vezes não disponha de recursos materiais e tempo para atendimento desta população, inibindo assim a sua subjetividade. Sobre isso, Assunção e Jackson Filho (2011, p. 61) dizem que “as queixas dos trabalhadores em saúde expressam as contradições entre as novas exigências, os critérios de gestão e a realidade de funcionamento dos serviços”.

Assim, pode-se inferir que a interferência de uma política sobre a outra tem, nos últimos anos, contribuído para a adoção de planejamento em saúde e organização do trabalho nos serviços, tanto na atenção básica como no âmbito hospitalar, que precarizam o trabalho, seja pela terceirização e desvalorização profissional, ou pela captura da subjetividade deste através dos modelos burocráticos de gestão.

É indiscutível o fato de que o processo de transformação do mundo do trabalho nas últimas décadas apresenta-se contraditório: porque, em alguns casos, até produz uma (re)valorização do trabalho e investimento na formação e qualidade de vida dos trabalhadores, mesmo que por interesse do capital; noutros, porém, desvaloriza o trabalho e deteriora o emprego e as condições de participação nos coletivos de trabalho (MARQUES, 2013).

Nesse contexto, crê-se que não cabe mais questionar se o trabalho, que ocupa um lugar central na constituição do indivíduo moderno, é mesmo prejudicial, ou se são as formas como este trabalho se organiza e é gerido que guardam um caráter nocivo à saúde deste trabalhador. Pois, ao longo desta seção teórica, torna-se clara tal relação entre o adoecimento do trabalhador e a configuração da organização do trabalho. No entanto, cabe um importante questionamento: O trabalho em saúde possui as mesmas formas de organização que comprometem a saúde de seus trabalhadores?

Na próxima seção, discutem-se estas contradições, analisando a organização e o processo de trabalho da enfermagem no contexto hospitalar.

2.2 A organização e o processo de trabalho de enfermagem no contexto hospitalar

O hospital, que por muito tempo funcionou como instituição de caridade, destinada a receber doentes com a finalidade de separação e exclusão e para proteger as outras pessoas do “contágio”, já que não se conheciam as formas de transmissão das doenças. Tal instituição foi evoluindo, transformando-se em organizações complexas e, como as demais empresas, são constituídos por pessoas, recursos físicos, financeiros e tecnologias, cabendo à administração

o papel de combinar todos estes elementos para alcançar os objetivos organizacionais. Antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação, exclusão e transformação espiritual sem a presença do médico, cujo objetivo não era a cura, mas sim a salvação (FOUCAULT, 1979).

Atualmente, os hospitais funcionam diuturnamente, disponibilizando para sua clientela ações nos três níveis de assistência (prevenção, cura e reabilitação), por meio do trabalho de profissionais das diversas categorias, sendo que a enfermagem desempenha papel essencial no que diz a respeito à administração de recursos humanos, materiais e assistência direta aos pacientes.

A assistência hospitalar no SUS, segundo o Ministério da Saúde (MS), é organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado e na regulação do acesso, que assegure a qualidade da assistência e a segurança do paciente (BRASIL, 2017).

Portanto, o objetivo precípua da organização hospitalar é o restabelecimento da saúde do indivíduo para o retorno ao convívio social, tendo a enfermagem papel relevante neste processo, por serem os trabalhadores que cuidam ininterruptamente do paciente, fato que exige do profissional boas condições de saúde física e mental para o exercício de suas atividades (VIEIRA, 2014, p. 53).

Entretanto, através dos anos, o hospital se modificou com o avanço da ciência, incorporando a tecnologia, as especialidades médicas, a pesquisa, outros trabalhadores da saúde e, conseqüentemente, mudanças na organização e nos processos de trabalho, assumindo também outra função - a produção de serviços com caráter econômico.

Esta mudança de foco com ênfase na chamada “qualidade” da assistência à saúde, com o incremento da tecnologia e novas formas de gestão, trouxe grandes avanços no diagnóstico e tratamento de doenças, tornando a recuperação dos pacientes mais rápida e eficaz, entretanto, com ela veio a exigência de qualificação, aumento no ritmo e intensidade e maior exposição do trabalhador da saúde aos fatores de risco para o seu adoecimento.

Brotto e Dalbello-Araújo (2012, p. 301) comentam que “o adoecimento massivo de trabalhadores de saúde tem conseqüências drásticas, primeiramente na vida do próprio trabalhador, depois na vida do usuário dos serviços de saúde, podendo chegar, em nível macro, a afetar a realidade social de uma nação”. Este adoecimento, em muitos casos, está relacionado às características da gestão hospitalar.

Nesse contexto, apesar de reconhecer a função social que exerce, é possível entender que o ambiente hospitalar, em geral, apresenta aspectos específicos como a excessiva carga de

trabalho, o contato direto com situações limite, o elevado nível de tensão e os altos riscos para si e para os outros. Estes riscos estão representados pela exposição a agentes patogênicos, pela condição de trabalho insalubre e pressão psicológica oriunda dos superiores hierárquicos ou dos pacientes. O hospital é uma instituição que se configura como um local de trabalho possivelmente estressante dadas as suas características peculiares (KESTENBERG et al., 2015).

A organização do trabalho configurada nos diversos hospitais contribui para a produção do desgaste, sofrimento e adoecimento do trabalhador de enfermagem. Nessa configuração, consideram-se as relações hierárquicas autoritárias que retiram do trabalhador da saúde possibilidades de autonomia e criatividade no trabalho, relação entre pares baseada mais na competitividade do que na solidariedade, ausência de mecanismos efetivos de valorização profissional e do desempenho profissional; estes elementos poderiam compor o cenário do adoecimento (SALA, PARREIRA, 2011).

Vale salientar que este adoecimento não é só físico, representado pelo cansaço decorrente da carga excessiva, mas também mental, que, segundo a psicodinâmica do trabalho, é determinado pela divergência entre o trabalho prescrito que diz respeito à tarefa em si, a maneira como as normas, regimes internos e rotinas de trabalho devem ser cumpridos e realizados e o trabalho real, que é a atividade, o que se faz de fato frente ao prescrito. Isto acontece porque a organização do trabalho hospitalar, na perspectiva da reestruturação produtiva atual, não é flexível ao ponto de dar liberdade para o trabalhador exercer sua atividade de forma prazerosa. Por isso, Dejours (1992, p. 51) refere que

a organização do trabalho, concebida por um serviço especializado da empresa, estranho aos trabalhadores, choca-se frontalmente com a vida mental e mais precisamente a esfera das aspirações, das motivações e dos desejos. Há uma contradição entre a vontade e o desejo dos trabalhadores e o comando do patrão, concretizado pela organização do trabalho.

Sabe-se que, historicamente, a organização do processo de trabalho hospitalar sempre foi norteadada pelo paradigma tecnicista, mecanicista, biologicista, centrado na cura de doenças, com relações hierárquicas autoritárias de subordinação da enfermagem ao saber médico (LORENZETTI et al., 2014).

Mas, mesmo com as mudanças nas formas de gestão hospitalar e organização dos processos de trabalho com o incremento da tecnologia, a enfermagem continuou sendo responsável pelo gerenciamento do cuidado, bem como do planejamento e organização dos diversos setores internos da instituição, porém, com o acréscimo de novas funções gerenciais que têm interferido no seu processo saúde-doença. Nesse sentido, como base em pesquisas

realizadas em hospitais públicos do Rio de Janeiro e Salvador, os pesquisadores Osório et al. (2011) afirmam que a organização do trabalho em hospitais depende da articulação de vários profissionais e diferentes formas de pensar o cuidar e que, em geral, é atribuída à enfermagem a responsabilidade de gerenciar a rede de setores e grupos de profissionais.

As autoras salientam ainda que o processo de trabalho da enfermagem é carregado de exigências do cumprimento das tarefas, criação de protocolos, tomada de decisões, com hierarquia e limites profissionais definidos, em que a subjetividade é prescrita, devendo-se anular as emoções.

Assim, é fato que, se por um lado a enfermagem representa o maior contingente técnico da força de trabalho na saúde, classe trabalhadora que está presente em todos os setores do hospital, seja assistindo ou gerenciando, por outro lado, a cobrança no trabalho por maior produtividade, associada à frequente redução do contingente de trabalhadores, menor tempo para realização das atividades e aumento da complexidade das tarefas, são fatores causadores de tensão, fadiga e esgotamento profissional, responsáveis por situações de estresse ocupacional. O estresse vivenciado no contexto ocupacional poderá repercutir sobre a qualidade e o nível de compromisso com o trabalho, além de influenciar o grau de satisfação pessoal e o próprio ambiente de trabalho, que inclui o relacionamento com colegas e supervisores (KESTENBERG et al., 2015).

Por isso, Campos, David e Souza (2014, p. 91) afirmam que “a enfermagem como profissão insere-se no contexto de acumulação capitalista, em que os trabalhadores oferecem sua força de trabalho a ser objetivada e comprada de acordo com a demanda da função”. Sabidamente, apesar de as generalizações serem questionáveis, quem convive no cotidiano da realidade hospitalar pública com os trabalhadores de enfermagem sabe que estes profissionais travam uma batalha diária pela sua sobrevivência, bem como a dos pacientes, em meio a tantas adversidades que o processo de trabalho na sociedade atual propicia.

Desse modo, em relação à organização do trabalho hospitalar, pesquisadores do campo da saúde do trabalhador argumentam que esse cenário impõe aos gestores da assistência hospitalar o desafio de estabelecer políticas que incidam sobre a organização do trabalho em suas diferentes unidades hospitalares e que não se limitem apenas ao controle de riscos ambientais já bastante conhecidos e identificados, mas que busquem também a humanização das relações de trabalho.

Sobre esta questão, Lorenzetti et al. (2014) argumentam que cabe aos enfermeiros o incentivo à reflexão da equipe sobre o trabalho da enfermagem, pois acreditam que novas formas de organização do trabalho somente serão possíveis se os trabalhadores de

enfermagem passaram a ser atores do processo, a partir de reflexões sistemáticas acerca da organização do trabalho e das implicações atuais do modo como o trabalho da enfermagem vem ocorrendo ao longo dos anos.

Noutra vertente, é pertinente o raciocínio de Dejours (2007) quando diz que, para mudar esta realidade, é preciso ação e trabalho, que o trabalhador se envolva na cooperação voluntária, pois trabalhar não é só dedicar-se a uma atividade, mas também estabelecer relações com os outros, isto é, viver bem no trabalho e na família, na sociedade.

Por isso, os trabalhadores de enfermagem devem ter conhecimento acerca dos atuais cenários e relações de trabalho, para, através da compreensão de suas condições de trabalho, tentar alavancar mudanças em busca da preservação de sua saúde e bem-estar, além da constante procura da humanização de suas relações com aqueles que recebem os seus cuidados (SOUZA, 2014).

Os profissionais de enfermagem precisam entender que as mudanças tecnológicas geraram aumento da complexidade das ações e dos conhecimentos dentro das instituições hospitalares, mas que, ao mesmo tempo, as organizações não têm permitido o trabalho em equipe, impondo limites aos coletivos de trabalho para expressarem sua subjetividade, produzindo relações interpessoais hierarquizadas e autoritárias, muitas vezes geradoras de adoecimento.

Para Oliveira (2014), as novas relações de trabalho na enfermagem têm proporcionado desgaste ao trabalhador, que se vê inserido em um mundo do trabalho onde não se considera o que há por trás de sua subjetividade invisível e desconhecida.

Além disto, segundo Gonçalves et al. (2015), a incorporação dos avanços tecnológicos no cuidado ao cliente também apresenta outro aspecto contraditório e, às vezes, perverso para o trabalhador, uma vez que ele precisa estar em constante disponibilidade para o aprendizado e para a capacitação no lidar com o aparato tecnológico.

Há de se considerar que, no âmbito do trabalho hospitalar, devido à especificidade do trabalho assistencial, em regime de turnos de plantão com possibilidade de dupla jornada de trabalho, parece difícil para o trabalhador de enfermagem ter disponibilidade para qualificar-se e acompanhar o uso da tecnologia dentro do hospital, além de enfrentar o cotidiano de demandas de saúde relacionadas aos usuários. Esta pressão pela tecnologia é muito grande, mas as máquinas podem substituir em grande parte o trabalho vivo, porém, não podem extingui-lo definitivamente (ANTUNES, 2011).

A questão é que as novas formas de organização do trabalho moldadas pelo avanço tecnológico têm possibilitado a utilização de instrumentos e ferramentas de gestão que

aprimoram os processos de produção e, no caso da saúde, modernizam os serviços de assistência, mas estes nem sempre apresentam benefícios à saúde dos trabalhadores envolvidos, ao contrário, levam à sobrecarga física e psíquica ao responsabilizá-los pela resolução dos problemas dos usuários.

Para Souza et al. (2010), fica claro que o conflito entre a exigência de um trabalho qualificado e as possibilidades reais de sua execução, principalmente nas profissões da área da saúde, as quais requerem atenção contínua e grande responsabilidade na realização do trabalho, tornaram o sofrimento psíquico, o estresse ocupacional e a síndrome de burnout problemas de saúde de elevada prevalência.

Nesse contexto, pode-se aludir que a distância entre o trabalho prescrito e o real intensifica o ritmo de trabalho e promove a insegurança no trabalhador quanto à impossibilidade de realizar todas as atividades. De fato, “parece haver uma política de gestão não proposital de atribuição excessiva de encargos aos trabalhadores do setor saúde, imputando-lhes quase que exclusivamente a responsabilidade pela tão cobrada resolutividade dos serviços” (BROTTO; DALBELLO-ARAÚJO, 2012, p. 302).

A política de gestão em saúde, muitas vezes aliada ao modelo neoliberal, tem contribuído para o processo de precarização do trabalho em saúde, de modo que no mercado de trabalho atual, no Brasil, e em relação à enfermagem, observa-se cada vez mais o crescimento de subempregos, terceirização da mão de obra, remuneração insuficiente com salários inferiores aos dos profissionais estatutários. A terceirização, incentivada pelo modelo de gestão atual, inclusive no SUS, como opção para a grande massa de profissionais desempregados, gera, para o empresário/gestor, uma diminuição não só de postos fixos de trabalho como também de salários (SOUZA et al., 2014).

Através da vivência profissional de trabalhador da saúde de hospital público e nos sete anos como gestor de saúde, pode-se observar, empiricamente, através dos relatos de trabalhadores de enfermagem em reuniões administrativas e/ou em conversas informais com trabalhadores em processo de readaptação funcional ou de aposentadoria, o quanto a precariedade das condições de trabalho, a instabilidade do vínculo empregatício e as relações hierárquicas verticalizadas influenciam no sofrimento psíquico destes trabalhadores.

Sobre esta problemática, Dejours (2007, p. 30) afirma que “há uma defasagem entre a organização prescrita do trabalho e a organização real do trabalho”. O autor descreve ainda que a organização do trabalho, da forma como está estruturada, resulta em agravamento das patologias mentais decorrentes do trabalho, em crescimento em todo o mundo ocidental, ocasionando o surgimento de novas patologias, com destaque para a ocorrência de suicídios

nos locais de trabalho, o desenvolvimento da violência no trabalho, o agravamento das patologias da sobrecarga, e a explosão de patologias relacionadas com o assédio moral.

Neste contexto inserem-se os trabalhadores de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem), sujeitos deste estudo, que desenvolvem suas atividades em ambientes hospitalares públicos e que, por conta das desfavoráveis condições de trabalho, das atividades insalubres e relações interpessoais hierarquizadas explícitas na organização do trabalho, estão mais susceptíveis a fatores geradores de adoecimento, tema que será analisado a seguir.

2.3 O processo saúde – doença dos trabalhadores de enfermagem

Como verificado nas seções anteriores, a falta de infraestrutura, de condições ergonômicas e de proteção contra riscos de acidentes e contaminações, excessos de burocratização nos serviços, de verticalização das relações interpessoais e do contato com o sofrimento alheio são alguns dos principais fatores que predisõem os trabalhadores da área de saúde ao adoecimento.

No entanto, outros fatores devem ser considerados, a exemplo das interações construídas no ambiente de trabalho de modo hierarquizado e verticalizado, a grande quantidade de modalidades de vínculos empregatícios existentes no setor saúde, que concorrem para aumentar a precarização do trabalho nessa área (BROTTO, DALBELLO-ARAÚJO, 2012). Esta é uma realidade vivida por muitos profissionais da saúde, entre eles os de enfermagem, estejam eles em instituições públicas ou privadas, na assistência básica de saúde ou no ambiente hospitalar.

Dados epidemiológicos evidenciam que, no Brasil, agravos relacionados ao trabalho representam aproximadamente 25% das lesões por causas externas atendidas em serviços de emergência e mais de 70% dos benefícios acidentários da Previdência Social (GALDINO, SANTANA, FERRITE, 2012).

A análise desta realidade social traz à tona alguns questionamentos importantes: Por que adoecem e se acidentam tantos trabalhadores no Brasil? De quem são as responsabilidades para evitar que estes fatos aconteçam? Quem arca com os custos indiretos decorrentes desta problemática? Estas indagações induzem a uma busca por aporte teórico que oportunize uma melhor compreensão da problemática sob seus vários fatores determinantes e condicionantes.

De maneira simplista, pode-se afirmar que o processo saúde-adoecimento do trabalhador resulta da complexa e dinâmica interação das condições gerais de vida, das relações e do processo de trabalho. Portanto, depende de fatores biológicos, psíquicos, sociais, econômicos, culturais, políticos, etc. Tais fatores, por sua vez, são determinados pela forma de organização das relações sociais que, na sociedade capitalista – calcada na desigualdade e na exploração da classe trabalhadora, – caracteriza-se pela negação do conjunto das condições necessárias para uma vida saudável (ROSADO, RUSSO, MAIA, 2015).

Sabe-se que não é fácil estabelecer a ligação entre adoecimento e situação de trabalho, isto porque tal processo é específico para cada indivíduo, envolvendo sua história de vida e de trabalho. Mas é fato consumado que a organização do trabalho atual determina não somente a divisão do labor, mas também a divisão das pessoas, tendo grande influência na saúde dos trabalhadores, principalmente no que se refere à carga psíquica do trabalho em razão da intensificação do trabalho.

Como já foi discutido anteriormente, o modelo neoliberal tem produzido mudanças na organização do trabalho com repercussões na saúde do trabalhador. A intensificação do trabalho, decorrente destas mudanças, tem apresentado como consequência, em primeiro lugar, o aumento das conhecidas Lesões por Esforços Repetitivos (LER), que vêm liderando, há vários anos, as estatísticas sobre doenças ocupacionais. Segundo Lima (2011, p. 166), em seguida, verifica-se a ocorrência “dos transtornos mentais, como a fadiga nervosa, a síndrome do pânico, os quadros depressivos”.

A tudo isso se pode acrescentar o aumento dos acidentes de trabalho. Ainda sobre esta questão, no Brasil, o boletim quadrimestral sobre benefícios por incapacidade do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) informa que, em 2014, foram registrados 704,1 mil acidentes de trabalho, sendo 2.783 mil óbitos e 251,5 mil afastamentos por mais de 15 dias. O levantamento apontou também que os transtornos mentais, doenças no sistema nervoso ou doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo são responsáveis pelo afastamento de 78% das mulheres que receberam o Auxílio-Doença Acidentário. Ademais, verifica-se que 70% dos homens se afastam por causa de traumatismos (BRASIL, 2016).

Por conta deste panorama negativo da saúde do trabalhador, o Brasil é parceiro da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que, desde 1969, estabeleceu o dia 28 de abril como o Dia Mundial em Memória das Vítimas de Acidentes e Doenças do Trabalho, e também instituiu, em 2003, a data como o Dia Mundial de Segurança e Saúde no Trabalho. Para estimular a adoção de procedimentos de saúde e segurança no trabalho, desde 2014 o MTPS participa do Abril Verde, mês dedicado à conscientização sobre essa temática.

Com relação ao adoecimento dos trabalhadores de enfermagem, estes apresentam perfis um pouco diferenciados da população em geral, pois, apesar de sofrerem influência do modo de produção capitalista como os demais trabalhadores, devido às especificidades, encontram-se mais propensos a adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho e pela exposição às cargas e riscos inerentes à sua atividade laboral (MACHADO et al., 2014).

Os trabalhadores de enfermagem diariamente estão expostos aos riscos biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicológicos inerentes ao processo de trabalho, mas, nos últimos anos, têm vivenciado situações de adoecimento por conta da intensificação no ritmo de trabalho, contratos temporários, múltiplos vínculos, precarização das condições de trabalho, além das exigências da organização, dos pacientes/usuários e familiares (FRANCO, DRUCK, SELIGMANN-SILVA, 2010).

A enfermagem é reconhecida por ser uma atividade penosa, que lida diretamente com o sofrimento, o que exige muito, física e emocionalmente, do trabalhador. Soma-se a isso o frequente déficit de profissionais nas unidades, os turnos prolongados, as condições inadequadas de trabalho, limitado poder de decisão, entre outros fatores que contribuem para o processo de desgaste destes trabalhadores (MACHADO et al., 2014).

Em estudo realizado por estes autores em um hospital público da Bahia com trabalhadores de enfermagem, constatou-se que, entre os problemas de saúde referidos desde o início de suas atividades laborais na unidade hospitalar, 52,8% (163) apontaram a lombalgia como mais frequente, seguida por varizes em membros inferiores, 46,3% (143), infecção urinária, 37,5% (116) e problemas relacionados à saúde mental, 47% (131).

Observa-se então que muitos destes problemas de saúde como a LER, os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), e os distúrbios relacionados à saúde mental dos profissionais de enfermagem têm sua origem na organização do trabalho em função dos fatores já citados anteriormente, embora, muitas vezes, por conta de questões de ordem pessoal ou financeira, estes trabalhadores permaneçam no trabalho expostos aos riscos, até a doença afastá-los parcial ou definitivamente do trabalho.

Várias pesquisas têm demonstrado que a exposição a essas cargas físicas e mentais no trabalho tem contribuído para que os DORT sejam os problemas de saúde relatados por quase 100% dos trabalhadores de enfermagem (ALENCAR, OTA, 2011; BACKES, 2012; HAEFFNER, 2014).

Desse modo, “as cargas psíquicas: expõem os trabalhadores aos desgastes mentais, como resultado de condições inadequadas de trabalho, como relações assimétricas na equipe

de enfermagem e multiprofissional, exposição à violência psíquica e outras” (FELLI, 2012, p. 179).

Esta situação é bastante evidenciada no ambiente hospitalar em função das mudanças implementadas nos últimos anos no processo de trabalho, com o incremento acentuado da tecnologia, intensificação no ritmo de trabalho, rotatividade de pessoal, subdimensionamento de recursos humanos, que comprometem a saúde física e mental dos trabalhadores de enfermagem e, conseqüentemente, interferem no processo de cuidar dos usuários.

As unidades de saúde e, em especial, os hospitais públicos no Brasil têm convivido com a escassez de pessoal de enfermagem, aumento crescente da demanda de serviços e de usuários em função de uma política de precarização dos serviços públicos, visando ao fortalecimento da terceirização, cujos fatores produzem a sobrecarga de trabalho, repercutindo no adoecimento dos trabalhadores de enfermagem (AMARAL, MOTA, ALVES, 2011).

Reforçando esta ideia, Mininel, Baptista e Felli (2011) falam com propriedade que a associação entre o insuficiente quantitativo de trabalhadores e o número de leitos hospitalares proporciona maior exposição às cargas psíquicas, principalmente porque essa relação incide num ritmo de trabalho mais intenso. Desse modo, os autores complementam que o ritmo acelerado de trabalho compromete o desempenho das tarefas, que desfaz a possibilidade de relacionamentos e, especialmente, causa o desgaste físico e mental dos trabalhadores.

Sabe-se que este desgaste físico e mental, relacionado principalmente à organização do trabalho, contribui para o adoecimento e conseqüente afastamento do trabalhador por licença de saúde, seja devido à doença ocupacional ou acidente de trabalho, cujo absenteísmo acaba influenciando no adoecimento de outros profissionais, devido à sobrecarga daqueles que permanecem em atividade.

Desse modo, o maior absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem pode estar relacionado às cargas físicas e psíquicas enfrentadas no ambiente laboral, tanto em hospitais quanto na rede básica. Um levantamento de absenteísmo em hospital universitário do Rio de Janeiro (2003-2008) já apontava, em segundo lugar, as doenças mentais e comportamentais, representando 23% da amostra (MAGALHÃES et al., 2011).

A influência do modelo neoliberal na organização do trabalho hospitalar tem favorecido, por um lado, a expansão da tecnologia, aumento da complexidade na assistência com resolutividade dos problemas de saúde, mas, por outro lado, tem contribuído para a precarização do trabalho, com fragilidade nas relações trabalhistas, baixos salários, aumento na intensidade do ritmo de trabalho, cujos fatores contribuem também para o aumento do absenteísmo (GONÇALVES et al., 2015).

A organização do trabalho hospitalar apresenta uma separação evidente entre o trabalho concepção e execução de tarefas, estabelecendo uma divisão de trabalho socialmente perversa entre uma minoria pensante e a maioria executora de tarefas desqualificadas e repetitivas que contribuem para o adoecimento físico e psíquico. Os trabalhos em turnos também causam desordens de ordem biológica, psíquica e social (PITTA, 2016).

A esse respeito, um estudo que tratou dos índices de absenteísmo em hospital verificou a prevalência para ausências no trabalho em unidades de internação hospitalar de maior complexidade e em trabalhadores com vínculo permanente. Julga-se que este fato esteja relacionado à necessidade de os trabalhadores destes setores acompanharem o avanço técnico e científico para o atendimento, com incremento de novas tecnologias e consequente aumento da complexidade para o cuidado aos clientes (UMANN, GUIDO, FREITAS, 2011, p. 187).

Esta problemática também está presente em nossa realidade, no hospital campo desta pesquisa. Assim, planilhas de atestados médicos de todas as categorias profissionais da unidade, socializadas pelo SIAST (Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador), mostraram o quantitativo de afastamentos dos trabalhadores de enfermagem nas seguintes variações: 137 em 2012, 913 em 2013, 634 em 2014 e 665 em 2015, verificando-se um aumento de 80% no afastamento dos trabalhadores em 2013. Em 2016, foram registrados 960 afastamentos dos quais 559 foram de trabalhadores de enfermagem

Em média, constatarem-se 161 afastamentos de trabalhadores superiores a 15 dias, pela perícia médica do estado, no ano de 2015, dos quais 54 (33,5%) afastados eram da equipe de enfermagem. Os motivos mais prevalentes são: doenças osteomusculares (33%); realização de cirurgia eletiva; acompanhamento de familiar doente; foram registrados também 6 acidentes de trabalho, 12 casos de readaptação funcional, 3 afastamentos por doença de natureza psíquica e 6 casos de aposentadoria de trabalhadores administrativos por invalidez associada à LER/DORT (SIAST-HGPV, 2018).

Sabe-se que os profissionais de saúde que trabalham em hospitais, sejam públicos ou privados, em função das extensas jornadas, sobrecarga de trabalho, convivência com o contexto de dor e sofrimento alheio, estão mais propensos ao aumento e ao agravamento do adoecimento por conta do trabalho. Estudo realizado com 182 trabalhadores de dois hospitais (um público e um privado) de Porto Alegre (Rio Grande do Sul), mostrou que trabalhadores que exerciam suas atividades profissionais no hospital público apresentaram médias significativamente maiores em relação à síndrome de burnout, aos sintomas depressivos e uso de álcool (SANTOS et al., 2017).

Após estas considerações sobre o processo de adoecimentos dos trabalhadores de enfermagem, vale ressaltar que alguma ação precisa ser tomada para frear esta crescente precarização das condições de trabalho que resulta em desastroso e volumoso contingente de trabalhadores adoecidos e incapacitados para o trabalho, gerando gastos exorbitantes para as empresas e para a nação.

Nesse panorama, a Agenda Hemisférica de Trabalho Decente 2006-2015, da OIT, apresentava como objetivo para 2015 que a saúde e a segurança no trabalho se convertessem em prioridade para os atores sociais e fixava como metas: reduzir em 20,0% a incidência de acidentes e enfermidades do trabalho e duplicar a cobertura da proteção em termos de segurança e saúde no trabalho para setores e grupos pouco atendidos (GUIMARÃES, 2012).

Na próxima seção, serão abordados os modelos assistenciais voltados para a saúde do trabalhador, no contexto brasileiro.

2.4 Modelos assistenciais voltados para a saúde do trabalhador

Para iniciar a discussão sobre os modelos de assistência à saúde do trabalhador, faz-se necessário antes uma análise da trajetória histórica dos fatos que nortearam o aparecimento da saúde dos trabalhadores.

O advento da Revolução Industrial no séc. XIX, além de proporcionar uma evolução tecnológica, promoveu a passagem da sociedade agrária para a industrial, acompanhada de aumento na produção dos bens de consumo, com crescimento de lucros para o capitalismo.

Apesar da produção de conhecimentos e realizações tecnológicas que produziram mudanças políticas e sociais, este período também foi responsável pela exploração do trabalhador, através de extensas jornadas de trabalho, ambientes insalubres, baixos salários e ausência de qualificação, que contribuía para o grande número de acidentes de trabalho, adoecimento e morte.

Como naquela época era permitido o trabalho de menores nas fábricas e aconteciam muitos acidentes, segundo Couto (2010, p. 23), “em 1802, o Parlamento Inglês aprovou a ‘Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes’, que estabeleceu o limite de 12 horas de trabalho por dia, proibiu o trabalho noturno e introduziu medidas de higiene e segurança nas fábricas”.

Mas como esta lei não foi cumprida em sua integralidade, o autor acrescenta que o Parlamento Britânico foi obrigado a criar, em 1833, a “Lei das Fábricas”, que estabeleceu a inspeção das fábricas, instituiu a idade mínima de 9 anos para o trabalho, proibiu o trabalho

noturno aos menores de 18 anos e limitou a jornada de trabalho para 12 horas diárias e 69 horas por semana. Foi, portanto, a primeira lei de proteção ao trabalhador da indústria.

Sabe-se, entretanto, que, naquele momento, a diminuição da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção do Estado, pois o enfraquecimento da mão de obra poderia tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio sistema capitalista.

Reforçando esta ideia, Santos e Martins (2016) afirmam que, a partir daquele momento, passou a surgir uma preocupação com a proteção do trabalhador. Por essa razão, alguns procedimentos a exemplo desta lei foram adotados, visando à garantia da proteção do trabalhador com relação à infortunística laboral, embora saiba-se hoje que a preocupação maior era com a redução da produção e dos lucros.

Apesar desta legislação específica, estas medidas ainda eram insuficientes para a proteção dos trabalhadores, porque a jornada e o ritmo de trabalho eram exaustivos, as condições insalubres no ambiente de trabalho persistiam de modo que o adoecimento dos trabalhadores continuava sendo um problema para a manutenção da produção. Por outro lado, os trabalhadores começaram a se organizar nas comissões de fábrica, futuros sindicatos, visando à prevenção dos acidentes e das doenças no trabalho.

Outro fator presente neste cenário era a inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde diretamente provida pelo Estado via serviços de saúde, de modo que os trabalhadores se viam desprovidos de proteção, seja do ponto de vista da saúde ou da seguridade.

Nesse contexto, a primeira proposta de institucionalização da atenção à saúde do trabalhador surgiu na Inglaterra no séc. XIX, por iniciativa de um proprietário de fábrica que resolveu instituir um serviço médico para seus trabalhadores. Assim, a medicina do trabalho, enquanto especialidade médica surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial (PAZ, 2014).

Nessa lógica, a prevenção dos danos à saúde resultantes dos riscos do trabalho deveria ser tarefa eminentemente médica, e a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico, cuja corrente de pensamento perdurou por muitos anos nas empresas do mundo inteiro, inclusive no Brasil.

Existe consenso entre os historiadores da medicina social quanto à contribuição do livro escrito por Bernadino Ramazzini, intitulado “De Morbis Artificum Diatriba” (Tratado sobre as Doenças dos Trabalhadores), publicado em 1700, para a construção da medicina social e da medicina do trabalho.

Entre seus ensinamentos mais significativos e atuais está a recomendação de “que todo médico devia indagar sobre a “ocupação” do paciente, completando assim a “anamnese” com a “história profissional ou ocupacional”, para chegar às causas ocasionais do mal e “obter uma cura mais feliz” (DIAS, SILVA, ALMEIDA, 2012, p. 17).

Nesse contexto, a medicina do trabalho, referendada pela OIT em 1959, por muitos anos propagou a ideia de que este serviço na empresa deveria assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudicasse a sua saúde e que pudesse resultar de seu trabalho ou das condições em que este se efetuasse, além de enfatizar o discurso da “adequação do trabalho ao trabalhador”, cuja tarefa de seleção era limitada ao profissional médico.

Entretanto, sabe-se hoje que esta visão positivista da prática médica fundamentou a administração científica da época no sentido de que, selecionando trabalhadores saudáveis compatíveis com a função a ser exercida, a empresa teria menos riscos de absenteísmo e suas consequências na produtividade. Ao mesmo tempo, a medicina do trabalho, atuando efetivamente na proteção do trabalhador aos riscos e na sua recuperação do adoecimento, possibilitaria um retorno mais rápido da força de trabalho à produção.

Contudo, entre muitos outros desdobramentos deste processo, verifica-se a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção, visto que a problemática relativa ao ambiente e ao processo de trabalho, que causava adoecimento e acidentes, principalmente no período pós-guerra, não conseguia ser resolvida na esfera médica, havendo necessidade da intervenção de outras disciplinas ou profissões, surgindo assim, a saúde ocupacional.

A saúde ocupacional surge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais, e a ênfase na “higiene industrial”, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque da indústria nos países “industrializados” (MENDES, DIAS, 1991, p. 343).

A finalidade principal era intervir nos locais de trabalho para controlar os riscos, tendo um enfoque forte no ambiente por meio da higiene ocupacional, com apoio também da ergonomia, engenharia, psicologia e outras áreas do conhecimento, mas ainda era uma atuação centralizada sem participação dos trabalhadores.

Nesse contexto, a ergonomia, no imediato pós-Segunda Guerra, na Inglaterra, foi a denominação da primeira “associação (Ergonomic Research Society) que reunia profissionais de diversas disciplinas, sobretudo a Psicologia, a Fisiologia e as Engenharias, para um

empreendimento inovador: adaptar o trabalho ao homem e não o inverso, como operava a Psicotécnica” (SILVA, HAMMINGER, 2013, p. 4753).

Esta corrente de pensamento direcionada para prevenção dos riscos e adaptação do trabalho ao homem passou a ser adotada por várias empresas, inclusive influenciou, em nível governamental, a criação, no Brasil da década de 1960, da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), versão nacional dos modelos de Institutos de Saúde Ocupacional do exterior, que teve papel importante na formação de profissionais de saúde nos cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu dentro deste modelo de atenção à saúde do trabalhador. O enfermeiro do trabalho foi inserido na equipe da saúde ocupacional das empresas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a partir da publicação da Portaria nº 3460/75.

Além disso, este modelo de atenção de certa forma influenciou na alteração do Capítulo V da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) na década de 1970, com a criação das normas regulamentadoras, em especial a NR - 4, que estabelece a criação de Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT); NR-7 que exige das empresas a implantação do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e NR-15 (atividades e operações insalubres).

Apesar da ideia de interdisciplinaridade e de trabalho coletivo, na prática, o que se viu em relação à saúde ocupacional foi um trabalho de equipe de forma desarticulada, prejudicado pelas lutas corporativas, norteado pelo mecanicismo oriundo da medicina do trabalho, sem aprofundar a discussão sobre a relação trabalho e saúde e, portanto, sem a participação efetiva do trabalhador. E, mais uma vez, este modelo não atendeu às necessidades e anseios do trabalhador, embora ainda esteja vigorando na realidade de muitas empresas e serviços de instituições de saúde.

Karino, Martins e Broboff (2011, p. 396) atestam que a “insuficiência do modelo da Saúde Ocupacional (SO) para explicar as relações entre trabalho/saúde é uma realidade mundial”. Comentam ainda que, dentre os fatores que contribuíram para isso, estão: a participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança, o abalo do conceito de exposição segura, o surgimento de novas tecnologias, os novos riscos à saúde que não podem ser sanados apenas pelo trabalho de equipe multiprofissional.

Paralelo a este contexto de insuficiência da SO, ainda na década de 1970, na esfera governamental, a atenção à saúde do trabalhador continuava centrada na assistência médica e na concessão de benefícios que eram de responsabilidade inicialmente dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que depois se juntaram, originando o Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS) e, posteriormente, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INANPS) passou a ser responsável pela assistência médica de todos os trabalhadores segurados, além dos benefícios por acidentes e doenças do trabalho.

Nessa época, já se reconhecia a divisão de competências institucionais entre o MTE, que tratava da inspeção das condições e ambientes de trabalho, enquanto que a Previdência cuidava das perícias e pagamentos de benefícios e o MS se encarregava da assistência médica.

Apesar de todas estas ações, permanecia uma grande insatisfação, tanto por parte dos trabalhadores quanto dos empregadores, e da própria Previdência Social, culminando em uma crise não apenas de modelo de oferta de cuidado, mas também financeira, devido ao excessivo aumento dos custos e complexidade da gestão do sistema (SANTANA, SILVA, 2009, p.180).

Enquanto isso, neste intenso processo social de discussões teóricas e de práticas alternativas, ganhou corpo no mundo acadêmico a teoria da determinação social do processo saúde-doença, cuja centralidade é colocada no trabalho. No Brasil, a emergência da saúde do trabalhador pode ser identificada no início dos anos 1980, no contexto da transição democrática, em sintonia com o que ocorre no mundo ocidental. O objeto da saúde do trabalhador passou então a ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho.

Com a criação do SUS, em 1988, a incorporação do campo da saúde do trabalhador surgiu como prática componente da vigilância em saúde, com o desafio de se ampliar o olhar sobre as relações saúde-trabalho, que antes eram vistas sob a óptica das práticas cotidianas da vigilância sanitária.

Assim, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) foi normatizada pelo MS através da Portaria n.º 3.120, de 1º de julho de 1998, com a incumbência de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico.

A VISAT é um componente do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde que visa à “promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos” (VASCONCELLOS, GOMES, MACHADO, 2014, p. 4618).

Este modelo de atenção à saúde do trabalhador com foco na vigilância à saúde, diferentemente dos modelos anteriores centrados na assistência médica e no pagamento de

benefícios após a ocorrência do adoecimento, visa principalmente à prevenção dos agravos por meio da intervenção nos determinantes e condicionantes presentes no processo produtivo.

Outro diferencial deste modelo, conforme foi idealizado, é que ele se propõe a desenvolver as ações em conjunto com outros setores governamentais, entendendo que os problemas de saúde não se restringem ao setor saúde, além de propiciar e incentivar a participação dos trabalhadores nos processos de planejamento e execução das ações, através do controle social.

Para operacionalização desta nova forma de olhar a saúde do trabalhador, foi necessário um longo processo de capacitação e discussões sobre a mudança na legislação, visto que se tratava de uma mudança de paradigma, a qual não acontece de forma imediata, implicando mudanças culturais, sociais, científicas, num verdadeiro jogo de poder.

Reforçando este pensamento, Costa et al. (2013, p. 12), afirmam que a “VISAT deve ocupar papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores sob a égide do campo da ST”, e complementam enfatizando que esta se configura como uma estratégica no interior do SUS para o enfrentamento das situações que colocam em risco a saúde da população trabalhadora.

Apesar da capacitação de vários profissionais da saúde dentro desta perspectiva e da tentativa do trabalho integrado e intersetorial, ainda se convive, em muitos estados e municípios, com realidades diferentes, na medida em que muitos locais continuam desenvolvendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador de forma dissociada e, em alguns municípios, com a prevalência de uma sobre as outras.

Do mesmo modo, por alguns anos, mesmo após a instituição da Portaria n.º 3.120/98, ainda prevaleceu nos locais de trabalho a realização de ações sob o enfoque da medicina do trabalho e/ou da saúde ocupacional, mesclada com ações incipientes rotuladas de vigilância dentro da estrutura denominada VISAT, porque dependia (e ainda depende) da vontade política do gestor fazer com que as ações acontecessem, não bastando a normatização.

Era necessária então a existência de uma política de saúde do trabalhador que norteasse as ações com a participação de todos os setores envolvidos, gestores, trabalhadores e as entidades representativas destes trabalhadores na formulação, execução e controle das ações.

Neste contexto em que o Estado regula os conflitos entre capital-trabalho de forma pouco efetiva, foi publicada pelo MS a Portaria n.º 1.823, de 23 de agosto de 2012, que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST).

Entre as diretrizes da PNST, estabelece-se a estruturação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações (KARINO, MARTINS, BOBROFF, 2011).

Um dos principais objetivos desta política é fortalecer a VISAT e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde nas três esferas de governo, com apoio dos Centros de Referências Especializados em Saúde do Trabalhador (CEREST), cuja finalidade principal, segundo a portaria, é desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência.

Nesse contexto, o CEREST assume a função de apoio técnico aos municípios na responsabilidade de capacitação profissional, desenvolvimento das ações preventivas, de vigilância, bem como de inspeção dos ambientes de trabalho, notificação dos agravos e assistência aos trabalhadores. Seria o condutor da política de saúde do trabalhador em sua área de abrangência.

Sobre a importância desta política, Cabral, Soler e Lopes (2015) informam que o surgimento dos centros de referência e programas de saúde do trabalhador, incorporados à rede pública de prestação de serviços e abertos à participação do movimento sindical, permitiu a construção de um modelo alternativo, não só de gestão democrática dos equipamentos públicos e de atendimento das necessidades dos trabalhadores, como também de intervenção no chão de fábrica.

Os autores também argumentam que o atendimento dos trabalhadores por estes programas possibilitou a visualização de uma epidemia de doenças do trabalho que todos sabiam existir, mas que estavam trancadas nos arquivos e gavetas dos SESMT das empresas. Isto é, sabia-se que existiam, mas eram mascaradas devido às subnotificações ou pouca participação dos trabalhadores no processo de escuta.

Embora ainda recente no Brasil, esta política de atenção à saúde do trabalhador e trabalhadora teve como ponto de partida a reivindicação dos trabalhadores e sindicatos, desde os anos 1990, cuja estratégia visa a ultrapassar a dimensão assistencial que prevalecia (e ainda prevalece em muitos locais de trabalho) nos primeiros programas de saúde do trabalhador, anteriores ao advento do SUS, e precursores dos CEREST.

Isto porque, devido às questões de ordem política e de gestão, muitas vezes os municípios alegam falta de recursos financeiros e deixam de priorizar as ações de vigilância

na saúde do trabalhador, considerando que a VISAT centra suas ações na prevenção dos danos e na promoção da saúde, atuando sobre alguns de seus fatores determinantes.

O que se observa na prática é que a falta de prioridade nas ações da VISAT tira a autonomia e força de atuação dos CEREST. O que se assiste em geral são CEREST sem margem de ação suficiente, uma vez que dependem de outras instâncias que não têm a prevenção aos riscos decorrentes do trabalho como o centro e o foco de suas agendas (COSTA et al., 2013).

Desse modo, este modelo de atenção, que prioriza a vigilância à saúde e tenta dar voz aos trabalhadores, convive com a realidade da falta de apoio governamental e desarticulação entre os órgãos envolvidos na questão da saúde do trabalhador, tendo como agravante a subnotificação de doenças, acidentes de trabalho e mortes conforme mostram as estatísticas oficiais, bem como os relatos de sindicatos de trabalhadores no Brasil. Com isso, os registros oficiais mostram que entre 2012 e 2017 ocorreram 4.642.961 acidentes de trabalho com 17.262 mortes notificadas. Estima-se mais de 700.000 acidentes de trabalho por ano, gasto aproximado de R\$ 79.622.613,71 com benefício acidente na Previdência Social (FUNDACENTRO, 2019).

Essas informações demonstram que é preciso aprofundar o debate com a sociedade - trabalhadores, empregadores e governo sobre os novos aspectos e desafios do mundo do trabalho, que tanto gera acidentes de trabalho. Assim, a ampliação da base político-institucional de atuação sobre as relações saúde-trabalho é uma exigência inevitável do andar instituinte da saúde, em sua visão calcada na integralidade e nas suas formulações de promoção e prevenção como esperanças de construção de um novo modelo (VASCONCELLOS, ALMEIDA, GUEDES, 2010).

Porém, outra vertente de modelo teórico de atenção à saúde do trabalhador ainda em construção, e que já foi discutida anteriormente na seção do referencial teórico, é a psicodinâmica do trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours.

A psicodinâmica do trabalho possibilita a compreensão contemporânea sobre a subjetividade no trabalho. Essa abordagem trouxe um novo olhar nas ciências do trabalho, ao propor a criação de espaços de discussão onde os trabalhadores puderam expressar sua voz, seus sentimentos e as contradições do contexto do trabalho que respondem pela maioria das causas geradoras de prazer e sofrimento (DEJOURS, 1992).

O método proposto por Dejours se utiliza da chamada escuta clínica, a qual possibilita a fala e a escuta das vivências subjetivas do trabalhador em seu ambiente de trabalho, cuja

escuta pode empoderar esse trabalhador, estimulando o coletivo de trabalho na perspectiva de mudança da realidade da organização.

Nesse contexto, a psicodinâmica do trabalho busca compreender os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da organização do trabalho. Busca estudar os aspectos menos visíveis que são vivenciados pelos trabalhadores ao longo do processo produtivo, tais como: mecanismos de cooperação, reconhecimento, sofrimento, mobilização da inteligência prática, vontade e motivação e estratégias defensivas que se desenvolvem e se estabelecem a partir das situações de sofrimento trabalho (BUENO, MACÊDO, 2012)

A clínica do trabalho ou da psicodinâmica do trabalho, segundo estes autores, visa, portanto, a intervir em situações concretas de trabalho, compreender os processos psíquicos envolvidos e formular avanços teóricos e metodológicos reproduzíveis a outros contextos.

A grande questão levantada por Dejours, Abdoucheli, Jayet (2010), e corroborada por vários autores desta corrente de pensamento, é compreender por que indivíduos submetidos a situações de trabalho extremamente penosas e reconhecidamente favorecedoras de adoecimento, ao contrário do esperado, simplesmente não adoecem. Que estratégias são adotadas pelos trabalhadores para superarem as ações penosas impostas pela organização do trabalho?

Nesse contexto, na próxima seção, referente à metodologia, delineiam-se as etapas, instrumentos e procedimentos metodológicos necessários para o conhecimento e a análise desta realidade do trabalho do enfermeiro na organização hospitalar pública.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Entende-se por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. A metodologia de pesquisa inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o potencial criativo do investigador. Além disso, ela deve apresentar um instrumental claro, coerente, elaborado e capaz de encaminhar teóricos para o desafio da prática (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2013). Neste sentido, optou-se como abordagem metodológica uma pesquisa qualitativa, descritiva, com apoio quantitativo, tendo em vista a necessidade de contabilizar as variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem, contidas no questionário, com o intuito de atender ao primeiro objetivo da pesquisa.

Os estudos qualitativos procuram investigar pontos de uma realidade que não podem ou não poderiam ser quantificados, trabalhando com temas que envolvem significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, como parte da realidade social. Esse tipo de pesquisa busca compreender as relações, as percepções e o julgamento dos atores sobre o cenário no qual participam (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2013). Neste sentido, considera-se que este tipo de abordagem esteve em consonância com o objeto deste estudo, pois se desejou captar, por exemplo, o ponto de vista dos trabalhadores de enfermagem sobre a organização laboral na qual estavam inseridos, suas percepções sobre o potencial adoecedor desta organização do trabalho e as estratégias elaboradas por este coletivo para driblar o sofrimento no trabalho. Portanto, investigou-se situações que se inscrevem na dimensão subjetiva dos trabalhadores e, assim, mais se aproximam da abordagem qualitativa de pesquisa.

A pesquisa descritiva objetiva descrever as características de determinada população ou fenômeno, estabelecendo relações entre variáveis permitindo registrar, analisar e organizar dados sem a interferência do pesquisador. Procura ainda identificar a frequência com que um fato ocorre, suas características e as relações com outro fato/fenômeno (PRODANOV, FREITAS, 2013). Assim parte-se do pressuposto de que para descrever um fenômeno o pesquisador já tenha tido uma primeira aproximação com o objeto de estudo. Assim, a pesquisa descritiva realiza um levantamento das características conhecidas que fazem parte do fato/fenômeno, através de observações sistemáticas do mesmo (SANTOS, 2015).

Apoiada nessa proposta metodológica, cuja pesquisa descritiva visa aprofundar determinada realidade, descrevendo fatos e fenômenos e correlacionando variáveis, verificou-se a consonância com o objeto estudado, vez que buscou-se observar, descrever, analisar e interpretar a relação entre a configuração da organização do trabalho hospitalar e as repercussões na dinâmica do prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público.

Por outro lado, embora esse estudo tenha a predominância da abordagem qualitativa, fez-se necessário a interação com a pesquisa quantitativa, para analisar as variáveis, que caracterizaram os aspectos sociodemográficos, laborais e de saúde dos participantes. A pesquisa quantitativa, considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações, para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas, tais como: percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc (PRODANOV, FREITAS, 2013).

Cabe salientar que a investigação do objeto deste estudo se encontra em conformidade com os princípios da pesquisa qualitativa e descritiva, pois buscou-se descrever peculiaridades da configuração de uma organização hospitalar pública e analisar a dinâmica do prazer e sofrimento que emerge da vivência laboral de trabalhadores de enfermagem e, ao mesmo tempo, compreender à luz da psicodinâmica do trabalho, as especificidades do adoecimento desses profissionais, fato ainda não investigado na realidade da instituição.

3.2 Campo do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Jequié, que está localizada no sudoeste do estado da Bahia, a 365 quilômetros de Salvador (capital do estado). Jequié, por ser rica em minério de ferro, é uma cidade que apresenta clima quente a maior parte do ano, fato que a fez ser chamada de “Cidade Sol”. A base de desenvolvimento da cidade deu-se a partir da pecuária e da agricultura na qual se sobressai o cultivo do cacau, maracujá, cana-de-açúcar e melancia.

Um destaque na economia da cidade é o terminal de distribuição de produtos derivados de álcool e petróleo (Poliduto), que subsidiou a instalação de importantes polos para distribuição de grandes companhias, como a Esso, Shell e Petrobrás. O município que situa-se a 218 metros de altitude, possui área geográfica delimitada em 3.227,3 km², conforme último censo realizado pelo IBGE teve a população estimada em 155.800 habitantes (BAHIA, 2018).

O estudo foi realizado em um hospital geral de médio porte, que atende urgência/emergência, vinculado à gestão direta da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, localizado na cidade de Jequié. O hospital tem 70 anos de existência e possui atualmente 275 leitos, após ampliação concluída em maio de 2018. Atende exclusivamente a pacientes do SUS advindos de 26 municípios próximos a Jequié. Oferece serviços nas seguintes especialidades:

Emergência, traumatologia-ortopedia, unidade de tratamento intensivo (UTI), centro cirúrgico, clínica médica, cirúrgica, pediatria, neurologia, psiquiatria, ambulatório, além dos serviços de acolhimento e classificação de risco, ouvidoria, comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) e serviço integrado de atenção à saúde do trabalhador (SIASST), núcleo de epidemiologia hospitalar (NHE), regulação de leitos, direção técnica, dentre outros, os quais podem ser evidenciados por meio da figura 1 (p. 66).

Esta instituição da rede pública funciona, também, como hospital de ensino para cursos técnicos de nível médio, cursos de graduação e pós-graduação, sendo utilizado como campo de aulas práticas e estágios curriculares e extracurriculares para diversos cursos da área de saúde (nível superior e médio), de várias unidades de ensino das redes públicas e privadas da região, com destaque para os cursos de graduação em enfermagem, medicina, fisioterapia, farmácia, serviço social, cursos técnico de segurança do trabalho e técnico de enfermagem. Além disso, é local de prática do curso de residência multiprofissional na área de urgência e emergência. Este último, recentemente implantado, encontra-se na fase de formação da primeira turma, a qual é composta por enfermeiros, fisioterapeutas e farmacêuticos bioquímicos.

Do ponto de vista administrativo-financeiro, o hospital é uma unidade gestora descentralizada, subordinada diretamente à Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP), da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, cujo diretor-geral é nomeado pelo governador. O diretor-geral nomeia os demais cargos, seguindo a orientação da Gestão Política Estadual e Municipal. O organograma do hospital (Figura 1, p. 67) é orientado por uma concepção da administração tradicional, verticalizada e centralizada, apesar da coexistência, nos últimos anos, de algumas ações descentralizadas e humanizadas, fundamentadas na gestão coletiva do SUS, a exemplo do acolhimento e classificação de risco, ouvidoria, grupo de trabalho de humanização (GTH), colegiados de gestão, todos com participação efetiva de enfermeiros.

Os 275 leitos que o hospital oferece à população estão registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Informa-se também que esta instituição realiza em média 210 atendimentos/dia na emergência e aproximadamente 600 internamentos

mensais, cuja demanda tem aumentado nos últimos 6 anos por conta do fechamento na cidade de três unidades hospitalares privadas conveniadas ao SUS e da diminuição na oferta de serviços de saúde na atenção básica. Vale salientar que no mês de maio do ano de 2018, foi concluída a reforma do hospital (que durava 5 anos) e, em seguida, aproximadamente 80% dos leitos passaram a ser geridos por uma empresa privada.

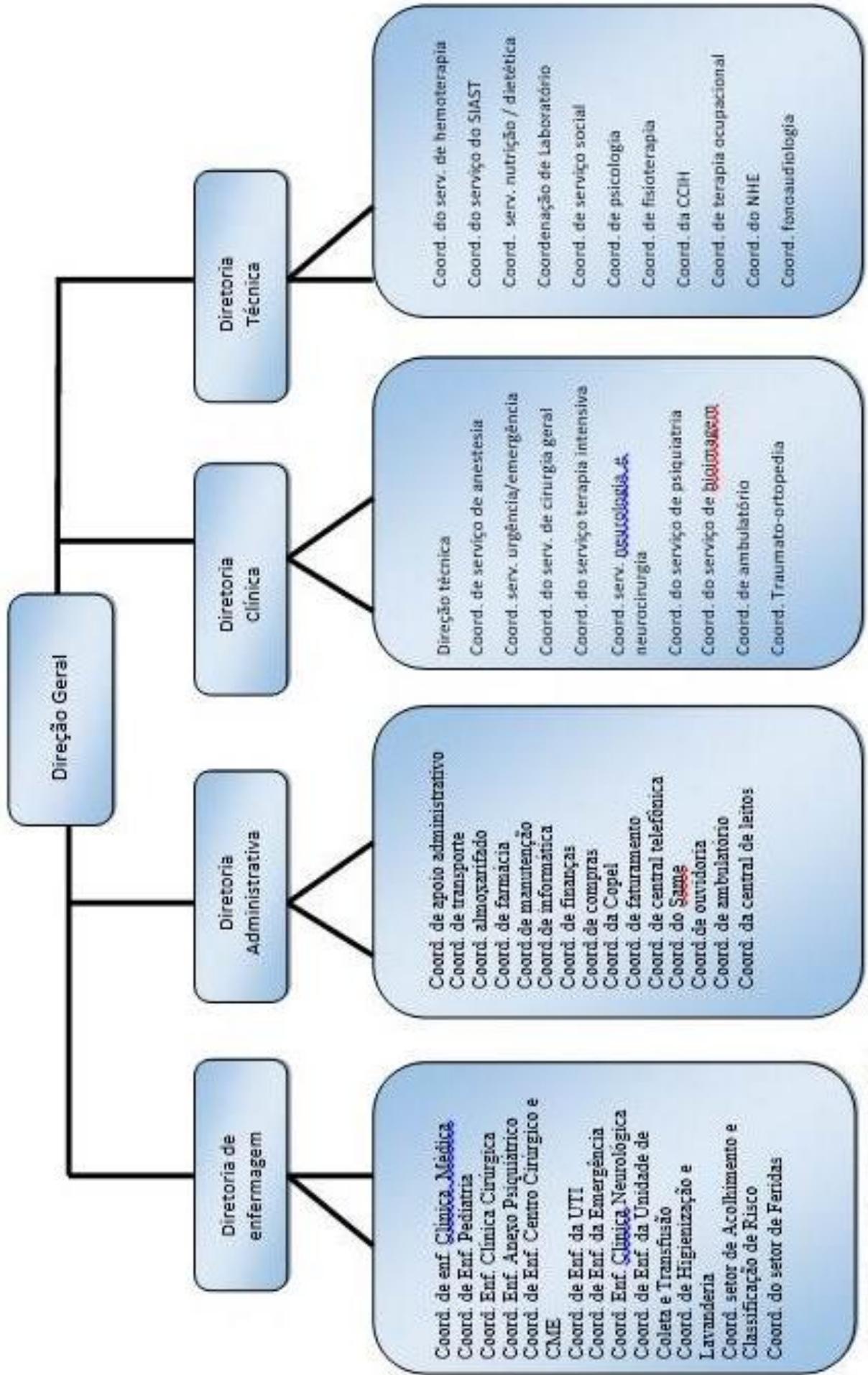
Outro dado importante e que interfere na configuração dos atendimentos deste hospital é que Jequié, cidade na qual a referida instituição está inserida, é interligada por três rodovias de importante fluxo rodoviário, intermunicipal e interestadual, sendo duas federais e uma estadual. Pondera-se que esta cidade, que possui 155.800 habitantes, no ano de 2016 estavam cadastradas no DENATRAM (Departamento Nacional de Trânsito) contando com 29.175 motocicletas e 22.382 veículos de passeio. Além deste dado, salienta-se que no ano de 2010, o órgão contabilizou a média de 8,5 habitante por moto (IBGE, 2016; DENATRAN, 2016). Desse modo, esta alta frota de meio de transporte guarda relação com o elevado número de acidentes de trânsito (típico ou de trajeto).

Jequié é considerado o município da Bahia com maior índice de violência envolvendo motocicletas segundo informações contidas em um documento entregue a Câmara de Deputados no ano de 2010. Este fato repercute para que cerca de 90% dos atendimentos na unidade de urgência/emergência sejam de vítimas desses acidentes, as quais, em sua expressiva maioria, recebem os primeiros socorros nesta unidade hospitalar por ser referência para tais situações (COSTA JÚNIOR, 2011). Assim, pessoas acidentadas no trânsito, cuja realidade é um dos fatores que contribuem para a superlotação desta unidade e que, provavelmente, induz a sobrecarga de trabalho, aumentando o estresse e, conseqüentemente, o absenteísmo da equipe de enfermagem, caracterizando-se como mais uma razão para esta instituição ser escolhida como cenário da pesquisa.

3.3 Participantes da pesquisa

A população abrangeu os trabalhadores da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), que possuíam vínculo empregatício efetivo, bem como, os contratados pela fundação estatal regidos pela CLT e os de cargo comissionado. Assim, foram selecionados para aplicação do questionário os trabalhadores da equipe de enfermagem, exceto os terceirizados, lotados em setores assistenciais e/ou de gerenciamento, e que estivessem em atividade laboral durante o período de coleta de dados. Para a aplicação do

Figura 1 – Organograma do Hospital Geral Prado Valadares – Campo de coleta



roteiro de entrevista, selecionou-se apenas os trabalhadores que, através da aplicação do questionário, identificou-se terem, em algum momento, se afastado do trabalho por motivo de adoecimento. Tal critério embasou-se no fato de que o conteúdo de suas entrevistas fosse mais rico por conta do sofrimento vivenciado pela doença.

Constituíram critérios de exclusão o tempo de serviço na unidade inferior ou igual a um ano, pois se entendeu que em até 12 meses o trabalhador ainda estaria conhecendo a organização e o processo laboral e, portanto, apreendendo os meandros do campo de trabalho e, assim, poderia ter dificuldades para discorrer sobre a configuração da organização laboral e acerca de um possível nexos entre tal configuração e a dinâmica de prazer e sofrimento decorrente da vivência no ambiente laboral. Outro critério de exclusão foi o afastamento do trabalhador devido à licença médica, licença-prêmio ou férias no momento da coleta de dados, pois dificultaria ao pesquisador ter acesso ao profissional na busca pelas informações.

Também foram excluídos do estudo os trabalhadores terceirizados, recém-contratados pela empresa privada, que assumiu a gestão da ala nova do hospital inaugurada em maio de 2018. Esses trabalhadores assumiram suas atividades laborais a partir dessa data, os quais são contratados com direitos laborais regidos pela CLT, e entendeu-se que não deveriam ser incluídos pois estavam em fase de adaptação na unidade. Segundo a empresa contratante, contabilizaram 105 enfermeiros e 217 técnicos de enfermagem no período da coleta.

A equipe de enfermagem da unidade hospitalar em questão, até a realização da coleta de dados, ocorrida nos meses de maio, junho e julho de 2018, era composta por 366 trabalhadores, sendo 125 enfermeiros e 241 técnicos/auxiliares de enfermagem, dos quais 313 (85,5%) eram efetivos e apenas 53 (14,4%) eram contratados pelo regime celetista por meio de duas fundações, as quais se caracterizavam de direito privado, que prestavam serviços de saúde ao estado da Bahia.

Vale salientar que na fase inicial da coleta de dados, por meio do questionário, os 53 trabalhadores celetistas contratados pelas fundações responderam ao instrumento, entretanto durante o mês de maio, por decisão governamental, eles tiveram seus contratos cancelados, sendo desligados da instituição, e por isso não participaram da etapa seguinte da pesquisa, que foi a entrevista. Desse modo, responderam ao questionário 108 enfermeiros e 102 técnicos de enfermagem, totalizando 210 trabalhadores, e participaram das entrevistas 22 técnicos de enfermagem e 12 enfermeiros, correspondendo a 34 participantes.

3.4 Técnicas e procedimentos de coleta dos dados

Havia a previsão de coleta de dados através da técnica de triangulação, decorrente da aplicação de um questionário, de uma entrevista semiestruturada e de um roteiro de observação participante. Entretanto três motivos justificaram o atraso na coleta de informações e a exclusão da observação como técnica de coleta de dados. O primeiro motivo foi a demora na análise do projeto e na emissão do parecer pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) cujo prazo de liberação para o desenvolvimento do estudo foi de aproximadamente 4 meses.

A segunda razão foi que no início do ano vivenciei o processo de adoecimento de meus genitores, os quais moram em outro estado e foram hospitalizados simultaneamente com doenças crônicas e graves, e durante dois meses tive que realizar vários deslocamentos de 1200 km (ida e vinda) para prestar assistência e apoio emocional para familiares e, ao mesmo tempo, ter que desenvolver as atividades de sala de aula e da tese.

O terceiro acontecimento que motivou a exclusão da observação participante foi o fato de a coleta de dados ter sido iniciada no mês de maio/2018, quando o hospital passava por um processo de terceirização de aproximadamente 80% dos serviços, gerando uma situação de desmotivação e conflitos entre os trabalhadores efetivos e terceirizados, retardando, assim, a coleta das informações e, portanto, ficando inviável realizar observação num cenário tumultuado como o que se mostrava naquele momento.

Foram utilizados para a coleta dos dados o questionário sociodemográfico, laboral e de saúde e a entrevista semiestruturada, conforme descrição a seguir.

3.4.1 Questionário sociodemográfico, laboral e de saúde

Em relação ao questionário, sabe-se que ele é um instrumento ou programa de coleta de dados cujo preenchimento deve ser realizado pelo informante. O questionário precisa ser objetivo, limitado em extensão e estar acompanhado de instruções que expliquem a natureza da pesquisa e ressaltem a importância e a necessidade das respostas, a fim de motivar o informante (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Nesse sentido, o questionário foi utilizado no estudo para coletar informações sobre idade, sexo, estado civil, renda familiar, formação profissional, vínculo empregatício, tempo de serviço, carga horária, situação de saúde, dentre outras variáveis, visando a caracterização dos aspectos sociodemográfico, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem, além

de identificar os participantes que tiveram afastamento por motivo de doença, para serem selecionados a fim de responderem ao roteiro de entrevista. O questionário encontra-se no Apêndice A e possui 25 questões, algumas subdivididas em outros itens.

Após a liberação para o desenvolvimento do estudo pelo CEP iniciou-se a coleta de dados utilizando o questionário, cuja intenção inicial era coletar as informações com os 366 trabalhadores de enfermagem do hospital, com o intuito de fazer uma caracterização geral destes trabalhadores. Os questionários foram entregues para todos os trabalhadores, exceto para os que não se enquadravam nos critérios de inclusão descritos anteriormente sendo, portanto, captado 210 questionários, o que correspondeu 57,37% de retorno dos mesmos.

A partir da análise dos dados advindos dos questionários, selecionaram-se os trabalhadores que tiveram relato de afastamento do trabalho, em decorrência de adoecimento e/ou acidentes de trabalho na instituição investigada, para serem entrevistados.

Para aplicação do questionário, foi encaminhada uma comunicação interna com cópia do parecer do CEP, solicitando reunião com a direção do hospital e direção de enfermagem, coordenação de recursos humanos e do serviço de saúde do trabalhador, a fim de explanar sobre a especificidade do estudo. Em seguida, foi solicitada à direção do serviço de enfermagem cópia da escala de trabalho dos profissionais para identificação dos trabalhadores por turno e por setor de trabalho.

Posteriormente, foram agendadas e realizadas reuniões em cada setor de trabalho com coordenadores e outros trabalhadores de enfermagem para informar os objetivos do projeto e agendar previamente o cronograma de aplicação do instrumento. Definido o calendário, foi testado o instrumento com três trabalhadores e, em seguida, foram reformuladas as questões de nº 20 e 24, referentes ao tempo médio de afastamento por doença e tempo de descanso no trabalho, pois causaram dúvidas nos participantes. Em seguida, foi distribuído o questionário para os trabalhadores atuantes nos três turnos laborais (manhã, tarde e noite), em todos os setores do hospital, com exceção dos que atuavam na unidade de emergência os quais possuem vínculo sustentado na terceirização. Diariamente o pesquisador passava nos setores recolhendo o referido instrumento de coleta.

Embora alguns profissionais tenham respondido de imediato, muitos não o fizeram, de modo que retornaram ao pesquisador 108 (86,4%) questionários de enfermeiros e 102 (42,3%) dos técnicos de enfermagem, totalizando 210 (57,37%) trabalhadores de enfermagem. A coleta de dados foi realizada no próprio local de trabalho durante os plantões.

Dificultaram a aplicação do questionário, o fato de o hospital passar por processo de transição da gestão direta para a terceirização de mais de 80% dos leitos e serviços, após

inauguração pelo Governo Estadual da área de ampliação do hospital, incluindo Emergência, Centro Cirúrgico/CME, Clínica Cirúrgica, Neurológica, setores de apoio diagnóstico como a bioimagem, laboratório, lavanderia, nutrição além de áreas administrativas.

Esta situação deixou os servidores efetivos ansiosos, desmotivados, tensos, porque era uma obra que já se estendia por cinco anos e todos os trabalhadores esperavam poder trabalhar em ambiente com boas condições de trabalho, com melhor aparato tecnológico e conforto para os pacientes, situação que não se concretizou para estes trabalhadores estatutários. Esse fato foi percebido pelo pesquisador durante a aplicação do questionário, em conversas informais, quando os servidores se dirigiam ao setor de saúde do trabalhador para a entrega de atestado médico, bem como no decorrer das reuniões ordinárias que acontecem nos setores de trabalho, expressando suas insatisfações e desmotivações por meio de palavras, choros e fâcias característica de tais sentimentos.

Considera-se que essa situação contribuiu para que muitos trabalhadores não conferissem a devida importância à pesquisa por desmotivação, desencantamento com a organização laboral e por aparente sofrimento psíquico. Além disso, muitos trabalhadores possuíam duplo vínculo laboral e/ou moravam em outra cidade, além das trocas frequentes de plantões, motivos que também dificultaram a coleta de dados, resultando na captação dos questionários aquém do esperado pelo pesquisador.

3.4.2 Entrevista semiestruturada

Optou-se pela entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados a fim de captar a subjetividade que envolvia o objeto de estudo. De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2013), a entrevista semiestruturada é a estratégia de coleta de dados em trabalhos científicos mais utilizada, definida como uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes à apreensão do objeto de pesquisa, tendo propósitos bem definidos. Complementando, os autores (2013, p. 263) inferem que a entrevista é “uma representação da própria realidade a partir de ideias, crenças, maneiras de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar, condutas”.

A entrevista semiestruturada tem como objetivos: determinar as opiniões sobre os fatos e identificar a conduta do entrevistado sobre determinado fenômeno. Foi nesta perspectiva que se utilizou um roteiro de entrevista contendo nove questões abertas (APÊNDICE B), para que os trabalhadores pudessem livremente discorrer a respeito de

questões relacionadas com a organização do trabalho, as quais poderiam influenciar no processo saúde-doença dos profissionais de enfermagem.

A entrevista foi realizada com trabalhadores que se afastaram do trabalho por adoecimento ou de acidente de trabalho, identificados por meio das respostas contidas nos questionários, em especial, as respostas relativas aos itens de 19 a 25, que contemplam questões específicas relacionadas com o processo saúde-doença. Os que responderam positivo a estes itens, foram selecionados para participar da entrevista semiestruturada.

Conforme mencionado anteriormente, a justificativa para seleção destes participantes baseia-se na premissa de que aqueles que vivenciaram o adoecimento psíquico e/ou físico, poderiam melhor sinalizar a relação deste fenômeno com a organização do trabalho e a dinâmica do prazer e sofrimento. Isto porque, como enfatiza Lavnchicha (2015, p.6), “a relação com o trabalho, nesse sentido, não é estritamente técnica, cognitiva ou física, mas é, sobretudo, uma relação intersubjetiva e uma relação social”.

As entrevistas, realizadas no hospital em locais reservados, segundo disponibilidade dos participantes foram gravadas por meio de gravador digital (MP5, Player) após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tempo médio de duração das entrevistas foi de 20 minutos e depois de transcritas foram codificadas com a palavra entrevista seguida do numeral correspondente, para garantir o anonimato dos participantes. As transcrições tiveram uma média de 3 páginas por entrevista em fonte Times New Roman, espaço simples. As entrevistas de nº 1 a 22 referem-se aos técnicos de enfermagem e de 23 a 34 correspondem aos enfermeiros. Apenas três informantes se recusaram a gravar as entrevistas, preferindo fazê-la de forma manuscrita.

Antes de se aplicar o roteiro de entrevista aos participantes, realizou-se um pré-teste com três trabalhadores de enfermagem de outra unidade hospitalar, buscando averiguar se o roteiro estava adequado ao alcance dos objetivos propostos. Vale salientar que todas as informações decorrentes da entrevista estão arquivadas com o pesquisador e ficarão armazenadas por um período de cinco anos. Após esse tempo, serão destruídas.

A pretensão inicial era coletar os dados da entrevista com 50 participantes (20 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem) seguindo alguns critérios para tornar a captação de informação a mais rica possível. Entretanto, pelos motivos já expostos no item referente à aplicação do questionário, a entrevista foi aplicada a 22 técnicos de enfermagem e 12 enfermeiros, totalizando 34 trabalhadores.

Buscou-se contemplar trabalhadores de todos os setores do hospital, dos turnos diurno e noturno, tanto os da área assistencial, quanto os que assumiam função de gerência no

período da coleta de dados, facilitando, assim, a seleção daqueles que não sinalizaram no questionário ou não lembraram do afastamento por motivo de doença.

As dificuldades para realização das entrevistas foram semelhantes às aquelas referentes ao questionário, mas, pelo fato de ter que entrevistar o trabalhador durante o seu plantão, tendo que aguardar o momento oportuno e mais favorável ao profissional, acontecendo sempre no início do expediente, no final ou nos intervalos do chamado “cafezinho”.

3.5 Análise e interpretação das informações

A análise dos dados aconteceu por meio de dois procedimentos, sendo o primeiro adotado para analisar as informações advindas do questionário, que visava descrever aspectos referentes às características sociodemográficas, laborais e de saúde dos participantes. Assim, adotou-se a estatística simples descritiva a qual utiliza “métodos numéricos e gráficos para mostrar os padrões de comportamento dos dados, para resumir as informações contidas nesses dados e para apresentar a informação de forma conveniente” (AMORIM, 2014, p.12).

Utilizou-se esta forma de análise das variáveis qualitativas e quantitativas, por meio da distribuição de frequências, para conhecer os percentuais referentes às características pessoais (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, etc.), às características laborais (categoria profissional, vínculo empregatício, tempo de trabalho na profissão na unidade, turno de trabalho, dentre outros) e questões relativas à saúde (doença anterior a admissão na unidade hospitalar, afastamento do trabalho por doença, realização de atividade física, etc.).

Os dados referentes as variáveis quantitativas foram apresentadas em tabelas, que são consideradas métodos simples para visualização de um conjunto de valores, que no caso deste estudo se considerou a caracterização sociodemográfico, laboral e de saúde dos trabalhadores de enfermagem do campo de estudo. A segunda parte da análise dos dados diz respeito às questões de natureza qualitativa obtidas por meio das entrevistas, cujas informações foram transcritas, analisadas e interpretadas à luz da análise temática de conteúdo (BARDIN, 2010).

Os estudos de abordagem qualitativa vêm ganhando notoriedade no campo da administração e da saúde, tendo em vista temas emergentes relacionados à subjetividade no trabalho, e a análise de conteúdo tem sido amplamente utilizada para tratar os dados qualitativos. A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Nesse sentido, Silva e Fossá (2015, p.2), enfatizam que “na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos”.

Complementando, essa técnica possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que, segundo Minayo, Deslandes, Gomes, (2013), busca a interpretação cifrada do material de caráter qualitativo. Desta forma, a relevância concedida ao qualitativo e ao conteúdo das comunicações, seja ele manifesta ou latente, enfatiza as regularidades da fala, sua análise léxica e remete à tradicional discussão sobre a especificidade do material próprio das ciências sociais, especialmente no que concerne à questão da significação.

Desse modo, através da análise de conteúdo, “podemos caminhar na descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, DESLANDES, GOMES, 2016, p. 76). O percurso de análise de dados deste trabalho tem base na obra de Laurence Bardin, literatura de referência em análise de conteúdo para a interpretação de dados. Assim, esta técnica está organizada em três grandes fases que são (i) a pré-análise, (ii) a exploração do material e (iii) o tratamento dos dados, inferência e a interpretação (BARDIN, 2010).

Nesta perspectiva, inicialmente foi realizada, exaustivamente, uma leitura compreensiva do material selecionado. Na segunda etapa, foi feita uma exploração do material, fazendo a análise propriamente dita, identificando os núcleos de sentidos, articulando-os com os conceitos teóricos, para, finalmente, elaborar a síntese interpretativa, dialogando com o tema, objetivos, questões e pressupostos da pesquisa como descrevem Minayo, Deslandes, Gomes, (2013). A aplicação da técnica de análise temática de conteúdo nas entrevistas fez captar 390 unidades de registro (UR), as quais resultaram em três categorias e quatro subcategorias, conforme explicitado no Quadro 1.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias emergidas da análise flutuante. Jequié (2018)

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. A configuração da organização do trabalho hospitalar	1.1. Concepções negativas e positivas da organização do trabalho
	1.2. Processo de trabalho da enfermagem: trabalho manual e trabalho intelectual
2. Sentimentos de prazer e sofrimento decorrentes da organização do trabalho hospitalar	2.1. Prazer conseqüente do trabalho
	2.2. Sofrimento derivado da dinâmica laboral.
3. Estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico: individuais e coletivas	---

Fonte: Dados da tese, 2018.

A análise do material decodificado por meio da aplicação da referida técnica foi fundamentada no referencial teórico da psicodinâmica do trabalho de Dejours, norteadas também pelo aporte teórico que fundamenta as mudanças no mundo do trabalho e o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem.

3.6 Aspectos éticos

Após cadastramento na Plataforma Brasil o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Uesb por cumprir as determinações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe acerca das pesquisas com seres humanos, (parecer 2.414.553). Para atender aos preceitos éticos da pesquisa realizada com seres humanos, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C, p. 163), no qual consta, dentre outros aspectos, a garantia do anonimato dos participantes, a confidencialidade dos dados, sendo assegurada a participação voluntária no estudo.

Nesta perspectiva, como fundamentos éticos e exigências que foram obedecidos ao realizar esta pesquisa, destacam-se: respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação de riscos, maximizando benefícios e minimizando danos e riscos; relevância social da pesquisa; adequação aos princípios, fundamentação em fatos científicos; utilização dos métodos adequados para responder às questões estudadas; observância da garantia do bem-estar do participante da pesquisa, mantendo sua confidencialidade e a privacidade, proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes. Salienta-se o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também aos hábitos e costumes do participante/família/comunidade (BRASIL, 2012).

O processo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a legislação (BRASIL, 2012) prevê: a) esclarecer o participante. O pesquisador deverá buscar o momento, condição e local mais adequados; b) diálogo em linguagem clara e acessível; c) dar tempo para reflexão e tomada de decisão. Em seguida, caso concorde, deverá assinar o TCLE em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante. Este termo contém justificativa, objetivos, métodos da pesquisa; explicitação dos possíveis danos/riscos, benefícios esperados; esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência; garantia de liberdade de recusar-se a participar ou retirar-se a qualquer momento, sem prejuízos; garantia de sigilo e privacidade (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das informações provenientes dos instrumentos de coleta, após a devida organização procuramos identificar os aspectos mais relevantes em relação a organização do trabalho hospitalar de enfermagem e a dinâmica do prazer e sofrimento no trabalho.

4.1 Análise das características sociodemográficas, laboral e de saúde

A análise das características sociodemográficas, laborais e de saúde constitui importante ferramenta para o conhecimento do perfil dos trabalhadores que compuseram a amostra. Na tabela 1 (p.77), apresentamos as principais características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Compuseram a amostra 210 profissionais: 108 (51,4) enfermeiros e 102 (48,6%) técnicos de enfermagem. Constituíram variáveis pesquisadas: categoria profissional, escolaridade, sexo, faixa etária, raça/cor autodeclarada, estado civil, tempo de formação profissional, regime de trabalho e rendas (per capita e familiar), dentre outras.

Os percentuais que estão faltando para completar os 100% nas variáveis sexo, faixa etária, raça/cor e estado civil correspondiam aos “ignorados” e não foram inclusos por orientação do estatístico, a fim de deixar as tabelas com uma visualização mais adequada.

Verificou-se no estudo predominância dos participantes do sexo feminino 174 (82,8%), fato que permite inferir haver correlação estrita com o perfil dos profissionais que compõem o quadro da equipe de enfermagem, o qual, historicamente, tem sido composto por mulheres. Sabe-se que as atividades de enfermagem estão ligadas ao que socialmente ficou instituído como da “natureza” feminina, que é o cuidado a pessoas desvalidas, enfermas, idosos, criança, portanto há uma vinculação histórica associada às relações de gênero, que faz da profissão um gueto feminino (NOGUEIRA, 2010; RIBEIRO et al., 2014).

Desta forma, o trabalho de enfermagem requer um breve olhar sobre as relações de gênero, pois “as práticas de tratamento e de cuidado orientou a divisão sexual do trabalho no setor e definiu os mundos masculino e feminino no interior dessas práticas” (ARAÚJO, ROTENBERG, 2011, p. 131). Para essas autoras a subjetividade que permeia a vivência dos seres humanos firma o caráter indissolúvel entre as interconexões da vida doméstica e profissional, alicerçadas em questões de ordem biológica que remetem à “subordinação e hierarquização das relações sociais e de trabalho” (ARAÚJO, ROTENBERG, 2011, p. 132).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes. Jequié-Bahia (2018)

VARIÁVEL / CATEGORIA	Valores absolutos (n)	Valores percentuais (%)
- CATEGORIA PROFISSIONAL		
. Enfermeiro	108	51,4
. Técnico / auxiliar de enfermagem	102	48,6
- SEXO		
. Masculino	29	13,8
. Feminino	174	82,8
- FAIXA ETÁRIA		
. 20 - 29 anos	10	4,8
. 30 - 39 anos	91	43,3
. 40 - 49 anos	65	30,9
. 50 - 59 anos	26	6,7
. 60 - 70 anos	08	3,8
- ESCOLARIDADE		
. Ensino médio	35	16,7
. Ensino superior incompleto	27	12,8
. Ensino superior completo	148	70,4
- RAÇA/COR AUTODECLARADA		
. Pardo / negro	173	82,4
. Branco	29	13,8
- ESTADO CIVIL		
. Casado(a)	123	58,6
. União estável	30	14,3
. Viúvo(a)	03	1,4
. Separado(a)/divorciado(a)	11	5,2
. Solteiro(a)	31	14,8
- RENDA (salário-mínimo)		
. 1,5 a 3 salários-mínimos	125	59,5
. 3 a 4 salários-mínimos	44	21,0
. 4 a 5 salários-mínimos	16	7,6
. 5 a 6 salários-mínimos	14	6,6
. > 6 salários-mínimos	11	5,3
- RENDA FAMILIAR (salário-mínimo)		
. 1,5 a 3 salários-mínimos	87	41,4
. 3 a 4 salários-mínimos	30	14,3
. 4 a 5 salários-mínimos	25	12,0
. 5 a 6 salários-mínimos	17	8,1
. > 6 salários-mínimos	51	24,2
- TEMPO DE FORMAÇÃO		
. 1 – 5 anos	20	9,5
. 6 – 10 anos	65	30,9
. 11 – 20 anos	92	43,9
. > 21 anos	33	15,7
- PÓS-GRADUAÇÃO		
. Sim	113	53,8
. Não	97	46,2
- TIPO PÓS-GRADUAÇÃO		
. Especialização (<i>Lato Sensu</i>)	100	88,5
. Mestrado (<i>Stricto Sensu</i>)	12	10,6
. Doutorado (<i>Stricto Sensu</i>)	01	0,9
- REGIME DE TRABALHO		
. 30 horas semanais	138	65,7
. 40 horas semanais	72	34,3

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

A atuação na área de enfermagem, tem se firmado, ao longo dos séculos como um trabalho enraizado em uma tradição estritamente ligado ao feminino “em que o cuidar é visto mais como uma “vocação” do que uma profissão, estando associada a uma pressuposta essência feminina” (LOMBARDI, CAMPOS, 2018, p. 29). A identidade da mulher como um sujeito feminino na pós-modernidade firma-se nas assimetrias do processo de socialização que tem como eixo as questões de gênero as quais demandam significativas implicações no ser mulher e ser cuidadora, fatos que engendram a massificação do sexo feminino compondo a equipe de enfermagem. Todavia, “a relação estabelecida entre a enfermagem e o gênero feminino é um fator determinante na segregação técnica, política e social do trabalho, infligindo menor valor profissional para quem a exerce” (SOUZA et al., 2014, p.219).

Com relação à idade, identificou-se que 156 (74,2%) profissionais estão na faixa etária entre 30 a 49 anos, situação que evidencia estarem em plena fase produtiva. Tal situação tem se configurado nas pesquisas sobre o perfil da enfermagem, evidenciando que a profissão tem rejuvenescido (AQUINO; ARAGÃO, 2017; MACHADO et al., 2016). Porém, as repercussões da diversidade do contexto laboral influenciam para que muitos trabalhadores tenham que ser deslocados para readaptação funcional afastando-se, assim, das atividades assistenciais. Ademais, há de se considerar outras repercussões como a aposentadoria precoce, e a mudança de profissão por não suportarem as constantes pressões no ambiente de trabalho, fato que tem explicado o contingente mais jovem como força de trabalho nos hospitais (MACÊDO; PIRES; CAVALCANTE, 2014).

Outro dado que chamou atenção foi o predomínio do estado civil casado e em união estável, resultado que também foi evidenciado em outras pesquisas sobre o perfil da enfermagem, a exemplo do estudo realizado por Silva, Moraes e Ribeiro (2016). Sobre esse dado, entende-se que, pela pressão social, as mulheres devem casar e ter filhos para formarem uma família, tal qual é reproduzida nas instâncias religiosas, políticas e sociais, como o ideal numa sociedade conjugal (OLIVEIRA, s/d). Ademais, ter um parceiro ou parceria para dividir as vicissitudes da vida ameniza o sofrimento e resulta em apoio emocional, principalmente, levando-se em consideração o contexto de insegurança que tais trabalhadores têm experienciado (CANEDO, 2010).

A variável raça/cor autodeclarada demonstrou haver um contingente maior de trabalhadores pardos/negros 173 (82,4%). Tal dado reflete a história da Bahia nos tempos da colonização do Brasil, quando se utilizou os negros africanos como escravos para darem conta da lavoura e de outros trabalhos, a fim de mover a economia da época. Portanto, ainda se verifica este panorama predominante de população com a referida raça/cor (CADENA, 2013).

No tocante à escolaridade, verificou-se que os técnicos de enfermagem têm procurado qualificar-se, visto que, 40 (19,0%) possuem curso superior completo e 27 (12,8%) são graduandos em enfermagem. Destaca-se, que 15 (7,1%) destes técnicos concluíram pós-graduação lato sensu.

Na mesma perspectiva, nota-se, também, tendência por melhor capacitação por parte dos enfermeiros, visto que 85 (40,5%) dos profissionais que compuseram a amostra possuem curso de pós-graduação lato sensu e 12 (5,7%) stricto sensu (mestrado acadêmico).

Essa necessidade de qualificação busca atender às demandas do mercado de trabalho, que têm selecionado profissionais cada vez mais preparados para lidarem com as variabilidades e as imprevisibilidades do mundo laboral. Além disso, as mudanças dinâmicas que se configuram no setor saúde, com aplicação de elevada tecnologia e produção de conhecimento com uma rapidez surpreendente, impelem o trabalhador a esse processo de qualificação, a fim de manter-se no mundo do trabalho e garantir a subsistência material.

Atualmente nos defrontamos com uma importante crise no setor econômico, com significativa repercussão no mundo do trabalho, porém, apesar dessa constatação, existem muitas empresas com disponibilidade de vagas. Todavia, a falta de capacitação constitui um obstáculo para que as pessoas adentrem ou se mantenham no mercado de trabalho. Assim, a concretude de uma formação universitária torna-se condição imprescindível no mundo corporativo (BRITO, 2017).

Em relação à escolaridade, surpreendeu-nos verificar que os dados do estudo se mostraram superiores à média nacional. Essa afirmativa se respalda na pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), na qual se identificaram apenas 195.421 (11,5%) de técnicos de enfermagem com nível superior completo e 316.975 (22,8%) com superior incompleto.

A década de 1990, do século 20, demarcou importantes mudanças no cenário educativo da enfermagem no Brasil, com significativo aumento na oferta de cursos e/ou disponibilidade de vagas, fatos acompanhados do alargamento da esfera privada. Admite-se que o aumento do sistema educacional guarde relação com a expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de onde emergiu a possibilidade de novas portas de trabalho, a criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa cujo desejo de inserção fascinou a equipe de enfermagem (COLENCI; BERTI, 2012).

Nessa perspectiva, sabe-se que o mercado de trabalho tem se configurado “com exigências crescentes de produtividade e de qualidade, tornando cada vez mais generalizada a

implantação de modelos de formação e de gestão da força de trabalho baseados em competências profissionais” (COLENCI; BERTI, 2012, p. 159).

Com relação à renda mensal, constatou-se que os trabalhadores de enfermagem da unidade pesquisada possuem baixa remuneração (média de 1 a 3 salários-mínimos), valores que se assemelham ao que é pago nos serviços públicos de saúde em geral, conforme aponta a pesquisa da Fiocruz/Cofen. Todavia, essa renda, apesar de ser considerada baixa, encontra-se um pouco acima do salário do trabalhador em geral da iniciativa privada, da região nordeste, que não possui ensino médio. Este percentual é, em média, três vezes maior para os que possuem ensino superior completo, conforme apontam os indicadores do Plano Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) (IBGE, 2018).

Notadamente, em nossa cultura, se evidencia ser a remuneração um parâmetro indicador da valorização que a sociedade atribui a uma profissão. Neste ponto de vista, um olhar para esta questão, na perspectiva das questões de gênero, vislumbra que atividades profissionais que, por tradição, são desenvolvidos por mulheres, a exemplo das que envolvem cuidados de crianças, idosos e pessoas doentes, tendem a ser inferiormente valorizadas. Esta averiguação permite inferir, ser a vinculação do trabalho de enfermagem com o sexo feminino, um dos motivos da pouca remuneração dos profissionais que atuam nesta categoria profissional (LOMBARDI, CAMPOS, 2018).

Essa realidade é preocupante, visto ser tal importante justificativa para a dupla atividade laboral buscada pelos trabalhadores, de modo a tentar manter uma melhor qualidade de vida para si e para toda a família. Esta duplicidade de vínculos também se atrela ao processo de precarização laboral, sendo a sobrecarga de trabalho um dos determinantes do adoecimento físico e/ou mental (PEREIRA et al., 2016).

Quanto ao tempo de formação, os dados do estudo também se mostram superiores à média brasileira, já que a maioria 92 (43,9%) tem entre 11 a 20 anos de formação profissional. Reitera-se que esta variável na pesquisa nacional do Cofen / Fiocruz (2013) é de 352.156 (25,3%) para esse mesmo tempo de conclusão da graduação.

Observou-se um maior percentual de trabalhadores 138 (65,7%) com jornada de trabalho (carga horária semanal) de 30 horas, fato relacionado ao último concurso público pelo estado da Bahia, realizado em 2012, cujo edital determinava essa jornada. Essa luta pelo reconhecimento da enfermagem brasileira é um fato que “se coloca como um dos aspectos que fortalecem sua estruturação e seu reconhecimento como um grupo de características profissionais” (PIRES et al., 2010, p.115). Para tanto, há de sopesar que

a jornada de trabalho de 30 horas semanais é uma luta histórica da categoria da enfermagem, e proporciona um grande benefício tanto para os trabalhadores da área quanto para aqueles que necessitam de seus serviços, trazendo melhoria dos serviços prestados à população. Uma comissão de avaliação que acompanhou a implantação das 30 horas em diversas áreas verificou que houve uma drástica redução tanto de faltas quanto de atestados médicos - reflexo da melhora da qualidade de vida do trabalhador (SINDISAÚDE, 2014, p. 1).

Sabe-se que a jornada excessiva dos trabalhadores de enfermagem, os coloca em contato contínuo com os diversos riscos ocupacionais, principalmente os biológicos, ergonômicos e psicossociais, que contribuem para um crescente processo de adoecimento físico e psíquico desses profissionais. Assim, ter uma carga horária menor do que é predominante no Brasil (40 horas semanais) é um dado que merece destaque, pois minimiza o contato com os riscos ocupacionais presentes no processo de trabalho da enfermagem e ainda resulta, supostamente, em mais horas de descanso no lar (SINDISAÚDE, 2014).

Na tabela 2 (p. 82), apresentamos caracterização dos informantes, segundo os aspectos laborais. Verifica-se, que em relação ao tempo de atuação na enfermagem, predominou o intervalo entre 6 e 10 anos, 39,5% (83) dos trabalhadores pesquisados, fato que coincide com o tempo de realização do último concurso público para trabalhadores de saúde da rede estadual, ocorrido há seis anos. Destaca-se considerável número de profissionais 103 (49,1%) com atuação a mais de 10 anos, pressupondo-se, assim, tratar-se de equipe experiente no processo de cuidar, sendo este dado superior à média nacional que é de 37,4% conforme encontrado na pesquisa realizada pela FioCruz / Cofen (2014).

Esse resultado favorece a organização do trabalho, pois com profissionais detendo esta larga experiência na profissão, entende-se que se minimizam os erros por imperícia. Também há potencial para uma assistência de qualidade, pois tais trabalhadores dominam o processo de trabalho e, portanto, têm potencial para julgamento e tomada de decisão acertadas (LEAL; CAMELO; SANTOS, 2017). Em relação ao tempo de atuação no hospital, os dados seguiram o mesmo parâmetro do resultado anterior que mostra maior quantitativo de trabalhadores 112 (53,3%) atuando na unidade entre 5 e 10 anos e, principalmente, no turno diurno 96 (45,8%), no qual normalmente tem-se maior demanda de procedimentos de enfermagem e, conseqüentemente, maior distribuição de pessoal no período, de modo a atender as demandas rotineiramente esperadas.

No que diz respeito aos setores que tiveram maior participação de sujeitos da pesquisa, destacaram-se as unidades de urgência/emergência 53 (25,2%), clínicas médicas 34 (16,2%) e centro cirúrgico 26 (12,4%), justificando-se pelo fato de que, no período da coleta, esses setores ainda não estavam terceirizados e, portanto, foi mais fácil e acessível a autorização e colaboração dos profissionais.

Tabela 2 – Caracterização das informações laborais da(o)s participantes. Jequié-Bahia (2018)

VARIÁVEL / CATEGORIA	Valores absolutos (n)	Valores percentuais (%)
- TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM		
. 1 a 5 anos	24	11,4
. 6 a 10 anos	83	39,5
. 11 – 20 anos	72	34,3
. > 21 anos	31	14,8
- TEMPO DE ATUAÇÃO NO HOSPITAL		
. 1 – 5 anos	44	21,0
. 5 – 10 anos	112	53,3
. 10 - 20 anos	39	18,6
. > 20 anos	15	7,1
- TURNO DE TRABALHO		
. Diurno	96	45,8
. Noturno	57	27,1
. Escala mista	57	27,1
- SETOR DE TRABALHO		
. Urgência / Emergência	53	25,2
. Clínica médica	34	16,2
. Clínica cirúrgica	26	12,4
. Pediatria	09	4,3
. UTI	20	9,5
. Centro Cirúrgico	30	14,3
. Psiquiatria	05	2,4
. Neurologia	11	5,2
. Acolhimento e classificação de risco	09	4,3
. Administrativo	13	6,2
- OUTRO VÍNCULO		
. Sim	120	57,1
. Não	90	42,8
- VÍNCULO NO HOSPITAL		
. Estatutário	155	73,8
. Reda	05	2,4
. Fundação estatal	23	10,9
. Comissionado	06	2,8
. Terceirizado	21	10,0
- CARGA HORÁRIA NO OUTRO VÍNCULO		
. 20h/semana	17	18,9
. 30h/semana	38	42,2
. 36/semana	07	7,8
. 40/semana	28	31,1

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Observa-se na tabela 2 (p.82) que a maioria dos trabalhadores 155 (73,8%) é estatutária, sendo os demais 55 (26,2%) com vínculo temporário (terceirizados / fundação / rede / comissionado). O maior quantitativo 187 (89,0%) trabalhava na assistência em regime de 30 horas semanais. Salienta-se que, destes, 120 (57,1%) possuem outro vínculo, cuja carga horária, em sua maioria 38 (42,2%) é de 30 horas semanais, seguido de 28 (31,1%) com 40 horas semanais, atividades estas exercidas, predominantemente, em instituições de saúde da rede pública.

Embora não seja objeto dessa pesquisa, salienta-se que parte considerável dos profissionais que possuem duplo vínculo moram em cidades distintas dos ambientes laborais, de modo que em conversas informais antes ou após aplicação dos questionários ou entrevistas, expressavam momentos de ansiedade e angústia, pela frequente distância dos familiares e o deslocamento longo entre a casa e o trabalho. Este fato poderia ser minimizado, caso houvesse maior equilíbrio entre as necessidades da organização com as do trabalhador, de modo que a vida profissional e a privada se completassem, pois o ser humano é um ser multidimensional que busca, numa perspectiva holística, uma integração entre o privado e o social.

Para isso, teríamos que adotar o conceito de organização saudável utilizado por Bäck-Wiklund et al. (2018, p. 63), cuja organização “permite que seus trabalhadores se sintam satisfeitos com a vida profissional e pessoal, mantendo boas relações de apoio com colegas e com chefias, e níveis elevados de compromisso com o trabalho e com a organização”.

Do ponto de vista da política socioeconômica, encontra-se no momento da pesquisa uma situação inusitada, visto que, apesar de ser a maioria dos trabalhadores estatutários, atuando dentro da carga horária desejada (30h/semanal), evidenciou-se frequente sobrecarga de atividades, oriunda do subdimensionamento de pessoal, atrelado à superlotação da unidade hospitalar. Essa realidade requer considerar o antagonismo entre a política de saúde estatal e o proposto pelo modelo neoliberal, como discutiremos mais adiante.

Sobre essa problemática, Souza et al. (2017, p. 966) ratificam que “o quantitativo insuficiente de profissionais ocasiona um dimensionamento inadequado de profissionais nos postos de trabalho, resultando em sobrecarga de trabalho, falhas na assistência e desgaste dos trabalhadores”.

Esse desgaste, imposto pela organização, retira do sujeito a sua criatividade e capacidade de negociação para mudar o trabalho prescrito, impedindo sua subjetividade, produzindo o adoecimento.

Nesta interface Souza et al. (2017) destacam haver informações universais que alertam sobre o déficit incisivo de mão de obra no campo de saúde resultante de reformas no âmbito setorial cujo descuido na última década repercutiu em efeitos negativos no incremento do processo de trabalho na área de saúde.

Após o início da coleta de dados, iniciada em maio de 2018, o hospital inaugurou uma nova ala para atendimento de urgência/emergência, incluindo Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centro cirúrgico, neurologia e clínica cirúrgica, com ampliação de mais 100 leitos. Para atuar neste novo espaço, foram contratados, através da terceirização de serviços, 322 profissionais da equipe de enfermagem (105 enfermeiros e 217 técnicos de enfermagem).

A modernização nas relações trabalhistas que atualmente permite a contratação de profissionais responsáveis pelas atividades-fim, por ser uma forma de vinculação sustentada pela política neoliberal, tem sido amplamente questionada nos vários segmentos sociais. Assim, não é de se estranhar que esta nova forma de contratação e distribuição de pessoal, tenha gerado descontentamento entre os “antigos” funcionários, cujo acesso ao quadro de recursos humanos, se dava, exclusivamente, através de concurso público.

Soma-se a esta insatisfação o fato de a maioria dos funcionários com vínculo efetivo, não terem sido escalados para atuarem nas unidades inauguradas, as quais apresentam excelente infraestrutura física e adequado dimensionamento de materiais de consumo e permanente, condições de trabalho há muito desejado pelos profissionais que mantinham vínculo com a instituição a anos. Esta realidade foi percebida durante a aplicação do questionário, nas falas informais dos participantes, quando se evidenciava irritabilidade e certa agressividade, o que configura impacto negativo no relacionamento interpessoal entre funcionários “novos e antigos”.

Sabe-se que o processo de terceirização é um dos determinantes para intensificação do processo de precarização de vínculos, com repercussão prejudicial na assistência e na saúde dos trabalhadores. Neste sentido, pesquisas realizadas em todo o país, nos últimos anos, constataam a indissociabilidade entre terceirização e precarização do trabalho. Segundo Antunes e Druck (2015, p.25), essa inter-relação está presente “tanto em investigação de natureza qualitativa, por meio de estudos de casos, quanto quantitativas, através de estatísticas de fontes oficiais ou de instituições sindicais e do direito do trabalho”.

A constatação disso, verificou-se logo após a inauguração da nova ala do hospital, quando o governo do estado rescindiu o contrato de prestação de serviços existente entre a secretaria de saúde e duas fundações estatais regidas pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de modo que aproximadamente 50 trabalhadores (enfermeiros e técnicos de

enfermagem) foram afastados de suas funções, gerando mais descontentamento entre membros das equipes remanescentes e suposto indício de sofrimento mental em alguns dos demitidos. Todos estes fatos ocorreram durante a coleta de dados na aplicação do questionário e entrevista sendo, portanto, presenciado pelo pesquisador. A seguir, apresentaremos na tabela 3 algumas características relacionadas com o processo saúde-doença do(a)s participantes.

Tabela 3 - Caracterização Processo Saúde-Doença da(o)s participantes. Jequié-Bahia, 2018. -

VARIÁVEL / CATEGORIA	Valores absolutos (n)	Valores percentuais (%)
- DOENÇA ANTERIOR À ADMISSÃO NO HOSPITAL		
. Não	184	87,6
. Sim	26	12,4
- AFASTAMENTO POR DOENÇA (Últimos 12 meses)		
. Não	112	53,3
. Sim	98	46,7
- QUANTITATIVO DE AFASTAMENTO		
. 1 vez	43	43,8
. 2 a 5 vezes	29	29,6
. > 5 vezes	03	3,0
- TEMPO MÉDIO AFASTAMENTO POR DOENÇA		
. < 6 dias	40	19,1
. 7 a 15 dias	24	11,4
. 16 a 30 dias	03	1,4
. > 30 dias	24	11,4
- READAPTAÇÃO FUNCIONAL		
. Sim	23	10,9
. Não	187	89,1

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

No que concerne ao processo saúde-doença (Tabela 3), a maioria dos trabalhadores 184 (87,6%) referiu inexistência de doença antes da admissão no hospital. Todavia, 98 (46,7%) se ausentaram do trabalho por adoecimento nos últimos 12 meses, sendo que 43 (43,8%), se afastou apenas 1 vez, seguido de 29 (29,6%) que afastaram-se, neste mesmo período, entre 3 a 5 vezes. Vale esclarecer que 23 (23,5%), apesar de terem se afastado por adoecimento, não lembraram quantas vezes o fato aconteceu.

A comparação entre a inexistência de doença prévia à época da admissão em unidade hospitalar e o número de afastamento por motivo de adoecimento no decorrer das atividades laborais permite supor a intrínseca relação entre processo de trabalho relacionado às dimensões organizacional, interpessoal ou individual e processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem. Estudo atual ratifica o absenteísmo relacionado a essas variáveis independentes com origem nas dimensões macro (organizacional) e micro

(interpessoal, individual ou local), como por exemplo, a rotatividade de pessoal, estresse, síndrome de burnout, sobrecarga de trabalho, assédio, satisfação no trabalho e ambiente laboral (SILVA JUNIOR; MERINO, 2017).

Pesquisa realizada por Rosado, Russo e Maia (2015), na qual foram informantes 240 profissionais de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, nutricionista, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, psicólogos, assistentes sociais e cirurgiões-dentistas), a maioria 132 (55,5%) referiu que o trabalho constitui um dos fatores que debilita a saúde, enquanto que apenas 36 (15,0%) profissionais não correlacionaram esta relação. Nestes termos, para os autores “prevaleceu o entendimento do trabalho como fonte de desgaste da saúde, em função de atributos inerentes à própria atividade profissional e ao ambiente em que ela se realiza” (ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015, s/p).

Constata-se, também, que 120 (57,1%) dos trabalhadores tinham dupla jornada que, em sua maioria, aqueles que tinham duplo vínculo estava alocado em serviço da rede pública onde, historicamente, têm-se maiores dificuldades em relação às condições de trabalho pela insuficiência no dimensionamento pessoal, déficit de recursos materiais e financeiros somado à organização do trabalho, cujas cargas laborais potencializam o desgaste físico e mental do trabalhador. Por isso, torna-se difícil estabelecer em que momento da vida laboral tiveram início as alterações no processo saúde-doença, e por conta de que processo de trabalho desenvolveram doenças, de devido a um ou ambos os vínculos (FERREIRA et al., 2017).

Para Santos, Mamede e Paula (2015, p. 102), “o sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem pode estar ligado a diversos motivos desencadeadores, entre eles a falta de tempo para descanso, muitas vezes ligado a mais de um vínculo empregatício”. Estes autores chamam a atenção para o fato de os problemas de saúde mental e/ou comportamental interferirem na produtividade dos profissionais de saúde.

Esta lacuna dificulta a elaboração de plano de ação viável, de modo a contribuir com a minimização dessa problemática que compromete a qualidade de vida dos trabalhadores e os serviços oferecidos pela enfermagem. Nesse aspecto, acredita-se ser oportuno considerarmos a subjetividade que permeia o processo saúde-doença dado que a resiliência, ferramenta importante para o enfrentamento das intercorrências no ambiente de trabalho se apresenta com intensidades distintas para cada ser. Assim, vale considerar “a importância de fatores individuais e organizacionais na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores, sendo necessária a compreensão multidimensional para a promoção da saúde no trabalho nas instituições de saúde” (ROCHA et al., 2016, p. 822).

No tempo médio de afastamento por doença nos últimos doze meses, constatou-se que o maior número de trabalhadores não soube informar por quanto tempo se ausentou do trabalho, mas 40 (19,1%) sinalizaram ausência do trabalho devido à doença por período inferior a 6 dias. Em função do processo de adoecimento, 23 (10,9%) trabalhadores passaram por readaptação funcional dos quais 16 (69,7%) não souberam precisar esse tempo.

Tabela 3.1- Caracterização Processo Saúde-Doença da(o)s participantes. Jequié-Ba, 2018.

VARIÁVEL / CATEGORIA	Valores absolutos (n)	Valores percentuais (%)
- TEMPO DE READAPTAÇÃO FUNCIONAL		
. 30 dias	1	4,3
. 60 dias	3	13,1
. 120 dias	1	4,3
. 180 dias	1	4,3
. > 180 dias	1	4,3
- PROBLEMA CRÔNICO DE SAÚDE		
. Sim	75	35,7
. Não	135	64,3
- PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE		
. Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT)	47	62,7
. Doença vascular / Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	20	26,7
. Rinite / bronquite	13	17,3
. Transtorno de ansiedade	03	4,0
- RELAÇÃO PROBLEMA DE SAÚDE COM O TRABALHO		
. Sim	53	70,7
. Não	22	29,3
- PLANTÃO FINAL DE SEMANA		
. Sim	177	84,3
. Não	33	15,7
- MÉDIA MENSAL PLANTÕES FINAL SEMANA (diurno)		
. 2	67	37,8
. 3	94	53,1
. 4	16	9,1
- DESCANSO NA JORNADA DE TRABALHO		
. Sim	75	35,3
. Não	133	63,3
. Ignorado	03	1,4
- TEMPO DE DESCANSO		
. 1 – 2 horas	64	30,5
. 3 horas	12	5,7
. > 3 horas	05	2,4
- JUSTIFICATIVA PARA NÃO DESCANSAR		
. Sobrecarga de trabalho	99	47,1
. Inexiste local adequado	43	20,5
. Não sente necessidade	04	1,9
. Não é permitido	31	14,8
- PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA		
. Não	115	54,8
. Sim	90	42,8

Fonte: Fonte: Dados da pesquisa (2018)

A readaptação funcional é regida pela Lei nº 6677/94, vinculada ao Estatuto dos Servidores Públicos Civis do Estado, Seção XIII. Sobre a readaptação, tem-se no art. 43 desta lei que a “readaptação é o cometimento ao servidor de novas atribuições, compatíveis com a limitação que tenha sofrido em sua capacidade física ou mental, comprovada por junta médica oficial, garantida a remuneração do cargo de que é titular”.

Dentre as principais doenças que justificaram o absenteísmo estão a Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho, 47 (62,7%); Doença vascular / Hipertensão Arterial Sistêmica 20 (26,7%); Rinite / Bronquite 13 (17,3%); e os Transtornos de ansiedade 03 (4,0%). Em menor escala apareceram asma, labirintite, escoliose, lombalgias, endometriose, fibromialgia, gastrite, dentre outras.

Segundo os participantes, em função das limitações físicas decorrentes, principalmente de danos advindos da Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT), tiveram que ser remanejados para setores administrativos, no intuito de reduzir as atividades que exijam maior esforço físico, até receberem alta da Junta médica e serem considerados aptos a retornarem às atividades na escala de enfermagem. No período da coleta dos dados apenas 6 servidores se encontravam em readaptação funcional.

Na tabela 3.1 (p. 87) observa-se que, quando questionados se possuíam problema crônico de saúde, 75 (35,7%) participantes informaram que sim, citando como principais problemas a DORT, doenças vasculares, rinite/faringite e transtorno de ansiedade. Dado importante a ser analisado é o fato de 53 (70,7%) associarem haver relação direta entre o adoecimento e o ambiente de trabalho. Infere-se que a origem e/ou agravamento dessas doenças estão relacionados às atividades repetitivas e monótonas, à sobrecarga de trabalho, ao estresse laboral, ao contato com agentes químicos e biológicos, os quais estão presentes no ambiente laboral da enfermagem e também pela configuração da organização do trabalho. Casos semelhantes foram identificados em estudo realizado por Machado et al. (2014).

A preocupação com a saúde do trabalhador tramita entre o adoecimento físico e o psíquico. Nesse sentido, o estresse ocupacional que tem se mostrado presente no cotidiano dos profissionais de enfermagem decorrem de metas muitas vezes inatingíveis impostas pela organização do trabalho, dos elevados ritmos de trabalho decorrente da escassez de pessoal e de material, das relações de poder e da competitividade entre os pares, gerando adoecimento deste coletivo (PETARLI, 2015). Estudo semelhante realizado por Shoji, Souza e Farias (2015, p. 46) encontrou que os trabalhadores “correlacionam o aparecimento do estresse à responsabilidade da tarefa, ao fato de estarem lidando com vidas humanas e à cobrança da chefia por produtividade, eficácia e eficiência”.

As exigências psicológicas do trabalho atual impostas pela organização do trabalho pautada no modelo neoliberal, que cobra tempo, velocidade e intensificação das jornadas, produzem o chamado estresse ocupacional com consequências deletérias para a saúde do trabalhador que, muitas vezes, não percebem a relação intrínseca com o trabalho. Sobre esta questão, Ribeiro et al. (2018, p. 1) definem o estresse ocupacional como “aquele que provém do ambiente laboral e envolve aspectos da organização, da gestão, das condições e da qualidade das relações interpessoais no trabalho”.

No que concerne às características laborais e de saúde dos participantes em relação à realização de plantão nos fins de semana, referente ao descanso durante a jornada de trabalho e à prática de atividade física e de lazer, os resultados mostraram que 177 (84,3%) dos participantes trabalham nos finais de semana (sábados e domingos), alternadamente, com média (53,1%) de 3 plantões mensais.

Esse rodízio de plantões, comum no cotidiano da equipe de enfermagem, pode ser prejudicial à saúde, pois restringe o contato com os familiares e amigos, bem como reduz a possibilidade de lazer e descanso, portanto, esta escala de serviço tem potencial para gerar sofrimento psíquico e, conseqüentemente, adoecimento nos trabalhadores (ROSADO; RUSSO; MAIA, 2015). Pesquisas têm sido elaboradas para compreender a relação entre o trabalho por turnos e as alterações provocadas na saúde dos trabalhadores, a exemplo dos impactos negativos no ritmo circadiano do sono, no estilo de vida e nas condições metabólicas dos trabalhadores, assim, poderar-se-á estabelecer um nexo forte entre trabalho em turnos e adoecimento dos trabalhadores (SILVA, 2017; SOARES et al., 2018).

Com relação ao descanso durante a jornada de trabalho, 75 (35,3%) dos participantes afirmaram que descansam durante o plantão e a maioria 64 (30,5%) o faz entre 1 e 2 horas ao longo da jornada de trabalho, especificamente no serviço noturno. Os resultados também evidenciaram que 133 (63,3%) participantes não descansam durante a jornada de trabalho noturna, sendo apontados como os principais motivos para o não atendimento desta necessidade fisiológica a sobrecarga de atividades 99 (47,1%) e inexistência de local adequado para o descanso 43 (20,5%).

O descanso ao longo da jornada de trabalho é uma luta política e profissional dos trabalhadores de enfermagem, pois legalmente ele não está instituído em muitos estados e localidades do Brasil, o que se verifica são acordos verbais entre chefia e coletivo profissional para garantir algumas horas de pausa noturna durante a jornada laboral. No entanto, estes acordos colocam os trabalhadores em situação de transgressores de regras legais, configurando maior vulnerabilidade aos profissionais (FERREIRA; MONTEIRO, 2017).

E, considerando a natureza do trabalho de enfermagem, no qual se lida com dor, sofrimento e morte, onde se encontram diversos riscos ocupacionais, e também por conta das extensas jornadas de trabalho, faz-se primordial que o trabalhador tenha algumas horas de descanso durante a jornada laboral, pois ele renova as energias psicossomáticas dando andamento às atividades de trabalho com mais vigor e bom humor (FERREIRA; MONTEIRO, 2017). Outrossim, a ausência de locais adequados ao descanso foi uma das dificuldades relatadas pelos profissionais na Pesquisa Perfil da Enfermagem citadas na justificativa do Projeto de Lei do Senado – PLS 597/2015, o que também obstaculiza as pausas para repouso durante a jornada laboral (FIOCRUZ/COFEN, 2015).

Quando perguntados sobre a prática de atividade física, os participantes em sua maioria 115 (54,8%), responderam que não realizavam tal prática. Os 90 (42,8%) que informaram praticar atividade física, elencaram frequentarem academias, caminhadas e corrida. Esporadicamente alguns fazem dança, yoga, natação e ciclismo. Acredita-se que a ausência da prática de atividade física deve-se principalmente por trabalharem em regime de plantão, o duplo emprego e também por questões econômicas, considerando os baixos salários que recebem (FREIRE et al., 2015, SILVA et al., s/d).

O lazer, conforme enfoca Melo (2003, p.29)

numa suposta escala hierárquica de necessidades humanas, seria menos importante que a educação, a saúde e o saneamento. Com certeza todas essas dimensões humanas são fundamentais, mas por que seria o lazer menos importante? Além disso, existe relação direta entre lazer e saúde, lazer e educação, lazer e qualidade de vida, as quais não podem ser negligenciadas.

Atualmente muito se tem discutido sobre a Qualidade de vida (QV) fato que requer considerar a subjetividade relacionada com o modo de vida de um indivíduo, como a pessoa se percebe, como interage com a sociedade e a forma como se relacionada consigo mesma, considerando também as questões de ordem material e cultural do ambiente a exemplo da educação, condições de trabalho e de moradia, saúde, etc. Considerando a complexidade que envolve o tema QV, não podemos deixar de lembrar outros aspectos que guardam relação intrínseca com esta, a exemplo da prática de esportes, da relevância da atividade física e do lazer na vida das pessoas de um modo geral independentemente da idade ou estrado social (UNICAMP, 2004).

Quando pensamos em lazer, somos levados a refletir sobre o controle do estresse “físico, mental e psicológico são aliados da boa saúde. E as atividades de lazer são formas de divertimento, descanso ou desenvolvimento que podem trazer inúmeros benefícios, não só

para sua saúde física, como para sua saúde mental e psicológica, que são tão importantes quanto a saúde física” (BORGES, 2015, p.1).

A atividade física regular apresenta potencial para melhorar a saúde, tendo efeitos positivos na prevenção das doenças cardiovasculares (DCV), alterando favoravelmente alguns fatores de risco. Estima-se que 6% das doenças cardiovasculares e 7% dos casos de diabetes tipo 2 são causados por inatividade física. Por isso, a literatura disponível, até o momento, aponta a inatividade física como fator importante no aumento dos gastos com saúde (BUENO, 2016).

Esses achados rememoram a importância de a enfermagem atentar para a prática das atividades relacionadas com o lazer, a exemplo das atividades físicas, dado a relevância para a minimização do estresse, conforme já exposta anteriormente, o qual faz parte do cotidiano desta categoria profissional, pois é fundamental cuidar do cuidador.

4.2 Análise das categorias

Nesta seção do presente capítulo será apresentado e analisado o conteúdo que emergiu das entrevistas, cuja análise foi norteada pelas categorias captadas por meio da aplicação da técnica de análise temática de conteúdo e enriquecida por alguns dados quantitativos que, por sua vez, foram iluminados pelo referencial e apoio teórico deste estudo.

4.2.1. Categoria 1: A configuração da organização do trabalho hospitalar

Nessa categoria, que contou com 206 UR, analisou-se a configuração da organização do trabalho hospitalar a qual com a finalidade de tornar a apresentação dos resultados mais clara e didática, foi subdivida em duas subcategorias: 1) Concepções negativas e positivas da organização do trabalho e 2) Processo de trabalho da enfermagem: trabalho manual e trabalho intelectual.

4.2.1.1. Subcategoria 1: Concepções negativas e positivas da organização do trabalho

Cabe salientar que se apreenderam muito mais concepções negativas da organização laboral do que opiniões positivas da mesma. Tais concepções negativas estão relacionadas com a sobrecarga de trabalho física e mental, pressão por maior produtividade, atuação de

chefias autoritárias e punitivas. As falas selecionadas a seguir expõem o ponto de vista desfavorável dos participantes acerca da configuração da organização laboral.

Eu acho que é o dimensionamento de pessoal que é muito errado, que por sinal gera sobrecarga de trabalho. É muito para uma pessoa só, que leva a uma pressão no nosso lado físico, psicológico e mental (E11).

É porque é muita gente para poucos funcionários, isso sobrecarrega. Isso causa desgaste tanto o físico como o mental. Várias vezes já levei problema para casa, passei noites sem dormir, pensando em meus pacientes e como é difícil atendê-los com qualidade mediante este quantitativo de pessoal (E12).

A sobrecarga laboral, os ritmos de trabalho elevados e a redução do quantitativo de pessoal advém de uma política econômica que se pauta no ideário neoliberal, de redução do papel do Estado em setores primordiais como saúde e educação, do enxugamento da máquina pública e de pressionar por produtividade e mais lucro. Portanto, as organizações do trabalho têm se fundamentado em preceitos neoliberais para tornar as empresas mais competitivas e lucrativas. No entanto, tais concepções vêm gerando estranhamento, conflitos e sofrimento psíquico para os coletivos de trabalho. Além disso, observam-se mudanças radicais na forma de produzir e organizar o trabalho, inserindo por exemplo, maciça tecnologia nos contextos de trabalho, que impelem os trabalhadores a se apropriarem de tais tecnologias e, ao mesmo tempo, roubam o tempo livre e de lazer para que as pessoas continuem de prontidão e/ou trabalhando (FARIA; RAMOS, 2014; LINHART, 2014).

Ademais, essas mudanças na forma de produzir e organizar o trabalho, trouxeram consequências severas para a vida dos trabalhadores por meio da retirada de direitos sociais, flexibilização nas relações de trabalho, aumento das terceirizações, do subemprego, emprego informal e precarização, com repercussões na saúde dos trabalhadores (MACEDO et al., 2016).

Essa ideologia neoliberal reproduz a ideia de que o homem precisa ter liberdade para acumular riquezas desde que se submeta ao mundo do trabalho e que o sucesso ou o fracasso depende dele. Nessa lógica, a organização, de forma sutil, encute no trabalhador a ideia de que o sofrimento não está relacionado a econômica ou às condições de trabalho, e sim à incapacidade de cada trabalhador não conseguir produzir o suficiente para obter uma renda melhor (MACEDO et al., 2016). Sobre esta questão, Antunes (2016, p.107) afirma que “o trabalho vivo vem sendo substituído pelo maquinário técnico-informacional, presente no trabalho morto, exigindo um novo tipo de trabalho que os capitais denominam de colaborador”.

Embora o hospital não tenha as mesmas características de uma empresa, a divisão do trabalho nessas unidades reproduz divisão do trabalho do modo de produção capitalista, norteadas por um processo de trabalho com tarefas isoladas, fragmentadas, hierarquia de profissionais, separação entre trabalho intelectual e manual. Paradoxalmente, a introdução da automatização com procedimentos e aparelhos cada vez mais ágeis, exige a presença de um trabalhador mais atento e condicionado. Essa mudança, muitas vezes, desencadeia maior exigência mental do trabalhador como observa-se nas falas abaixo:

Sobrecarga de trabalho, pressão psicológica. Hoje em dia, principalmente, com essa pressão por produzir e produzir, surge o adoecimento (E13).

Aqui a gente não tem válvula de escape, aqui a gente tem pressão. Eu acho que o hospital perdeu muito a questão do diálogo, infelizmente. Realmente a gente já vive em um ambiente estressante por temos muito trabalho, pouco profissional e cobrança da chefia o tempo todo (E23).

Essa pressão psicológica relatada pelos sujeitos está relacionada, muitas vezes, com o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, pois sabe-se que há, por exemplo, estudos sobre dimensionamento de pessoal a partir das características do serviço e da clientela assistida, porém, o quantitativo preconizado não é respeitado no campo real do trabalho. Além disso, a organização do trabalho e o trabalhador sempre têm um certo estranhamento, por conta das prescrições das organizações e o idealizado pelo trabalhador, pois o projeto espontâneo do trabalhador é limitado pelo contexto do trabalho à medida que se prescrevem e se determinam regras e condutas no processo de trabalho que, frequentemente, o trabalhador tem dificuldade para atender (LACAZ, 2016).

Sabe-se então que há uma defasagem entre o trabalho prescrito (a tarefa) e o trabalho efetivo (a atividade) e que, por conta de situações que ocorrem no cotidiano do trabalho, como falhas em equipamento, disfunção, incidentes, sobrecarga de trabalho, dentre outras, o trabalhador dificilmente executa estritamente as prescrições. Reforçando essa análise, os estudos de Dejours (2016, p. 322) assinalam que “Isso é chamado de real do trabalho, ou seja, tudo aquilo que se apresenta à pessoa que trabalha, provocado pela resistência que o mundo opõe ao domínio técnico”. As falas selecionadas a seguir ilustram esse conflito:

O trabalhador vem para a instituição achando que está tudo dentro dos padrões, aí a realidade é outra, então ele tem uma pressão psicológica emocional, dentro do contexto do trabalho. Ele se nega ou se esquia de fazer o procedimento porque literalmente faltam condições materiais e de pessoal. De uns tempos para cá, percebe-se que não estão contentes, estão ali para fazer só o necessário, não vai além (E33).

Cobrava a gente e às vezes a cobrança eu achava que não era digna, eles queriam cobrar sem a gente ter como trabalhar. Cobrava em relação à atenção ao paciente. A gente sabe que é nossa obrigação, mas pela escassez de pessoal, não tinha condições (E21).

Outras repercussões negativas da organização do trabalho que emergiram dos conteúdos das entrevistas foram a sobrecarga física e sobrecarga de trabalho como determinantes de adoecimento. Algumas falas apresentadas demonstram isso:

Na clínica médica a gente trabalha muito, o trabalho físico, forçado, aquele trabalho mais forte, mais bruto, mais pesado (E19).

A sobrecarga física, a questão de peso, porque a grande maioria é mulher, o número de homens aqui é pouco, sobrecarrega mais a gente (E 11).

Ficavam 2 técnicos para 14, 16 pacientes e o atendimento era precário. Sobrecarga, tanto profissionalmente para quem estava cuidando, que até gera descaso para o paciente, pois a gente não conseguia dar uma assistência digna para eles (E 21).

A organização do trabalho na contemporaneidade pauta-se no ideário neoliberal, que se fortaleceu a partir da experiência japonesa na fábrica da Toyota, cujo modelo endossa a estrutura produtiva flexível, com a subcontratação de serviços terceirizados, implantando os chamados “times de trabalho”, com o trabalhador polivalente e multifuncional, tendo como finalidade a redução do tempo de trabalho e o aumento da produtividade (ANTUNES; DRUCK, 2014). Nesse contexto, ainda de acordo com esses autores, o processo de reestruturação produtiva, da era da chamada empresa “enxuta”, valoriza as empresas que possuem menor contingente de trabalhadores e, mesmo assim, aumentam a produtividade.

Com isso, torna-se comum, nos diversos ramos do setor produtivo e também nas instituições de saúde como os hospitais, a queixa dos trabalhadores em relação às condições de trabalho, principalmente no tocante à deficiência de mão de obra e grande demanda de atendimento, gerando a sobrecarga de trabalho com repercussões no processo saúde-doença dos trabalhadores. Assim, o trabalhador multifuncional favorece a empresa não só com aumento da produtividade, mas também por conta da diminuição do número de trabalhadores contratados formalmente, estimulando ainda mais a terceirização.

Mas, para exercer essa atividade polivalente, o trabalhador precisa desenvolver um ritmo de trabalho mais intenso, gerando pressão mental e física, dentre outras consequências, o que acarreta riscos e danos à saúde (SILVA; FERREIRA; ALMEIDA, 2017). Embora essa realidade da terceirização tenha virado “epidemia” no Brasil, conforme afirmam Antunes e Druck (2014), nesse estudo evidenciou-se, no momento da coleta de dados, apenas 44

(21,0%) trabalhadores terceirizados, de modo que a sobrecarga de trabalho evidenciada nos depoimentos, foram vivenciadas pela grande maioria dos profissionais efetivos.

Sabe-se também que as condições de trabalho inadequadas ou deficientes relatadas pelos participantes são inerentes ao mundo do trabalho atual, caracterizado por um padrão de gestão e organização do trabalho inspirado no toyotismo, que propicia condições de trabalho extremamente precárias. Essas condições se manifestam através da intensificação do trabalho (imposição de metas inalcançáveis, extensão da jornada de trabalho, polivalência, multifuncionalidade). Esse panorama sustenta-se na gestão pelo medo, nas formas de abuso de poder, por meio do assédio moral e da discriminação criada pela terceirização (ANTUNES; DRUCK, 2015). Esta análise pode ser evidenciada nas falas a seguir:

Ultimamente há uma liderança que se o funcionário estiver sentado olhando o celular, é motivo de advertência, como se você não estivesse fazendo nada. Isso adocece. Vem trabalhar contente, mas com essa situação de repressão, adocece. Quem não tem poder de se expressar, enfrentar, fica acuado, isolado e adocece (E33).

Por ter liderado um movimento com os técnicos de enfermagem para definir os curativos que eram de responsabilidade do enfermeiro, fui punida com a mudança de setor. Disseram que fui insubordinada. Eu falei para a chefe que estava me sentindo um lixo, descartável (E 9).

A gente também ficou assim, pelo menos da minha parte, trabalho bem assustada. A gente senta para beber uma água, senta para conversar um pouco, mas tem medo, tanto que assim a gente merenda com medo, merenda escondido, comendo nas pressas. Me sinto assediada, entendeu? (E 21).

Há perseguição pelos coordenadores, o que causa depressão. Está ruim e, assim, o corpo adocece (E 2).

Como observa-se nos depoimentos, os sujeitos relatam ter vivenciado situações de abuso de poder e assédio moral por parte de superiores hierárquicos, contribuindo para o adoecimento do trabalhador. Essas informações estão em consonância com a análise quantitativa do estudo, a qual mostrou que 70,7% dos trabalhadores que responderam ao questionário sociodemográfico, laboral e de saúde, disseram que seus problemas de saúde adquiridos nos últimos doze meses estão relacionados ao trabalho (Tabela 3.1, p. 87).

O assédio moral é um processo sistemático de hostilização, direcionado a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos, que tem por efeito ou resultado a criação de algum tipo de prejuízo ao agredido. Quando o assédio é idealizado pela organização, utiliza-se estratégias e métodos de gestão, por meio de pressões, humilhações e constrangimentos, para que sejam alcançados determinados objetivos (GOSDAL, 2016).

A enfermagem tem vivenciado muitas situações de assédio moral, seja de forma individual ou em grupo, decorrente da atitude de chefias autoritárias, inflexíveis e irracionais. Por meio de pesquisa realizada no ano de 2015, ficou constatado que “o assédio moral no trabalho de enfermagem pode causar a perda de interesse pela atividade desempenhada no e pelo trabalho, o agravamento de doenças já existentes, como também o surgimento de novas doenças” (JESUS et al., 2016, p. 4).

Na sociedade capitalista contemporânea, que exige esforço demasiado dos trabalhadores, com estabelecimento de metas inatingíveis, estímulo à competitividade entre os pares e o medo constante da perda do emprego, faz com que o assédio moral individual ou institucional passe despercebido nas organizações, porque o trabalhador que sofre o assédio, sofre em silêncio e não recebe apoio do coletivo, até que a doença se instale e o corpo fale. Sobre esta problemática, Dejourns (2011) argumenta que o assédio moral não é novo, o que é recente são as patologias sociais que tiveram aumento considerável por conta deste contexto laboral, fragilizando os indivíduos. Prossegue ainda enfatizando a relação entre a fragilização e a desestruturação das defesas coletivas e da solidariedade, que resultam em solidão e sentimento de profunda tristeza.

Por isso, por razões históricas e culturais, inerentes à categoria de enfermagem, o medo está presente, como observa-se na fala seguinte:

Então, existe muito esta questão do medo. Medo de falar, medo de se expor. Mesmo o servidor público tem medo de dizer o que pensa, porque o coordenador e a direção não vão receber bem e podem fazer algum tipo de retaliação (E9).

O medo pode causar estranhamento no trabalho, ou produzir incertezas em relação ao futuro, o que tem alto potencial para gerar doenças. Esta sensação gera um estado de alerta devido ao sentimento de que vai ocorrer alguma situação desagradável, também ocorre a percepção de ameaça constante, portanto, resulta num estresse crônico, que é um elemento gerador, por exemplo, da síndrome de burnout, caracterizada pelo desânimo, apatia e despersonalização (FRANÇA et al., 2014).

Conforme na metodologia, a coleta de dados foi realizada dias após o hospital passar por um processo de mudança de gestão, da esfera estadual para a terceirização, fato este que deixou muitos trabalhadores preocupados e apreensivos, impactando assim, negativamente na subjetividade dos participantes.

Com a equipe eu tive um período estranho, pois eu estava vindo de uma outra unidade em que fui transferida. Quando você chega, tem sempre o bloqueio de

algumas pessoas, de ver como você trabalha. Eu estava me sentindo uma estranha (E25).

Fiquei três dias sem poder vir trabalhar porque eu não conseguia, agora estou conseguindo, porque tem outra colega comigo durante o plantão. Aí estou tentando me acostumar com isso, realmente é muito difícil (E 26).

Mas nessa mudança de gestão, de modo administrativo, nós ficamos com aquela incerteza para onde vamos, se vamos ficar em casa, se vamos perder a gratificação, diminuir o salário. Eu tive até uma queda de imunidade que fiquei internada uma semana (E6).

É essa incerteza você vem trabalhar, não tem certeza nem se você está na escala, eu saí de férias e falei para a minha coordenadora, eu vou te ligar todos os dias para saber da situação. Pode isso? (E10).

Observa-se nos depoimentos que dois trabalhadores de enfermagem (E25 e E26) vivenciaram transferência de unidade e de turno de trabalho, as quais foram determinadas pela organização do trabalho, e os outros dois discursos de E6 e de E10 refletem a apreensão com o futuro e a possibilidade de perda salarial em função da mudança de gestão que não foi discutida com os trabalhadores. Sabe-se que, quando o trabalhador adentra no novo ambiente de trabalho, há um estranhamento com o local, as pessoas, as normas, até que se adapte e faça novas amizades e se identifique com o trabalho.

Na concepção marxista, na sociedade capitalista, o estranhamento acontece quando o trabalho precarizado, degradado, converte a força de trabalho em mercadoria, e o produto torna-se alheio, estranho ao produtor. Assim, quando este produto se torna um ser separado do trabalhador, quando o trabalhador não se relaciona com o produto do seu trabalho, desenvolve-se o estranhamento (SILVA, 2017). Nesse contexto, Antunes (2011, p. 145) enfatiza que “no processo de estranhamento, o trabalhador repudia o trabalho, não se satisfaz, não se reconhece, mas se degrada.”

Quanto às incertezas em relação ao trabalho devido às mudanças na organização, é plausível que quando as decisões são tomadas sem qualquer participação dos trabalhadores, isto é, tomadas somente pela hierarquia superior institucional, causa questionamentos, incertezas e preocupação. Além disso, ainda sobre as metamorfoses no mundo do trabalho, estudos mostram que os empregos duráveis foram desaparecendo e a volatilidade se implantou, desfazendo as certezas e os projetos de vida para todos os que vivem do próprio trabalho, porém obscurecendo a visão de futuro, especialmente para os mais jovens (SELIGMANN, 2016). O fato é que, atualmente, a desconfiança está presente não só entre os vários níveis hierárquicos como entre membros da mesma equipe e colegas em geral.

Outra situação negativa referente à organização do trabalho foi a comunicação ineficaz, como depreende-se nas falas a seguir:

Porque essa questão do disse me disse no corredor, isso acaba com a gente, é chamar e te explicar o que está acontecendo, sentar com a equipe e explicar, olha vai acontecer isso, você vai para tal setor, para você não ficar nessa agonia, na incerteza (E6).

Acho que o problema maior nosso é a comunicação. As pessoas não se comunicam, não se posicionam, e vai acumulando as questões emocionais (E9).

O que está acontecendo é que paciente vem da UTI com bactéria resistente e quando a gente vai saber, já teve contato com o paciente sem a precaução adequada. Não tem uma comunicação eficiente entre enfermagem, entre as equipes (E21).

A comunicação tem papel fundamental na interação entre as pessoas e, sobretudo, na área de saúde onde a falha na comunicação pode comprometer vida dos indivíduos, deixando sequelas ou mesmo levando à morte. Nesse contexto, Broca e Ferreira (2015, p. 467) afirmam que:

Os profissionais de saúde convivem constantemente com problemas de comunicação, que, conseqüentemente, interferem na continuidade, qualidade e consecução do trabalho ou na satisfação das necessidades dos profissionais, de forma que o trabalho transcorra de maneira produtiva e eficaz.

Estes autores enfatizam ainda que é importante estreitar laços de comunicação, sem que haja imposições, ruídos ou barreiras entre os profissionais, a fim de evitar que os conflitos e contradições oriundas dessa falta de interação possam interferir no cuidado de enfermagem ao paciente, motivo principal da ação da profissão.

Nesta perspectiva, entende-se que a atividade de comunicação é uma atividade humana, isto é, o resultado das relações dos homens com outros homens e com a natureza, portanto, compartilha-se da ideia de que comunicação é algo que ultrapassa o conceito de transmissão de informação. Assim pode-se considerar a comunicação uma fermenta importante nas relações entre a organização e os trabalhadores, bem como entre os pares (REBECHI, FÍGARO, 2013).

Assim, uma comunicação eficaz permite a interação e integração de todos os trabalhadores e a gestão da empresa, assim como possibilita a tomada de decisões corporativas. Por outro lado, quando a comunicação falha, gera grandes danos, como, por exemplo, trabalhador desmotivado, cliente insatisfeito e comunidade sem engajamento. No

caso da saúde, a comunicação ineficaz pode induzir o trabalhador a erros e comprometer a assistência ao paciente.

As falhas na comunicação, segundo Petry, Chesani, Lopes, (2017, p.82), “são responsáveis por muitos erros que comprometem a qualidade dos serviços e pela insatisfação dos profissionais ao interpretarem de forma equivocada a informação”. As autoras ainda enfatizam que estas falhas ocorrem com muita frequência, sendo pelo uso de canais inadequados ou pela falta de clareza na exposição dos objetivos, comprometendo as relações.

Apesar das repercussões negativas da organização do trabalho na vida do trabalhador, também se evidenciaram alguns pontos positivos na organização investigada, como observa-se na sequência.

As percepções positivas da organização do trabalho estão vinculadas com o bom relacionamento interpessoal entre membros da equipe, mudança de ambiente por conta da reestruturação e revitalização da planta física, readaptação funcional como fator de diminuição da sobrecarga de trabalho, respeito à hierarquia.

As falas apresentadas a seguir demonstram que, apesar dos inúmeros elementos negativos presentes na organização laboral em tela, ainda há pontos positivos que precisam ser explicitados:

O relacionamento com a equipe em si é a melhor parte do trabalho, estou numa equipe que eu não tenho o que reclamar, todo mundo se dá muito bem, todo mundo confia na tarefa do outro. A chefia de enfermagem também, pessoalmente, não tenho queixas, nunca tive atrito com ela (E15).

Ultimamente está sendo muito bom. Assim, o coleguismo, no geral as pessoas boas, um ajudando o outro. Eu te digo, sinceramente, ultimamente para mim está sendo ótimo (E5).

A Clínica Médica é diferente da que eu encontrei, o ambiente físico mudou, a equipe mudou, a coordenação influenciou muito nisso, eu acho que até o conceito das outras unidades em relação à clínica médica mudou. A gente pode não ter o perfeito, mas hoje tem mais recursos do que a gente tinha (E12).

Em relação à condição de saúde, não tenho tanto estresse como tinha antes, aquela pressão toda, não sei se pelo fato de trabalhar no setor que eu trabalhava, não sei se pelo caso da coordenação, mas na verdade, a readaptação me fez muito bem (E17).

Verifica-se que mudanças no ambiente físico, nas relações interpessoais, e a possibilidade de readaptação daqueles trabalhadores que se encontram doentes, cria um clima organizacional favorável aos profissionais e, conseqüentemente, melhora a produtividade da unidade sem necessidade de exploração.

Pitta (2016) assevera que uma das formas de evitar o sofrimento na organização hospitalar é reduzindo as jornadas prolongadas, os ritmos acelerados, a pressão autoritária da hierarquia e possibilitar controle do trabalhador sobre a execução de seu trabalho. Nesta perspectiva, isso significa que a organização que permite aflorar a criatividade e subjetividade do trabalhador, proporcionando a satisfação de todos, evita o estranhamento e a alienação do trabalhador.

Nesta perspectiva, um estudo internacional conduzido por Wiklund et al. (2018) sobre hospitais saudáveis em oito países europeus, identificou que, na percepção dos trabalhadores, as características de uma organização saudável são: favorecer uma rede de apoio social, possibilitar ações que fortaleçam o compromisso com o trabalho e ajudar ao trabalhador a conciliar trabalho e vida familiar. Assim, a organização laboral saudável é aquela que permite que os seus trabalhadores se sintam satisfeitos com a vida e com a forma como conciliam a dimensão profissional e pessoal, mantendo boas relações de apoio com colegas e com chefias, e níveis elevados de compromisso com o trabalho e com a organização.

Outra questão positiva levantada pelos trabalhadores foi a importância de se ter um ambiente organizado para melhor fluidez do trabalho, e a priorização do cuidado ao paciente.

Eu chego às sete no meu plantão, e tem toda uma arrumação do setor em que estou. Coloco todos os materiais do jeito que vou utilizar, me dirijo à sala da emergência pediátrica para dar bom dia aos meus colegas. Ou seja, a organização do ambiente é fundamental (E31).

Então, você vai priorizar aquele paciente, não é que vai menosprezar o outro, mas é porque aquele requer mais cuidado, aquele paciente está mais debilitado, tem uma patologia que precisa de maiores cuidados. Logo, há um norte na assistência, uma sistemática que é boa para trabalhar (E6).

A rotina hoje da emergência pediátrica quando a gente chega de manhã é receber o plantão, ver os pacientes que estão lá, como está a situação de cada paciente. Depois de realizarmos a visita, aí passamos para a organização do setor. Tudo isso resulta num melhor trabalho (E 15).

Os dados sociodemográficos e laborais da pesquisa mostraram que a maioria dos trabalhadores pesquisados, 103 (49,0%) trabalha em setores de emergência. Como, no geral, os profissionais que compuseram a amostra 114 (54,3%), tem entre 5 e 10 anos de atuação no hospital, acredita-se, portanto, que são pessoas experientes no trabalho em unidades de emergência, de modo que justifica-se a preocupação de a maioria priorizar o atendimento aos pacientes, embora a organização do setor também seja importante para a qualidade da assistência prestada a clientela, conforme evidencia-se na fala do profissional acima (E31).

Sabe-se que o atendimento seguro ao paciente em unidades de urgência e emergência inicia com a correta atribuição do nível de prioridade clínica, que é influenciado por diferentes fatores. Primeiro, destaca-se a importância de o enfermeiro utilizar corretamente o protocolo direcionador da classificação de risco (SOUZA, 2017). Além disso, no espaço assistencial, principalmente no hospitalar, é o enfermeiro que articula diferentes serviços, realizando a coordenação do cuidado, desempenhando um papel silencioso no cotidiano de trabalho, visando garantir os insumos necessários (SOBRIHO et al., 2018).

Além do acolhimento e classificação de riscos, outras ferramentas são utilizadas para melhorar qualidade da assistência, destacando-se, entre elas, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Em estudo realizado com enfermeiros de hospitais públicos e privados de Minas Gerais sobre esta ferramenta, concluiu-se que todos os participantes reconhecem a importância da SAE para uma assistência individualizada e qualificada, porém alguns entraves deixam o enfermeiro de mãos atadas, sem poder implementá-la, principalmente quando não tem o respaldo necessário da gestão (SOARES et al., 2015).

Entende-se que, quando organização propicia as condições de trabalho necessárias, valoriza os profissionais, através das capacitações, remuneração adequada, ambiente de mútuo respeito, motiva os trabalhadores a implementarem ações que venham a qualificar a assistência de enfermagem e também dar o retorno de produção desejada pela organização.

4.2.1.2. Subcategoria 2: Processo de trabalho da enfermagem: trabalho manual e trabalho intelectual

Nesta subcategoria analisa-se o processo de trabalho de enfermagem com suas peculiaridades, adversidades e incongruências. Houve a seleção de 25 UR na presente categoria, que fez emergir os seguintes temas: características do trabalho manual da enfermagem; características do trabalho intelectual da enfermagem; e divisão do trabalho da enfermagem.

Com o mesmo intuito de organizar adequadamente a apresentação dos resultados, esta categoria também foi segmentada em duas subcategorias, as quais foram denominadas da seguinte forma: trabalho manual da enfermagem e trabalho intelectual da enfermagem.

Inicialmente discute-se o trabalho manual da enfermagem buscando as origens da divisão técnica do trabalho, a qual entende-se que sofreu grande influência dos estudos de Taylor, cuja concepção era que a única maneira satisfatória de organizar o trabalho era não depender da boa ou má vontade dos assalariados, de seus estados de espírito. Para isso, era

preciso parcelar e fragmentar o trabalho, em que as tarefas eram decompostas em movimentos repetitivos, que somados, resultavam no produto coletivamente produzido (LINHART, 2014).

No entanto, para obter êxito nessa empreitada, implantou-se a divisão do trabalho em manual e intelectual, na qual uma equipe de trabalhadores elaborava as tarefas e outros, menos qualificados, as executavam. Nesse contexto, de acordo com Cunha (2016, p. 45), “havia uma nítida separação entre a elaboração’ (dimensão intelectual do trabalho), que era incumbência da gerência científica, e a ‘execução’ (parte manual do trabalho), de competência dos operários”. Essa divisão do trabalho, a partir de então, passou a influenciar outras áreas do conhecimento, inclusive a saúde e a enfermagem.

Para Pitta (2016, p. 47), “a divisão do trabalho no hospital é a reprodução, no seu interior, da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista preservando, no entanto, algumas características da religiosidade caritativo-assistencial da etapa anterior”. Desse modo, verifica-se que a enfermagem incorporou essa lógica, de modo que nos hospitais fica bem marcante a divisão entre os que planejam e os que executam, isto é, a divisão de tarefas entre enfermeiros e técnicos de enfermagem. Aos enfermeiros são destinadas atividades de planejamento e gerência, caracterizadas como de cunho intelectual; já aos técnicos são designadas tarefas de execução de procedimentos menos complexos, evidenciando o caráter do fazer manual.

Reforçando essa constatação, estudo de revisão integrativa sobre processo de trabalho da enfermeira, realizado em banco de dados de vários países, analisou 84 trabalhos, os quais mostraram que, em todos os países, existem trabalhadoras no campo da enfermagem com formação abaixo do grau superior. São profissionais que, em vez dos cursos universitários, possuem cursos médios ou cursos chamados de prévios. Segundo as autoras, “mesmo elas tendo chance de cursar o nível superior, no trabalho elas executam atividades auxiliares ao trabalho da enfermeira e são hierarquicamente subordinadas a esta” (LEAL; MELO, 2018, p. 446).

Porém, sabe-se que no trabalho hospitalar também há outra divisão que marca o caráter manual e o intelectual das profissões que atuam neste contexto. Logo, verifica-se que o médico desenvolve atividades de natureza intelectualizada e a enfermagem realiza os procedimentos – o fazer – prescritos pela medicina. Logo, verifica-se uma repartição elevada do trabalho hospitalar, em que a figura do médico detém maior prestígio, por desenvolver o trabalho intelectual, por sua vez, a enfermeira apresenta mais notoriedade que os técnicos de enfermagem, pela natureza de suas funções, evidenciando, assim, a cadeia de valorização dos

profissionais por meio da contradição entre o manual e o intelectual (LESSA; ARAÚJO, 2013).

Nesse sentido, na visão capitalista, o trabalho manual é considerado inferior ao intelectual e, assim, quando a enfermagem incorporou na sua prática atividades “manuais” como o cuidado direto ao paciente, tais como: banho no leito, curativos, administração de medicações, e em contrapartida, a prescrição médica passou a ser considerada uma atividade “intelectual”, contribuiu-se para a pouca valorização da enfermagem. A seguir, algumas falas que ilustram essa divisão e o trabalho manual:

Geralmente a gente chega na unidade recebe o plantão, vê o histórico do paciente e aí nos dividimos para a rotina do serviço, dividimos os banhos no leito e os curativos (E9).

A gente chega e colhe os sinais vitais, a gente vai para o banho e curativos, nesses curativos a gente seleciona quem é do enfermeiro quem é do técnico (E11).

Na minha rotina de trabalho, tenho que aferir os sinais vitais do paciente. Fazer a troca de lençóis, conduzir ao banho, dar banho no leito para os que necessitam. Logo após, vamos separar as medicações de horário, e o dia se segue nessa sequência (E 22).

Percebe-se nas falas, além da nítida divisão do trabalho, a realização de atividades monótonas e repetitivas, características da organização do trabalho taylorista e prescrita pela organização, sem muita chance de mudanças. Esta divisão tem, como consequência, a alienação dos trabalhadores pelo distanciamento do todo que compõe o processo de trabalho. Além disso, contribui para perpetuar a manutenção de relações de dominação/subordinação, dentro da própria profissão e em relação às demais profissões da saúde, especialmente à medicina. (DUTRA, 2016).

A divisão técnica e social na enfermagem que separa do ponto de vista hierárquico enfermeiros e técnicos de enfermagem, muitas vezes, contribui para conflitos internos e desmobilização da categoria para as lutas políticas que a profissão necessita travar. Sobre isso, Pitta (2016, p.72) comenta que “as tarefas dos auxiliares e técnicos de enfermagem são mais intensas, repetitivas e socialmente e financeiramente são menos valorizados, apesar de conviverem mais de perto com os enfermos”.

Essa afirmação reforça os dados sociodemográficos desta pesquisa, que mostraram que a maioria dos trabalhadores pesquisados 124 (59,0%) recebe em média entre 1,5 a 3 salários-mínimos e, mesmo os técnicos de enfermagem que possuem curso superior 50 (49,0%), continuam trabalhando como técnicos, porque no estado não há previsão de

reclassificação no plano de cargos, carreira e salários (PCCS). Constatou-se, nas entrevistas, que os profissionais se sentem desmotivados, desvalorizados e frustrados com essa situação.

Apesar disso, Schmidt et al. (2017, p. 139), apoiando-se nas pesquisas de Morin (2001), chamam a atenção para a concepção dos sentidos do trabalho na modernidade, discorrendo sobre a necessidade de se ponderar que o labor, embora tenha passado por diversas mudanças, prossegue mantendo “um valor fundamental nas sociedades contemporâneas, como fonte de subsistência das pessoas e autoestima e realização, exercendo uma influência relevante na motivação dos trabalhadores, assim como na sua satisfação e produtividade”.

As falas explicitadas a seguir caracterizam este sentido de subsistência material:

O trabalho para mim é onde eu tiro meu viver, a questão do dinheiro mesmo, da questão de verbas (E13).

É o trabalho que vai levar o sustento até sua casa (E 20).

O trabalho representa uma atividade que você tem condição de poder se suprir (E26).

O trabalho para mim significa independência financeira (E29).

Para Antunes (2011, p. 144), na conjuntura marxiana, o trabalho demarca o início do “processo de humanização do ser social”, podendo “tornar-se estranho”, dados os objetivos das sociedades focadas no capitalismo, fato que torna o “trabalho degradado e aviltado”. Desta forma, “o que deveria se constituir na finalidade básica do ser social – a sua realização no e pelo trabalho – é pervertido e depauperado. O processo de trabalho converte-se em meio de subsistência”. Antunes (2011) segue refletindo acerca da precariedade e da iniquidade no mundo do trabalho que o coisifica, abrindo uma lacuna entre realização humanista e meio de subsistência.

Pesquisa realizada por Duarte e Simões (2015), sobre os significados do trabalho para profissionais de enfermagem que atuam em um hospital de ensino, também foram encontrados relatos frequentes sobre a importância da remuneração como forma de sobrevivência. Para estes autores, não se pode esquivar o olhar da interconexão quanto ao padrão capitalístico do vigente modelo econômico e sua correlação com o significado atribuído ao trabalho em geral.

No entanto, sabe-se que esta visão material do trabalho, que resulta da necessidade de sobrevivência num mundo capitalista e consumista, também vem permeada de subjetividade, do querer ter, conquistar bens materiais, a fim de ser aceito e valorizado nesta sociedade.

Portanto, a materialidade e a subjetividade estão intrinsicamente ligadas, e uma influencia a outra.

Nesta perspectiva, constata-se que o trabalhador tenta mesclar a importância da materialidade com a proteção de sua subjetividade. E alguns participantes ressaltaram a questão de o trabalho ser a fonte de renda, mas também de satisfação pessoal, por se coadunar com sua subjetividade, com sua maneira de ser e de sentir. Assim apresenta-se a seguir algumas falas que caracterizam esta situação:

Trabalho para mim vem em primeiro lugar, pois traz realização pessoal vinculada com a questão financeira. Então, além do cuidar que eu gosto de fornecer, eu também tenho que ter uma renda (E17).

Hoje em dia, eu valorizo muito essa parte financeira, então se para eu me manter, para ter uma boa estabilidade, eu tenho que fazer um bom trabalho, então eu levo isso para os dois lados, porque um depende do outro (E19).

Também uma maneira de me proporcionar um modo de adquirir e sustentar, mas também um modo de sentir prazer, de me sentir útil (E25).

Essas falas caracterizam o prazer de desenvolver uma atividade laboral e, ao mesmo tempo, ter a satisfação de receber salários por ela. Ou seja, as duas dimensões, materialidade e subjetividade, estão presentes nos discursos e de forma equilibrada.

Estudo realizado por Silva et al. (2011), com participação de 42 enfermeiros lotados em um hospital de ensino, obteve resultado análogo. Os profissionais que participaram do estudo destacaram o sentido do trabalho como uma forma de construir relacionamentos interpessoais, conquistar a autovalorização do ponto de vista profissional e individual, bem como um elemento para se manter através da remuneração auferida. Desta forma, preconiza-se ser fundamental que o “trabalhador se sinta estimulado com a tarefa que está executando para que possa ser estabelecida uma relação de prazer com o trabalho, pois, do contrário, o trabalho poderá se tornar uma fonte de tensão e desprazer” (SILVA et al., 2011, p. 7).

No tocante ao trabalho intelectual da enfermagem, alguns autores consideram que foi herdado dos atos médicos e passou a ser desempenhado pelas enfermeiras que chefiam e supervisionam a equipe de enfermagem. Reforçando essa dicotomia, alude-se que ao enfermeiro cabe “a administração, a supervisão e o controle das atividades assistenciais e administrativas (atividades intelectuais), enquanto que atividades de cuidado direto ao paciente (atividades manuais) são desenvolvidas pelos demais agentes da enfermagem” (DUTRA, 2016, p. 4162).

Seguem algumas falas sobre esta questão:

Quando eu chego aqui, na passagem de plantão eu percebo quais são as pendências e depois eu vou tentar resolver essas pendências. Tem a questão dos e-mails que chegam a todo o momento, solicitação, regulação, aí vem o paciente muitas vezes dizer que o médico está pedindo para lançar na tela, tentar transferência, então é essa parte burocrática (E17).

Preciso conhecer todos os pacientes, ver as demandas que tem, as pendências de laboratório, médicos, especialistas, exame, fazer a ronda, ver como é o estado geral de todos os pacientes, qual que precisa de maior assistência (E26).

Recebo o plantão, vejo as demandas do enfermeiro, de plantão, a fim de buscar as soluções em conjunto (E29).

Percebe-se, nos depoimentos, uma preocupação dos enfermeiros com as questões inerentes à organização, como os problemas de ordem burocrática institucional, quando falam em primeiro resolver as “pendências” para depois avaliar as prioridades do paciente. Esse trabalho dito “intelectual” do enfermeiro produz um desgaste mental, porque além de preocupar-se com o cuidado do paciente, seu principal objetivo, ainda precisa se envolver e resolver questões gerenciais que são determinadas, prescritas pela organização.

Nesse sentido, Leal e Melo (2017, p. 477), em estudo de revisão sobre o processo de trabalho da enfermagem, constataram que “as atividades assistenciais não são privativas ou singulares das enfermeiras, ao contrário das atividades gerenciais, de coordenação, de controle, de supervisão, de direcionamento dos fluxos do processo de trabalho em enfermagem e em saúde”. Ressalta-se, porém, que as organizações laborais, no modelo neoliberal, ocultam que esse trabalho de prioridade gerencial, em detrimento do assistencial, está a serviço dos empregadores e da manutenção do modelo hegemônico de atenção à saúde. Este modelo tecnoassistencial, predominante nos hospitais prioriza “o investimento nas tecnologias duras ou leve-duras, traduzidas nas normas, equipamentos e material, o chamado “trabalho morto”, centrado no poder médico” (FERTONANI et al. 2015, p.1871).

Sobre isso, Merhy (1977) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde em leve, leve-dura e dura. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fordismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estrutura organizacional.

Apesar de ser considerado importante o trabalho gerencial do enfermeiro na conquista de espaços, na busca de autonomia e na valorização da profissão, vale ressaltar que essa mudança nas organizações do trabalho, com enfoque nas atividades intelectuais, no trabalho

imaterial, capta a subjetividade do trabalhador, afastando-o muitas vezes do paciente e do convívio familiar. Nesse sentido, “A supervalorização da racionalidade e aproveitamento do tempo coloca a afetividade e as oportunidades de convívio em segundo plano” (ZANELLI, 2016, p.13).

Historicamente, a enfermagem já nasceu como profissão atrelada ao saber médico e, ao longo dos anos, incorporou a divisão técnica e social do trabalho, cuja divisão determina que o trabalho intelectual de planejamento, administração, supervisão e controle fica a cargo do enfermeiro, e as atividades do cuidado direto aos pacientes, ou seja, o trabalho manual, são desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem (DUTRA, 2016).

Sob a óptica do capital, o trabalho intelectual do enfermeiro é utilizado para administrar os recursos materiais e humanos, supervisionar e controlar a equipe de subordinados, para que tudo funcione adequadamente visando a redução dos custos e o aumento da produtividade. Entretanto, essa divisão social e técnica do trabalho contribuem para a perpetuação das relações de dominação e subordinação dentro da própria profissão, dividindo também as lutas de classes, alienando e favorecendo assim ao capital (DUTRA, 2016; LESSA; ARAÚJO, 2013).

Apesar dessas lutas e apropriação do trabalho intelectual do trabalhador pelo capital, alguns participantes expressaram que o sentido do trabalho está na sua utilidade social, no configurar-se em uma atividade essencial para a sociedade, como sinalizam as falas a seguir.

Ele é fundamental para a realização pessoal como indivíduo, como pessoa, como cidadão porque ele é importante para a sociedade. Eu me realizo profissionalmente, sem trabalhar ficaria uma lacuna em aberto na minha vida (E 15).

Tem o significado de desempenho de atividades que é essencial para a sociedade, e assim, sinto como uma meta de atingir uma satisfação tanto pessoal como do outro (E 33).

Desenvolver um trabalho de utilidade pública, que dê um sentimento de valor e de reconhecimento social, faz bem à subjetividade do trabalhador, pois ele sente que está colaborando para o bem-estar social. Ademais, ele percebe que não está dispendendo seu tempo e energia com algo inútil ou inadequado para a sociedade. Desse modo, emerge sentimento de prazer, que protege a subjetividade do trabalhador e, por isso, resultam em saúde e bem-estar (SILVA; GONÇALVES; ZONATTO, 2015).

4.2.2. Categoria 2: Sentimentos de prazer e sofrimento decorrentes da vivência na organização do trabalho hospitalar.

Nesta categoria apresentam-se e se discutem os sentimentos dos participantes sobre suas vivências na organização do trabalho hospitalar que foi investigada. Captaram-se várias experiências que remetem ao sofrimento e algumas relacionadas ao prazer no e pelo trabalho. Esses dois temas (prazer e sofrimento) resultaram de 98 UR.

Seguindo a mesma linha de construção das demais categorias, também se optou por dividi-las em duas subcategorias: prazer decorrente do trabalho e sofrimento derivado da dinâmica laboral.

Partindo do princípio de que o trabalho não tem apenas a função de garantir a subsistência material e que o trabalhador não é uma máquina, mas um ser humano dotado de subjetividade, ou seja, emoções, sentimentos, valores, idealizações, então, o contexto de trabalho vai interferir negativa ou positivamente na sua subjetividade. Os estudos da psicodinâmica do trabalho dão sustentação para analisar esta dialética de sentimentos, uma vez que ressalta que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, e que há elementos na organização do trabalho que podem conduzir mais ou menos para o sofrimento psíquico e, por sua vez, terá mais ou menos potencial para adoecer o trabalhador (DEJOURS, 2011).

Assim, algumas organizações laborais são mais padecedoras, pois manifestam um distanciamento grande entre o prescrito e o real, apresentam chefias autoritárias que não dão margem para o diálogo, e/ou verificam-se relações de poder e hierárquicas extremamente demarcadas, e/ou por oferecer condições para o desenvolvimento das atividades laborais; em outras organizações, por valorizarem e reconhecerem o trabalhador, por serem racionais e pouco fragmentadas, constata-se um coletivo laboral mais saudável e com sentimento de prazer (DEJOURS, 2011). E esta dialética de sentimentos emergiu nos discursos dos participantes, os quais serão apresentados a seguir.

4.2.2.1. Subcategoria 1: Prazer decorrente do trabalho

Em relação ao prazer no trabalho, constatou-se que há elementos presentes nos discursos dos participantes que são determinantes para gerar tal sentimento, os quais se caracterizam como: o bom relacionamento interpessoal; o trabalho com amor pela profissão e pelos pacientes; a certeza do dever cumprido. Cabe salientar que esses elementos que se vertem em prazer para os participantes estão relacionados a uma questão individual de

identificação com o trabalho e com a profissão, do que propriamente por conta da configuração da organização do trabalho. Outrossim, assevera-se que o bom relacionamento interpessoal presente na equipe foi identificado como um dos pontos fortes de proteção da subjetividade dos trabalhadores, conforme mostram as falas seguintes:

Antes o prazer era decorrente do relacionamento e apego com a equipe e não ao serviço, daí me colocaram para rodar o hospital todo, assim alguma coisa se perdeu. Mas o vínculo da clínica cirúrgica com os colegas era o que me dava prazer (E 28).

O que me dá prazer é o relacionamento com a equipe (E30).

Mas o que me satisfaz é ver resolutividade do meu trabalho, o trabalho em equipe, quando todo mundo se une em prol daquela mesma pessoa, daquele mesmo objetivo (E 19).

Percebe-se nos depoimentos dos participantes um enfoque dado ao trabalho em equipe, ao relacionamento com os colegas para se conseguir os objetivos e que esse bom relacionamento resulta em sentimento de prazer. Sabe-se que “o relacionamento interpessoal da enfermagem pode ser um fator facilitador ou conturbador do ambiente laboral, de tal forma que cause consequências positivas ou negativas tanto nos trabalhadores da saúde, quanto nos doentes” (ARAÚJO; QUENTAL, 2015, p. 3).

Um estudo realizado em um hospital público de Natal – RN, com enfermeiros de uma unidade de emergência, entre outros resultados encontrados, constatou que é relevante um bom relacionamento interpessoal entre todos os membros da equipe para que “a atenção ofertada a quem necessite seja da melhor forma possível, bem como o próprio desenvolver das atividades profissionais torne-se mais agradável e satisfatório” (LIMA NETO et al., 2015).

Desse modo, pode-se verificar que apesar de várias situações negativas da organização do trabalho, relatadas pelos participantes na segunda categoria, eles demonstram ter um bom relacionamento interpessoal, fato este que ajuda de certa maneira a superar as dificuldades do trabalho.

Presume-se que esse relacionamento satisfatório deva estar atrelado ao fato de a maioria dos trabalhadores 155 (73,8%) apresentar um tempo longo de atuação na unidade, ou seja, entre 5 e 20 anos (Tabela 2, p.82), o que possibilita fortalecer os laços de amizade e solidariedade. Ademais, considera-se o fato de que 103 (49,0%) participantes trabalham em setores de emergência (pronto socorro, UTI e centro cirúrgico), que são locais restritos, os quais exigem maior aproximação entre os profissionais, boa interação e confiança.

Do ponto de vista da psicodinâmica do trabalho, assevera-se que este coletivo de trabalho apresenta “cooperação”, a qual se define como “a vontade das pessoas de trabalharem juntas e superarem coletivamente as contradições que surgem da própria organização do trabalho” (DEJOURS, 2011, p. 77).

Outra questão relatada pelos sujeitos que proporciona prazer no trabalho diz respeito ao fato de trabalharem com amor à profissão e aos pacientes, bem como a certeza do dever cumprido. As falas seguintes ilustram esta situação:

Os pacientes me dão prazer, tenho amor à minha profissão. Pois ter dinheiro é necessário, mas, eu tenho paixão pelos meus pacientes. Não tenho nenhum sofrimento (E 14).

O que me causa prazer no trabalho é eu ser apaixonado pelo ser humano. Não importa se é velho, novo, homem ou mulher. Me dá prazer este contato com o ser humano e cuidar dele (E10).

O prazer como enfermeira é ver os resultados. Naquele momento que você está atuando, mesmo em condições insatisfatórias, e quando encontra o paciente na rua e ele lhe agradece, isso deixa a gente feliz (E33).

Prazer para mim é sair com a sensação de dever cumprido, que eu fiz o melhor que eu pude (E27).

O que dá prazer é sair de cabeça erguida, e saber que a sua missão foi cumprida (E13).

Conforme observa-se nos relatos, os profissionais têm afeto e afeição pelos pacientes e se identificam com a profissão cujo objeto é o cuidado ao ser humano, apesar de vivenciarem situações desfavoráveis no ambiente laboral, que causam sofrimento, como veremos adiante. Outra constatação relevante foram os trabalhadores sinalizarem que, mesmo em condições às vezes desfavoráveis, terminam o turno de trabalho com a sensação do dever cumprido e com o sentimento de ter sido útil.

O trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem, especialmente em unidades críticas como as UTI e PS, caracteriza-se pelo atendimento a indivíduos com casos clínicos graves, exigindo dos profissionais habilidade técnica, capacidade de liderança, resolutividade e inteligência emocional. Em geral, esse trabalho gera insatisfação e sofrimento no trabalho. Mas, por outro lado, o fato de ajudar as pessoas e salvar vidas, pode também proporcionar satisfação e prazer, como relataram os entrevistados. A possibilidade de aliviar a dor, de salvar vidas, de sentir-se útil, de desenvolver um trabalho coletivo, de ser fonte de conforto para outro ser humano, são elementos que contribuem para o sentimento de prazer e

favorecem o equilíbrio psíquico dos trabalhadores (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

A fala do participante E33, exposta anteriormente, ressalta a necessidade de valorização e reconhecimento que o profissional de enfermagem almeja e que nem sempre acontece. O reconhecimento pelo outro e o auto reconhecimento, ou seja, o reconhecimento de si mesmo, são categorias importantes que protegem e reforçam a subjetividade do trabalhador. A valorização e o reconhecimento estão diretamente relacionados à qualidade de vida social, psíquica e emocional (SILVA et al., 2017).

Na visão da psicodinâmica do trabalho, o reconhecimento ocorre mediante os dois tipos de julgamentos: o de utilidade, realizado pelos superiores hierárquicos e subordinados; e o julgamento de estética, proferido de forma horizontal pelos pares, os colegas ou membros da equipe (DEJOURS, 2011).

A corrente dejouriana enfatiza que, como o julgamento é feito em cima do trabalho realizado, pode levar à construção do sentido do trabalho pelo reconhecimento, premiando o indivíduo simbolicamente em relação às suas expectativas, ajudando-o a transformar o sofrimento em prazer. Por isso, justifica-se a percepção do participante E33 sobre o prazer, quando refere que, mesmo em condições de trabalho desfavoráveis, fica feliz ao encontrar um paciente na rua e ele lhe agradecer pelo trabalho realizado.

Em contrapartida, Dejours (2013) assevera que a experimentação de emoções positivas no trabalho, a exemplo do “bem-estar”, de trabalho como “terapia” e de “auto realização” resulta de uma organização laboral que seja flexível, que permita o diálogo, que valorize o trabalhador, que o reconheça como elemento importante, que possibilite a criatividade do trabalhador, e a partir dessa configuração de organização do trabalho, tem-se mais possibilidade de saúde física e mental dos profissionais. As falas abaixo ilustram o prazer pelo trabalho.

Para mim significa algo prazeroso, porque eu gosto do cuidar, lidar com o paciente, da assistência. Então, é muito prazeroso trabalhar na enfermagem, pois, eu gosto de trabalhar com pessoas (E 15).

Hoje para mim o trabalho significa muito importante em minha vida, hoje eu amo trabalhar amo fazer o que eu faço (E 19).

É importante que traga prazer para a gente também, porque eu acho que quando não traz prazer já é obrigação. Acho que o trabalho com prazer é diferente do trabalho com obrigação (E27).

Estudo realizado com 13 profissionais de enfermagem lotados no setor de emergência de um nosocômio universitário identificou que o trabalho realizado pelo profissional de enfermagem exerce influência favorável, sendo este proveniente do próprio indivíduo, dos familiares e da sociedade como um todo. Dentre os motivos referidos para o prazer estão os pacientes e familiares reconhecerem o trabalho prestado, o adequado relacionamento interpessoal entre a equipe interdisciplinar, e a melhora do paciente (MIORIN et al., 2018).

Fernandes (2015) realizou uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de identificar o prazer e o sofrimento de profissionais de enfermagem no ambiente de trabalho. Dentre os fatores causadores de prazer foram identificados: boa evolução do paciente, alta hospitalar devido à melhora do quadro clínico, reconhecimento do paciente e família em relação aos cuidados prestados, relacionamento entre os componentes da equipe de saúde, sentir-se útil, valorização da capacidade técnica, amor à profissão.

Os depoimentos revelam ainda que o trabalho pode ter sentido quando funciona como motivação, realização pessoal e profissional e visa fazer o bem às pessoas, como mostram as falas abaixo:

Tenho satisfação com o meu trabalho, tanto que hoje eu venho me qualificando porque eu sou técnica e hoje eu terminei minha graduação e eu faço com amor. Ele é importante, tem utilidade, é essencial para as pessoas (E 11).

Trabalho é fazer o bem às pessoas, servir as pessoas, é ser útil para a sociedade (E5).

Eu me realizo profissionalmente, sem trabalhar ficaria uma lacuna em aberto na minha vida (E 15).

Destaca-se a fala do participante E11, a qual revela a elevada identificação e prazer com a profissão, que motivou para progredir nos estudos e se qualificar. A satisfação profissional ocorre quando se atinge um resultado esperado com o trabalho desenvolvido. Ademais, o prazer com a atividade laboral desenvolvida resulta na identificação com o processo laboral, sobretudo com o objeto de trabalho que, no caso, é o cuidado, e quando as expectativas do trabalhador correspondem ao que foi idealizado (CARVALHO; LOPES, 2006).

Em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de hospital do Rio de Janeiro, obteve-se resultados semelhantes, que apontou que o trabalho tem como sentido fazer o bem, ajudar ao outro, ser útil (DUARTE; SIMÕES, 2015). Outrossim, tem-se que o prazer no trabalho resulta da afinidade com a especialidade que desenvolvem, a crença de estar fazendo um bom trabalho e de dar conta da demanda cumprindo as tarefas pré-determinadas, a

visualização dos resultados positivos advindos da assistência prestada, além do bom relacionamento com a equipe de trabalho (SPRANDEL; VAGHETTI, 2012).

4.2.2.2. Subcategoria 2: Sofrimento derivado da dinâmica laboral

No mundo do trabalho atual, com o processo de reestruturação produtiva em vigor, a organização do trabalho que deveria ser um ambiente de convivência saudável, de oportunidades, de crescimento profissional/pessoal e de expressão da subjetividade, transformando-se em prazer, tem-se configurado como um ambiente que resulta em sofrimento, onde há extrema sobrecarga de trabalho, intensificação dos ritmos, desrespeito à legislação, precarização das condições laborais.

Assim, cita-se Antunes e Druck (2014), quando afirmam que está em curso uma nova fase de desconstrução do trabalho, sem precedentes na era moderna, que amplia a informalidade e precariza o trabalho. Segundo esses autores, se no século 20 viveu-se a era da degradação do trabalho, atualmente se está diante de novas modalidades de precarização que têm como instrumento principal a terceirização. Essas mudanças visam à redução de custos com aumento da produtividade, resultando na mencionada precarização das condições laborais, além de impelir os trabalhadores para o mercado informal bem como aumentar as taxas de absenteísmo, de presenteísmo e de adoecimento que vivem do trabalho.

Dentro desse contexto, esta subcategoria permitiu discutir a subjetividade dos trabalhadores de enfermagem, focando no sentimento de sofrimento provocado ou induzido pela organização do trabalho daquele hospitalar. Após análise dos depoimentos, foram captados os temas a seguir: precariedade do trabalho, assistência inadequada ao paciente, fatores externos ao trabalho, sofrimento pela mudança de setor, padecimento diante da precarização de vínculos e sofrimento imposto pela doença.

A respeito das metamorfoses no mundo do trabalho que têm resultado em sofrimento psíquico e patologias sociais, Antunes (2011) comenta que, em decorrência da criação dos “trabalhadores multifuncionais”, introduzida pelo toyotismo japonês, houve uma desespecialização dos profissionais, com o objetivo de diminuir seu poder sobre a produção e com isso aumentar a intensidade do trabalho e, conseqüentemente, a exploração.

Seguindo esse raciocínio, o autor esclarece ainda sobre a existência de dois grupos de trabalhadores: os chamados empregados em tempo integral, com habilidades facilmente disponíveis no mercado de trabalho, como é o caso dos trabalhadores de enfermagem; e o segundo grupo, em número maior, constituído por trabalhadores em tempo parcial, com

contrato de tempo determinado, temporários, subcontratados, com menos segurança no emprego. Sobre isso, Martins (2014, p. 99) afirma que “A nova forma de produzir extrai o fazer e o saber do trabalhador e promove um estranhamento no trabalho, e a quantidade de trabalho acumulado gera um estado de desidentidade do trabalhador”.

Esse contexto tem sido vivido por muitos trabalhadores de enfermagem, emergindo também nos discursos dos participantes, nos quais se apreenderam as péssimas condições de trabalho como: estrutura física inadequada e insuficiência de recursos humanos.

A gente não tem muito suporte de ergonomia, não tem uma cadeira adequada, a infraestrutura não ajuda no processo de trabalho. Você às vezes tem que forçar muito para levantar a cabeceira do leito do paciente. Tudo isso acaba, no acumular do tempo, levando a um adoecimento (E 27).

Na UTI a gente tinha um problema com ar condicionado, que não funcionava e aí você via muitos trabalhadores com infecção respiratória aguda, muito atestado médico. O profissional adoecia por conta disso, pela sobrecarga de trabalho. Além dos pacientes serem dependentes, o que leva os colegas a dores na coluna (E 22).

Eu raramente faço serviço noturno, mas eu vejo que aquilo não é conforto, é um quarto cheio de colchão, e insalubre. Porque o colchão estava sem forro, no chão, então a gente não tem uma cobertura e eu não vejo conforto nenhum (E11).

Há tempos atrás o adoecimento era por conta da doença osteomuscular no profissional de enfermagem devido a peso, à locomoção de paciente por conta do desgaste físico. Hoje diminuiu esse peso, mas predomina a pressão emocional, o psicológico (E33).

Logo, verifica-se a descrição das péssimas condições de trabalho no que diz respeito à infraestrutura, às questões ergonômicas, à sobrecarga de trabalho, fatores estes inerentes à organização do trabalho, que têm contribuído para o adoecimento do trabalhador, não só do ponto de vista físico, mas também de ordem psíquica. Souza et al. (2014, p. 249) corroboram essa situação ao afirmar que: “A acumulação flexível do capital e o neoliberalismo trouxeram muitas mudanças para o trabalho em saúde, acirrando, principalmente, a competitividade entre os trabalhadores, o adoecimento psíquico e aumentando a desumanização no contexto laboral” conforme ressaltam os participantes E11 e E27.

Nesse sentido, estudo de Silveira et al. (2012, p. 95) concluiu que a organização do trabalho da enfermagem tem sido caracterizada por deficiência dos recursos humanos e materiais, o que “interfere diretamente na qualidade da assistência prestada à população, gerando insatisfação nos profissionais que se sentem impotentes e frustrados com a situação”. Outra pesquisa, desenvolvida por Lorenzetti, Oro, Matos e Gelbcke (2014), revelou que a presença de materiais obsoletos, escassez ou insuficiência de capacitação permanente

prejudicam o trabalho da enfermagem e provocam sofrimento, insatisfação e intensificação do trabalho.

Constata-se também, no depoimento do participante E33, uma preocupação dos profissionais com o desgaste emocional, além das doenças físicas. Esse desgaste psicológico nem sempre é percebido pelo indivíduo ou mesmo pelo coletivo de trabalho, pois a organização do trabalho captura a subjetividade do sujeito e ele muitas vezes nem se dá conta dos sinais de desgaste do seu corpo e de sua mente. Ademais, as manifestações do sofrimento mental são frequentemente *suis generis* e insidiosas, levando o profissional a trabalhar mesmo com incômodos. Cabe salientar que, na atual produção capitalista, o que o capital busca capturar não é “só o “fazer” e o “saber” dos trabalhadores, mas a sua disposição intelectual-afetiva, a capacidade de aprendizagem voltada para a cooperação”. O trabalhador é encorajado a pensar na empresa e “vestir a camisa” de forma alienada e sem julgamento crítico daquilo que sente ou desenvolve (ALVES, G. 2014, p. 59).

Os participantes também expressaram outras formas de sofrimento no trabalho, caracterizadas por meio da desmotivação, das reclamações da falta de apoio da organização laboral e da prestação da assistência inadequada ao paciente:

A gente vem trabalhar contente, mas com essa situação de repressão, você adocece. Quem não tem poder de se expressar, de enfrentar este tipo de chefia, fica acuado, isolado e adocece. Tem colegas, às vezes, que criam uma visão deturpada do que são os outros colegas e até cria inimizade (E33).

Eu sei de muita gente que age como eu, que vem trabalhar e vai embora, que não faz nada para melhorar, só se esquivar das conversas, esquivar das decisões, não participar de nada (E23).

Você tem 1 filho único, de 19 anos, diabético que sofre várias fraturas expostas e você vai para a capital, ficar distante do hospital, da sua casa, com risco de ele colocar uma prótese no quadril. Então, eu precisei ser ouvida, e alguém que me entendesse, e não achei (E15).

É esse desgaste de você procurar coisas e não conseguir, não achar e ter que improvisar. E o pior de tudo é quando não consegue salvar o paciente (E 15).

Desprazer é ver o paciente morrendo aos poucos por descaso de alguns profissionais e por falta de material (E21).

Considerando a configuração atual do mundo do trabalho, entende-se que esse pode ser um contexto ideal para o surgimento do assédio moral, como depreendido na fala do entrevistado E33. Essa situação é evidenciada em relações “hierárquicas autoritárias, em que predominam condutas negativas, relações desumanas e antiéticas, de um ou mais chefes, dirigidas a um ou mais subordinados, entre colegas, desestabilizando emocionalmente o

trabalhador assediado” (JESUS, et al., p. 2). Ainda nesse sentido, os autores complementam que o assédio moral no trabalho (AMT) pode acontecer entre colegas de equipe de trabalho, clientes e familiares, gerando humilhação e/ou constrangimento e, algumas vezes, desencadeando doenças ou agravando aquelas pré-existentes.

Quando a organização do trabalho possui uma rígida hierarquia e não dá margem de manobra para que o trabalhador possa contribuir com sua experiência e seu saber fazer, ou não consegue realizar seu trabalho de acordo com seus princípios e crenças, ele fica impedido de transformar seu sofrimento em ações significativas que o levem ao prazer (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014). Por isso, os trabalhadores citados acima demonstraram desmotivação, desamparo e impotência.

Alguns participantes expressaram como causa do sofrimento no trabalho (E15, E21) a convivência diária com a dor e a morte. Estudo de revisão conduzido por Ferreira, Medeiros e Carvalho (2017) mostrou que muitas vezes o trabalhador se depara com situações estressantes de emergência, dor e morte, o que provoca um desgaste emocional e desencadeia adoecimento. Nesse sentido, o sofrimento acontece quando o trabalhador não consegue estabelecer as estratégias defensivas e perde-se o sentido do trabalho, pois o profissional da saúde foi formado na concepção de salvar vidas, curar, amenizar a dor, e o que se verifica neste contexto são as inadequadas condições de trabalho que, muitas vezes, resulta em um desfecho diferente daquele que tais profissionais idealizaram ao longo de sua formação.

Por outro lado, a aceitação dessas condições inadequadas de trabalho pode estar associada a uma necessidade de subsistência financeira. Porém, nem sempre a necessidade de subsistência material está em consonância com a subjetividade do trabalhador, evidenciando sofrimento psíquico, desprazer, repulsa com a configuração laboral em que está inserido, mas se mantém no emprego por conta da necessidade premente de sobrevivência material. As falas a seguir caracterizam esta análise:

O trabalho é um meio de eu conseguir me sustentar, já tive muito prazer, mas ultimamente não tenho mais (E30).

Hoje eu não sei dizer se eu sinto prazer ou se eu sinto tristeza em estar aqui. Simplesmente eu venho e cumpro o meu trabalho e vou embora, faço, dou o meu melhor. Venho trabalhar, mas assim, não quer dizer que isso me dá prazer, porque se eu tivesse a oportunidade de deixar o Prado, eu deixaria, mas eu preciso pagar minhas contas. (E 23).

Se eu tivesse uma outra fonte de renda que suprisse as minhas necessidades, eu deixaria. Infelizmente eu falo isso, assim triste, mas deixaria sim (E3).

Neste contexto, é preocupante a insatisfação do profissional de enfermagem com a organização do trabalho na qual está inserido, pois considera-se que se terá influência negativa tanto na qualidade do cuidado ofertado ao paciente quanto na saúde do trabalhador. Neste sentido, cita-se Wisniewski et al. (2015, p. 851) quando referem que se deve analisar se o ambiente laboral resulta em prazer ou desprazer para o trabalhador a fim de entender os resultados no processo saúde-doença do coletivo profissional. Os autores também asseveram que os fatores desencadeadores de satisfação ou insatisfação estão relacionados às condições de trabalho e às relações interpessoais tecidas no e pelo trabalho.

Para Oliveira, Carneiro e Rossi (2012, p. 37) a insatisfação no trabalho é multifatorial, intrínseco e extrínseco ao trabalhador:

Os fatores externos são aqueles ligados ao ambiente de trabalho, à própria equipe, ao chefe, às condições do local de trabalho, ao salário, à probabilidade de crescimento profissional, dentre outros. Já os fatores internos são referentes à saúde psíquica do trabalhador, assim como o relacionamento interpessoal e familiar.

Discutir o nível de (in)satisfação dos trabalhadores em saúde é oportuno, pois “uma atitude positiva em relação ao trabalho possivelmente demonstrará também um nível significativo de satisfação. Em contrapartida, se um colaborador estiver insatisfeito com seu emprego, este também apresentará atitudes negativas no ambiente organizacional” (SBISSA; RIBEIRO; SBISSA, 2017, p. 149). Corroborando esta análise, Robbins (2009) apud Sbissa, Ribeiro e Sbissa (2017, p. 150) asseveram que, quando um profissional exerce suas atividades com prazer, aumenta tanto a quantidade quanto a qualidade do que produz. Desta forma, “quando o funcionário produz bem, e sabe a importância do seu papel para a empresa, sua satisfação é elevada. Enfim, a satisfação do colaborador influencia na produção, assim como a produção influencia na satisfação”.

Os profissionais de enfermagem deparam-se cotidianamente com problemas diversos, os quais estão tanto dentro quanto fora do ambiente laboral. Muitas vezes, o trabalhador desenvolve suas atividades em locais inadequados, que não oferecem condições necessárias para o seu bem-estar, pois são ambientes precarizados, com elevado ritmo laboral, com déficit de pessoal, salários baixíssimos, fragilidade nos vínculos laborais, gerando instabilidade emocional nos trabalhadores. Estes fatores são determinantes/condicionantes para a “baixa qualidade de vida no trabalho, o que repercute negativamente na saúde, levando ao adoecimento físico e mental” (RAMOS et al., 2014, p. 573).

Assim, merece destaque a constatação da baixa remuneração da equipe de enfermagem, segundo dados levantados por meio do questionário aplicado neste estudo,

quando se identificou que 125 (59,5%) profissionais recebem, em média, 1,5 a 3 salários-mínimos. Soma-se a este agravante o fato de a maioria 123 (58,6%) ser casada, ter que contar com pouco recurso para seu sustento, bem como dos seus familiares.

Sabe-se que fatores externos à organização do trabalho como a dupla jornada, deslocamento da residência para o trabalho e a distância da família também podem interferir no processo saúde-doença do trabalhador.

Então, essa jornada de trabalho dupla sobrecarrega o funcionário, que muitas vezes não aguenta essa estafa de pegar “BR”, um plantão aqui, plantão lá, então, acaba estafando a pessoa. É como eu falo: falta tempo para se cuidar e acaba esquecendo da própria saúde (E19).

O fator externo como o deslocamento prolongado para o trabalho e para a casa, a pouca vivência com a vida familiar, são situações que geram sofrimento. Durante o dia não, mas principalmente quando chegava à noite em que eu fazia plantões de vinte e quatro horas. Ali, me fazia absorver mais, então, foi isso que aconteceu, adoeci (E 16).

Constatou-se (Tabela 1, p. 77) que mais da metade, isto é, 123 (58,6%) trabalhadores, são casados, 120 (57,1%) possuem duplo vínculo (Tabela 2, p. 82) e 25 (12,0%) residem e trabalham em cidades distintas. Essa situação provoca o afastamento temporário da família, aumentando o nível de ansiedade e insegurança, além do risco de acidentes de trajeto por estarem, constantemente, trafegando em rodovias. Essas preocupações foram identificadas no conteúdo das entrevistas. A fala do entrevistado E33 ilustra esta situação de sofrimento:

Existe a remuneração não satisfatória, então você tem que buscar a complementação de renda, aí fica sobrecarregada. Se fosse bem remunerada não precisava ter outro vínculo, e daí daria mais tempo para a família, para fazer cursos, viagens para congresso. Sono e repouso não tem. Sai do plantão de 12 horas, vai para outro vínculo e não descansa. Antes tinha o abono de férias, tiraram (E33).

Nessa perspectiva, estudo demonstrou que trabalhadores:

adoecidos, ao conviverem em situações de sofrimento resultante das mais diversas expressões do adoecimento – preconceito, culpa, discriminação, perda de identidade, medo, dentre outras –, costumam encontrar na família meios de enfrentar a sua condição de doente” (RODRIGUES; BELLINI, 2010, p. 354).

Desse modo, a família é o lugar de acolhimento, pertencimento, em que são discutidas e criadas estratégias e ações de enfrentamento das situações de violência no trabalho. No entanto, se o trabalhador não dispõe de tempo para estar com a família, se consolar com ela ou se divertir com ela, então, seu potencial de adoecimento é grande.

O sofrimento no trabalho mais crítico relatado pelos depoentes foi aquele relacionado à mudança de setor por conta da própria doença adquirida no trabalho ou devido à organização laboral que é pouco racional e autoritária, como verifica-se a seguir:

Sufrimento é o contrário de prazer, a injustiça de ter sido trocado de setor de forma autoritária (E28).

Sufrimento hoje são minhas limitações na vida cotidiana lá fora. Hoje não consigo arrumar a casa fazer uma faxina. Essa limitação não se deve apenas ao trabalho (E33).

Mas, hoje o meu leque de doenças aumentou, eu já tive crise de labirintite, fora o problema ortopédico no punho. E faço acompanhamento psiquiátrico e reumatologista por conta de depressão e ansiedade. E acho que pelo meu jeito perfeccionista, contribuiu para esse quadro de saúde (E31).

Quando eu mudei para cá, logo no início eu tive que dar atestado médico, porque eu estava tensa, estava fazendo a consulta, a médica avaliava e eu chorava, eu não conseguia nem sentar na cadeira, estava travada. Por isso, que ela colocou no relatório: estresse, tensão no trabalho. Eu vinha para casa chorando e saía daqui chorando. Não queria ficar no setor (E26).

Na fala do entrevistado E28, verifica-se a referência a um ato de injustiça e de autoritarismo por ter sido mudado de setor sem uma comunicação prévia. Este tipo de conduta é classificado por teóricos do assunto como assédio moral no trabalho (AMT), o qual pode ser praticado por uma chefia imediata, por conta de alguma conduta realizada pelo trabalhador que não agradou o superior hierárquico. Estas ocorrências que também foram relatadas por outros entrevistados desta organização do trabalho, pode ser um fator relacionado com adoecimento do profissional o qual se sente oprimido por não ter o direito de discutir os motivos que culminam em determinadas ocorrências, no caso, a mudança de setor a sua revelia. Além disso, esta organização do trabalho visa conseguir resultados pela punição e não por atos pedagógicos e de capacitação.

Sobre esta questão do assédio moral no trabalho sabe-se que produz efeitos negativos na organização do trabalho, bem como, na saúde do trabalhador, principalmente da enfermagem hospitalar fato que, por sua vez, está associado a questões históricas, culturais e de gênero. Os efeitos negativos podem ser físicos e/ou psicológicos contribuindo para o absenteísmo, isolamento social e até desligamento do vínculo trabalhista. Estas constatações reiteram a emergência de se rever atitudes, de se buscar alternativas que coíbam quaisquer tipos de violência institucional sejam elas visíveis ou mascaradas (JESUS et al., 2016).

Os depoimentos de E33, E31 e de E26 expressam o sofrimento desses trabalhadores ao relatarem suas limitações físicas e mentais devido ao processo de adoecimento que acreditam

ter relação direta com o trabalho. Dos 75 (35,7%) trabalhadores que disseram apresentar problema de saúde, 53 (70,7%) relacionaram estes problemas ao trabalho (Tabela 3.1, p. 87). De acordo com a psicodinâmica do trabalho, o adoecimento ocorre quando entre o trabalho prescrito e o real, o trabalhador não consegue utilizar sua criatividade e capacidade de negociação para intervir no real. Assim, quando a negociação é esgotada, a relação homem-organização é bloqueada, surgindo o sofrimento patogênico, que é um determinante para o adoecimento, pois o trabalhador já utilizou todas as suas estratégias e não deu conta de transformar e gerir o contexto hostil o qual o faz sofrer (DEJOURS, 2011).

Oliveira e Mendes (2014, p. 391) salientam que “não se deve negar o sofrimento do sujeito, pois é inevitável, mas o sofrimento criativo possibilita a transformação desse estado em criatividade, contribuindo para a resistência do sujeito à desestabilização”. Por outro lado, o sofrimento patogênico ocorre quando o trabalhador esgota seus recursos defensivos, levando-o à descompensação e à doença. Provavelmente, foi o que ocorreu com os participantes E33, E31 e E26.

4.2.3. Categoria 3: Estratégias de defesa individual e coletivas

Esta categoria apresenta e analisa as estratégias utilizadas pelos trabalhadores, de forma individual ou coletiva, para minimizar ou neutralizar o sofrimento e, assim, evitar o adoecimento. Dessa forma, a partir dos depoimentos, foram extraídas 90 UR, que originaram os seguintes temas: estratégias defensivas adotadas pelo trabalhador e mobilização subjetiva contra o adoecimento.

Para prevenir o sofrimento no trabalho, o trabalhador, de forma individual ou coletiva, utiliza as chamadas estratégias defensivas que, por meio delas, busca-se minimizar o sofrimento provocado pelas organizações laborais. Para Dejours (2011), as estratégias individuais de defesa estão interiorizadas e operam independentes do outro. Já as estratégias coletivas de defesa necessitam de um consenso do grupo e dependem de condições externas ao sujeito. Essas visam a resistir aos efeitos das contradições e incongruências do contexto de trabalho.

Por outro lado, nas demais defesas (adaptação e exploração), os trabalhadores se permitem adaptar-se aos riscos e à submissão dos desejos de produção da organização, assumindo, muitas vezes, comportamento inconsciente como a auto-aceleração dos ritmos, de coação dos colegas e, assim, não percebem a exploração, surgindo a alienação e o embotamento (DEJOURS, 2011).

Em estudo realizado com trabalhadores desempregados, observou-se nos entrevistados que “as defesas as quais utilizavam, estavam mais relacionadas à defesa de adaptação, na qual o sujeito nega seu sofrimento, adaptando-se a ele” (OLIVEIRA; MENDES, 2014, p. 397). Desse modo, sabe-se que o indivíduo sozinho não é capaz de reconstruir uma realidade com a qual não concorda nem modificá-la. É preciso que haja um consenso coletivo sobre esta nova realidade construída, sinaliza (OLIVEIRA, 2014).

Oliveira (2014) e Freitas et al. (2016) analisam que as estratégias coletivas de defesa podem ser positivas quando protegem o indivíduo contra o sofrimento, e se caracterizam como negativas ao aliená-lo e insensibilizá-lo para a realidade. Dejours (2011, p. 171) afirma que “essas estratégias são elaboradas para enfrentar dois tipos de sofrimento: o medo e o tédio”.

Dejours (2011, p. 171) ainda pondera que os trabalhadores no coletivo criam alguns signos para implementação das estratégias, dentre os quais se destacam “investimento desproporcional no espaço privado sobre a família e atividade extraprofissionais; necessidade de se tranquilizar; evitar conflitos; negar a realidade; ativismo; presenteísmo, forte coesão das equipes; individualismo e competição excessiva”. Algumas destas estratégias serão discutidas posteriormente.

Por meio do conteúdo das entrevistas ficou evidenciado a utilização das estratégias individuais de defesa, a partir de 86 UR, as quais são oriundas de 47 citações extraídas dos depoimentos. Dessas 90 UR, metade estava relacionada com situações internas da organização do trabalho, e a outra metade diz respeito a situações vivenciadas fora do local de trabalho.

Entre as estratégias individuais de defesa, a mais mencionada pelos participantes foi “distanciamento e negação dos sentimentos”, como verifica-se a seguir:

Procuro não absorver e não levar para casa. Eu acho que a minha maior estratégia nesses 25 anos de carreira na enfermagem foi fazer de tudo para não levar para casa os problemas daqui. Eu saio da porta do hospital para lá, e tento deixar tudo aqui, para não levar para casa. Nem lembro que existe hospital e paciente (E15).

Psicologicamente eu não gosto de me envolver com o paciente, algumas pessoas considerarem isso com uma frieza. Trato o paciente bem, mas eu não gosto de me envolver (E25).

Comecei a fazer exercício comigo, falando que eu não ia resolver o problema do mundo, eu não era responsável por tudo aquilo, que cada um que fizesse a sua parte, e aí eu comecei a criar essa estratégia e não levar problema para casa e esquecer da existência do hospital fora daqui (E 27).

As falas revelam uma preocupação do trabalhador em não se envolver diretamente com os problemas do paciente e da organização laboral, para que isso não venha prejudicar a saúde mental, e também não trazer problemas para o ambiente doméstico/familiar. Nessa estratégia está implícita a necessidade de o profissional manter um certo distanciamento dos pacientes e dos problemas do hospital para não correr o risco do envolvimento emocional, que gera sofrimento psíquico.

Sob essa óptica da negação dos sentimentos, Dejours (2007) comenta que a percepção do sofrimento alheio desenvolve um processo afetivo, de modo que a negação ou rejeição desse sentimento faz com que o sujeito não memorize a percepção do sofrimento alheio, perdendo a consciência dele. Na mesma linha de pensamento, Pitta (2016, p. 63), ao analisar a estratégia do distanciamento, infere que “os sentimentos têm de ser controlados, o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas”.

Assevera-se que esse comportamento alienado, mecanizado, objetivo, tem origem também na teoria taylorista, a qual preconizava uma organização do trabalho baseada em exigências temporais, com controle rígido dos movimentos do trabalhador e anonimato das relações de trabalho. Mas, contraditoriamente, na linha da subjetividade do trabalho, entende-se que “as relações sociais são imprescindíveis para a constituição do sujeito que trabalha, já que para se constituir precisa ser o outro de si mesmo” (ALVES, G. 2014, p. 70).

Outra estratégia de defesa utilizada pelos trabalhadores é a “individualização”, na qual os trabalhadores assumem uma atitude de fechamento, de segredo e silêncio frente à hierarquia superior e também perante os colegas. Sobre esta questão, Dejours (2011) argumenta que quando o sofrimento é prolongado, leva à falta de sentido nas relações de trabalho e, com isso, os sujeitos se afastam das responsabilidades com o coletivo e se trancam na individualidade. É a chamada ideologia do “cada um por si”. O autor complementa que, persistindo essa situação, o trabalhador pode desenvolver o sentimento de abatimento e resignação.

Eu acho que todo mundo se fechou, acho que todo mundo agora procura, assim, ser individual, faz o trabalho e vai para casa (E23).

Outros acham que é melhor se calar, recuar e meditar sobre aquilo. Cada um tem um jeito de reagir (E15).

Eu procuro engolir e não respondo. Em situação difícil, eu não sou de ficar com meias palavras. Eu reclamo, converso no momento e depois mantenho uma certa distância e volta ao normal na minha relação com os funcionários ou pacientes (E16).

Normalmente cada profissional tenta fazer do seu jeito, ou seja, cada um cuida de si mesmo (E 31).

Percebe-se nessas falas que a individualidade não é uma coisa espontânea, mas algo forçado, provavelmente, por conta da situação vivenciada na organização, cujos trabalhadores de enfermagem, cansados pela sobrecarga e pelas tensões do cotidiano, são levados a assumir essa postura, que é prejudicial do ponto de vista da saúde mental. Nesse raciocínio, Cardoso (2015, p. 35) ressalta que é importante ter cuidado para “não se correr o risco de individualizar o processo de adoecimento, que, na maior parte das vezes, tem como consequência a culpabilização dos trabalhadores e a não discussão do trabalho”.

A fragmentação da relação trabalhador-paciente e a despersonalização e negação da pessoa enferma foram outras estratégias adotadas pelos trabalhadores da pesquisa conforme pode-se captar nos discursos:

Geralmente a gente chega na unidade, recebe o plantão, vê o histórico do paciente e aí nos dividimos para a rotina do serviço, dividimos os banhos no leito e os curativos (E9).

Meu dia a dia de trabalho é bem produtivo, primeiro chegando na unidade dividimos os pacientes, quantos vão ficar para cada técnico. Fazemos os sinais vitais, depois vamos para o banho, em seguida medicação, se tiver algum cateter de acesso perdido, vencido, vamos trocar esse acesso (E21).

Verifica-se nas falas acima a divisão do trabalho na enfermagem. Esta característica é historicamente desenvolvida na enfermagem e muitas vezes dificulta a visibilidade e valorização da profissão por fragmentar o processo laboral e não favorecer o cuidado integral ao paciente, reforçando o distanciamento do mesmo. Corroborando esta análise, cita-se Dutra (2016, p. 4162) quando o autor salienta a consequência desta estratégia: “a alienação dos trabalhadores pelo distanciamento do todo que compõe o processo de trabalho; também, contribui para a manutenção de relações de dominação/subordinação no contexto da própria profissão”.

Nesse sentido, essa fragmentação da relação trabalhador-paciente é utilizada como estratégia de defesa na medida em que, parcelando as tarefas, o profissional reduz o tempo de contato com o sofrimento do paciente. Para Pitta (2016, p. 63), “quanto mais íntimo for este relacionamento, mais o técnico estará propício a experimentar a angústia pelo sofrimento do outro”.

Durante a coleta de dados, foi observado pelo pesquisador que na clínica médica, onde ficam os pacientes com doenças crônicas, havia uma prática de alguns técnicos de

enfermagem que chegavam mais cedo no plantão para escolher as enfermarias que sabidamente tinham pacientes menos graves, de modo que, dessa forma, tinham menos envolvimento com o sofrimento dos que estavam em estado crítico.

A despersonalização e negação da pessoa enferma foi outra estratégia evidenciada e foi uma situação bastante observada nas unidades de emergência, visto que, segundo os participantes, o importante era atender de forma rápida as pessoas que chegam, independentemente de nome, sexo, cor, sentimentos destes pacientes, uma vez que o relevante era realizar o procedimento conforme a divisão do trabalho.

A despersonalização é definida como um processo psíquico no qual surge a impressão de que se é estranho a si mesmo, de que o sentir e o agir carecem de participação ativa, efetuando-se de modo quase automático; é a perda da própria identidade. Quando o paciente está hospitalizado, ele frequentemente é encarado pelos profissionais como “um número”, uma “estatística”, pois o foco é a doença e os procedimentos, esquecendo-se das influências subjetivas, sociais, econômicas e culturais no processo do adoecimento (IMANISHI; SILVA, 2016).

Essa negação da subjetividade e individualidade da pessoa enferma tem a justificativa de que todo paciente deve ser tratado de maneira igual e de forma impessoal. No entanto, entende-se que esta atitude é uma defesa que protege os profissionais de se envolverem emocionalmente com a dor e o sofrimento dos pacientes e, com isso, eles se protegem contra solidarizar-se e sofrer com o outro.

A análise do conteúdo das entrevistas também permitiu identificar outras formas de estratégias contra o sofrimento, tais como: a fuga do trabalho ou do problema, o desabafo entre colegas e o apoio familiar.

Quando a coisa está apertando, quando não tem jeito, o jeito é ir procurar ajuda médica e pegar o atestado para dar um tempo do trabalho, geralmente é o que eu vejo aqui (E19).

Quando é alguma coisa que está ultrapassando o meu limite, eu procuro sair do local por algum tempo a fim de desanuviar a mente (E16).

Desabafar com os colegas é o que eu faço. Assim, é um apoiando o outro e vejo que não sou somente eu a vivenciar a situação, respiro fundo, peço força a Deus e sigo em frente (E34).

Eu tento não transparecer, só que minha válvula de escape, muitas vezes, é meu esposo. Quando acontece algum problema aqui é com ele que... eh... faço o meu divã, é com ele que vou desabafar (E17).

Alguns trabalhadores disseram nas entrevistas que uma forma de fugir do problema era pedir férias, sair de licença-prêmio ou atestado médico. Esta fuga pode ser para alguns uma saída momentânea do cenário de sofrimento, para recuperar as energias físicas e mentais e voltar fortalecido, mas, por sua vez, sobrecarrega os trabalhadores que se mantêm trabalhando. Sobre esta questão, Freitas et al. (2016, p. 5) fazem a seguinte inferência: “os trabalhadores buscam, conscientemente, essa fuga, em momentos de extremo sofrimento, no qual precisam alienar-se por vontade própria, pois tentar solucionar não seria uma saída eficaz”. Conforme os dados quantitativos da pesquisa (Tabela 3, p. 85), 98 (46,7%) participantes tiveram afastamento do trabalho por motivo de saúde nos últimos 12 meses, fato que corrobora tal análise.

Desabafar com os colegas de trabalho e com familiares foi outro mecanismo de defesa utilizado pelos participantes, os quais insinuam que, por falta de espaços de discussão e apoio institucional, têm como alternativa o apoio emocional de colegas de trabalho mais próximos e dos familiares, como relatam os entrevistados E34 e E17.

Nesse contexto, a família passa a ser um porto seguro para aqueles trabalhadores mais fragilizados pelo sofrimento no trabalho. Sobre isso, Dejours (2011) alerta para o fato de que a normalidade é possível se o espaço privado for compatível com as estratégias defensivas. Isto é, propõe que haja um equilíbrio entre as atividades familiares e as estratégias de defesa para superar ou amenizar o sofrimento.

Alguns trabalhadores, no entanto, entenderam a estratégia de defesa como uma questão de segurança, ao demonstrarem uma preocupação com a condição física, citando as normas de biossegurança:

Tenho visto muitos profissionais adoecendo, e acredito que seja ligado ao trabalho, questão do centro cirúrgico mesmo, muitos apresentaram problema depois da exposição à radiação. Eu acho que o hospital devia se preocupar com a saúde dos trabalhadores, adotando medidas como a instalação de equipamento de proteção coletiva (E24).

No trabalho utilizo mais a questão dos EPI [Equipamento de Proteção Individual], para evitar ao máximo que ocorra algum acidente que depois vai me fazer padecer (E2).

A única coisa que observo é a CCIH [Comissão de Controle de Infecção Hospitalar], que nos procura quando tem algum acidente. Fora isso, não conheço nenhuma medida adotada pela instituição (E14).

Os trabalhadores de hospitais de urgência/emergência, pela especificidade do processo de trabalho, lidam diariamente com pacientes críticos que necessitam de grande aparato

tecnológico e são submetidos a diversos procedimentos invasivos, que põem em risco a saúde dos trabalhadores, caso eles não utilizem as precauções como o uso de EPI. Nesse sentido, faz-se necessário que a organização do trabalho proporcione as condições de recursos materiais necessários ao desempenho das atividades; a inobservância desse quesito aumenta o risco de acidentes, doenças ocupacionais e proporciona elevado nível de estresse, podendo gerar adoecimento dos trabalhadores, conforme mencionou o participante E24.

Sobre esta relação entre condições de trabalho e adoecimento, Osório et al. (2011, p.103), analisam que “a precariedade nos hospitais se manifesta de diversas maneiras, seja na falta de pessoal, excesso de pacientes ou escassez de recursos e que, em geral, a enfermagem trabalha no limite das possibilidades materiais”. Esta análise também foi evidenciada na segunda categoria deste estudo, em que se constatou a sobrecarga de trabalho como fator de adoecimento.

Reforçando essa problemática, Santos, Mamede e Paula (2014), acrescentam que nos setores hospitalares observam-se algumas especificidades laborais, as quais expõem os trabalhadores de enfermagem a desordens químicas, físicas e psicológicas, o que pode aumentar os riscos de agravos à saúde e conseqüente afastamento médico.

Além das estratégias de defesa citadas anteriormente, os participantes mencionaram o lazer e a religiosidade como formas de neutralizarem o sofrimento vivido no e pelo trabalho.

Não deixo de curtir, conversar com vizinhos, ir à feira. Se não tem atividade no momento, por que não ter um momento de distração? Rir com o outro, chegar e conversar, rir com o paciente, contar piada, até relaxa (E33).

E quando estou fora do trabalho... eu curto um “sonzinho” quando eu estou aqui. E fora do trabalho, eu curto a família, sair com ela e se divertir (E20).

Eu busco muito a Deus e tenho leitura diária da Bíblia, e nas horas de dificuldade eu recorro muito ao Senhor e tento buscar respostas na palavra Dele (E15).

Ligar o pensamento somente em Deus, mesmo que a pessoa esteja conversando com você, falando do problema, agora você se desliga do mundo exterior e se liga com Deus, você consegue estabilizar isso (E19).

Sabe-se que o lazer é muito importante na vida das pessoas, porque ninguém vive só do trabalho, assim, é preciso ter outras atividades diferentes do trabalho para suportar a pressão diária que as organizações do trabalho impõem. Assim, as atividades além do trabalho necessitam ser mais bem aproveitadas pelas pessoas, com fins de adquirirem melhores condições de vida e da própria saúde. As atividades contemporâneas de lazer são diversas e entre elas destacam-se o cinema, internet, games, teatro, concertos, rádio, shows,

televisão, leitura, atividades físicas, viagens, turismo, museus, passeios, entre outras (ALVES, 2014).

Entretanto, um aspecto relevante é que, devido à falta de recursos, nem sempre o trabalhador consegue ter lazer. A análise das características sociodemográficas mostrou que apenas 90 (42,8%) participantes relataram praticar algum tipo de atividade física e apenas 09 (4,2%) sinalizaram atividades de lazer, principalmente a dança. Em estudo realizado com 182 (91,0%) trabalhadores de uma metalúrgica, evidenciaram-se os seguintes resultados em relação ao lazer: dos trabalhadores estudados, 161 (88,5%) realizavam atividade de lazer, sendo a mais frequente assistir TV (14,4%), seguida de passear (12,1%), ouvir música (11,3%), visitar família (8,8%), sair com os amigos (=7,8%), almoçar /jantar fora (7,3%), frequentar igreja (7%), pescar (6%) e leitura de jornal/ revista (5,2%) (BATTAUS; MONTEIRO, 2013).

Assim, o lazer pode ser uma estratégia utilizada pelos trabalhadores frente ao sofrimento no trabalho, por isso, seja de forma individual ou em grupo, é uma necessidade para que os trabalhadores possam descontraírem, como durante as atividades educativas grupais, festinhas comemorativas na unidade, bem como outras atividades de lazer fora do ambiente do trabalho com membros da equipe com que tenham maior afinidade (FREITAS et al., 2016).

Outra estratégia de defesa utilizada por alguns trabalhadores ocorre por meio da espiritualidade, na crença de que o apoio espiritual é fundamental para vencer as barreiras e adversidades do trabalho. Em estudo de revisão integrativa sobre a relação espiritualidade e enfermagem, Espirito Santo et al. (2013) concluíram que: “A qualidade de vida dos profissionais de saúde depende também de sua espiritualidade, principalmente no que se refere a um melhor enfrentamento do estresse cotidiano na atuação profissional”. Os autores citando prosseguem enfatizando que a integração da dimensão espiritual ao trabalho cotidiano do profissional de saúde faz com que haja contribuição à melhor qualidade de vida, tanto pessoal quanto profissional.

O uso da religiosidade/espiritualidade pode ajudar os profissionais de saúde a conviverem melhor com o processo saúde-doença e prestar uma assistência de enfermagem mais humana e menos traumática. Ressalta-se que estudos recentes mostram a necessidade da utilização da espiritualidade, no contexto da saúde, como uma das dimensões humanas, que influencia de forma direta no modo como os sujeitos se colocam diante da vida e das situações-limites enfrentadas no desenrolar do seu viver (GOMES; ESPIRITO SANTO et al, 2013).

Reforçando esse contexto, Longuiniere, Yarid e Silva (2017, p. 1971), em pesquisa realizada com trabalhadores de UTI, constataram que “a religiosidade/espiritualidade dos profissionais que atuam em UTI influencia intensamente no entendimento que estes têm do processo saúde-doença e na sua relação com o paciente”. Desta forma, torna o relacionamento da equipe mais harmonioso, cordial e menos sofrido.

A análise das falas dos participantes mostrou que as estratégias coletivas de defesa são escassas no cotidiano, talvez por desconhecimento ou por não compreenderem sua existência. Nesta perspectiva, as estratégias coletivas de defesa são construídas por um grupo de trabalhadores para resistir aos efeitos adversos das contradições do trabalho, mas para funcionar precisam do consenso e dependem de condições externas do sujeito. Em linhas gerais, de acordo com a psicodinâmica do trabalho, quando vários sujeitos experimentam sofrimento psíquico pelo trabalho, e elaboram, amiúde inconscientemente, táticas para lutar contra este sofrimento, surge aí a estratégia coletiva de defesa.

Nessa linha de pensamento, Dejours (2007, p. 103) reforça que “As estratégias coletivas de defesa contribuem para a coesão do coletivo de trabalho para viver a experiência da pressão, enfrentar a resistência do real e construir o sentido do trabalho”. O autor comenta ainda que essas estratégias, em alguns casos, podem promover a mudança da realidade, mas em muitas outras situações, ao transformar a percepção da realidade, podem promover adaptação ao sofrimento, mascará-lo e desencadear a alienação.

Assim, consoante com esse pensamento, pode-se aludir que “Estratégias defensivas são maneiras que o sujeito ou grupo buscam para lidar com o seu sofrimento, aliviando e normalizando sua situação emocional diante das situações precárias, rígidas e contraditórias de trabalho” (BOROWSKI, 2017, p. 8).

Em síntese, baseando-se em Dejours (1994, 2007, 2011), pode-se elencar uma série de situações que se caracterizam como manifestações de estratégias coletivas de defesa:

- a) quando o grupo resolve se desvencilhar das responsabilidades, fazendo uma espécie de “greve do zelo”; não toma iniciativas e joga as responsabilidades para o escalão superior;
- b) enfrenta o sofrimento em silêncio e só verbalizar no consultório médico; iniciar-se de forma individual e tornar-se coletiva;
- c) denuncia outros grupos, outras equipes que consideram incompetentes como forma de proteção;

- d) evita situações de discussões dentro do trabalho, privilegiando a ação, o presenteísmo;
- e) aceleração da intensificação do ritmo de trabalho, como forma de esquecer do sofrimento.

Freitas et al. (2016) acrescentam a esta lista situações que envolvem a realização de reuniões semanais com os trabalhadores para discussões de problema do cotidiano, realização de atividades educativas grupais, festinhas comemorativas na unidade, bem como outras atividades de lazer fora do ambiente do trabalho, como prática de esportes e usar o diálogo como ferramenta para conter o sofrimento decorrente do trabalho.

Vale salientar que, talvez pela complexidade do tema e dificuldade de entendimento, os entrevistados não conseguiram expressar e sinalizar as possíveis estratégias coletivas de defesa adotadas no cotidiano da organização hospitalar. Mesmo assim, foi possível captar algumas delas, que se entende estarem relacionadas a essas estratégias.

Tem uns colegas que a gente procurava reunir uma vez na semana, a cada 15 dias fora daqui. Colegas do setor, mas aí a gente até proibia, não pode falar de serviço, mas é inevitável, sempre tinha um momento de falar, de discutir, de desabafar, de compartilhar informações, casos (E20).

Eu sei de uma ação do grupo de trabalho de humanização (GTH), mas eu nunca participei (E16).

Encontrar com as colegas, bater um papo, tomar um café e dar muita risada, é o melhor remédio (E18).

O hospital, às vezes, está disponibilizando alguma atividade física no início do plantão. A ginástica laboral, por exemplo, mas, fora isso, não tenho conhecimento (E24).

Observam-se nos depoimentos iniciativas esporádicas e superficiais que tentam minimizar o processo de sofrimento no ambiente de trabalho. Percebe-se uma certa contradição nas falas, pois, ao mesmo tempo que dizem existir estratégia para tal fim, por outro lado, mencionam que pouco a conhecem ou não participam dela.

Percebe-se, como já foi discutido anteriormente, que os trabalhadores reclamam da sobrecarga de trabalho, da pressão psicológica, hierarquia verticalizada, das condições inadequadas de trabalho e dos baixos salários, mas, ao que parece, não participam das decisões na organização, ou preferem optar pela estratégia individual de defesa.

Augusto, Freitas e Mendes (2014, p58) ressaltam que “quando os trabalhadores são impedidos de questionar, sob pena de serem punidos, a atividade mental dos trabalhadores é

neutralizada”. Acredita-se que essa ausência de participação dos profissionais deva-se a alguns fatores como o trabalho em turno, a dupla jornada, a questão de gênero e a falta de espaços de discussão na organização. Isso também pode ser atribuído à falta de mobilização subjetiva, através da qual, segundo Dejours (2011, p. 159), “o sujeito mobiliza sua inteligência e sua personalidade em função de uma racionalidade subjetiva particular”.

Reforçando a ideia da importância da mobilização subjetiva, Borowski et al. (2017, p. 9) asseveram que a “Mobilização subjetiva é quando o trabalhador consegue utilizar de seu conhecimento subjetivo para agregar ao trabalho o seu conhecimento prático através da criatividade, saber-fazer e da inteligência prática”. Nesta perspectiva, apresentam-se algumas falas:

O trabalhador precisa ser mais participativo. Algumas conquistas foram perdidas. Hoje até um banheiro que é simples não se tem, não se tem acesso a um pouco de conforto, a cafezinho, e etc. (E33).

Poderia existir uma hora, à parte, de juntar todo mundo, ouvir uma música, parar um pouco, bater um papo. Dá uma parada para realmente quebrar esse ritmo. Questão de alongamento, esse momento seria bom, ouvir uma música, fazer alongamento, exercício (E26).

Eu acho que a equipe de enfermagem ainda não tomou consciência de que ela é muito forte. Enfermagem é muito mais que isso, enfermagem é ciência, é forte, é preciso mudar, se mobilizar e ser inteligente, não é brigar com médico, não é brigar com enfermeiro (E23).

Embora, como já dito antes, não se evidenciou um coletivo organizado, capaz de construir fortes estratégias de defesa ou de enfrentamento das contradições entre o trabalho prescrito e o real, chamou a atenção as falas acima pelo fato de demonstrarem um pensamento crítico em relação à organização do trabalho, em relação à falta de atuação política da enfermagem e de reconhecerem a importância da expressão da subjetividade no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, é relevante enfatizar que foi um grande desafio realizar esta pesquisa, pois caracterizou-se numa experiência extremamente valorosa, uma vez que estudar dois temas bastante complexos, como o mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho, e relacioná-los com o contexto do trabalho em enfermagem, não foi tarefa fácil, mas extremamente gratificante.

A aproximação com os estudos teóricos sobre o mundo do trabalho, particularmente com as pesquisas de Ricardo Antunes, Giovanni Alves, entre outros, possibilitou uma compreensão aprofundada acerca das transformações no mundo do trabalho, desde a crise do taylorismo-fordismo, passando pelo toyotismo até a reestruturação produtiva dos tempos atuais. Esse conhecimento aguçou a visão crítica e reflexiva, para entender a influência da política neoliberal na vida das pessoas e no trabalho em saúde e enfermagem.

O contato com a psicodinâmica despertou o interesse em aprofundar os estudos de seus pressupostos teóricos para melhor compreender o ideário que permeia a organização do trabalho e suas contradições internas entre o trabalho prescrito e o real. A aproximação com este referencial permitiu fundamentar a discussão sobre o prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais de enfermagem da área hospitalar, bem como as estratégias de defesa utilizadas por eles para minimizar o sofrimento e provavelmente não adoecerem diante de uma organização do trabalho que pouco privilegia a subjetividade do trabalhador.

A organização do trabalho na sociedade contemporânea, fundamentada pelo modelo neoliberal, tem como eixo central a flexibilização, a desregulamentação e a privatização, que trazem como consequência a exploração e a precarização da força de trabalho, a qual se torna desestabilizada, fragilizada e vulnerável ao processo de adoecimento no trabalho. Foi nesse cenário de transformações do mundo do trabalho, cercado por insegurança e instabilidade e relações conflituosas e de adoecimento do trabalhador, que se desenvolveu esta investigação.

Ao longo deste processo investigativo, alguns percalços surgiram pelo caminho, a exemplo da dificuldade para se apropriar de um conhecimento até então desconhecido deste pesquisador - a psicodinâmica do trabalho -, a demora na liberação do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa e o consequente atraso na coleta de dados, além de entraves por conta do processo de mudança na gestão do hospital, campo do estudo, já explicitado na metodologia.

Vale salientar o quanto foi conflituoso e, às vezes doloroso, conciliar a função de pesquisador, simultaneamente com as atividades de docente e enfermeiro assistencial, tendo

que priorizar todas elas e cumprir os prazos prescritos. Mas, a palavra desistência não cabia no meu modus operandi. O sonho impulsiona este homem.

Nesse contexto, acredita-se que os objetivos foram alcançados, possibilitando tecer algumas considerações, as quais serão apresentadas neste capítulo. A partir das informações coletadas e analisadas, em relação às características sociodemográficas, laborais e de saúde dos participantes, algumas delas são resumidamente apresentadas a seguir.

Em relação às características sociodemográficas dos 210 informantes, constatou-se a predominância do sexo feminino, faixa etária entre 30 a 49 anos, estado civil casado e pardos/negros autodeclarados. Quanto à escolaridade, a maioria dos enfermeiros possuía pós-graduação lato sensu, 40 (19,0%) dos técnicos de enfermagem eram graduados e cursaram especializações, apresentavam tempo médio de formação entre 11 e 20 anos.

Do ponto de vista laboral, esses trabalhadores apresentaram uma baixa remuneração, com renda mensal média entre 1 a 3 salários-mínimos, embora seja superior à renda média de um trabalhador da iniciativa privada da região Nordeste. Predominou o regime de trabalho de 30 horas semanais, e quanto ao tempo de atuação na enfermagem e no hospital, 5 e 10 anos foi a média predominante, denotando ser um grupo em plena fase produtiva.

Ainda sobre a situação laboral, os setores de urgência e emergência contribuíram com maior número de participantes, dos quais 120 (57,1%) disseram possuir outro vínculo trabalhista, sendo que no hospital pesquisado predominou o vínculo estatutário. Entretanto, essa realidade modificou-se um mês após a coleta de dados com o processo de terceirização de grande parte do hospital pesquisado.

No que concerne ao processo saúde-doença (Tabela 3, p. 85), constatou-se que a maioria dos trabalhadores referiu inexistência de doença antes da admissão no hospital, mas 98 (46,7%) profissionais se ausentaram do trabalho por motivo de doença nos últimos 12 meses, embora a maioria não se recorde por quanto tempo deu-se o afastamento. Em função do processo de adoecimento, 23 (10,9%) trabalhadores passaram por readaptação funcional.

Dentre as principais doenças que justificaram o absenteísmo estão a Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho, Doença vascular, Hipertensão Arterial Sistêmica, Rinite / Bronquite e os Transtornos de ansiedade. Os trabalhadores que informaram a existência de problema crônicos de saúde declararam haver relação direta entre o adoecimento e o ambiente de trabalho.

Ainda no que concerne às características laborais e de saúde dos participantes, comprovou-se que a maioria trabalha em fins de semana, o maior quantitativo não descansa na jornada de trabalho e o motivo principal é a sobrecarga de trabalho, seguido de

inesistência de local adequado para o repouso, e menos da metade pratica algum tipo de atividade física.

No tocante à análise qualitativa dos dados, de acordo com o referencial teórico da psicodinâmica do trabalho e sua relação com os estudos do mundo do trabalho, os depoimentos dos participantes possibilitaram identificar três categorias de análise, cuja síntese apresenta-se a seguir.

Em relação ao significado atribuído ao trabalho pelos trabalhadores de enfermagem, verificou-se que predominante uma visão capitalista, definindo-o como algo que significa sobrevivência, satisfação financeira, sustento ou necessidade básica, mas também emergiu o sentido subjetivo do trabalho representado por bem-estar, colaboração, solidariedade, alegria, motivação, prazer, realização profissional e pessoal, trabalho como terapia. Desse modo, os depoimentos mostraram que o trabalhador tenta mesclar a importância da materialidade com a proteção de sua subjetividade.

Ao analisar as percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca da organização do trabalho hospitalar, identificaram-se duas dimensões: as concepções negativas e a compreensão positiva relativa à organização do trabalho, com maior aparição de unidades de registro (UR) para a percepção negativa da organização laboral. A maior frequência de concepções negativas está relacionada com a sobrecarga de trabalho físico e mental, pressão por maior produtividade, atuação de chefias autoritárias, assédio moral e condições de trabalho inadequadas, características da nova organização do trabalho neoliberal.

As percepções positivas da organização do trabalho estavam vinculadas com o bom relacionamento interpessoal entre membros da equipe, mudança de ambiente por conta da reestruturação e revitalização da planta física, readaptação funcional como fator de diminuição da sobrecarga de trabalho, respeito à hierarquia, e consideraram que o bom relacionamento na equipe proporcionava os poucos momentos de prazer no trabalho.

O processo de trabalho da enfermagem desvelado nos depoimentos remete à dicotomia entre o trabalho manual e intelectual, que está implícita na divisão técnica e social do trabalho que permeia a visão capitalista, a qual separa os trabalhadores entre os que planejam e os que executam. Evidenciou-se, então, a divisão e valorização do trabalho médico sobre o do enfermeiro e deste sobre o trabalho dos técnicos de enfermagem, cuja relação de dominação é incentivada pela organização do trabalho.

No contexto da subjetividade do trabalho, inserida nos pressupostos da psicodinâmica do trabalho, os sentimentos e emoções relacionados à vivência dos trabalhadores de

enfermagem na organização pesquisada traduziram-se em muitas concepções de sofrimento e algumas de prazer.

O sentimento de prazer foi expresso pelos participantes por meio do bom relacionamento interpessoal na equipe, trabalhar com amor pela profissão e pelos pacientes e a certeza do dever cumprido. Este sentimento estava muito mais relacionado a uma questão individual de identificação com o trabalho e a profissão do que propriamente a uma qualidade de vida no trabalho proporcionada pela organização.

Quanto ao sofrimento no trabalho, este manifestou-se decorrente de vários determinantes, mas principalmente devido à precariedade do trabalho, à assistência inadequada ao paciente, aos fatores externos ao trabalho (dupla jornada, ausência da família), ao sofrimento imposto pela mudança de setor, pela precarização de vínculos e pela perspectiva do adoecimento. Verificou-se que predominou o sofrimento patogênico e, portanto, o alto potencial para o adoecimento.

Para suportar o sofrimento psíquico no trabalho, amenizá-lo ou preveni-lo, os trabalhadores lançam mão das chamadas estratégias defensivas. Entre os participantes, destacaram-se as estratégias individuais de defesa, a exemplo da fragmentação da relação trabalhador-paciente, despersonalização e negação da pessoa enferma, fuga do trabalho, individualização, além da prática de atividade física, lazer e espiritualidade.

Vale salientar que, talvez pela complexidade do tema e dificuldade de entendimento, os entrevistados não conseguiram expressar e sinalizar as possíveis estratégias coletivas de defesa adotadas no cotidiano da organização hospitalar. Os poucos sinais de defesa coletiva foram representados por reunião de equipe fora do ambiente de trabalho, reuniões do grupo para humanização dos laços interpessoais como o aniversariante do mês, ginástica laboral e bate-papo nos intervalos da jornada.

Todas essas questões apresentadas configuram as características da organização do trabalho desta instituição hospitalar, cujos resultados sugerem que a mesma adota um modelo mesclado de princípios baseados no taylorismo-fordismo e reestruturação produtiva, que precariza as condições de trabalho, exige maior produtividade e não permite a autonomia e expressão da subjetividade do trabalhador, levando-o a um provável processo de adoecimento físico e mental.

Salienta-se, porém, que a existência de ações coletivas desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e o acolhimento realizado pelo Serviço Integrado de Atenção à Saúde do Trabalhador (SIAST), na visão dos participantes, são ações que embora

incipientes, buscam minimizar o risco de sofrimento e/ou adoecimento dos trabalhadores da unidade hospitalar.

Infere-se ainda que o distanciamento entre o trabalho prescrito e o real, além do medo do processo de mudança da gestão hospitalar pública para o modelo de terceirização, têm contribuído para o sofrimento psíquico dos trabalhadores de enfermagem, e que as escassas estratégias coletivas de defesa podem gerar um elevado adoecimento entre os participantes.

Diante dos resultados, cabe salientar a necessidade de esta organização hospitalar adotar medidas preventivas para proteger e cuidar dos profissionais de enfermagem e demais trabalhadores, oferecendo-lhes adequadas condições de trabalho no tocante a materiais, equipamentos, espaço adequado para descanso da equipe, e dimensionamento adequado de pessoal. Além disso, considera-se importante proporcionar a liberdade de expressão dos trabalhadores, e a diminuição da carga emocional por meio de práticas alternativas como: ginástica laboral, música ambiente, grupos de reflexão, acupuntura, floral, reiki, entre outras.

Com base nos resultados colhidos na pesquisa e embasado no aporte teórico, apresenta-se as seguintes recomendações:

Recomenda-se aos gestores desta instituição, especialmente aos responsáveis pela enfermagem, repensarem as relações de trabalho no tocante ao exercício do poder, à ética e, principalmente, a forma de lidar com os sofrimentos e suas consequências para o sujeito e a coletividade. Salienta-se que é urgente a viabilização de espaços de escuta e discussões na organização para que se possa permitir a constituição positiva dos coletivos de trabalho.

Sugere-se, ainda, que sejam viabilizadas ações que assegurem conforto, segurança, lazer e condições de ergonomia satisfatórias, bem como instalação de copas e espaços adequados de conforto para os trabalhadores de enfermagem, e que as coordenações desenvolvam ações humanizadoras de respeito mútuo.

Quanto às instituições formadoras, recomenda-se ampliar o debate sobre a psicodinâmica do trabalho nos diversos espaços de discussão, bem como nos componentes curriculares com intuito de sensibilizar acadêmicos e docentes sobre as repercussões perversas da nova organização do trabalho na vida das pessoas. Também se recomenda que tanto os estudantes quanto os docentes, nos respectivos espaços de lutas coletivas (centros acadêmicos ou diretórios acadêmicos, sindicatos, associações de moradores, conselhos de saúde, etc.), possam trabalhar na construção de uma filosofia da práxis, contra o individualismo, em defesa de uma cultura solidária em articulação com os trabalhadores em prol de uma sociedade mais justa e igualitária.

Recomenda-se, igualmente, que a academia discuta com os profissionais da prática formas de congestão dos problemas de saúde do trabalhador, ultrapassando os limites do modelo da saúde ocupacional e medicina do trabalho, centrado nos riscos e na doença, com vistas à mudança do paradigma dominante.

Como produto desta pesquisa e retorno à comunidade, pretende-se criar um amplo projeto de extensão interdisciplinar, envolvendo a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e o Hospital Geral Prado Valadares (HGPH), com a participação de profissionais da enfermagem, fisioterapia, psicologia, medicina, terapia ocupacional, nutrição, educação física, teatro e dança, visando promover ações continuadas de capacitação, educação, assistência, reflexão e lazer. Este projeto pretende alcançar não só os participantes da pesquisa, mas todos os trabalhadores da unidade hospitalar. Desse modo, propõe-se auxiliar os trabalhadores da unidade pesquisada a desenvolverem a mobilização subjetiva e possibilitar a busca de alternativas de enfrentamento do sofrimento psíquico vivenciado no ambiente de trabalho a fim de evitarem o adoecimento.

Essa mobilização subjetiva ocorre quando o trabalhador consegue utilizar seu conhecimento subjetivo, sua criatividade, diante dos imprevistos do trabalho prescrito, buscando transformar o sofrimento em prazer. Deste modo, pretende-se capacitar e estimular os trabalhadores a desenvolverem coletivamente a inteligência prática, a cooperação, a capacidade de reconhecimento por meio de espaços de discussão e, se necessário, o enfrentamento, para mudança de realidade.

Sabe-se da limitação desta pesquisa, por entender que foi realizada no contexto de uma única instituição pública de saúde, carecendo de um maior aprofundamento dessa problemática em outras realidades. Além disso, entende-se que a investigação das estratégias coletivas de defesa poderia ser melhor aprofundada por meio da técnica de observação, deixando-se como sugestão a realização de outras pesquisas que aplique esta técnica de coleta e, assim, se possa captar mais intensamente tais estratégias.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. Transformações no processo e organização do trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. *In: RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012.*
- ALENCAR, M. C. B.; OTA, N. H. O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 60-67, jan./abr., 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14121>. Acesso em: 15 nov. 2018
- ALVES, G. **Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho**. Giovanni Alves. 2ª ed., Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007
- ALVES, G. A disputa pelo intangível: estratégias gerenciais do capital na era da globalização. *In: ANTUNES, R. (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III***. São Paulo: Boitempo, 2014a.
- ALVES, U. S. Lazer e saúde: discussões sob a ótica da educação física. **EFDeportes.com, Revista Digital**. a. 18, n. 189, fev, 2014b. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd189/lazer-e-saude-sob-a-educacao-fisica.htm>. Acesso em: 15 dez 2018
- AMARAL, A. L. V.; MOTA, D. P; ALVES, G. (Org.). **Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no Século XXI**. São Paulo: editora LTr, 2011. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/3019>. Acesso em: 20 out. 2018
- AMARAL, A. S. Precarização estrutural e exploração da força de trabalho. **Argumentum**. v. 10, n. 3, p. 244-256, set./dez. 2018.
- AMARAL, G. A. et al. O Lugar do Conceito de Sublimação na Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Polis e Psique**, v. 7, n. 3, p. 200 - 223, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/66740>. Acesso em: 13 nov. 2018
- AMARAL, T. R.; KUHN, M. Prazeres e desprazeres vivenciados pelos enfermeiros de unidade de terapia intensiva adulto. **Estudo & Debate**, v. 22, n. 2, p. 146-153, 2015. Disponível em: <http://univates.br/revistas/index.php/estudoedebate/article/view/659>. Acesso em: 29 nov. 2108.
- AMORIM, V.C.S. Estatística descritiva: Breve histórico, conceitos e exemplos aplicáveis no ensino médio. Dissertação, pós-graduação em matemática em rede nacional, mestrado profissional, UFMS, 2014.
- ANTUNES, R. O trabalho, sua nova morfologia e a era da precarização estrutural. **Revista Theomai / Theomai Journal**. n. 19, jan./jun, 2009. Disponível em: <http://revista-theomai.unq.edu.ar/numero19/artantunes.pdf>. Acesso em: 02 dez 2018
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez Editora,. 2011.

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho no Brasil: reestruturação e precariedade. **Revista Nueva Sociedad**, jun, 2012. Disponível em: http://nuso.org/media/articles/downloads/3859_1.pdf. Acesso em: 18 out. 2018

ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho. **Estudos avançados**. v. 28, n. 81. São Paulo, mai-/ago., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142014000200004. Acesso em: 20 nov. 2018.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado desserviços na era digital. São Paulo: Bomtempo. 2018

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A epidemia da terceirização. *In*: ANTUNES, R. **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão**, a. XVIII, n. 34, 2015. Disponível em: <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/Sm4618UP754c17102374.pdf>. Acesso em: 30 set. 2018

AQUINO, R. L. de; ARAGÃO, A. de S. Impacto do trabalho noturno na vida do profissional de enfermagem do sexo masculino. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3725-31, out, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22813/24270>. Acesso: 30 nov 2018

ARANTES, I. S.; SOUZA, I. F.; ALMEIDA, R. J. Avaliação da satisfação profissional de trabalhadores em saúde mental. **Espaço para a saúde – revista de saúde pública do Paraná**, v. 17, n. 1, p. 92-100, jul, 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/312309885_Avaliacao_da_satisfacao_profissional_de_trabalhadores_em_saude_mental. Acesso em: 30 nov. 2018

ARRUDA, A. T. **Trabalho noturno e sofrimento mental em trabalhadores da saúde de dois hospitais em Manaus, AM**. 2014. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13141/1/177.pdf>. Acesso em: 03 dez 2018

ASSUNÇÃO, A.A.; JACKSON FILHO, J. M. As transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. *In*: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, Jussara. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G. de; MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, v. 20, n. 1, p. 34-55, abr, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100004. Acesso em: 20 nov. 2018

BACKES, A. L. Trabalho e subjetividade: sofrimento psíquico em contexto de mudanças organizacionais. **Gestão e sociedade**, v. 6, n. 14, p. 117-138, mai./ago., 2012. Disponível em: <https://www.gestoesociedade.org/gestoesociedade/article/view/1623>. Acesso em: 15 set 2018

BÄCK-WIKLUND, M. Os hospitais são organizações saudáveis? Qualidade de vida no trabalho hospitalar no norte e no sul da Europa. **Sociologia, problemas e práticas**, n. 86, p. 45-67, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n86/n86a03.pdf>. Acesso em: 29 nov 2018

BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Informações municipais. 2018. Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/>. Acesso em: 25 fev 2019

BALDIN, N; MUNHOZ, E. M..B. **Snowball (bola de neve)**: uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. *In*: X Congresso nacional de educação, I seminário internacional de representações sociais , subjetividade e educação Curitiba, 7/10/2011. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4398_2342.pdf. Acesso em: 28 out. 2018

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Lda., 2010.

BATTAUS, M. R. B; MONTEIRO, M. I. Perfil sociodemográfico e estilo de vida de trabalhadores de uma indústria metalúrgica. **Revista brasileira de enfermagem – REBEn**, v. 66, n. 1, p. 52-8, jan./fev., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100008. Acesso em: 20 nov. 2018

BOLETIM CIENTÍFICO. Escola Superior do Ministério Público da União (ESMPU), Brasília, a. 15, n. 47, p. 183-210 – jan./jun. 2016. Disponível em: <http://escola.mpu.mp.br/publicacoes/boletim-cientifico/edicoes-do-boletim/boletim-cientifico-n-47-janeiro-junho-2016>. Acesso em: 28 nov. 2018

BOMFIM, D. C; SOARES, D. A. Percepção de enfermeiros quanto ao trabalho na unidade de terapia intensiva: uma relação de prazer e sofrimento. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, v. 4, n. 1, p. 130-143, jan. / dez., 2011. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/111/102>. Acesso em: 26 nov 2018

BORGES, R. **A importância do lazer para nossa saúde e bem estar**. 2015. Disponível em: <https://www.temporalivre.com/blog/importancia-lazer-para-nossa-saude-e-bem-estar/>. Acesso em: 2 dez 2018

BOROWSKI, S. V. et al. Mobilização subjetiva e estratégias defensivas de trabalhadores metalúrgicos à luz da psicodinâmica do trabalho. **Psicologia Argumento**, v. 35, n. 88, p. 1-15, jan./abr., 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/23360>. Acesso em: 28 nov. 2018

BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V.; MERLO, A. R. C. Violência e banalização do sofrimento no trabalho. *In*: MONTEIRO, J. K.; VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho & Prazer: teoria, pesquisas e práticas**. Curitiba: Jurá, 2015. 264 p.

BOUYER, G. C. Contribuição da psicodinâmica do trabalho para o debate: o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 249-259, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200007. Acesso em: 30 nov. 2018

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico. 2018**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 30 out 2018

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. FUNDACENTRO. **Observatório digital de saúde e segurança do trabalho**. 2019. Disponível em: <https://observatoriosst.mpt.mp.br> . Acesso em: 06 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 30 set. 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Saúde**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/dahu/atencao-hospitalar>. Acesso em: 09 de nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia**. 2. ed., 4. reimpr. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 14 out 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de Lei do Senado Nº 597**, de 2015. Acrescenta o art. 15-A a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, para dispor sobre as condições de repouso dos profissionais de enfermagem durante o horário de trabalho. 2015b. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/123090>. Acesso em: 05 dez. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Especializada e Hospitalar. **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)**. 2017. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>. Acesso em: 30 nov 2018

BRITO, M. **Qual a real importância da qualificação profissional**. 2017. UNIPÊ. Centro Universitário de João Pessoa. Disponível em: <http://blog.unipe.br/pos-graduacao/qual-a-real-importancia-da-qualificacao-profissional>. Acesso em: 30 nov 2018

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery Revista de enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 467-474, jul./set., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300467&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 nov. 2018

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAÚJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 37, n. 126, p. 290-305, jul./dez., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200011. Acesso em: 30 out. 2018

BUENO, M.; MACÊDO, K. B. A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **Estudos contemporâneos da subjetividade**, v. 2, n. 2, p. 306-318, 2012. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1010>. Acesso em: 25 nov. 2018

CABRAL, L. A. A.; SOLER, Z. A. S. G.; LOPES, J. C. Acidente de Dupla Espécie: uma terceira espécie de acidente do trabalho e sua importância para a vigilância em saúde do trabalhador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4699-4708, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n12/pt_1413-8123-csc-19-12-04699.pdf. Acesso em: 15 set 2018

CADENA, N. **O homem que enviou para a Bahia mais de 500 mil escravos**. 2013. Disponível em: <http://blogs.ibahia.com/a/blogs/memoriasdabahia/2013/02/13/o-homem-que-enviou-para-a-bahia-mais-de-500-mil-escravos/>. Acesso em: 30 nov 2018

CAMPOS, C. M. S; VIANA, N; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde e Sociedade**, v. 24, supl.1, p. 82-91, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000500082&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2018

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L.; SOUZA, N. V. D. O. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 90-95, jan./mar., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100090&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 set. 2018

CANEDO, K. M. C. T. de. **Valores organizacionais, prazer e sofrimento no trabalho: um estudo entre petroleiros na Bolívia**. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade Federal de Lavras, Programa de Pós-Graduação em Administração. Lavras, Minas Gerais, 2010. Disponível em: http://repositorio.ufla.br/bitstream/1/2394/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_Valores%20organizacionais%2C%20prazer%20e%20sofrimento%20no%20trabalho.pdf. Acesso em: 30 nov 2018

CARDOSO, A. C. M. O Trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v. 27, n.1, p. 73-93, jun, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v27n1/0103-2070-ts-27-01-00073.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018

CARETA, C. C. **Satisfação no trabalho**: realidade ou ilusão? 2011. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?satisfacao-no-trabalho-realidade-ou-ilusao&codigo=AOP0288. Acesso em: 23 nov 2018.

CARVALHO, S. G. de. **A dimensão ética nas relações de trabalho em hospital**: questão de humanização. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24270/1/884.pdf>. Acesso em: 02 nov 2018

CARVALHO, G; LOPES, S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. v. 13, n. 4, p. 215-219, out./dez.; 2006. Disponível em: [http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013\(4\)%20ID%20210%20-%2017.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013(4)%20ID%20210%20-%2017.pdf). Acesso em: 13 dez. 2018

CATALAN, V. M. **A organização do trabalho, prazer e sofrimento da enfermagem**: estudo de caso em unidade de internação hospitalar. 2012. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 235-256, jan./jun., 2013. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/3585>. Acesso em: 28 nov. 2018

COELHO, A. P. F; BECK, C. L. C; SILVA, R. M. Empoderamento e trabalho feminino: pesquisa participativa em enfermagem com catadoras de materiais recicláveis. **Anais [...]**Seminário Internacional Fazendo Gênero 11& 13thWomen's Worlds Congress. Florianópolis, 2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499394299_ARQUIVO_completo_evento_floripa.pdf. Acesso em: 23 fev 2019

COLENCI, R; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 158-66, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a22.pdf>. Acesso em: 2 dez 2018.

CORREA, M. A. P. C; SOUZA, R. L. Origem e relação do trabalho com o ser humano e as limitações do trabalho na prisão. **Textos & Contextos**, v. 15, n. 1, p. 126 - 143, jan./jul., 2016. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/22831>. Acesso em: 30 nov. 2018

COSTA, D. et al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 38, n. 127, p. 11-30, jun, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572013000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 dez. 2018

- COSTA JÚMUIOR, J. **Jequié é o maior palco de batalha entre motos e carros da Bahia**. 2011. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/jequie-e-o-maior-palco-de-batalha-entre-motos-e-carros-da-bahia/>. Acesso em: 25 fev 2019
- COUTO, H. A. **Ergonomia aplicada ao trabalho**: o manual técnico da máquina humana. Belo Horizonte: Ergo, 2010.
- CUETO, M. **Saúde global**: uma breve história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.
- CUNHA, T. H. L. O fordismo/taylorismo, o toyotismo e as implicações na terceirização. **Boletim Científico ESMPU**, a. 15, n. 47, p. 183-210, jan./jun., 2016
- DAUDT, C. V. G. **Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil (UFRGS)**. 2013. Tese (Doutorado em epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/88424/000911726.pdf?sequenc>. Acesso em: 4 dez 2018
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007
- DEJOURS, C., BARROS, J., LANCMAN, S. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 27, n. 2, p. 228-235, mai./ago., 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i2p228-235>. Acesso em: 30 nov 2018
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré., 1992
- DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Org. Lancman Selma e Snelman Laert Ida. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- DEJOURS, C. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.
- DEJOURS, C. Organização do trabalho e saúde mental: quais são as responsabilidades do manager? *In*: MACÊDO, K. B. et al. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016, 332p.
- DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez., 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004. Acesso em: 30 nov 2018
- DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2010.

DIAS, E. C.; SILVA, T. L.; ALMEIDA, M. H. C. Desafios para a construção cotidiana da vigilância em saúde ambiental e em saúde do trabalhador na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 15-24, 2012.

DUARTE, J. M. G.; SIMÕES, A. L. de A. Significados do trabalho para profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. **Revista enfermagem UERJ**, v. 23, n. 3, p. 388 – 94, mai./jun., 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/6756>. Acesso em: 25 nov 2018

DUTRA, H. S. Divisão social do trabalho e enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 11, p. 4161-3, nov., 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11503/13374>. Acesso em: 08 dez. 2018

EBERLE, A.; BRUNING, C. Prazer e sofrimento nas organizações: um resumo introdutório à teoria psicodinâmica do trabalho. **Revista Organização Sistêmica**, v. 4, n. 2, jul./dez. 2013.

ENCONTRAJEQUIÉ. Sobre Jequié. 2018. Disponível em: <http://www.encontrajequie.com.br/jequie/>. Acesso em: 03 dez 2018

ESPÍRITO SANTO, C. C. do et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 372-8, abr./jun., 2013. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588/20704>. Acesso em: 05 nov 2018

ESPÍRITO SANTO, E.; FREITAS, F. Q. B. A saúde do trabalho e trabalhador em tempos de precarização do trabalho. **Revista Intersaberes**, v. 4, n. 8, p. 150-169, jul./dez., 2009. Disponível em: <https://www.uninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/viewFile/186/149>. Acesso em: 07 dez. 2018

FARIA, R. M. O. de; LEITE, I. C. G.; SILVA, G. A. da. O sentido da relação trabalho e saúde para os assistentes em administração de uma universidade pública federal no Estado de Minas Gerais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 541-559, jul, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312017000300541&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2018

FARIA, J. H; RAMOS, C. L. Tempo dedicado ao trabalho e tempo livre: os processos sócio históricos de construção do tempo de trabalho. **RAM – Revista de Administração Mackenzie**, v. 15, n. 4, p. 47-74. jul./ago., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-69712014000400003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 dez. 2018

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 4, p. 78-181, 2012. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Condicoes-de-trabalho-de-enfermagem-e-adoecimento.pdf>. Acesso em 28 nov. 2018

FERNANDES, M. C.; SOUZA, N. V. D. O.; I MARQUES, C. F. Ensino da saúde do trabalhador na graduação de enfermagem: uma pesquisa bibliográfica. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 2, n. 2, p. 254-60, abr./jun., 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/7213>. Acesso em: 29 nov 2018

FERNANDES, M N. da S. **Fatores de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem: contribuições para a gestão em saúde**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública Ambiental). Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas. Santa Maria, RS, 2015

FERREIRA, D. K. S; MEDEIROS, S. M; CARVALHO, I. M. Sofrimento psíquico no trabalhador de enfermagem: Uma revisão integrativa. **Revista On line de pesquisa: Cuidado é fundamental**, v. 9, n. 1, p. 253-258, jan./mar., 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3912>. Acesso em: 30 nov. 2018

FERREIRA, G. E. et al. Perspectivas de enfermeiros da rede hospitalar privada acerca da gestão de pessoas: análise da psicodinâmica do trabalho. **Revista de Administração em Saúde**. v. 17, n. 69, out./dez., 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/49/84>. Acesso em: 2 dez 2018.

FERREIRA, J. B.; MACÊDO, K. B.; MARTINS, S. R. Real do trabalho, sublimação e subjetivação. *In*: MONTEIRO, J. K., VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M. **Trabalho & Prazer: teoria, pesquisas e práticas**. Curitiba: Juruá, 2015.

FERREIRA, L. T. K; MONTEIRO, A. M. **II Working conditions and health among nursing staff in Intensive Care Unit – ICU**. International Journal on Working Conditions, n.13, June 2017.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-178, jun, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract. Acesso em: 15 dez. 2018

FIGUEIREDO, J. M. de; ALEVATO, H. M. R.. **A satisfação no trabalho dos profissionais de informação de uma IFES**. *IN*: XXXIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO. A Gestão dos Processos de Produção e as Parcerias Globais para o Desenvolvimento Sustentável dos Sistemas Produtivos. Salvador, BA, Brasil, 08 a 11 de outubro de 2013. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_TN_STO_180_026_23217.pdf. Acesso em: 30 nov. 2018

FORTES, P. A. C; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**. v. 23, n. 2, p. 366-375, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0366.pdf>. Acesso em: 07 de. 2018

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 229-248, dez, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200006. Acesso em: 30 nov. 2018

FRANÇA, T. L. B. et al. Síndrome de burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. **Revista de enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 10, p. 3539-46, out, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10087>. Acesso em: 15 dez. 2018

FREITAS, P. H. et al. Estratégias defensivas do enfermeiro frente ao sofrimento na estratégia saúde da família. **Texto contexto – enfermagem**, v. 25, n. 4, e3050014, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400310&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 dez 2018.

FREIRE, C. B. et al. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do sub médio São Francisco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 26-31, jan./fev., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0026.pdf>. Acesso em: 2 dez 2018

GALDINO, A.; SANTANA, S.; FERRITE, S. Os centros de referência em saúde do trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 145-159, jan, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000100015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 23 nov. 2018

GLANZNER, C. H. **O descompasso entre o trabalho real e o prescrito**: prazer e sofrimento dos profissionais da Equipe de Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/114596>. Acesso em: 30 nov. 2018

GLANZNER, C. H; OLSCHOWSKY, A; KANTORSKI, L. P. O trabalho como fonte de prazer: avaliação da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista da Escola de Enfermagem-USP**, v. 45, n. 3, p. 716-21, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a24.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2018

GOMES, A. M; T.; Espírito Santo, C. C. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 21, n. 2, p. 261-4, abr./jun., 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7214>. Acesso em: 03 dez. 2018

GOMES, D.; RAMOS, F. R. S. Subjetividade, ética e produtividade em saúde pós-reestruturação produtiva. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2591-2600, ago, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2591.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2018

GONÇALVES, F. G. A. et al. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 519-525, jul./ago., 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a14.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018

GONÇALVES, F. G. A. et al. Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 646-53, jul./set., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00646.pdf. Acesso em: 30 nov. 2018

GOSDAL, T. C. Histórico das relações de trabalho e seu reflexo na organização e gestão do Trabalho: do assédio moral ao assédio moral organizacional. *In*: MACÊDO, K. B. (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. da PUC, 2016, 332p.

GUIMARÃES, J. R. S. (org.). **Perfil do trabalho decente no brasil**: um olhar sobre as unidades da federação durante a segunda metade da década de 2000. Organização Internacional do Trabalho. Brasília: OIT, 2012. 416 p. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---integration/documents/publication/wcms_206109.pdf. Acesso em: 02 dez. 2018

GUIRALDELLI, R. Trabalho, trabalhadores e questão social na sociabilidade capitalista. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 101-115, jun., 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172014000200008. Acesso em> 07 dez. 2018

HAEFFNER, R. **O perfil dos trabalhadores do Brasil com distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. 2014. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/37149>. Acesso em: 20 nov. 2018

HOFFMANN, C; ZANINI, RR; MOURA, GL; COSTA, VMF; COMORETTO, E. Psicodinâmica do trabalho e riscos de adoecimento no magistério superior. **Estudos avançados**. v.31, n.91, p. 257-276, set-dez., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000300257. Acesso em: 05 mar 2019

IMANISHI, H. A; SILVA, L. L. da. Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico. **Revista da SBPH**, v. 19, n. 1, p. 41-56, jun, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 dez. 2018.

JESUS, M. A. C et al. Assédio moral no trabalho hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 24, n. 4, e26437, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n4/v24n4a20.pdf>. Acesso em 28 nov. 2018

KARINO, M. E.; MARTINS, J. T.; BOBROFF, M. C. C. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 10, n. 2, p. 395-400, abr./jun., 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9590>. Acesso em: 28 set. 2018

KESTENBERG, C. C. F. et al. Estresse do trabalhador de enfermagem. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 45-51, jan./fev., 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a08.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018

LACAZ, F. A. C. Trabalho e saúde em tempos de globalização. *In: MACÊDO, K. B. et al (Org.). Organização do trabalho e adoecimento uma visão interdisciplinar.* Goiânia: Ed. da PUC, 2016, 332p.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katálysis**, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan./jun., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a09.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018

LEAL, L. A; CAMELO, S. H. Henriques; SANTOS, F. C. dos. O docente de administração em enfermagem: formação e competências profissionais. **Revista enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 6, p. 2329-38, jun, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23395/19051>. Acesso em: 29 nov 2018

LESSA, A. B S. L; ARAÚJO, C. N. V de. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 474-480, abr./jun., 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>. Acesso em: 15 dez. 2018

LIMA NETO, A. V. et al. Relacionamento interpessoal entre a equipe de uma emergência hospitalar: um estudo qualitativo sob o olhar de enfermeiros. **Revista Enfermagem Revista**, v. 18, n. 01., p. 75-87, jan./abr., 2015. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/9371/10328>. Acesso em: 30 nov 2018

LIMA, M. E. A. Trabalho e saúde mental no contexto contemporâneo de trabalho: possibilidades e limites de ação. *In: AMARAL, A. L. V.; MOTA, D. P.; ALVES, G. Trabalho e saúde: a precarização do trabalho e a saúde do trabalhador no século XXI.* André L (org.). São Paulo: LTr, 2011.

LINHART, D. Modernização e precarização da vida no trabalho. *In: ANTUNES, R. (Org.). Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III.* São Paulo: Boitempo, 2014.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da ABET – Associação Brasileira de Estudos da Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 28-46, jan./ jun., 2018

LORENZETTI J., et al. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1104-12, out./dez., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-01104.pdf. Acesso em: 25 nov. 2018

MACÊDO, M. L. A. F. de; PIRES, D. E. P. de; CAVALCANTE, C. A. A. Aposentadoria na enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 979-985, out./dez., 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/977#>. Acesso: 30 nov 2018

MACHADO, L. S. de F. et al. Agravos à saúde referidos pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital público da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 684-91, set./out., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0684.pdf>. Acesso em: 2 dez 2018

MAGALHÃES, N. A. et al. O absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 19, n. 2, p. 224-30, abr./jun., 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a09.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2018

MARQUES, A. P. P. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego: um périplo pelas "novas" formas de desigualdade social. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1545-1554, jun., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600007&script=sci_abstract. Acesso em: 28 nov 2018

MARQUES, D. de O. et al. O absenteísmo - doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 876-82, set./out., 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0876.pdf>. Acesso em: 29 nov 2018

MARTINS, J.T; ROBAZZI, M. L. C. C; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2010; v. 4, n. 4, p. 1107-11, abr./jun., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400036. Acesso em: 28 nov. 2018

MARTINS, V. Crise e Reestruturação do Capital: a busca pela recomposição das taxas de acumulação. **Textos & Contextos**, v. 13, n. 1, p. 87 - 101, jan./jun. 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass/article/view/16774>. Acesso em: 28 nov. 2018

MELO, V. A. **Introdução ao Lazer**. São Paulo: Manole, 2003

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, out, 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2018

MÉTODO ISTAS21 (CoPsoQ). **Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo**. Edita: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) 2002. ISBN: 84-609-0559-4. Disponível em: http://www.istas.ccoo.es/descargas/m_metodo_istas21.pdf. Acesso em: 29 out. 2018

MINAYO, M. C; DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30 ed., Petrópolis: Vozes, 2013

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P.C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, mar./abr., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16.pdf. Acesso em: 29 out. 2018

MIORIN, J. D. et al. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. Artigo Original. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 2, n. 2, e2350015. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e2350015.pdf>. Acesso em: 20 nov 2018

MONTEIRO, J. K.; FREITAS, L.G. Trabalho precário e as vivências de prazer: um olhar psicodinâmico. *In*: MONTEIRO, J. K.; VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M. **Trabalho & Prazer: teoria, pesquisas e práticas**. Curitiba: Juruá, 2015.

MORÉ, C. L. O. O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. **Atas CIAIQ – Investigação qualitativa em Ciências Sociais**, v.3, p. 16-131, 2015. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>. Acesso em: 15 nov. 2018

NOGUEIRA, C. L. S. **O outro olhar (sobre os enfermeiros):** Percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Coimbra, Portugal, 2010. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26915/2/O%20outro%20olhar%20sobre%20os%20enfermeiros%20final.pdf>. Acesso: 30 nov 2018

OLIVEIRA, J. N, MENDES, A. M. Sofrimento psíquico e estratégias defensivas utilizadas por desempregados: contribuições da psicodinâmica do trabalho. **Temas em psicologia**, v. 22, n. 2, p. 389-399, dez, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000200011. Acesso em: 13 set. 2018

OLIVEIRA, M. J. de; CARNEIRO, T; ROSSI, V. E. C. Principais motivos de satisfação e insatisfação dos auxiliares e técnicos de enfermagem da ala masculina de um hospital psiquiátrico. **Ciência et Praxis**, v. 6, n. 10, p. 37-42, 2012. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2110/1102>. Acesso em: 13 set. 2018

OLIVEIRA, O. V. da S. **As estratégias coletivas de defesa elaboradas pelos Trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar brasileiro** - uma revisão integrativa. / Olga Veloso da Silva Oliveira. - 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) ENSP, Rio de Janeiro, 2014. 150 f. : tab.

OLIVEIRA, R. S. O; MORAIS, H. M. M. Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.14, supl.1, p.119-137, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400119&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2018

OLIVEIRA, S. **A família e a educação para a individualidade na sociedade moderna**. s/d. Disponível em: <https://www.portalsaofrancisco.com.br/temas-transversais/familia>. Acesso em: 30 nov 2018

OSÓRIO, C. et al. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PAZ, A. A. **Vigilância na saúde do trabalhador: fatores associados aos acidentes, alterações muscoesqueléticas e doenças do trabalho**. 2014. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/101881>. Acesso em: 03 set. 2018

PEREIRA, JA. **Trabalho docente e sofrimento mental: um estudo em uma escola pública do Estado de São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/127715?show=full>. Acesso em: 03 nov. 2018

PEREIRA, S. de S. et al. A relação entre estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento em profissionais de nível técnico de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, e2920014, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2920014.pdf. Acesso em: 2 dez 2018.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. **Contínua 2017**, v. 18, n. 6, p. 1545-1554, 2013. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149

PETARLI, G. B. et al. Estresse ocupacional e fatores associados em trabalhadores bancários, Vitória – ES, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3925-3934, dez, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3925.pdf>. Acesso em: 2 dez 2018

PETRY, K; CHESANI, F. H; LOPES, S. M. B. Comunicação como ferramenta de humanização hospitalar. **Saúde & Transformação Social**, v. 8, n. 2, p. 077-085, mai./ago., 2017. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4195>. Acesso em: 15 dez. 2018

PINZÓN, H. J. G. **Vivência de Trabalhadores de Saúde Frente à Lógica Capitalista: Um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil – Campinas: PUC- Campinas, 2016. Tese (Doutorado em psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2016. Disponível em: http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/854. Acesso em: 05 nov. 2018**

PIRES, D. et al. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco – Revista oficial do Conselho de Enfermagem**, v. 1, n. 3, p. 114-118, 2010. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Jornada-de-30-horas-semanais-condicao-necessaria-para-assistencia-de-enfermagem-segura-e-de-qualidade.pdf>. Acesso em: 2 dez 2018.

PITTA, A. **Hospital: Dor e morte como ofício**. 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2016

PRATA, J.A.; PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S. L. A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1123-9, out./dez., 2014. Disponível em: A reestruturação produtiva na área da saúde e da enfermagem obstétrica. Acesso em: 27 out. 2018

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, É. L. et al. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Cuidado é fundamental online**, v. 6, n. 2, p. 571-583, abr./jun., 2014. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/5057/505750622013/>. Acesso em: 29 nov 2018

REBECHI, C. N; FÍGARO, R. A comunicação no mundo do trabalho e a comunicação da organização: duas dimensões distintas. **Animus. Revista Interamericana de comunicação midiática**. v. 12, n. 23, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/animus/article/view/10811>. Acesso em: 15 dez. 2018

RIBEIRO, G. K. N. de A. *et al.* Profissionais de enfermagem habilitados para o mercado de trabalho em Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 15-20, jan./mar., 2014. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/905>. Acesso em: 30 nov 2018

RIBEIRO, R. P. et al. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39: e65127, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/65127>. Acesso em: 05 set. 2018

ROCHA, F. L. R. et al. Organizational culture of a psychiatric hospital and resilience of nursing workers. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 69, n. 5, p. 765-72, set./out., 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500817&lng=en&nrm=is. Acesso em: 29 nov 2018.

ROCHA, F. L. R. et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista da Escola Enfermagem USP**. v. 48, n. 2, p. 308-14, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-308.pdf. Acesso em: 28 set. 2018

RODRIGUES, P. F. V; BELLINI, M. I. B. A Organização do Trabalho e as Repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, p. 345 - 357, ago./dez., 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7458>. Acesso em: 24 out. 2018

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016. Acesso em: 22 set. 2018

ROSADO, I. V. M; RUSSO, G. H. A; MAIA, E. M. C. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. **Ciências e saúde coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3021-3032, out, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n10/3021-3032/>. Acesso em: 2 dez 2018

SALA, A.; PARREIRA, S. M. C. P. O trabalho no setor hospitalar: adoecimento e afastamentos por motivos de saúde. *In*: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SANTANA, V. S, SILVA, J. M. Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios. *In*: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: MS; 2009. p. 175-204. Disponível em: <http://www.saudeetrabalho.com.br/download/sus-20anos.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2018

SANTOS, A. R. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 8. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

SANTOS, A. S. et al. Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 421-438, mai./ago, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462017000200421&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 nov. 2018

SANTOS, P. R. **Saúde do trabalhador no trabalho hospitalar: metodologias integradas de avaliação de experiências nos espaços de intervenção em hospitais no estado do Rio de Janeiro**. 2010. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25495_paula_ultima_versao_22_01-2010.pdf. Acesso em: 28 nov. 2018

SANTOS, P. V.; MARTINS, P.E.S. Qualidade de vida no trabalho: contribuições dos programas de saúde e segurança no trabalho. **Ideias & Inovação**, v. 3, n. 1, p. 35-44, fev, 2016. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/ideiaseinovacao/article/view/2989>. Acesso em: 05 dez. 2018

SARTORETO, I. S; KURCGANT, P. Satisfação e Insatisfação no trabalho do Enfermeiro. **Revista brasileira de ciências da saúde**, v. 21, n. 2, p. 181-188, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/23408>. Acesso em: 30 nov. 2018

SBISSA, A. P; RIBEIRO, N; SBISSA, A. S. A relação entre a satisfação no trabalho com a saúde do trabalhador: um estudo em uma cooperativa de crédito. **Arquivos Catarinense de Medicina**, v. 4, n. 3, p. 147-159, jul./set., 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/315>. Acesso em: 28 nov. 2018

SCHMIDT, M. L. G. et al. Significados e sentidos do trabalho: reflexões para a atuação do médico do trabalho na contemporaneidade. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 138-142, mai, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317271575_Significados_e_sentidos_do_trabalho_r_eflexoes_para_a_atuacao_do_medico_do_trabalho_na_contemporaneidade. Acesso em: 29 nov. 2018.

SELIGMANN, E. Saúde mental relacionada ao trabalho: as visões teóricas sob a pressão da precarização *In*: MACÊDO, K. B. et al (Org.). **Organização do trabalho e adocimento uma visão interdisciplinar**. Goiânia: Ed. da PUC, 2016, 332p.

SHOJI, S; SOUZA, N. V. D. O; FARIAS, S. N. P. Impacto do ambiente laboral no processo saúde doença dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade ambulatorial especializada. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 43-48, jan./mar., 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/984>. Acesso em: 30 nov 2018.

SILVA, Claudia Osorio da; RAMMINGER, Tatiana. O trabalho como operador de saúde. **Ciências & saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4751 - 4758, dez, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204751. Acesso em: 28 nov 2018

SILVA JUNIOR, F. F; MERINO, E. Proposta de gestão do absenteísmo da enfermagem hospitalar: uma revisão sistemática. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 546-53, out, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000500546&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: Acesso em: 28 nov. 2018

SILVA, V. L. S, CAMELO, S. H. H. A competência da liderança em enfermagem conceitos, atributos essenciais e o papel do enfermeiro líder. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 21, n. 4, p. 533-9, out./dez., 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321721780_A_competencia_da_lideranca_em_enfermagem_conceitos_atributos_essenciais_e_o_papel_do_enfermeiro_lider. Acesso em: 26 out. 2018.

SILVA, F. F. da; MORAES, S. T; RIBEIRO, J. A. Estratégias utilizadas pelo enfermeiro na assistência ao paciente grave na unidade de urgência e emergência. **Enfermagem Revista**, v. 19, n.1, 2016. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11645>. Acesso em: 02 dez. 2018

SILVA, A. H; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v.17, n.1, 2015. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018

SILVA, A. da; GONÇALVES, M; ZONATTO, V. C. da S. Determinantes de Prazer e Sofrimento no Trabalho Hospitalar: Uma Análise à Luz da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho. **IN**: 6º Congresso UFSC de Controladoria e Finanças; 6º Congresso UFSC de Iniciação Científica e Contabilidade; 9º Congresso Iberoamericano de Contabilidad e Gestión. Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. Disponível em: http://dvl.ccn.ufsc.br/congresso_internacional/anais/6CCF/7_17.pdf. Acesso em: 28 nov. 2018.

SILVA, J. P. C; FERREIRA, L. S; ALMEIDA, L. F. A nova organização do trabalho e a saúde do trabalhador. **Anais** [...] 5º Encontro Internacional de Política Social e 12º Encontro Nacional de Política Social. Vitória, Espírito Santos, 5 a 8 junho 2017. ISSN 2175-098X. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/16572>. Acesso em: 27 out. 2018

SILVA, L.A. Saúde do trabalhador brasileiro e a atuação da enfermagem do trabalho. **Revista de Enfermagem UFPE (online)**, 7 (esp.), nov. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12308/14991>. Acesso em: 29 nov. 2018

SILVA, L. L. C. F da. Aspectos da vida cotidiana na vida do trabalhador: O estranhamento do trabalho e da cidade. **Revice – Revista de Ciências do Estado**, v.2, n.1, p. 380-396, jan./jul., 2017. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/revice/article/view/6356>. Acesso em: 30 nov. 2018

SILVA, M. H. **Trabalho por Turnos e Noturno: Impacto na Qualidade de Vida e na Automedicação dos Enfermeiros**. 2017. Dissertação (Mestrado de Gestão em Saúde). Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, Portugal. 2017. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/30892/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Maria%20Helena%20Silva.pdf>. Acesso em: 2 dez 2018

SILVA, M. P.; MEDEIROS, S. M.; QUENTAL, L. L. C. Relacionamento interpessoal da equipe enfermagem: fragilidades e fortalezas. **Revista enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, e7657, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/7657>. Acesso em: 25 nov 2017

SILVA, R. M.; et al. Efeitos do trabalho na saúde de enfermeiros que atuam em clínica cirúrgica de hospitais universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2743, 2016b. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj82ZqnytTgAhUIrkGHUj2APwQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Frlae%2Fv24%2Fpt_0104-1169-rlae-24-02743.pdf&usq=AOvVaw2A6qVKINydIsm55Uc9alcO. Acesso em: 28 nov. 2018

SILVA, R. M. da et al. Sentido do trabalho para enfermeiros noturnos de um hospital universitário: estudo descritivo. Sentido do trabalho para enfermeiros noturnos de um hospital universitário: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 10, n. 3, set./dez., 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3433/1091>. Acesso em: 01 dez. 2018

SILVA, S. M. et al. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 300-308, fev, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-11692013000100003&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 13 out. 2018

SINDISAÚDE. Sindicato de Saúde Vale dos Sinos. **Benefícios da Jornada de 30 Horas para a Enfermagem.** 2014. Disponível em: <http://www.sindisaudevs.com/2014/02/beneficios-da-jornada-de-30-horas-para.html>. Acesso em: 2 dez 2018.

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v.19, n.1, p. 47 - 53, mar., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047. Acesso em: 16 dez. 2018

SOBRINHO, A. B. et al. Liderança do Enfermeiro: Reflexões Sobre o Papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.12, n. 41, p. 693-710, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1238/1851>. Acesso em: 02 dez 2018

SOUZA, C. C. Atuação do enfermeiro na classificação de risco em serviços de urgência e emergência e a segurança do paciente. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, n. 1110, 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2552>. Acesso em: 28 nov. 2018

SOUZA, L. L. de et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, v. 19, n. 2, p. 218-232, 2014. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/viewFile/908/pdf_13. Acesso em: 25 fev 2019.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Repercussões psicofísicas na saúde do enfermeiro da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 236-243, abr./jun., 2010. Disponível em: Repercussões psicofísicas na saúde do enfermeiro. Da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. Acesso em: 28 nov. 2018

SOUZA, M. A. S. L. As novas configurações do trabalho em saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos**, v. 9, n. 2, p. 334 - 344, ago./dez., 2010. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7340>. Acesso em: 30 nov. 2018

SOUZA, N. V. D. O. et al. Acumulação flexível do capital e o trabalho em enfermagem: revisão de literatura. **Revista Enfermagem Profissional**, v. 1, n. 1, p. 236-251, jan./abr., 2014.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 961-9, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267052669004/>. Acesso em: 05 dez 2018

SOUZA, V. A. **Análise psicodinâmica do trabalho docente na rede pública estadual** (manuscrito). 2014. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Goiás, 2014. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4080>. Acesso em: 30 nov. 2018

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. da S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 2, p. 156-60, mar./abr., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a05.pdf>. Acesso em: 28 nov 2018

SPRANDEL, L. I. S; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, v. 14, n. 4, p. 794-802, out./dez., 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a07.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

SZNELWAR, L. I; UCHIDA, S; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo social – Revista de Sociologia da USP**, v. 23, n. 1, p. 11-30, jun., 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702011000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 Nov. 2018.

TAMBELLINI, A. T; ALMEIDA, M. G. de; CAMARA, V. de M. Registrando a história da Saúde do Trabalhador no Brasil: notas sobre sua emergência e constituição. **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v. 11, n. 32, p. 21-37, jul./dez., 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/10154/8137>. Acesso em: 28 out 2018

TRAESEL, E. S. **Psicodinâmica do reconhecimento**: sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/10099>. Acesso em: 28 nov. 2018

UMANN, J; GUIDO, L. A.; FREITAS, E. O. Produção de conhecimento sobre saúde e doença na equipe de enfermagem na assistência hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 162-168, jan./mar., 2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10931>. Acesso em: 02 dez. 2018

UNICAMP. **Qualidade de vida e políticas públicas**: saúde, lazer e atividade física / Roberto Vilarta (Org.). Campinas, SP: IPES Editorial, 2004.156p.

VASCONCELLOS, L. C. F. L.; GOMES, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do trabalhador. **Ciência & saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, 2014. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/files/pt_1413-8123-csc-19-12-04617.pdf. Acesso em: 30 out. 2018

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B.; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trabalho, educação e saúde**, v. 7, n. 3, p. 445-462, nov. 2009/ fev. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462009000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 dez. 2018

VIEGAS, L. R. T; ALMEIDA, M. M. C. Perfil epidemiológico dos casos de LER/DORT entre trabalhadores da indústria no Brasil no período de 2007 a 2013. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, e22, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572016000100213&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 nov. 2018

VIEIRA, M. L. C. **Presenteísmo na enfermagem**: repercussões para a saúde do trabalhador e a organização hospitalar. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=758258&indexSearch=ID>. Acesso em: 29 set. 2018

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência & saúde coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, jun., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000600011&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 30 out. 2018

VINUTO, J. Amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: Um debate em aberto. **Temáticas**, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: <https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144>. Acesso em: 30 nov. 2018

WISNIEWSKI, D. et al. Satisfação profissional da equipe de enfermagem x condições e relações de trabalho: estudo relacional. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 850-8, jul./set., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00850.pdf.

ZANELLI, J. C. Sobre os temas transdisciplinares em saúde mental e trabalho. In: MACÊDO, K. B. et al (Org.). **Organização do trabalho e adoecimento uma visão interdisciplinar**. – Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2016, 332p.

APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico, laboral e de saúde



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
 Centro Biomédico
 Faculdade de Enfermagem

TÍTULO DO PROJETO: Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, LABORAL E DE SAÚDE

QUESTÕES:

a.1- Qual sua idade em anos? _____

a.2- Qual seu sexo? () feminino () masculino

a.3- Escolaridade: Nível médio () Nível superior incompleto () Nível superior completo

a.4- Categoria profissional: Enfermeiro () Técnico/aux.enf.()

a.5- Possui pós-graduação: () Não () Sim

a.5.1 Em caso afirmativo quanto à pós-graduação, assinale o nível desta pós-graduação:
 especialização () mestrado () doutorado ()

a.6 - O censo brasileiro (IBGE) usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça da pessoas. Como voce classifica sua raça/cor?

() Preta/negra () Parda () Branca () amarela () indígena

a.7 – Há quanto tempo voce é formado na categoria em que está lotado no hospital?

----- Ano(s) ----- Mês (es)

a.8 – Qual sua situação conjugal atual?

() casado(a) () vive em união () viúvo (a)

() separado(a) ou divorciado(a) () solteiro (a)

a.9- Qual seu regime de trabalho na instituição?

() 20 horas semanais

() 30 horas semanais

() 40 horas semanais

a.10 – Qual é aproximadamente sua renda líquida?

() 1.500,00 a 3.000,00

() 3.001,00 a 4.000,00

() 4.001,00 a 5000,00

() 5.001,00 a 6.000,00

() mais 6.001,00

a.11 – Qual sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos com descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- () Entre entre 1.500,00 a 3.000,00
 () Entre 3.001,00 e 4.000,00
 () Entre 4.0001,00 e 5.000,00
 () Entre 5.001,00 e 6.000,00
 () Entre 6.001,00 e 7.000,00
 () Entre 7.001,00 e 8.000,00
 () Entre 8.001,00 e 9.000,00
 () Acima de 9.001,00

a.12 – Quantas pessoas (adultos e crianças) ,incluindo você, dependem dessa renda?-----
 pessoas

a.13 – Há quanto tempo voce trabalha na enfermagem? ----- anos e ----- meses

a.14 – Há quanto tempo trabalha no hospital? ----- anos

a.14.1- Em qual setor está lotado? -----

a.15 - Turno de trabalho: Diurno () Noturno () escala mista ()

a.16 – Voce tem outro emprego? () Não () Sim Quantos ? -----

a.16.1 – Em caso de outro emprego, qual é o vínculo laboral desse outro emprego?
 Público () Privado () Autonomo () Outros () Especifique_____

a.16.2 – Qual é a carga horário semanal deste outro emprego? -----

a.17 – Qual é seu vínculo de trabalho no hospital?

- Estatutário ()
 Contratado pela CLT: REDA () Fundação Estatal () Cargo Comissionado ()
 Terceirizado ()
 Outros () Especifique_____

a.18 - Função que exerce atualmente:

- Assistencial () Coordenação/ direção/ chefia () outra ()

a.19 – Você tinha alguma doença antes de iniciar suas atividades laborais?

- () Não
 () Sim. Qual /Quais:_____

a.20 – Nos últimos 12 meses você se ausentou do trabalho por motivo de doença?

- () Não
 () Sim. Quantas vezes? -----

a.20.1 – Qual foi o tempo médio deste afastamento?

- Menos de 6 dias () 7 a 15 dias () 16 a 30 dias () Mais de 30 dias ()

APÊNDICE B - Entrevista semiestruturada

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
 Centro Biomédico
 Faculdade de Enfermagem

Dados de Identificação:

- Categoria Profissional: Enfermeiro () Téc. de enfermagem () Aux. de enfermagem ()
- Sexo: Masc. () Fem. ()
- Idade: ____ Escolaridade: Nível médio () Superior completo () Superior Incompleto ()
- Tempo de Atuação no Hospital: _____
- Setor de Atuação: _____ turno _____

Questões Acerca do Objeto:

1. O que significa o trabalho para você?
2. Descreva o seu dia de trabalho
3. Comente sobre sua jornada de trabalho e as tarefas que tem que realizar diariamente
4. Fale de sua relação com os coordenadores, diretores e colegas de trabalho.
5. Fale sobre o processo de adoecimento dos trabalhadores (as) de enfermagem desta instituição.
6. O que te leva a sentir prazer e sofrimento no trabalho?
7. Fale sobre a existência ou não de alguma estratégia que você e/ou o grupo de trabalhadores (as) adotam para minimizar ou driblar os entraves no contexto laboral.
8. Exponha sobre a existência de medidas e/ou ações adotadas pela instituição para prevenir agravos à saúde dos trabalhadores (as).
9. Descreva as estratégias utilizadas pelos trabalhadores de enfermagem para prevenir ou minimizar os efeitos nocivos do trabalho no processo saúde doença desses profissionais.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Título do Projeto: Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - Av. José Moreira Sobrinho S/N – Jequiezinho – Jequié/BA, ou pelo telefone (73) 3528-9600 ou pelo e-mail: silviohgpv@gmail.com, para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações. Esta pesquisa tem como objetivos: I) Caracterizar os aspectos sociodemográficos, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público da Bahia; II) Descrever a configuração da organização do trabalho de uma instituição hospitalar pública, da Bahia, sob a ótica dos trabalhadores de enfermagem ; III) Analisar as repercussões da organização do trabalho hospitalar, para a dinâmica do prazer e sofrimento dos trabalhadores de enfermagem; e IV) Discutir as estratégias adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para minimização do sofrimento decorrente da organização do trabalho. Este estudo apresenta risco mínimo e justifica-se pela constatação de que muitos trabalhadores da saúde têm adoecido precocemente em função da configuração da organização do trabalho. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A sua participação é voluntária, e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Sua inserção nesta pesquisa consistirá em participar em responder a um questionário e a uma entrevista, a qual será gravada por meio de aparelho de *MP5 player* e posteriormente transcrita pelo próprio pesquisador. Também será observado seu processo de trabalho na instituição. O risco desta pesquisa refere-se à possibilidade de cansaço, desconforto, ao responder ao questionário, ou aborrecimento e constrangimento durante as gravações de áudio na entrevista e observação, ao reviver as situações de trabalho que lhes causaram quaisquer experiências e/ou danos físicos e/ou psíquicos. Se você se sentir desconfortável ou constrangido ao responder às perguntas, pode interromper a sua participação, caso queira, sem que isso lhe traga algum prejuízo, e durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso. Você terá a garantia de manutenção do sigilo e da privacidade das informações e gravações. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado é a contribuição com a pesquisa que pretende contribuir com a promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo no qual constam os contatos institucionais do pesquisador, pelo qual poderá solicitar informações, sanar possíveis dúvidas sobre a pesquisa, ou retirar sua participação a qualquer momento. Os resultados da pesquisa serão

divulgados aos participantes da pesquisa e a comunidade geral e científica. Você não será identificado em nenhuma publicação. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso. Caso haja algum prejuízo por quaisquer danos decorrentes dessa pesquisa, compensações estarão de acordo com as normas da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Se você achar que foi informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco. Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

Jequié, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante: _____

CPF do Participante: _____

Silvio Arcanjo Matos Filho – CPF: 150.361.62587
Pesquisador responsável

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: SILVIO ARCANJO MATOS FILHO

ENDEREÇO: AV. JOSÉ MOREIA SOBRINHO, 622. B. JEQUIEZINHO, JEQUIÉ- BA

FONE: (73) 999630894 - Email: silviohgpv@gmail.com

"Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UESB. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade".

CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

AVENIDA: JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N - UESB

JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190

FONE: (73) 3528-9727 / E-MAIL: cepuesb.jq@gmail.com. tel: (73) 3528-9727



APÊNDICE D - Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Título do Projeto: **Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem**

Eu _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores, **Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza** e **Prof.^o Ms Silvio Arcanjo Matos Filho** do Curso de (Doutorado Interinstitucional UESB/UERJ) do projeto de pesquisa intitulado “**Organização do trabalho hospitalar e as repercussões para o prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem**” a realizarem as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003).

Jequié – BA ___/___/___

Prof.^a Dra. Norma Valéria D. de O. Souza
Orientadora

Prof. Ms. Silvio Arcanjo M. Filho
Pesquisador responsável

Participante da pesquisa

APÊNDICE E - QUADRO DAS UNIDADES DE REGISTRO

Quadro 2 – Unidades de Registro (continua)

UNIDADE DE REGISTRO	Nº-Total UR	% UR
Trabalho significa Fonte de sustento/sobrevivência	20	5.13
Trabalho como sinônimo de utilidade	03	0.77
Trabalho como necessidade básica	01	0.25
Trabalho como bem-estar	02	0.51
Trabalho como protetor da saúde mental	01	0.25
Trabalho como ajuda /colaboração	02	0.51
Trabalho como prazer	04	1.02
Trabalho é alegria	01	0.25
Trabalho é amor	03	0.77
Valor subjetivo do trabalho	03	0.77
Trabalho por obrigação é sofrimento	03	0.77
Trabalho Significa tudo	03	0.77
Trabalho como ocupação/atividade	03	0.77
Trabalho como realização profissional	07	1.8
Trabalho como motivação	03	0.77
Trabalho como Responsabilidade / compromisso	07	1.8
Trabalho como atividade/oportunidade	01	0.25
Realização pessoal	02	0.51
Trabalho como risco de agressão	01	0.25
Trabalho é fazer o bem as pessoas	03	0.77
Trabalho como terapia	02	0.51
Trabalho é dignidade	02	0.51
Relações de poder hierárquicas difíceis	04	1.02
Estranhamento no trabalho	02	0.51
Pressão psicológica no trabalho (Estresse)	15	3.8
Chefias autoritárias/punitivas	14	3.6
Trabalho prescrito e real	05	1.3
Sobrecarga física	14	3.6
Sobrecarga de trabalho como determinante de adoecimento	18	4.6
Envolvimento profissional-paciente	05	1.3
Falha de comunicação entre coordenação e subordinado	04	1.02
Condições de trabalho deficientes	05	1.3
Impotência	01	0.25
Incerteza com a mudança de gestão	02	0.5
Alimentação deficiente	01	0.25
Medo	01	0.25
Relacionamento interpessoal satisfatório entre membros da equipe	15	3.8
Mudança de ambiente	03	0.77
Readaptação funcional como fator de diminuição da sobrecarga de trabalho	03	0.77
UNIDADE DE REGISTRO (continuação)	Nº Total UR	% UR

Respeito a hierarquia	01	0.25
Comunicação como instrumento de interação	02	0.51
Importância do ambiente organizado para melhor fluidez do trabalho	03	0.77
Priorização do cuidado	03	0.77
Divisão do trabalho de enfermagem	02	0.51
Trabalho noturno	02	0.51
Rotina no trabalho técnico manual	17	4.3
Trabalho intelectual/mental da enfermagem	04	1.02
Bom relacionamento interpessoal como motivo de prazer	15	3.8
Trabalho com amor pela profissão e pacientes	08	2.05
Certeza do dever cumprido como forma de obter prazer	18	4.6
Precariedade do trabalho	07	1.8
Desmotivação no trabalho	04	1.02
Falta de apoio da equipe	03	0.77
Fatores externos (dupla jornada, deslocamento, família distante)	03	0.77
Assistência inadequada ao paciente	13	3.3
Sofrimento mental devido mudança de setor de Trabalho	01	0.25
Obrigatoriedade em viajar acompanhando paciente	01	0.25
Sofrimento mental imposto pela doença	04	1.02
Lazer	02	0,51
Religiosidade	03	0,77
Despersonalização e negação da pessoa enferma	03	0.77
Fragmentação da relação trabalhador-paciente	03	0.77
Desabafar com a colega	03	0.77
Fuga do trabalho/ fugir do problema	04	1.02
Apoio familiar	02	0.51
Atividade física	03	0.77
Fuga das discussões	02	0.51
Terapia como fator minimizador do stress	01	0.25
Distanciamento e negação dos sentimentos	10	2.56
Atentar para normas de biossegurança	04	1.02
Escuta ativa	01	0.25
Se calar/recuar	01	0.25
Individualismo	08	2.05
Assistência psicológica e fisioterápica	11	2.8
Manter bom relacionamento interpessoal/ respeito	04	1.02
Humanização/valorização para minimizar o sofrimento	08	2.05
Técnica de relaxamento	04	1.02
Acomodação adequada para o conforto do servidor	08	2.05
Percepção da força da profissão	03	0.77
Melhorar o quantitativo de pessoal - Reduzir a carga horária	02	0.51
Ausência de assistência ao trabalhador		
TOTAL	390	100

Fonte: Dados da pesquisa

APÊNDICE F

Quadro 3 - Estruturação das Categorias

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	Nº. da UR	% da UR
1. A configuração da organização do trabalho hospitalar		206	52,8
	1.1. Concepções negativas e positivas da organização do trabalho		
	1.2. Processo de trabalho da enfermagem: trabalho manual e trabalho intelectual		
2. Sentimentos de prazer e sofrimento decorrentes da organização do trabalho hospitalar		98	25,1
	2.1. Prazer consequente do trabalho		
	2.2. Sofrimento derivado da dinâmica laboral.		
3. Estratégias de defesa contra o sofrimento psíquico: individuais e coletivas	---	86	22,1
TOTAL		390	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO HOSPITALAR E AS REPERCUSSÕES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Silvio Arcanjo Matos Filho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73304617.7.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.414.553

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO HOSPITALAR E AS REPERCUSSÕES NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM" se apresenta focado na necessidade de estudar a nova configuração da organização do trabalho hospitalar inserida no contexto do modelo neoliberal, que tem contribuído para o adoecimento precoce de trabalhadores de saúde, principalmente, por doenças osteomusculares e as de natureza psíquica, gerando alto absenteísmo, presenteísmo e processos de readaptação funcional precoce. Para isso irá analisar o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem e técnicos em seus postos de trabalho a fim de contribuir com a promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa são:

Caracterizar os aspectos sociodemográficos, laborais e de saúde dos trabalhadores de enfermagem afastados por licença de saúde de um hospital público da Bahia;

Descrever a configuração da organização do trabalho de uma instituição hospitalar universitária de natureza pública;

Identificar as repercussões da organização do trabalho desta instituição hospitalar na saúde dos trabalhadores de enfermagem;

Analisar as estratégias adotadas pelos trabalhadores de enfermagem para minimização dos efeitos

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiézinho

CEP: 45.208-510

UF: BA

Município: JEQUIÉ

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-8883

E-mail: cepuesb.ja@gmail.com

Arquivo

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.414.553

negativos da organização laboral no processo saúde-doença destes trabalhadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As alterações sugeridas pelo CEP-UESB foram feitas e os riscos agora estão bem claros no TCLE. Os benefícios da pesquisa são bem apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É uma pesquisa de relevância para os profissionais de enfermagem e para a melhoria do processo de trabalho, implicando diretamente na qualidade de vida desses profissionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com o recomendado pelo CEP UESB (Termo de uso de imagem, Termo de convênio entre a UESB e o Local onde será realizada a pesquisa, Anuência do orientador, Termo de comprometimento, Termo de pesquisa não iniciada e TCLE).

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As correções sugeridas pelo CEP UESB foram seguidas e o projeto se encontra sem pendências éticas para sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da UESB/Jequié reunido em 04/12/2017, aprova o parecer emitido pelo relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_970920.pdf	02/11/2017 22:53:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoelinter.pdf	02/11/2017 22:52:05	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	novoTCLE.docx	02/11/2017 22:41:51	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	termoimagem.docx	04/08/2017 20:31:22	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.205-010
UF: BA Município: JEQUIÉ
Telefone: (75)3525-9727 Fax: (75)3525-9983 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

O. Barbosa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.414.553

Outros	observacao.docx	04/08/2017 20:24:41	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	entrevista.docx	04/08/2017 20:22:36	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	questionario.docx	04/08/2017 20:22:08	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	orcamento.docx	04/08/2017 20:21:31	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	pesquisa.pdf	04/08/2017 20:19:43	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	comprometimento.pdf	04/08/2017 20:17:54	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	convenio.pdf	04/08/2017 20:17:13	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	oficio.pdf	04/08/2017 20:16:12	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Outros	orientador.pdf	04/08/2017 20:09:16	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	04/08/2017 19:56:34	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	04/08/2017 19:15:02	Silvio Arcanjo Matos Filho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUEI, 04 de Dezembro de 2017

Ana Barbosa

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jaculecinto

CEP: 45.206-010

UF: BA

Município: JEQUEI

Telefone: (73)3525-4727

Fax: (73)3525-6583

E-mail: cepuasb.jq@gmail.com