

## 1. INTRODUÇÃO – APROXIMANDO DO CAMPO

Pensamos demasiadamente  
Sentimos muito pouco  
Necessitamos mais de humildade  
Que de máquinas.  
Mais de bondade e ternura  
Que de inteligência.  
Sem isso,  
A vida se tornará violenta e  
Tudo se perderá.  
*Charles Chaplin*

O desejo de analisar os aspectos relacionados ao adoecimento dos trabalhadores da enfermagem surgiu a partir de minha inserção no estágio em um hospital universitário, onde havia uma demanda de um estudo sobre os profissionais que se encontravam em desvio de função e remanejados de seus postos de trabalho devido ao adoecimento no trabalho. Desenvolvi uma pesquisa junto com um grupo de estagiários de psicologia do trabalho, sobre o processo de adoecimento daqueles trabalhadores onde alguns aspectos relacionados aos modos de subjetivação/sofrimento psíquico foram analisados. Resultou no meu trabalho de conclusão de curso de formação de psicólogo, mas as inquietações sobre essa temática não se esgotaram e ressoam nesta pesquisa de mestrado.

Neste ano de 2011, assumi a gerencia de recursos humanos de um hospital privado de Belém, onde pude observar questões e fenômenos relacionados ao trabalho vivo em ato; adoecimento dos profissionais na instituição; alto índice de absenteísmo dos profissionais da enfermagem, principalmente relacionados ao afastamento por doença; relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real; dentre outros que irei abordar neste trabalho. Portanto a escolha do campo da pesquisa se deu pela inserção no ambiente de trabalho deste hospital, a relação próxima do setor de recursos humanos com os profissionais da enfermagem e a possibilidade de, em outro momento, comparar os dados obtidos na pesquisa que realizei em um hospital público do Estado do Pará (VIEIRA, 2008) que aborda a mesma temática.

Considerando que o processo de adoecimento no trabalho acarreta limitações físicas e emocionais e envolve aspectos subjetivos, pensei em duas questões iniciais: como é realizado o cuidado aos trabalhadores da profissão da enfermagem que adoecem no trabalho? E qual a relação do adoecimento com o trabalho realizado?

Ao realizar um levantamento da literatura especializada, percebi que, embora no Brasil nos últimos vinte anos tenha havido um grande desenvolvimento de pesquisas relacionadas à saúde do trabalhador de saúde, ainda há uma tradição de pesquisas relacionadas ao trabalho operário: Laurell, Noriega (1989); Lobo (1991); Muniz, Athayde e Neves (2004); na indústria: Figueiredo (2004), Araújo e Porto (2004); Barros (2007); na automação: Moraes (2008); em escolas: Athayde (1988); Freitas (2007); Silva, Brito, Neves e Athayde (2009); Silva, Brito e Athayde (2004); nos sistemas e serviços de transportes: Jardim (1994), Pinto e Neves (2004); no sistema financeiro: Ruffeil (2002; 2009); Martins (2007); Rocha (2007); Rego, Vieira, Pereira e Pacas (2007); Sousa, Ferreira, Castro-Silva e Martins (2007); e o inédito trabalho que busca discutir o adoecimento dos trabalhadores da aquicultura e da pesca artesanal no Pará: Brasil (2009). Por outro lado encontrei trabalhos relevantes, tais como Oliveira (1998), Osório (2002), Pitta (1999), Penteado (1999) e Rego (1993) que dialogam diretamente com a temática desta dissertação.

O adoecimento físico e mental dos profissionais de saúde precisa ser problematizado com maior visibilidade. Um trabalho que é uma dramática<sup>1</sup> diferente, à medida que o usuário não se objetiva no trabalho médico e os fatores que envolvem o trabalho vivo, podem se constituir em fontes de adoecimento para o trabalhador da saúde.

Na práxis cotidiana e na literatura especializada são apontados vários aspectos que podem estar influenciando no sofrimento dos trabalhadores de saúde, tais como: a precarização do trabalho nos hospitais, das extensas, cansativas e, muitas vezes, dolorosas jornadas de trabalho, da baixa remuneração, a possibilidade da morte de pacientes e outros entraves enfrentados diariamente por estes profissionais da saúde.

Desde a sua criação, no início dos anos 90, o SUS incorporou a área da Saúde do Trabalhador e tomou pra si as questões referentes à execução de ações voltadas para o estudo, a assistência, a prevenção e a vigilância aos agravos à saúde relacionados ao

---

<sup>1</sup>Tal consideração do taylorismo permite avançar a proposição geral de que todo o trabalho é sempre *uso de si*, considerando-o, simultaneamente, *uso de si por outros* (o que vai das normas econômico-produtivas às instruções operacionais) e *o uso de si por si* (o que revela compromissos microgestionários).

Essa formulação tem a particular vantagem de sugerir as modulações tendenciais que afetam o engajamento das pessoas e do psiquismo nas transformações do trabalho, assim como as formas patológicas tendencialmente ligadas a essas modulações. Ajuda a compreender que a delegação progressiva das instruções operatórias ao uso de si por si possa redefinir certas funções de domínio do fazer ou de primeiro enquadramento, já que enfim a negociação dos usos de si é sempre problemática, sempre lugar de uma *dramática*. A atividade industriosa é sempre um *destino a viver* (SCHWARTZ, 2004, p. 25).

trabalho. No entanto, desde a sua implementação, há pouca efetividade e ações que dêem visibilidade à saúde dos trabalhadores de saúde.

Neste trabalho discuti sobre a saúde do trabalhador da enfermagem sobre três focos centrais de análises: 1) sobre o trabalho e a saúde mental, destacando a psicodinâmica do trabalho, que tem como maior expositor Christophe Dejours; 2) processo saúde e doença para psicodinâmica do trabalho, envolvendo concepções de Dejours, Freud e Canguilhem; 3) processo de trabalho em saúde, considerando as contribuições de Merhy e Franco, principalmente. Como tema transversal discuti como a categoria cuidado se relaciona com o processo de trabalho em saúde (MERHY, 2002; FERLA, 2007). Os principais conceitos que utilizei para esta análise são: trabalho vivo/morto e trabalho vivo em ato, trabalho prescrito e trabalho real, organização do trabalho em saúde.

Os estudos sobre sofrimento psíquico dos trabalhadores de saúde têm demonstrado que a relação dos trabalhadores com o seu objeto/sujeito é um fator importante a ser estudado, pois essa relação intersubjetiva<sup>2</sup> entre o usuário e o cuidador é parte de um trabalho vivo. Como tal, se constitui em uma dramática, à medida que é uma relação mediada por afetos, dor, sangue, tensões, possibilidade de tratamento e de colocar-se no âmbito da normalidade.

Participando do Estágio Supervisionado em Psicologia do Trabalho, que se tinha como demanda avaliar em que situação se encontravam os trabalhadores de enfermagem que foram afastados de suas funções por conta de doenças relacionadas ao trabalho. Nessa atividade, pude constatar que as perspectivas da psicodinâmica do trabalho e da ergonomia nos ajudam a compreender as dimensões do trabalho vivo realizado na saúde.

Abordei o trabalho aqui compreendendo este como categoria central para refletir a vida social, englobando toda a subjetividade do trabalhador e os modos de subjetivação que o influenciam, podendo se revelar como um status social (ANTUNES, 2000), como meio de sobrevivência e de uso das potencialidades e de suas capacidades criadoras e também um fator essencial de equilíbrio e desenvolvimento humano (DEJOURS, 2003). Segundo Dejours (2007, p.21), o trabalho “é e continuará central em face da construção da identidade e da saúde, da realização pessoal, da formação das relações entre homens e mulheres, da evolução da convivência e da cultura”. Dejours (2004) observa ainda que o trabalho desempenha um papel essencial de formação do espaço público, pois trabalhar não é tão só produzir: trabalhar é ainda viver junto.

Para Mendes (2007), o trabalho tem importância fundamental na vida do homem e cria a oportunidade de realização e de construção de identidade como sujeito psicológico e social, permitindo um reconhecimento de si próprio como alguém que existe e tem importância para a existência do outro, transformando o trabalho em um meio de estruturação psíquica do homem. Neste sentido, o trabalho se constitui como fonte de prazer e de realização. Por outro lado, quando o trabalhador encontra-se em um

---

<sup>2</sup> Seria conveniente dissociar radicalmente os conceitos de *indivíduo* e de *subjetividade*. Para mim, os indivíduos são o resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. Freud foi o primeiro a mostrar até que ponto é precária essa noção de totalidade de um ego. A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social. Descartes quis colar a idéia de subjetividade consciente a idéia de indivíduo (colar a consciência subjetiva à existência do indivíduo) – estamos nos envenenando com essa equação ao longo de toda a história da filosofia moderna. Nem por isso, deixa de ser verdade que os processos de subjetivação são fundamentalmente descentrados em relação à individuação (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 31).

contexto de precariedade e de falta de oportunidades de manifestação de sua subjetividade, o trabalho pode tornar-se penoso e doloroso, levando ao desgaste físico e mental, transformando-o em fonte de sofrimento e doença (DEJOURS, 2003; NEVES; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004; MENDES, 2007).

Várias pesquisas (DEJOURS, 2003; NEVES; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004; MENDES, 2007) que tratam da relação entre saúde mental, sofrimento psíquico e trabalho vêm sendo desenvolvidas a partir de várias perspectivas, buscando compreender as possíveis condições e relações de trabalho e suas implicações na vida e na saúde dos trabalhadores. Estas percorrem diversos caminhos, como o da fisiologia, da psicossomática, da psicopatologia e da psicodinâmica do trabalho. Embora a complexidade da relação entre saúde mental e trabalho necessite, muitas vezes, extrapolar os limites de uma determinada abordagem, busquei na psicodinâmica do trabalho subsídios para a compreensão do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, sem, no entanto, descuidar da atividade<sup>3</sup> naquilo que ela tem de real, de impossibilidade, do vir a ser, ou seja, da relação subjetiva que se constrói na práxis cotidiana do trabalho.

É evidente que as condições de trabalho influenciam no sofrimento dos trabalhadores da saúde, conforme apontam vários trabalhos desenvolvidos sobre a temática do trabalho em saúde, como por exemplo, a tese de Rego (1993) intitulada “Trabalho Hospitalar e Saúde Mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro”, na qual tentou estabelecer correlações entre a organização do trabalho e o sofrimento psíquico dos trabalhadores em um hospital geral e público do município do Rio de Janeiro, onde demonstrou que o nível de sofrimento de cada um dos trabalhadores de um hospital pode variar de acordo com a combinação de vários fatores, entre os quais, o sentimento de impotência para realização de uma tarefa, a percepção de ausência de sentido em muitas atividades que parecem ser inúteis, a sensação de não estar integrada ao hospital, ou mesmo de não se sentir realizado com o seu trabalho.

Pitta (1999), no livro intitulado “Hospital, dor e morte como ofício”, aborda as relações que os profissionais de saúde que trabalham em hospitais estabelecem entre si, no ambiente de trabalho, e com os sentimentos relacionados à dor e à morte, sempre presentes em seu cotidiano profissional. Segundo a autora, o constante contato dos

---

<sup>3</sup> Yves Clot (1999) afirma que a atividade não é apenas aquilo que se faz, mas também o que não se faz, o que não pode ser feito, o que se busca fazer sem lograr êxito (os fracassos), o que poderia ter sido feito, o que se desejou fazer, o que se pensa ou se sonha fazer em outra ocasião, o que fazemos para não fazer o que deve ser feito, o que fazemos sem querer fazer, o que está para ser feito, o que foi suspenso, o não realizado.

trabalhadores de saúde com as pessoas fisicamente doentes ou lesadas pressupõe a execução de tarefas que podem ser agradáveis, ou não, aos profissionais de saúde, e exige que estes tenham que se adequar, cotidianamente, às demandas não só fisiológicas como psicológicas de cada paciente, através de estratégias defensivas. Defende que a reflexão sobre esse processo com a equipe de saúde é imprescindível, a fim de que o hospital deixe de lado seu cunho curativo e se transforme em uma instituição que além de operar a reabilitação orgânica, restaure a dignidade humana.

Penteado (1999) desenvolveu a dissertação sobre “Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador” onde abordou as consequências sobre a saúde dos profissionais da enfermagem e medicina decorrentes do distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Analisou as dificuldades vivenciadas por estes profissionais no âmbito hospitalar, frente ao recrudescimento da tuberculose e suas relações com a organização e o processo de trabalho e destacou que atividades dos profissionais da saúde, especialmente os que trabalham nas unidades de internação, envolvem uma exposição permanente os riscos ocupacionais (de natureza física, química, biológica, ergonômica) e de acidentes, bem como o contato com o sofrimento humano (dor e morte).

A tese defendida por Osório (2002) intitulada “Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde” investigou o processo de produção de subjetividades no hospital. A autora buscou produzir uma metodologia que se constitua em uma ferramenta que seja possível assessorar os trabalhadores de saúde na sua busca de transformação das condições de trabalho e amplie o poder de ação destes trabalhadores para promover mudanças concretas no mundo do trabalho. Utilizou os acidentes de trabalho como possíveis analisadores do processo de trabalho e propôs uma metodologia de análise coletiva destes, que promove a prevenção de novos acidentes e também o desenvolvimento das profissões que compõem a rede de assistência ao doente no hospital.

Em estudos realizados por Oliveira (1998; 2006) em um hospital público no Pará, referência em doenças infecciosas, endêmicas e epidêmicas, foi analisado de que forma o sofrimento psíquico dos trabalhadores nas enfermarias deste hospital é influenciado pela relação destes trabalhadores com os pacientes e com a organização do trabalho. Este constatou uma alta frequência de sofrimento entre os trabalhadores lotados nas enfermarias de doenças infecciosas e parasitárias e aids. Concluiu que as diferentes inserções no processo de trabalho, o plantão noturno, a imprevisibilidade das

tarefas na enfermagem de DIP/aids, a intensidade do trabalho, a hierarquia vivenciada na instituição, a impotência diante da aids e a falta de controle sobre o processo de trabalho, a relação entre os trabalhadores e os pacientes, o absentéismo, as atividades vivenciadas no ambiente extralaboral pelas trabalhadoras de saúde constituem os principais fatores que podem determinar o sofrimento psíquico dos trabalhadores de saúde do hospital estudado.

No mesmo hospital, Vieira (2008) estudou alguns fatores relacionados aos modos de subjetivação/sofrimento psíquico dos trabalhadores de enfermagem foram considerados: (i) a necessidade de ter reconhecido o seu trabalho, no cotidiano prático da enfermagem que é caracterizado por atividades que exigem alta interdependência, o reconhecimento profissional surge como aspecto fundamental na busca de maior eficiência e, conseqüentemente, de maior qualidade na assistência de enfermagem prestada, aliada ao prazer dos trabalhadores; (ii) a organização do trabalho, bem como os eventos situacionais específicos decodificados ou não, vivenciados individual ou coletivamente, em unidades críticas, produzem efeitos sobre o modo de enfrentamento do sofrimento. Nesta pesquisa foi constatado que pelo menos 12% de trabalhadores da divisão de enfermagem encontravam-se em desvio de função e/ou remanejados de seu posto de trabalho ou que apresentavam patologias que poderia interferir na realização de suas funções/atividades para as quais foram contratados. Estes resultados destacam como o adoecimento dos profissionais da saúde reflete no cuidado aos usuários visto que estes deixam de exercer suas atividades, geralmente sobrecarrega os companheiros da equipe e o funcionamento em geral do hospital fica prejudicado.

A realidade de trabalho dos profissionais de saúde (principalmente médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) é bastante peculiar, suas atividades estão relacionadas à vida de muitas pessoas e pode exigir destes diferentes intervenções, de acordo com a demanda de seus pacientes e dificuldades de lidar com processos mórbidos e com a morte anunciada<sup>4</sup>, com as incertezas dos familiares, dos doentes e com as suas próprias incertezas.

A escolha pela categoria da enfermagem se deu devido à importância destes profissionais no cuidado dos usuários no hospital, visto que estes, enfermeiros(as) e técnicos(as) de enfermagem são os profissionais que mais têm contato com os pacientes.

---

<sup>4</sup> Morte anunciada – termo utilizado por Oliveira (1998; 2006) para definir uma forma do trabalhador da saúde de lidar com a morte e com o mórbido, pode ser traduzido como morte-em-vida para alguns pacientes, que é uma morte “social” antes de a morte mesma acontecer, e pode se constituir em sofrimento antecipado dos trabalhadores frente à morte.

Apesar de o trabalho terapêutico, em geral, ser subordinado à prescrição médica, a equipe de enfermagem é a responsável pela execução das condutas prescritas, é por excelência a profissão do “cuidado”.

Quanto à escolha do campo da pesquisa, se deu pela minha inserção no trabalho em um hospital privado da capital do Estado do Pará. Desde fevereiro de 2011 estou atuando como gerente de recursos humanos neste hospital o que possibilitou uma proximidade com o ambiente de trabalho, a realidade dos setores e dos profissionais que atuam neste hospital. Ainda, compreender como o adoecimento destes profissionais tem se estabelecido e se tem relação com o trabalho desenvolvido por esses. Para isso, é de fundamental importância pensarmos em estratégias, enquanto organização, que contribuam para diminuir ou eliminar este problema enfrentado cotidianamente. Por exemplo, temos vivenciado um alto índice de absenteísmo referente ao afastamento do trabalho por motivos de doenças, principalmente com os(as) técnicos(as) em enfermagem. Este fato reflete intensamente no cuidado dispensado aos nossos usuários/clientes, visto que não podemos contar com o trabalho destes profissionais quando afastados, sobrecarregando a equipe, forçando outros colegas a estender sua jornada de trabalho para atender as necessidades dos pacientes, remanejamentos não planejados de setor e/ou andares, entre outras conseqüências.

O objetivo geral que pretendi alcançar com esta pesquisa foi descrever e analisar de que forma o cuidado aos trabalhadores da profissão da enfermagem com agravos à saúde é dispensado pela instituição hospitalar na qual trabalham e buscar compreender qual a relação entre o adoecimento destes com o trabalho/atividade desenvolvido.

Ainda, de uma forma específica, busquei compreender como os trabalhadores da enfermagem do hospital estudado entendem sobre a relação entre o trabalho realizado e o adoecimento; identificar quais as diretrizes adotadas pelo serviço de saúde ocupacional do hospital quanto o adoecimento dos trabalhadores da enfermagem, e como este está estruturado; identificar e analisar quais as estratégias são adotadas pelo setor de saúde ocupacional do hospital frente ao adoecimento dos trabalhadores da enfermagem e seus resultados.

Para responder a tais questionamentos utilizei a metodologia da abordagem qualitativa, em consonância com a fundamentação teórico-metodológica utilizada, que privilegia a palavra, a análise das vivências subjetivas e a busca do seu significado. Esta pesquisa se fundamentou na psicodinâmica do trabalho, que é uma abordagem teórico-



metodológica situada como uma teoria crítica do trabalho; propõe o estudo da relação saúde-doença no trabalho a partir da análise da organização do trabalho e das vivências de prazer-sofrimento, na perspectiva de indicar as condições que contribuem para a promoção de saúde do trabalhador. Esta abordagem se baseia em uma compreensão de saúde e doença, que enfatiza que este é um processo relacional, social e não naturalizado, extrapolando o biológico, fisiológico ou genético.

Portanto, o desenvolvimento de pesquisas sobre a saúde do trabalhador de saúde mostra-se necessário, tanto para contribuir para a construção do conhecimento na área de saúde e trabalho, quanto para a melhoria do cuidado à saúde do trabalhador de um modo geral e melhoria constante do cuidado aos pacientes.

Este trabalho está estruturado em sete capítulos, na qual os quatro primeiros apresentam os aportes teóricos utilizados para compreender a temática do trabalho e do adoecimento. O primeiro capítulo apresenta a introdução do estudo realizado, apresentação dos principais conceitos que utilizei; alguns trabalhos relacionados ao tema e a justificativa que mobilizou esta pesquisa. No segundo capítulo discorro sobre o trabalho em saúde e seus modelos assistenciais; o trabalho no hospital e o hospital como instituição do cuidado; ainda sobre o hospital como campo de práticas de saúde, dor e sofrimento e sobre o processo de trabalho dos profissionais da enfermagem neste contexto, com as possibilidades do cuidado no cotidiano de dor e sofrimento.

O capítulo terceiro refere-se à compreensão do trabalho e sua relação com o sofrimento psíquico e a saúde mental. Apresento um breve histórico trajetória da psicologia do trabalho, enfocando a psicodinâmica do trabalho – abordagem na qual este trabalho foi baseado – apresento a clínica da atividade como uma outra possibilidade de análise da atividade de trabalho e as convergências entre as abordagens da psicodinâmica do trabalho e da clínica da atividade.

No capítulo seguinte apresento os aportes teóricos sobre a saúde e o adoecimento que contribuem com a análise da psicodinâmica. Disserto sobre o trabalho em saúde e suas tecnologias e promovo um encontro entre a psicodinâmica do trabalho e a noção de trabalho vivo para autores brasileiros contemporâneos da saúde coletiva.

No quinto capítulo faço um traçado pelo percurso metodológico, apresentando os pressupostos teóricos da pesquisa qualitativa. Apresento, em seguida, os passos que foram seguidos para realização da pesquisa e as questões que foram norteadoras do trabalho de campo.

No capítulo seis, os resultados e discussões acerca do que foi coletado e analisado são apresentados e discutidos. Foram divididos em eixos temáticos onde iniciei apresentando a instituição na qual foi realizada a pesquisa, a estrutura administrativa, as dimensões funcionais e especificamente o setor da enfermagem, que constituiu o objeto de estudo desta pesquisa. Analisei o adoecimento dos trabalhadores da enfermagem e a relação com o trabalho desenvolvido e as dimensões objetivas e subjetivas deste adoecimento. Em seguida é discutido como é oferecido o cuidado aos profissionais da saúde que adoecem no trabalho; o absenteísmo de profissionais da enfermagem e o impacto no cuidado oferecido para os pacientes; o processo de trabalho das trabalhadoras da enfermagem e o distanciamento do trabalho prescrito e o trabalho real.

No último capítulo foram feitas as considerações finais desta pesquisa com análise geral dos aspectos relacionados ao adoecimento dos profissionais da enfermagem, a relação do adoecimento do trabalho e o cuidado oferecido pela instituição de saúde na qual exercem suas atividades.

## 2. O TRABALHO EM SAÚDE

### 2.1. Modelos tecnoassistenciais na produção do cuidado

Quando pensamos em trabalho em saúde devemos considerar alguns aspectos importantes. Primeiramente, que é um processo de trabalho em geral, que compartilha características comuns aos demais processos de trabalho (como, por exemplo, na indústria e na automação). Segundo, que a assistência à saúde se constitui em um serviço, e um serviço diferenciando, singular, baseado em uma relação interpessoal, onde há um encontro entre pessoas, um lado demandando cuidado e o outro baseando sua prática dos recursos intelectuais e instrumentais, tecnologias leve-dura, segundo Merhy (1998; 2003). Para Silva-Junior, Pontes e Henriques (2005), o cuidado é o constitutivo da ação de todas as profissões de saúde, na qual:

O trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem o sofrimento por necessidades (usuário) e entre outras pessoas que dispõem de conhecimento específico ou de recursos instrumentais que podem solucionar o problema trazido pelos primeiros (profissionais) [...] Ressaltamos que uma vez o que ocorre no campo da saúde é o encontro entre um profissional da saúde e um usuário. O processo de trabalho em saúde ocorre a partir, e centralmente nesse encontro, de dois sujeitos portadores de necessidades, desejos, conhecimentos, imaginários. Um momento singular no qual o usuário traz sua necessidade de saúde e o profissional tentará responder às mesmas a partir de suas ferramentas e tecnologias disponíveis. Mas, para que se possa expressar a potência criativa do trabalhador, a lógica estruturada de produção deve permiti-la e estimulá-la. (SILVA-JUNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005, p. 94, 95).

É importante que neste encontro haja um reconhecimento do outro como legítimo, em suas singularidades e diferenças, para que as nossas atitudes em relação às práticas do cuidado contribuam para autonomia dos doentes, de forma que seus modos de andar a vida se viabilizem no âmbito do “saudável”<sup>5</sup>. O desejável é que nesse encontro nosso conhecimento não seja utilizado para o controle e exploração, sobrepondo ao saber do outro, e sim para o entendimento e compreensão dos processos de produção da saúde (ROLLO, 2007). Este encontro-relação que o trabalhador de saúde estabelece com o objeto de seu trabalho, sujeito humano – que questiona, sofre, reclama, chora, grita, evoca emoções por estar em uma situação de fragilidade frente ao adoecimento – é uma questão que tem bastante importância para compreender o sofrimento no trabalho (OLIVEIRA; MOREIRA, 2006).

---

<sup>5</sup> Utilizo as aspas nessa expressão para ressaltar que estou utilizando sem juízo de valor. Atribui ao sentido de vida proveitosa para o sujeito.

Precisamos, nós profissionais da saúde, compreendermos que quando o paciente chega ao hospital, em qualquer de suas unidades (unidade de emergência, unidade de internação, etc.) este vêm em busca de um cuidado, fragilizado por um adoecimento, por dores, não sabemos quantos outros serviços de saúde este procurou antes de chegar ao hospital. Este sujeito vem com uma carga de sofrimento e estresse que precisam ser entendidos como parte do processo do sujeito que necessita de cuidado e o hospital, seus profissionais e outras tecnologias, representam o lugar onde este sofrimento, esta dor será sanada ou diminuída.

O trabalho em saúde é hoje, principalmente, um trabalho coletivo institucional, desenvolvido de forma dividida entre as profissões e especialidades; hierarquizado, onde a hegemonia médica governa as atividades dos demais profissionais, e as atividades estão sob constante exame e controle, demonstra que o processo de trabalho em saúde ainda está bem marcado pela lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O trabalho no setor de serviços, aí incluído o setor saúde, foi influenciado, desde o início do século XX, pelos princípios defendidos por Frederick Winslow Taylor (1856-1915) e ampliados por Henry Ford (1863-1947): administração científica do trabalho. O taylorismo era caracterizado pelo controle inflexível e mecanicista das atividades para não haver desperdício operacional, a supervisão funcional e a especialização dos trabalhadores. Com a intensificação da divisão do trabalho, o processo produtivo é fragmentado em etapas, que faz com que os trabalhadores percam a compreensão da totalidade do processo de trabalho (BRAVERMAN, 1981; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Esses princípios baseavam-se na separação entre subjetividade e objetividade, e entre a concepção e a execução no processo de trabalho.

Cattani (1997) enfatiza que no sistema taylorista o trabalhador perde sua autonomia, sua capacidade de utilizar e desenvolver sua criatividade, transformando-se em operário massificado, alienado do conteúdo do seu esforço produtivo. O processo de fragmentação levado ao extremo pelo taylorismo e pelo fordismo, ao mesmo tempo em que produz a alienação e o estranhamento, possibilita a constituição de resistências, mormente com a introdução da idéia de trabalho coletivo, reflexo social da disseminação das doutrinas marxistas, o que possibilita maior poder dos trabalhadores (as) na intervenção do processo de trabalho (OLIVEIRA, 1998).

## 2.2. O Hospital como instituição do cuidado

Nas organizações de saúde em geral, particularmente no hospital, o cuidado é por sua natureza necessariamente multidisciplinar, isto é, depende do trabalho conjunto de diversos profissionais. O hospital é um espaço de trabalho complexo e com amplitudes e diversificação de processos de trabalho, que são interativos e dependentes entre si, em diferentes níveis profissionais. Para que o cuidado aconteça neste ambiente, deve haver uma colaboração entre os vários trabalhadores, em seus diversos saberes. Segundo Cecílio e Merhy (2003):

O cuidado, de forma idealizada, vivido pelo paciente é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. (CECILIO; MERHY, 2003, p. 2).

O hospital, atualmente, é considerado como instituição e campo de práticas voltadas para a assistência à saúde das pessoas, onde os diversos profissionais de saúde desenvolvem ações com o objetivo de promovê-la ou recuperá-la. No entanto, há a necessidade de ser compreendido como um processo dinâmico que passou por modificações ao longo da história até ocupar esta função.

Enquanto instrumento terapêutico, que conta com o privilégio da tecnologia médica, é fato relativamente recente, que data do final do século XVIII (FOUCAULT, 2003; PITTA, 1999), antes suas práticas tinham o caráter religioso e caritativo, na qual as pessoas doentes eram levadas para morrer. Com o passar do tempo, o hospital transformou-se em um espaço de cura, passou a operar como instrumento terapêutico e sua estrutura é voltada para isto, onde o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (FOUCAULT, 2003). Com isso, o hospital passou também por uma transformação do sistema de poder, antes nas mãos da Igreja para os trabalhadores de saúde e gestores das instituições hospitalares.

As mudanças econômicas, políticas e ideológicas do século XVIII e a introdução de uma economia mercantilista, com mudanças na estruturação social e formação das cidades, as doenças ganham uma nova forma de trafegar e de serem vistas no âmbito social, e o hospital ganha vida como ambiente social e de controle da pobreza e da doença. O Estado passa a controlar as doenças com noções de salubridade oriundas da Revolução Francesa e da medicina científica, há o desenvolvimento da Medicina de

Estado, caracterizando a militarização da saúde. Neste contexto configura-se o nascimento do hospital e o surgimento da medicina social (FOUCAULT, 2003).

No mundo ocidental a medicina se formou em três etapas distintas: a medicina de Estado, que se desenvolveu na Alemanha no começo do século XVIII como um sistema complexo de observação da morbidade e dos fenômenos epidemiológicos e endêmicos, normalização da prática e do saber médico e de formação de corporações. Foi marcada pela formação de um saber médico estatal, na qual um médico funcionário do estado ficava responsável por uma região, caracterizando uma medicina estatizada e socializada (FOUCAULT, 2003).

A medicina urbana, original da França, era caracterizada pelo controle e organização das cidades, pelo controle da circulação dos indivíduos, e dos elementos como água e ar. O controle dos territórios e das pessoas era feito porque havia o entendimento que a doença era de ordem social e econômica e tinha alguma relação com os miasmas, muitas intervenções foram feitas nas cidades com finalidade de arejá-las (FOUCAULT, 2003). A medicina urbana era caracterizada ainda por métodos de vigilância de hospitalização e esquema político-médico da quarentena.

O terceiro modelo de medicina e prática social da assistência desenvolveu-se na Inglaterra, através da medicina que tinha nos pobres a fonte do seu adoecimento, em que, pobres e trabalhadores viravam objetos da medicalização para a garantia da força de trabalho. Neste contexto, a medicina era voltada para recuperação da saúde dos trabalhadores, enquanto força de trabalho, através do controle vacinal, das epidemias e dos ambientes insalubres.

Com as transformações ocorridas em sua trajetória, o hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que evoluiu, mas uma nova instituição que assumiu outras missões e ocorreram mudanças em suas características e finalidades, sua administração, seus sujeitos, instrumentos e processos de trabalho (RIBEIRO, 1993, apud PENTEADO, 1999).

A passagem de uma prática médica, em que o processo de trabalho era centralizado unicamente ao médico, para o hospital como campo de práticas que procuram intervir no corpo doente é que possibilitou a realização do trabalho médico como trabalho coletivo, a fragmentação das práticas em saúde e o aparecimento de novas profissões. De um ato profissional isolado para uma prática coletiva.

O trabalho coletivo, inerente à prática em saúde, impôs uma realidade aos hospitais modernos em que participam da divisão social e técnica do trabalho, várias

profissões com diferentes qualificações convivendo, médicos, profissionais da enfermagem e outros técnicos e auxiliares em uma mesma enfermaria. Um trabalho em que as atividades mais complexas são atribuídas aos médicos e aos profissionais de nível superior, na qual estes desempenham atividades com autonomia e poder de decisão. Na base da pirâmide, estão os auxiliares e técnicos de enfermagem, realizando atividades pretensamente rotineiras.

Este processo de hierarquização não se dá, no interior do hospital, apenas entre profissões diferenciadas, mas também entre as especialidades médicas, o que aumenta ainda mais a fragmentação do trabalho em saúde. O cuidado hospitalar ocorre no contexto de uma crescente racionalização das práticas hospitalares, caracterizada, entre outras coisas, pela decomposição do ato médico global em inúmeros outros atos diagnósticos e terapêuticos, realizados por vários operadores de tecnologias de saúde. Nesse contexto, há ainda uma divisão entre os que cuidam diretamente dos pacientes e os que dão sustentação ao processo de cuidar.

No primeiro grupo estão os médicos e os profissionais da assistência, como enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros; e no segundo, trabalhadores com diferentes qualificações que desenvolvem tarefas que não são específicas do trabalho em saúde, mas fundamentais para a realização do processo de cuidar, tais como lavadores, auxiliares de serviços gerais, auxiliares administrativos, etc.

Além destes aspectos, uma das peculiaridades do trabalho hospitalar é a predominância de mão-de-obra feminina, desde antigamente, com a atuação de cuidadoras religiosas e parteiras, até os dias atuais, com a maioria da equipe de enfermagem composta por mulheres. Entretanto, não basta apenas constatar a tendência de um encaminhamento seletivo de mulheres para esta atividade (e outras do setor de saúde), importante é compreender as razões desse fenômeno, chamado de processo de feminização dos trabalhadores de saúde, e quais as conseqüências que isto implica.

A categoria da enfermagem é constituída, predominantemente, por mulheres e estas são encontradas em maior número trabalhando em hospitais, freqüentemente em unidades de emergência e de terapia intensiva, em áreas de grandes concentrações urbanas. Sobre esse aspecto discutirei mais tarde quando da análise dos resultados obtidos.

No hospital, espaço por excelência de hegemonia médica, observa-se que o trabalho da enfermagem permanece ainda situado como coadjuvante. Como demonstra

o estudo de Lopes (1996, apud VIEIRA; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004), a enfermagem e as enfermeiras são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição do “ser” da enfermagem e das relações entre os sexos.

(...) Um dos fatores explicativos das relações de trabalho no setor saúde e do conflito interprofissional nas instituições, especificamente do conflito e subordinação da enfermagem ao médico em grande parte do exercício prático desta profissão, é a origem e o caráter predominantemente feminino da enfermagem. (OSÓRIO-SILVA, 1994, p. 54-55).

A inserção das mulheres no mercado de trabalho em saúde não se dá sem discriminações e esta análise será considerada todas as vezes que os dados nos revelarem tal aspecto. Preferimos abordá-la no decorrer do trabalho, pois achamos que desta forma, nos aproximaremos mais das mediações que a divisão social e sexual do trabalho tem imposto aos trabalhadores(as) de saúde como um todo e como tais fatores podem ser considerados como fonte de adoecimento/sofrimento no hospital estudado.

### **2.2.1. O Hospital como campo de práticas de saúde, dor e sofrimento**

A realidade de trabalho dos profissionais de saúde (principalmente médicos e enfermeiros) é um pouco mais especial, suas atividades estão relacionadas à vida de muitas pessoas e pode exigir destes, diferentes intervenções, de acordo com a demanda de seus pacientes e dificuldades de lidar com processos mórbidos e com a morte, com as incertezas dos familiares, dos doentes e com as suas próprias incertezas, fazem parte do seu cotidiano.

Para Pitta (1999), o constante contato dos trabalhadores de saúde com as pessoas fisicamente doentes ou lesadas pressupõe a execução de tarefas que podem ser agradáveis, ou não, aos profissionais de saúde, e exige que estes tenham que se adequar, cotidianamente, às demandas não só fisiológicas como psicológicas de cada paciente, através de estratégias defensivas.

Segundo a autora, o doente passa a vivenciar um processo de despersonalização, torna-se um mero sinônimo de um número de leitos ou da patologia que o acometeu. Além de toda uma série de processos a que é submetido o doente, ainda é obrigado a conviver com práticas invasivas que passam a fazer parte do cotidiano hospitalar, como: o horário da alimentação, o horário para medicação, para tomar a pressão, a temperatura – invadindo e modificando completamente o dia a dia desse indivíduo dificultando ainda mais um processo que por si só já é penoso e de difícil aceitação. Refletir sobre esse processo com a equipe de saúde é imprescindível, a



fim de que o hospital deixe de lado seu cunho curativo e se transforme em uma instituição que além de operar a reabilitação orgânica, restaure a dignidade humana (PITTA, 1995).

Penteado (1999) destaca que atividades dos profissionais da saúde, especialmente os que trabalham nas unidades de internação, envolvem uma exposição permanente os riscos ocupacionais (de natureza física, química, biológica, ergonômica) e de acidentes, bem como o contato com o sofrimento humano (dor e morte).

Essa relação intersubjetiva estabelecida entre os trabalhadores de saúde e os doentes em um ambiente de dor, vida, saúde e morte, segundo Dejours (1992), Seligman-Silva (1994) e Athayde (2004), podem estar influenciando no sofrimento psíquico vivenciado por estes trabalhadores. Rego (1993) demonstrou em pesquisa em grande hospital da cidade do Rio de Janeiro, sobre a saúde dos trabalhadores de saúde, que o nível de sofrimento de cada um dos trabalhadores de um hospital pode variar de acordo com a combinação de vários fatores, entre os quais, o sentimento de impotência para realização de uma tarefa, a percepção de ausência de sentido em muitas atividades que parecem ser inúteis, a sensação de não estar integrada ao hospital, ou mesmo de não se sentir realizado com o seu trabalho, são sentimento que se expressam em sofrimento para o trabalhador.

Em Pitta (1999) ficou demonstrado que há fatores que estão relacionados ao ambiente de trabalho em saúde que possibilitam estratégias defensivas como a da sublimação. Essa transformação das pulsões instintivas em atos e atividades socialmente reconhecidas contribuiria para que o trabalhador conseguisse desempenhar suas tarefas, por mais penoso que ele possa vir a ser. Segundo a autora, no contexto hospitalar, o cuidar de uma pessoa doente seria uma forma de sublimação, uma vez que tal ato pode ser interpretado como reflexos de sentimentos como a piedade e a solidariedade, os quais são bastante valorizados socialmente.

Em pesquisa realizada com enfermeiros por Linhares (1994), Mendes e Linhares (1996), apontou como estratégias defensivas adotados por estes profissionais para lidar com a situação de trabalho caracterizada pelo confronto com o binômio vida e morte, comportamentos como a impessoalidade no contato com o paciente, o distanciamento emocional na relação com o paciente, a evitação de comunicação com este e seus familiares e a valorização dos procedimentos técnicos em detrimento da relação interpessoal.

A utilização destas estratégias defensivas pode ter uma função positiva, uma vez que colabora para o equilíbrio psíquico e favorece a adaptação às situações de desgaste emocional pelo confronto permanente do profissional com a morte. No entanto, as autoras observam que, ao mesmo tempo, a utilização destas estratégias pode mascarar o sofrimento quando provoca estabilidade psíquica artificial, adquirindo assim uma dimensão patológica que interfere tanto no atendimento aos objetivos do trabalho, quanto na vida social dos trabalhadores.

Sobre a questão referente aos sentimentos dos trabalhadores, Seligmann-Silva (2004) atenta para o risco da insensibilidade, a qual pode chegar a ultrapassar o âmbito do trabalho, ou até mesmo pode desencadear danos cognitivos e/ou mentais aos trabalhadores. A autora acrescenta ainda que a síndrome da insensibilidade (assim denominada por ela) tende a caminhar para quadros somáticos com certo grau de gravidade (por exemplo, o infarto do miocárdio). Esses aspectos relacionados ao sofrimento e sua relação com o trabalho/atividade serão discutidos adiante nos capítulos 3 e 4.

### **2.3. O Processo de Trabalho da Enfermagem: o cotidiano do cuidado**

As transformações que vêm ocorrendo na sociedade ocorrem também, de maneira significativa, no campo da saúde tanto no seu objeto — o processo saúde-doença-cuidado — como no instrumental teórico-prático em que se apóiam as práticas e na organização da produção em saúde. O setor saúde tem que responder a uma pluralidade de necessidades, ou seja, às demandas por intervenções de alta densidade tecnológica e especialidade que se dão nos hospitais, principalmente privados, como é o caso do nosso campo de pesquisa. Também têm que atuar nos espaços aonde as pessoas vivem o seu cotidiano, de modo a proporcionar uma vida saudável. Só a intervenção e recuperação do corpo biológico não têm respondido de forma plena às necessidades de saúde, pois estas vão além e demandam por uma atenção que leve em conta a integralidade do ser humano, a qualidade de vida e a promoção da saúde.

Quanto à enfermagem são os profissionais da área da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos

pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde.

Historicamente, a enfermagem tem sua origem concomitante ao movimento social de transformação do hospital no espaço de cura, na Inglaterra vitoriana no século XIX. A enfermagem emerge enquanto prática que possibilita a transformação deste espaço, higienizando e disciplinando o espaço, para então, tomar o corpo do paciente como objeto do trabalho médico.

O trabalho dos profissionais de enfermagem é fortemente influenciado pelas características do trabalho coletivo<sup>6</sup> do modo capitalista de produção, a organização do trabalho é baseada no taylorismo-fordismo, na qual o trabalho é fragmentado e vivo, hierarquizado, alienado, intenso, mas tem um forte reconhecimento social (PITTA, 1999; SELIGMAN-SILVA, 1995; OLIVEIRA, 1998, 2006; OSÓRIO, 2002; REGO, 1993). O processo de trabalho destes profissionais se caracteriza por diversas atividades e processos com graus de responsabilidade, e complexidade distintas, nessa engrenagem complexa que compreende a produção do cuidado. Ainda, a divisão do trabalho e a padronização das atividades com vistas as normas e rotinas dos setores do hospital, o cumprimento de regras e ordens preestabelecidas que devem ser rigidamente seguidas mantém características de um trabalho taylorista.

A equipe de trabalho da enfermagem é dividida técnica e socialmente: os enfermeiros assumem a concepção e o gerenciamento do trabalho e os técnicos de enfermagem assumem a execução do mesmo e a assistência direta ao paciente, sendo assim a organização do trabalho de enfermagem é composta por hierarquia e disciplina.

Num sentido amplo a enfermagem é responsável pelo cuidado direto aos pacientes. Historicamente o trabalho da enfermagem abarca atividades em duas categorias: administrativa e assistencial. As atividades administrativas, ou seja, a administração da assistência da enfermagem e do espaço assistencial são ações de cunho administrativo que visam criar condições materiais e de pessoal para que o processo de cuidar se desenvolva. Tais atividades são realizadas pelos(as) enfermeiro(as), que organiza e controla o processo de trabalho no hospital, coordena e administra o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

---

<sup>6</sup> Por **processo de trabalho** entendemos a ação humana sobre as forças da natureza e/ou sobre outros homens e mulheres como é o caso do trabalho em saúde. Seus elementos constitutivos são: a) a atividade adequada a um fim (o trabalho propriamente dito); b) o objeto de trabalho (a matéria sobre a qual se aplica o trabalho); e c) os meios de trabalho, que são os instrumentos utilizados pelos trabalhadores(as). (No caso da saúde tanto 'ferramentas', instrumentos e meios diagnósticos, como técnicas intangíveis próprias da relação intersubjetiva entre trabalhadores e doentes).

No caso do hospital, a função administrativa da enfermagem tem o objetivo de criar condições para o trabalho efetivo. Nesse sentido, o(a) enfermeiro(a) participa com seu trabalho, da manutenção do processo de trabalho hospitalar, visando alcançar os objetivos propostos pela organização.

As atividades assistenciais, ou cuidados e procedimentos assistenciais, são aquelas ações que incluem a prestação de cuidados decorrentes de avaliação realizada pelos(as) enfermeiros(as) delegadas pelos médicos como, a administração de medicamentos prescritos, cuidados de higiene e conforto, o controle dos sinais vitais, dentre outros. Essas são atividades precípua dos(as) profissionais enfermeiros(as), entretanto, atualmente nos serviços de saúde, eles têm se distanciado dessas atividades, que correspondem à sua formação. Os(as) enfermeiros(as) atuam mais na administração dos processos do que na atividade do cuidado em si, enquanto os técnicos(as) e auxiliares de enfermagem realizam a assistência aos pacientes.

A assistência da enfermagem é planejada pelos(as) enfermeiros(as), na qual define, antecipadamente, as ações a serem realizadas por sua equipe, objetivando alcançar as metas definidas pelo gerenciamento dos processos feito pelas gerências e alta administração e diante as necessidades dos clientes. Este planejamento consiste basicamente, na tomada antecipada de decisões sobre o que fazer, quem fazer, quando, onde e como fazer e que, no caso do hospital em estudo, são essas regras e procedimentos bem definidos que se transformam em normas e rotinas institucionais, instruções de trabalho definidas, procedimentos operacionais padrão, protocolos assistenciais, dentre outras ferramentas que definem o trabalho no hospital.

O processo de coordenação do cuidado se constrói por meio de negociações inconscientes e no encontro de duas práticas, de dois saberes, em geral caracterizada por uma situação tipo comando-execução, principalmente na relação médico e enfermeiros(as)/corpo de enfermagem. As atividades da enfermagem (e dos demais profissionais) são, em boa medida, “comandada”, modelada, conduzida, orientada pelo ato médico que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica. Tal fato estabelece uma relação de determinação da prática médica em relação às outras práticas profissionais, mesmo sem desconsiderar que os profissionais não-médicos, todos eles, conservam sua especificidade e certo grau de autonomia, próprios de suas profissões.

Ainda como coordenação na lógica do cuidado, é importante ressaltar o papel silencioso da prática da enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado: a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos

necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por uma ampla série de atividades que resultam, afinal, no cuidado.

Essas características, peculiares à atividade dos profissionais de enfermagem permeiam o processo de cuidar dos pacientes. Esses aspectos associados às variáveis: alto índice de absenteísmo, volume de internação, taxa de permanência, frequentes solicitações de remanejamentos desta categoria de profissionais feitas pela medicina do trabalho, foram fatores que contribuíram na escolha destes profissionais como sujeitos deste estudo.

Para compreender o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem e sua relação com o sofrimento psíquico há a necessidade de descrever a forma como a psicologia do trabalho foi incorporando os aspectos relacionados à subjetividade e ao sofrimento psíquico, é o que farei a seguir.

### **3. TRABALHO, SOFRIMENTO PSÍQUICO E SAÚDE MENTAL**

Neste capítulo busco dissertar sobre as clínicas do trabalho, apresentando um breve histórico do movimento de Análise do Trabalho, enfatizando a abordagem a qual este trabalho está embasado: a psicodinâmica do trabalho. Entende-se por “clínicas do trabalho” um conjunto de teorias que enfocam de estudo a relação entre trabalho e subjetividade. Essas teorias apresentam uma diversidade epistemológica, teórica e metodológica e como objeto comum a situação do trabalho, que, em síntese, compreende a relação a relação entre o sujeito de um lado, e o trabalho e o meio, de outro (CLOT; LEPLAT, 2005, citados em BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

#### **3.1. A Psicologia do Trabalho: uma breve história da tradição francófona e a emergência da clínica da atividade**

O movimento de Análise do Trabalho realizado por Clot, exposto em uma conferência proferida na Universidade Federal Fluminense em 2007, e que se constitui como artigo não publicado e referenciado também por Ruffeil (2009) em sua tese de doutorado faz referência e apresenta as diferentes entradas para abordar o trabalho como atividade. Este movimento tem uma tradição na França, onde vem sendo desenvolvidas, desde o início do século XX, várias pesquisas sobre a análise psicológica do trabalho, que Clot (2007) denomina de Clínica da Atividade.

A primeira geração de psicólogos do trabalho francófonos: a Psicotécnica do Trabalho é representada por Suzanne Pacaud e Jean Maurice Lahy, que iniciaram suas pesquisas nos anos 1910 e precederam a chegada da Organização Científica do Trabalho, mais conhecida como OCT ou Taylorismo. Essa psicotécnica do trabalho era considerada revolucionária, pois apesar de serem considerados psicólogos de laboratório, estes pesquisadores tinham preocupações muito fortes, eram humanistas e buscavam posicionar o homem no centro do mecanismo do desenvolvimento econômico. Para compreender o comportamento do homem em situação, na realidade concreta, eles saíram do laboratório e foram às indústrias, que se encontravam em plena transformação frente à Revolução Industrial (CLOT, 2007; RUFFEIL, 2009).

A constatação inicial deles foi que a atividade humana não é jamais conforme aquilo que foi previsto para ela, o que vamos re-encontrar depois: o trabalho real não é

jamais completamente a projeção do trabalho prescrito<sup>7</sup>. Segundo Pacaud (apud CLOT, 2007), o homem não se manifesta somente naquilo que ele faz, mas frequentemente e, sobretudo, naquilo que ele não faz. Eles compreendiam que o homem ultrapassa sempre a tarefa que lhe foi confiada e que toda a atividade humana não é diretamente observável. Portanto, eles foram aos locais de trabalho e desenvolveram métodos particulares, originais e próprios de análise e observação do trabalho. Suzanne Pacaud e Jean Maurice Lahy foram trabalhar com condutores de trem, telefonistas e também outras profissões; eles assumiam o posto de trabalho e faziam um estágio e praticavam o ofício que estavam estudando, em seguida solicitavam aos trabalhadores (“donos dos postos de trabalho”) que criticassem a sua própria atividade durante o trabalho. Dessa forma, eles tornaram visível o trabalho. A idéia era tentar apreender as “aptidões” dos trabalhadores e descrever o trabalho de forma observada, centrada na atividade (CLOT, 2007; RUFFEIL, 2009).

Clot (2007) aponta que a psicotécnica do trabalho foi subvertida à psicotécnica da aptidão, onde se adequa a pessoa em função do posto de trabalho. Houve uma inversão, as necessidades econômicas passam a ser maiores que as necessidades do homem. O que se iniciou como uma crítica ao taylorismo tornou-se, na França, após a Segunda Guerra Mundial, um dos instrumentos maiores de generalização do taylorismo. A análise da atividade agora se configura em saber, em seguida prever, para depois poder agir, característica própria do positivismo, na qual a psicotécnica do trabalho se fundamenta.

Nesse sentido, a segunda geração surge em contraposição, em crítica a psicotécnica. Vale ressaltar que a psicotécnica criticada era a psicotécnica de base taylorista, que abandonou a explicação a partir da observação direta do processo de trabalho, para tentar explicá-lo e selecionar os trabalhadores unicamente por meio dos testes psicológicos. Clot (2007) aponta três grandes correntes científicas em oposição à psicotécnica: 1) a Psicologia Cognitiva do Trabalho; 2) a Ergonomia, dividida em Ergonomia Clássica e Ergonomia Centrada na Atividade; e 3) Psicopatologia do Trabalho.

---

<sup>7</sup> Trabalho prescrito é a tarefa predefinida, é o que se deve fazer, é a prescrição, enquanto trabalho real é o que se faz efetivamente, é o trabalho efetivamente realizado. Trabalho prescrito, então são as normas de trabalho determinadas pela organização e pela gerência, exigências colocadas pelo sistema técnico, análise de manuais, máquinas e operações, sistema de controle de produtividade, entrevista com projetistas, supervisores, outros. O trabalho real se constituiria no trabalho concreto, prática objetiva, espaço da inventividade e da subjetividade, análise da realidade cotidiana.

A psicologia cognitiva do trabalho desenvolveu-se por volta de 1955 e tem como maiores defensores: Faverge e Leplat. O primeiro autor inaugura sua crítica à psicotécnica com um livro intitulado “A análise do Trabalho” onde enfrenta os psicotécnicos do trabalho defendendo que as aptidões estão nas situações de trabalho, ressalta que é na situação de trabalho que o sujeito vai ser demandado a reinventar as aptidões, vai encontrar razões para criar uma nova competência. Portanto, para Faverge, a análise do trabalho deve ser uma análise das aptidões, mas localizada em uma situação real de trabalho, é neste momento que se concebe a distinção clássica conceitual entre “tarefa” e “atividade”. A tarefa é o que se está por fazer, é o trabalho prescrito e a atividade é o que realmente é feito numa situação de trabalho, é o trabalho real. Esta distinção surgiu da compreensão de Faverge e Leplat de que há uma distância muito grande entre o que deve ser feito e aquilo que realmente se faz, para chegar ao que estava prescrito, então se mostra necessário pensar a atividade.

Há uma crítica feita sobre a psicologia cognitiva quanto à concepção de que o sujeito é um sistema de tratamento de informações, e não um estoque de aptidões. Ao se pensar o sujeito como um sistema de captar informações e compará-lo a um computador (inclusive é a primeira vez que se utiliza esta metáfora para pensar o sujeito humano) reduz-se o sujeito a um instrumento de conhecimento, epistêmico, intelectual, desencarnado: um sujeito sem corpo (CLOT, 2007; RUFFEIL, 2009). Para Clot (2007) a crítica cabe à concepção de sujeito desencarnado, desenvolvida pela inspiração cognitiva das coisas, que revela o sujeito sem corpo, sem problemas de saúde, que não é afetado pelas situações, que apenas trata as situações como dados.

A Ergonomia tem uma linha nomeada ‘clássica’, mais mecanicista, que refere o operador descrito a partir de uma abordagem científica de generalização e medida quantitativa, por sua relação com o ambiente de trabalho a partir de funções elementares. Desenvolveu-se a partir da experimentação em laboratório e buscava um controle sobre as variáveis independentes e dependentes selecionadas pelo experimento, portanto, não envolvia situações naturais de trabalho.

Wisner vai retomar a discussão sobre a distinção entre tarefa e atividade, mas preferia utilizar “trabalho prescrito” e “trabalho real”, e compreendia esse real como fonte de criação, da engenhosidade, da atividade e da curiosidade mesma dos trabalhadores. Esta corrente é caracterizada como uma visão positiva do trabalho humano é um lugar de criação, invenção, engenhosidade, também um lugar de sofrimento, mas um lugar onde não se fica passivo é um lugar de atividade, de saúde, de criação de um meio, não somente de



ausência de doença (CLOT, 2007). Wisner deixa como herança a ideia que há uma criatividade prática na intervenção.

Nesta concepção há uma interrelação entre a ergonomia<sup>8</sup> e a atividade. A ergonomia é centrada na atividade humana e compreende que o trabalho deve incorporar a expansão da vida, por isso, a preocupação com a saúde dos trabalhadores maltratados em sua situação de trabalho deve ser analisada como um dos sinalizadores do adoecimento da organização. O trabalhador é um sujeito social, em situação de trabalho real, que sofre em sua condição social. Ao analisar a atividade consideram-se as características dos trabalhadores, os elementos do ambiente de trabalho e como eles são apresentados e percebidos pelos trabalhadores. Nessa abordagem o trabalhador é sujeito ativo do processo, pois a depender da situação com a qual é confrontado ele transforma permanentemente suas atividades, como forma de responder às demandas que se apresentam.

Segundo Ruffeil (2009), a concepção de atividade em Wisner pode ser comparada com a concepção de saúde de Canguilhem, que será discutida mais adiante, parecem muito próximas, embora Wisner nunca tenha apontado essa proximidade. O que aponta Canguilhem (2006) é que a explicação para o adoecimento não está circunscrita ao organismo, e sim a capacidade de ressignificação sobre a doença de forma a poder colocar-se no âmbito da normalidade.

A terceira corrente, a Psicopatologia do Trabalho, que tem como um de seus expoentes, Louis Le Guillant, introduziu a ideia de que o trabalho não é só positivo, tem também uma dimensão negativa, onde o sujeito sofre, adocece, física e psiquicamente. Os primeiros psicopatologistas do trabalho começam a tentar entender como os trabalhadores lidam com as situações de trabalho insuportáveis. Os estudos eram voltados para os processos de adoecimento dos trabalhadores, se ocupa do corpo, que sofre e adocece, se ocupa também das perturbações mentais avançando sobre as questões da saúde mental. Esta abordagem de análise do trabalho destaca a subjetividade dos trabalhadores e o método é centrado na escuta, na palavra, no diálogo (CLOT, 2007).

Há também uma corrente que se desenvolveu quase conjuntamente com a psicopatologia do trabalho, a Psicoterapia Institucional, que teve François Tosquelles como fundador, que lutou pela desinstitucionalização psiquiátrica. Sugere o

---

<sup>8</sup>Para Wisner (1972) a ergonomia é o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários à concepção de instrumentos, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto e eficácia. É interdisciplinar compreendendo a fisiologia, a psicologia do trabalho, a antropometria entre outras.

desenvolvimento de dispositivos coletivos para que fosse possível para os trabalhadores a reapropriação de sentidos, tanto com relação ao trabalho, quanto com relação à própria vida, favorecendo assim, os processos de singularização (RUFFEIL, 2009).

Yves Clot (2006) constrói uma inflexão importante em relação às abordagens da psicodinâmica, para ele há a dimensão do sujeito, mas é essencial que essa dimensão esteja relacionada com a atividade, ou seja, a análise psicológica do trabalho, referindo à função das dimensões subjetivas e do trabalho coletivo na atividade. O trabalho é concebido por ele não apenas como trabalho psíquico, mas como atividade concreta e irreduzível, continente oculto da subjetividade no trabalho.

Este autor tem realizado e dirigido um conjunto de investigações com o objetivo de tentar compreender quais as condições teórico-metodológicas atuais que possibilitam a análise psicológica do trabalho, referindo à função das dimensões subjetivas e do trabalho coletivo na atividade. Tem suas raízes na escola russa de psicologia fundada por Vygotski e avançou sobre o caminho deixado por Oddone, de uma clínica da atividade. Utiliza-se da abordagem sobre a atividade de trabalho, na qual a influência vygotskiana pressupõe assumir uma postura histórico-psicológica de desenvolvimento do indivíduo.

Para este autor, são as relações entre atividade e subjetividade que devem estar no centro da análise. Vincula a atividade, o pensamento, a linguagem e a emoção do sujeito (CLOT, 2006), onde a atividade cognitiva tem seu lugar reservado como uma das variáveis que devem ser envolvidas.

Nas organizações em que o coletivo de trabalho não conseguiu construir um gênero profissional (que corresponde às obrigações partilhadas por um coletivo num meio profissional), verifica-se a uma espécie de enfraquecimento no trabalho. O sujeito é reenviado para si próprio e a função psicológica que o trabalho da organização assume não pode ser concretizada, o que ocasiona muito sofrimento psicológico. Clot (2006) integra, também, a ideia que a atividade impedida, não realizada, é que gera conflito para o sujeito. Ressalta que o desequilíbrio psíquico provoca queda no desempenho produtivo, podendo mesmo ser fonte de acidentes, de inconfiabilidade material e de ineficácia no trabalho.

Nesta abordagem, a análise sobre o desenvolvimento dos sujeitos, do coletivo e da situação deve ser feita a partir dos coletivos de trabalho, além de compreender para transformar, também é preciso transformar as situações de trabalho para compreendê-las e somente os coletivos de trabalho podem operar as transformações duráveis nos meios

de trabalho. A intervenção procura articular o real e o realizado, o individual e o coletivo, mobilizando metodologias que privilegiam a mediação da linguagem e dos outros para a (re)construção das regras da profissão valorizadas pelos profissionais. É na (re)construção deste gênero profissional que os trabalhadores encontram os constrangimentos que devem gerir e respeitar, mas também um recurso para a sua própria ação. Para Clot (2006), esta é a única forma de garantir a função psicológica do trabalho.

O que foi se colocando como questão, a partir da compreensão do trabalho como atividade, é que há um conhecimento que se produz no processo de trabalho que é amplamente ignorado e desvalorizado dentro das ‘organizações’, ainda que extremamente necessário para o trabalho acontecer. Há na compreensão do trabalho como atividade uma interface com a formação humana e também com a produção de subjetividade, uma vez que aprender possibilita operar sobre determinadas práticas de modo(s) diferente(s) do que se estava acostumado. Aprender não é apenas incorporar fatos e informações, mas processá-las, ingeri-las, transformá-las, produzindo assim outras ‘subjetividades’, outras formas de estar no mundo.

O real da atividade é além daquilo que se faz, é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures” ou, o que é para ele um paradoxo freqüente, “aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem a fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar, aquilo que se tem de refazer (CLOT, 2006, p. 116).

Por real do trabalho compreenda-se aquilo que é difícil executar, fazer ou dizer, mas também a prova que podemos dar de nosso pleno valor, ou ainda como prazer do possível – tanto no plano técnico como no plano social –, prazer que sofre um recalçamento social. (CLOT, 2011, p. 71)

Atividade e subjetividade se imbricam em um mesmo plano. A atividade ganha uma conotação que não se reduz aos modos operatórios. Não é mais a tarefa sozinha. É a tarefa, mais todas as suas possibilidades e impossibilidades. É o sentido vivido na experiência concreta do trabalho. O trabalho real é o campo por excelência do sentimento de vida contrariada, para falar como Canguilhem (2006). Segundo Clot (2011), no mundo contemporâneo, e à medida que o trabalho se torna causa preocupante de patologias cada vez mais freqüentes, ele se configura como vital para a saúde, pois, provavelmente ao demandar que o trabalho absorva o que restou de suas vidas, muitos trabalhadores exigem dele mais do que ele pode proporcionar. Desenvolvem a esperança de poder produzir um contexto para viver e não apenas sobreviver. Por meio

da atividade, no seu confronto com o real, o sujeito se desenvolve e se afirma (CLOT, 1998, apud BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

A atividade e a saúde configuram-se como sinônimos à medida que compreendemos que ambas movem o sujeito à criação (e recriação) de um contexto para viver. Adotando a definição de saúde proposta por Canguilhem: “fico bem na medida em que me sinto capaz de portar a responsabilidade por meus atos, de portar as coisas da existência e de criar entre as coisas relações que elas não teriam sem mim” (CANGUILHEM, 2006, p. 72). Trata-se, por conseguinte, do desenvolvimento do poder agir sobre o mundo e sobre si mesmo, coletiva e individualmente, para suportar o sofrimento (CLOT, 2011).

Apesar de serem consideradas como abordagens de um mesmo movimento chamado de “clínicas do trabalho” e embora as teorias apresentem finalidades convergentes e alguns pressupostos comuns, há divergência entre elas de ordem epistemológica, teórica e metodológica que muitas vezes podem dificultar articulações recíprocas no desenvolvimento de uma pesquisa ou na análise de uma situação real de trabalho. Mas há aproximações importantes que apresentarei a seguir.

### **3.2. Encontros entre a psicodinâmica do trabalho e a clínica da atividade**

Escolhi a psicodinâmica como teoria de referência do meu trabalho para discutir sobre questões já apresentadas e trouxe a clínica da atividade para demonstrar que há outras possibilidades de se analisar o real da atividade, compreender como os trabalhadores da enfermagem, no seu cotidiano de trabalho, criam e recriam novas formas de viver e agir no trabalho. É nesse momento que vemos a interseção entre esses dois campos de estudo, ambos têm o interesse pela *ação* no trabalho, pelo “poder de agir” dos sujeitos nas situações reais de trabalho (BENDASSOLLI e SOBOLL, 2011). Buscam-se criar condições psicossociais para que os sujeitos se apropriem de sua atividade, seja na forma de um retorno reflexivo sobre ela (pensar sobre), como também na forma de ações conjuntas elaboradas pelos coletivos de trabalho, as quais buscam enfrentar as questões ou dificuldades colocadas pelas atividades comuns.

Outro ponto de encontro entre estas teorias é quanto à compreensão do trabalho, entendido não como emprego, mas como atividade de transformação do

real e de construção de significados pessoais e sociais (CLOT, 1999, 2001; LHUILIER, 2006a, 2006b, 2006c, apud BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

O delineamento do conceito de “real” no âmbito das clínicas do trabalho deve-se também à contribuição da ergonomia, que é apreendido em seu contraste com a tarefa ou trabalho prescrito. O trabalho real é a atividade efetivamente realizada pelo trabalhador ou pelos coletivos de trabalho, ao passo que o primeiro diz respeito àquilo que prévia e normativamente foi concebido pela administração, que então age como uma instância prescritora (LEPLAT; HOC, 1983, apud BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011). Na lacuna entre ambos, prescrito e real, ressaltamos a ação do imprevisto, daquilo que resiste e questiona a tentativa da captura total do trabalho e do sujeito em normas e procedimentos instrumentais e operatórios que não dão conta da situação real trabalho no momento em que acontece, em ato. Da mesma forma, observamos nessa mesma lacuna emergir a função do sujeito como criador de seu próprio ato no trabalho, evocando sua criatividade e inteligência prática.

Esta concepção de real é encontrada tanto na psicodinâmica do trabalho de Dejours quanto na clínica da atividade de Clot, com pequenas diferenças, e ainda tem reflexos na abordagem ergológica de Schwartz. O trabalho não se resume a um conjunto de representações mentais, sejam individuais ou sociais. Segundo Bendassolli e Soboll (2001):

O conhecimento que se tem do trabalho é também de natureza prática, uma *métis* (DETIENNE; VERNANT, 1993), ou como observa Dejours (1993), uma inteligência prática. O corpo do trabalhador está engendrado no confronto com o real e com suas resistências. Nas clínicas do trabalho o saber construído sobre o trabalho é inseparável da experiência donde ele emerge, bem como dos efeitos que ele produz (LHUILIER, 2006c). Os discursos ou o significado do trabalho não podem ser apartados do ato, portanto, não devem ser produções extemporâneas em relação às atividades dos coletivos de trabalho ou de um sujeito implicado em sua atividade. (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011, p. 14).

Tais possibilidades permitem uma melhor análise do trabalho em saúde e dos fatores que podem estar influenciando no adoecimento dos trabalhadores da enfermagem que atuam no hospital estudado, mas vale ressaltar que este estudo foi baseado a análise na psicodinâmica do trabalho.

Ainda assim, há a necessidade de reconstruir neste trabalho uma opção epistemológica sobre o significado do cuidado, da saúde e do adoecimento. Desde já, optamos por incluir autores que reivindiquem um marco explicativo que supere a

perspectiva estritamente organicista. Tal demarcação possibilitará finalmente dar significado à categoria sofrimento psíquico, tão importante para este trabalho.

### **3.3. A Psicodinâmica do Trabalho**

A análise psicodinâmica das situações de trabalho vem sendo consolidada desde os anos 80 na França, e nos anos 90 no Brasil. Tem como principal expoente o pesquisador francês Christophe Dejours e tornou-se difundida a partir da publicação, na França, em 1980, da obra '*Travail: usure mentale; essai de psychopathologie du travail*', publicada no Brasil, em 1987, com o título de 'A loucura do trabalho; estudos de psicopatologia do trabalho' e tornou-se um dos principais referenciais de pesquisa neste campo. Esta publicação guia as pesquisas em torno de uma clínica do trabalho que trata do conflito entre organização do trabalho e funcionamento psíquico para além do modelo causalista. Dejours (2003) desloca o foco investigativo das doenças mentais geradas pelo trabalho para análise dos mobilizadores sociais do sujeito frente ao trabalho, do prazer no trabalho, do sofrimento e das defesas contra esse sofrimento, do adoecimento e da promoção da saúde no trabalho. Em seguida, aponta à psicodinâmica como uma teoria das relações entre subjetividade e trabalho, ou seja, uma teoria do trabalho enquanto trabalho vivo, e destaca a centralidade do trabalho na vida humana.

No percurso desta abordagem, enquanto clínica do trabalho foi ampliada o enfoque para além da dinâmica saúde/doença. Houve um sucessivo deslocamento de foco da análise da doença mental do trabalho, característico da psicopatologia do trabalho, para o estudo dos processos psicodinâmicos mobilizados pelos sujeitos para enfrentar o sofrimento no trabalho, que conduziu à clínica das defesas e das relações entre o sujeito individual e o coletivo de trabalho. Esse deslocamento do espaço *strictu* da doença psíquica para o sofrimento psíquico como parte intrínseca dos modos de subjetivação humanos exigiu uma releitura por parte dos pesquisadores; um estudo não apenas dos aspectos psicopatológicos do trabalho, mas dos fatores que evocam o "sentimento de vida contrariada" no trabalho, fatores relacionadas à dinâmica do psíquico. A esta nova configuração do objeto saúde-cuidado-doença-psíquico denominamos de psicodinâmica do trabalho.

A psicodinâmica do trabalho, conforme Dejours (2003) é o campo do sofrimento e do conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento no âmbito do infrapatológico ou do pré-patológico. O sofrimento mental é compreendido em uma

perspectiva dinâmica, onde tanto pode proporcionar um ambiente que favoreça a saúde quanto ao processo de adoecimento dos trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Dejours (2007) esclarece que a abordagem deve ser contextualizada primeiramente como uma clínica voltada para a análise dos mobilizadores sociais do sujeito frente ao trabalho, do prazer no trabalho, do sofrimento e das defesas, das patologias e da busca da saúde. E seguida, aponta a psicodinâmica como uma teoria das relações entre subjetividade e trabalho, ou seja, uma teoria do trabalho enquanto trabalho vivo. Em terceiro lugar, seu autor situa como uma antropologia relativa à centralidade do trabalho na vida humana.

Para Dejours, o trabalho continua sendo o mediador insubstituível de realização pessoal no campo social, sendo fundamental para a identidade e para a saúde do sujeito, como é evidenciado pela desestruturação de que são vítimas os trabalhadores desempregados, tendo ainda, como evidência, as novas patologias sociais do trabalho, relacionadas às suas novas formas de organização derivadas do modo de acumulação flexível do capital (DEJOURS, 2007). Este autor considera o trabalho como uma segunda chance para a saúde psíquica; a primeira esfera é a busca do amor, cuja importância é fartamente documentada nos estudos psicanalíticos; e a segunda é o campo social, no qual o trabalho tem uma importância central.

A análise das relações psíquicas com o trabalho passa a ser centralizada na compreensão do sofrimento psíquico, das defesas contra o sofrimento e com a doença resultante da interação do homem com o trabalho. Para isto, é necessário que este sofrimento seja relacionado com as situações concretas de trabalho, considerando as interações entre condições físicas, químicas e biológicas e a organização do trabalho. Tem por referência os conceitos ergonômicos de trabalho prescrito e trabalho real, e a concepção de trabalho como atividade, priorizando aspectos relacionados à organização do trabalho (como ritmo, jornada, hierarquia, responsabilidade, controle, etc.).

Entende-se por organização do trabalho a divisão do trabalho, o modo operatório, e a divisão dos homens, as relações socioprofissionais. O modo operatório, que envolve a tarefa prescrita e real, estimula o sentimento e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a divisão de homens promove, sobretudo, as relações entre as pessoas e mobiliza os investimentos afetivos, o amor e o ódio, a amizade, a solidariedade, a confiança etc. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). As atividades são modos operatórios cognitivos, procedimentos e instrumentos utilizados pelos trabalhadores, não desvinculados destes e do

contexto no qual estão inseridos (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2000; MENDES; MORRONE, 2002).

A organização do trabalho inscreve-se numa intersubjetividade em que o sujeito envolve-se com a dinâmica de construção do coletivo de trabalho e da sua identidade social, considerando sua história passada, presente e futura, em que esse coletivo de trabalho é estabelecido baseado na fala compartilhada sobre a organização do trabalho e o possível sofrimento originado no confronto com seus elementos (atividade, processo de trabalho e relação de trabalho). Nesse sentido, a perspectiva de Merhy (2002) e Silva-Junior, Pontes e Henriques (2005) estão em consonância com os aspectos relacionados pela psicodinâmica no que se refere ao trabalho dessocializado que gera sofrimento; no caso estudado pelos autores, o trabalho em saúde:

Entretanto, sabemos que atualmente se observa que o trabalhador é capturado pela lógica do trabalho morto, ou seja, na centralidade dos usos dos equipamentos e dos saberes tecnológicos estruturados. O cuidado está frequentemente limitado à realização de procedimentos e centrado no trabalho médico, o que gera uma hierarquia e dependência no trabalho dos demais profissionais. E o usuário é percebido como um objeto, substrato no qual são realizados esses procedimentos. Assim, o projeto terapêutico produzido por essa medicina tecnológica é “um somatório sobre um usuário insumo (MERHY, 2002 apud SILVA-JUNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005, p. 94-95).

Em ambos os casos, na psicodinâmica e na perspectiva do cuidado apontada pelos citados autores, a maior relevância é dada ao trabalhador a partir de suas experiências e vivências adquiridas no mundo do trabalho. Há uma compreensão de que o trabalho deve ser compreendido lá onde ele acontece: no âmbito da atividade.

A análise da relação do sujeito com o trabalho não é estritamente técnica, estritamente subjetiva ou estritamente física. A relação com as pressões técnicas aparece na abordagem psicopatológica como fundamentalmente sujeita a um contexto intersubjetivo, sempre secundário e mediatizada pelas relações hierárquicas, relações de solidariedade, relações de subordinação, relações de formação, relações de reconhecimento, relações de luta e relações conflituais (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Diante das exigências e pressões organizacionais, os trabalhadores reagem de modo a se proteger dos efeitos nocivos à saúde mental. Mostra-se, portanto, a necessidade de uma análise dinâmica para compreender os recursos utilizados por estes para suportar e não adoecer, para se manterem no campo da normalidade – equilíbrio instável, precário, entre sofrimento e defesas. Eles sofrem, mas sua liberdade se exerce,



mesmo que de forma muito limitada, na construção e utilização de estratégias defensivas, fundamentalmente coletivas.

O conceito de sofrimento, introduzido por Dejours, é “concebido como a vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o conforto (ou bem-estar) psíquico” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 127). Este sofrimento diz respeito à vida contrariada, a não satisfação das necessidades relacionadas aos desejos (inconscientes) mais profundos dos sujeitos. Nessa situação, o trabalho só é vivenciado como fonte de sobrevivência e não como pólo identificatório e, conseqüentemente, lugar de fonte sublimatória. Se não há reconhecimento social no trabalho realizado, o que é sentido e ressignificado pelo trabalhador não possibilita o encaminhamento do sofrimento em direção ao prazer e à saúde. O trabalho deve ser visto como operador fundamental da própria construção do sujeito, colocado no centro da psicologia, no mesmo nível que a sexualidade.

Segundo Dejours (2007), os trabalhadores utilizam mecanismos defensivos individuais e estratégias coletivas para negar ou minimizar o sofrimento.<sup>9</sup> A construção, a organização e o gerenciamento de sistemas defensivos ocorrem de forma coletiva, específica de cada grupo social e relacionada à natureza de cada organização do trabalho. Porém, para serem operatórios, demandam de certa coerência e a obrigatoriedade da existência de um coletivo de trabalhadores. Segundo Dejours e Abdoucheli (1994):

---

<sup>9</sup> Os mecanismos de defesa são mecanismos psicológicos utilizados pelo indivíduo, consciente ou inconscientemente, contra o sofrimento, enquanto as estratégias de defesa são utilizadas por um grupo, quando este organiza a repressão coletiva ao sofrimento. Os mecanismos psicológicos individuais e as estratégias coletivas de defesa mantêm, possivelmente, uma correlação importante, embora ainda não se saiba como exatamente se articulam (SELIGMANN-SILVA, 1994).

“Como nos diz Anna Freud, a palavra **defesa** é a mais antiga representante do ponto de vista dinâmico, na teoria psicanalítica. Em grande parte dos seus trabalhos, Freud a utilizou para descrever *a luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis*. Anna Freud distingue nove formas de defesa: a repressão, a regressão, a formação de reação, isolamento, anulação, projeção, introjeção, inversão e reversão, aos quais acrescenta um décimo método, que pertence mais ao estudo da mente normal do que ao da neurose: a sublimação ou deslocamento dos anseios instintivos.

A psicanálise estuda principalmente conflitos intrapsíquicos e a maneira como eles provocam o surgimento de mecanismos defensivos. Anna Freud constatou que a criança também tem sua ansiedade despertada pelo mundo objetivo, exterior, e que essa ansiedade suscita o aparecimento dos mecanismos defensivos. Assim, nas situações de trabalho em que adultos se defrontam com circunstâncias ansiógenas que não podem controlar suas mentes, sem meios de proteção objetiva recorrem a estes mecanismos (SELIGMANN-SILVA, 1994, p. 232-233).

Dejours (2003) faz uma diferença entre os mecanismos de defesa e as estratégias de defesa. Para ele, mecanismos estão relacionados ao vivido individual e as estratégias coletivas, são modos de subjetivação coletivos, que funcionam inteiramente desvinculadas de qualquer perspectiva política libertadora e respondem unicamente à necessidade de suportar a penosidade do trabalho e, acima de tudo, ao medo e à ansiedade de conviver cotidianamente com os riscos de acidente e de vida (DEJOURS, 2003; SELIGMANN-SILVA, 1994).

O sofrimento, o prazer, o sujeito, a identidade, são conceitos cujo uso rigoroso não tem validade fora da ordem singular. Não conhecemos sofrimento nem prazer de um grupo, de um coletivo, de uma organização ou de uma sociedade. Prazer e sofrimento são vivências subjetivas, que implicam um ser de carne e um corpo onde ele se exprime e se experimenta da mesma forma que a angústia, o desejo, o amor etc. [...] Parece, portanto, que vários sujeitos experimentando cada um por si um sofrimento único seriam, contudo, capazes de unir seus esforços para construir uma estratégia defensiva comum. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 128).

De acordo com Dejours (2003), os sistemas coletivos de defesa funcionam como regras, cuja existência demanda o consenso ou um acordo (normativo) partilhado, diferenciando-se, dessa forma, dos mecanismos individuais de defesa. Portanto, as intervenções propostas se voltam para a coletividade de trabalho (e não indivíduos isoladamente) e para aspectos da organização do trabalho a que os indivíduos estão submetidos.

Na dinâmica de um coletivo de trabalho é necessário se dispor ao debate, para construir consensos, o que só é possível se houver confiança. Ao contribuir para a organização real do trabalho, os sujeitos exercitam e ampliam sua engenhosidade e recebem o reconhecimento que os beneficia no registro da identidade. Esse processo favorece ainda ganhos em produtividade, pois o compartilhamento dos “segredos de ofício” produz a melhoria dos processos de trabalho, e o reconhecimento mobiliza o engajamento individual e a cooperação para melhor enfrentar os novos desafios (DEJOURS, 2007).

A compreensão do sofrimento psíquico no trabalho sofreu alterações no decorrer do processo de produção de conhecimento no campo da psicodinâmica do trabalho, referindo-se, a partir de então, não apenas ao sofrimento patógeno, mas também a um sofrimento criador, inerente a vida e necessário à criação (este sofrimento criativo não deve ser confundido com prazer). O sofrimento psíquico é apresentado numa perspectiva dinâmica e pode tanto beneficiar a saúde como conduzir à morbidade.

O desafio real na prática, para a psicopatologia do trabalho, é definir as ações suscetíveis de modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação (e não sua eliminação). Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilidade para a saúde. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 137).

Portanto, devem ser considerados dois movimentos psíquicos para esta análise: defesa e resistência, ambas se constituindo como modos de subjetivação contra o sofrimento psíquico no trabalho. Segundo Seligmann-Silva (1994), a diferença está na utilização da resistência para o enfrentamento das situações ou condições determinantes

de sofrimentos. As defesas estão voltadas basicamente para evitar ou tornar suportável o sofrimento, enquanto as resistências estão voltadas diretamente para obter a transformação das situações que originam sofrimento. Apesar desta distinção, na prática é difícil reconhecê-la, inclusive existem defesas que assumem, muitas vezes, o caráter de resistência.

Diante o exposto, Seligmann-Silva (1994), observa que a nova configuração da psicopatologia do trabalho apresenta uma preocupação com a dinâmica mais abrangente, em relação ao surgimento e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho. Propõe-se o desafio de superar o distanciamento entre a organização prescrita e a organização real do trabalho, considerando todos os perigos que tal situação representa para a saúde dos trabalhadores, assim como para a segurança e qualidade do que é produzido.

Em síntese, a psicodinâmica se propõe a abordar a saúde e o trabalho em uma perspectiva inovadora e relação à psicopatologia do trabalho da qual se originou, propondo a análise dos processos psicodinâmicos mobilizados pela situação de trabalho, desvelando os mecanismos que os trabalhadores criam para se proteger e enfrentar as condições de trabalho que lhes causam sofrimento, privilegiando o estudo da normalidade sobre a doença; normalidade que se conquista na luta contra as dificuldades. Quando se perde a luta, se instala a patologia (DEJOURS, 2007; LANCMAN, 2004; MENDES; MORRONE, 2002).

A partir das várias possibilidades de análise construídas pela psicologia do trabalho, a opção que se relaciona com o objeto desta dissertação se refere à relação entre o trabalho e o adoecimento dos profissionais de enfermagem e o cuidado oferecido a estes pela instituição hospitalar na qual trabalham, e para a análise do trabalho considera-se tanto os aspectos relacionados à atividade como das dimensões subjetivas, do vivido singular de cada um dos trabalhadores adoecidos. Por isso, a partir desse momento, explicitarei mais detalhadamente as noções e implicações sobre a subjetividade e a relação entre saúde e adoecimento com a finalidade de construir eixos temáticos que possam dar sentido aos sujeitos desse trabalho: profissionais de enfermagem que adoeceram no trabalho em um hospital privado.

Tais possibilidades permitirão uma melhor análise do trabalho em saúde e dos fatores que podem estar influenciando no adoecimento dos trabalhadores da enfermagem que atuam no hospital estudado.

Ainda assim, há a necessidade de reconstruir neste trabalho uma opção epistemológica sobre o significado do cuidado, da saúde e do adoecimento. Desde já, optamos por incluir autores que reivindiquem um marco explicativo que supere a perspectiva estritamente organicista. Tal demarcação possibilitará finalmente dar significado à categoria sofrimento psíquico, tão importante para este trabalho.

#### 4. APORTES TEÓRICOS SOBRE A SAÚDE E O ADOECIMENTO QUE CONTRIBUEM COM A ANÁLISE DA PSICODINÂMICA

O conceito de saúde evoluiu ao longo do tempo, sendo modificado em função da hegemonia de diferentes tradições científicas, mas, segundo Le Goff (1997), não se restringe a história dos progressos científicos e tecnológicos, pertence também à história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades. A percepção de saúde varia muito entre as diferentes culturas, assim quanto às crenças sobre o que traz ou retira a saúde, e a articulação entre as concepções de saúde e de doença dependem intimamente do entendimento de vida, morte, sofrimento em cada contexto sociocultural. Segundo Luz (2009), “a ‘saúde’ é mais do que um estado ‘natural’, é uma definição construída social e culturalmente (LUZ, 2009, p. 354).

A definição de saúde bastante difundida no mundo é a encontrada no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS): *saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças*. Comparando com a visão anterior, os aspectos positivos mais destacados neste conceito foram a adoção de uma visão holística, positiva e mais abrangente de saúde, mas esta definição tem sido alvo de inúmeras críticas. Esta definição apresenta um caráter utópico e uma visão estática, que são suas principais limitações (LUZ, 2009). O “completo bem-estar” é um ideal, válido enquanto meta, porém inatingível enquanto realidade; concretamente as pessoas apresentam limitações da saúde física, psíquica e social. Sendo difícil definir e alcançar o completo bem-estar, ocorre o estabelecimento de parâmetros de normalidade, por comparação com os que estão próximos, embora o “normal” não signifique “saudável”. Além disso, o próprio sofrimento e a busca de superação do mesmo podem se considerados inerente à condição humana (DEJOURS, 2007).

Com relação a esse aspecto, Freud (1969) procurou mostrar como a perfeita felicidade de um indivíduo dentro da civilização se constitui algo impossível. Para ele, a civilização passou a existir através do contrato social, que para o bem da humanidade o homem é sacrificado: para que a civilização possa se desenvolver o homem tem que pagar o preço da renúncia da satisfação pulsional. A vida sexual do homem e sua agressividade são severamente prejudicadas; eles trocaram uma parcela de sua liberdade pulsional por um pouco de segurança. Desta forma, a própria organização social e a

condição mesma da existência do homem em grupos se baseiam em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de "mal-estar". Desta condição não se pode fugir, donde a civilização é defendida contra o indivíduo, contra os impulsos hostis dos homens e sempre haverá uma zona de tensão. Portanto, a civilização vai produzir coerção e repressão dos instintos dos homens; quando estes instintos não podem ser satisfeitos, quando há a privação, estes experimentam a frustração.

Freud afirma que a natureza do homem exige este tipo de controle para que ele possa viver em sociedade. A civilização tem como função evitar o sofrimento e oferecer segurança, colocando o prazer em segundo plano. Em função do fato da satisfação pulsional ser sempre parcial, as possibilidades de felicidade tornam-se restritas. Para o autor, a felicidade é algo subjetivo e “se constitui um problema da economia da libido do indivíduo” (FREUD, 1969).

O outro elemento a ser questionado, nesta definição de saúde, é a separação entre os aspectos físico, mental e social. Os estudos psicanalíticos destacam uma inexistência de uma separação entre *psique* e *soma*, sendo o social também interagente na produção de saúde e doença (FOUCAULT, 2003; CANGUILHEM, 2006).

Canguilhem (2006) tece suas críticas ao positivismo à medida que não reconhece apenas na base fisiopatológica a explicação para adoecimento e saúde (organogênese), que não é a ausência de doenças que possibilita a vida plena com saúde e que a doença não se manifestaria apenas como uma “expansão” da quantidade dos efeitos fisiopatológicos do ser normal. Para este autor, há uma força vital que se relaciona com aspectos qualitativos dado pelo sujeito aos seus modos de andar a vida. Há uma força vital que o faz recriar novas normas para dar conta dos desafios que se apresentam para o seu viver.

O modelo biomédico, absorvido pela tecnociência, utilizado como única forma de explicação para os processos de saúde e doença gera distorções sobre as ações de saúde como a redução terapêutica à prescrição medicamentosa, a produção de diagnósticos em massa, a busca pela “cura” e a transformação de profissionais de saúde em fornecedores e usuários em consumidores. A concepção de doença na biomedicina articula três dimensões: a) a própria indefinição conceitual – Canguilhem (2006) ao apresentar a dupla tautologia da doença como ausência de saúde e saúde como ausência de doença; b) o reducionismo biológico da biomedicina – Arouca (2003) ao analisar os conceitos básicos da biomedicina preventiva, destacou que essa redução exclui a

possibilidade de pensar o processo saúde/doença considerando fatores sociais ou individuais, subjetivos, com implicações para todas as intervenções da saúde; e c) a reificação da doença, que produz modos de subjetivação em que o doente, muitas vezes, é “coisificado” pelo profissional de saúde, exemplos clássicos como denominar o doente pela patologia ou pelo número do leito são recorrentes das práticas dessocializadoras nos serviços de saúde brasileiros.

Canguilhem se dedicou a estudar os conceitos de *normal* e *patológico*, em sua dimensão histórica, desenvolvendo uma teoria muito importante para a compreensão das atividades no setor saúde, pois como a medicina se relaciona com os conceitos de *saúde* e *doença* determina o próprio objeto da área da medicina e da saúde e vai moldar as práticas médicas em saúde. Este autor questiona inicialmente o conceito de normal: “o estado normal é o estado habitual do corpo humano ou é o estado que se deseja alcançar?” e, ainda, “será o patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?” (CANGUILHEM, 2006, p. 9). Segundo o autor, o normal é relativo à normatividade, à instauração de novas normas, e não à normalidade.

O autor se preocupa em pesquisar a epistemologia da “vida” e provoca uma inversão sobre o pensamento sobre a saúde, na França, na qual até então, o ensino médico valorizava o normal, a normalidade, considerando a doença como um desvio de normas fixas que seriam constantes, como temperatura, funções fisiológicas, entre outras. A prática médica buscava estabelecer, cientificamente, estas normas, para seguir a teoria e buscar o retorno ao estado da saúde normal, através do restabelecimento do organismo biofisiológico da norma da qual se desviou (PORTOCARRERO, 2009).

O autor critica o conceito de *normal* e *patológico* contidos no princípio da patologia, que define que os fenômenos patológicos são iguais aos fenômenos normais e que as variações são de ordem quantitativa, correspondendo à intensidade. A doença não se manifesta apenas como uma expansão da quantidade dos efeitos fisiopatológicos do ser normal. E a intensidade é algo que só existe em relação a alguma coisa e, no caso da vida, dificilmente aquilo que se chama estado normal é algo absoluto, afinal, se está sujeito às variações de temperatura, pressão, etc. Então, a definição entre o normal e o patológico corresponde a determinados arbítrios, no caso da medicina, ao consenso científico que esse estabelece no seio da comunidade médica, inclusive está sujeita aos conflitos de paradigmas divergentes.

Para Canguilhem o organismo é sempre um ser vivo que não tem uma harmonia pré-estabelecida com o meio. A normatividade é natural e própria do ser vivo, constitui a

vida. A normalidade, para o autor, consiste assim na capacidade de adaptação, de variação do organismo às mudanças circunstanciais do meio externo e interno que, por sua vez, é variável (PORTOCARRERO, 2009).

Canguilhem (2006) distingue patologia e anormalidade e conceitua saúde não restritamente à ausência de doença, fundamentando as teorias em subjetividade e trabalho. Outro aspecto que aproxima aos postulados da psicodinâmica do trabalho é que não privilegiam os aspectos psicopatológicos e utilizam o mesmo conceito de vivência, no entanto, na abordagem dejouriana prevalece o modelo clínico na concepção de pesquisas e no trabalho de interpretação.

A normalidade, nesse contexto, deve ser entendida como equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento. Assim, o normal não deve ser tomado como sinônimo de saudável, mas como o que não entrou em um quadro de descompensação (psíquica ou somática).

O autor defende que, na verdade, a discussão conceitual é pela “vida” ao invés da “saúde”; ele afirma que a força vital (vitalismo) não se reduz aos aspectos fisiopatológicos. Há uma força vital que se relaciona com aspectos qualitativos dado pelo sujeito aos seus modos de andar a vida e que o faz recriar novas normas para dar conta dos desafios que se apresentam para o seu viver.

Para um ser vivo, o fato de reagir por doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é fato, uma atividade normativa (CANGUILHEM, 2006, p. 96).

O autor afirma, então, sobre a saúde e doença, que é o indivíduo (organismo individual) o único capaz de estabelecer o ponto de vista em que começa a doença, a partir de qual critério o ser vivo consegue fazer a distinção entre o são e o doente, e que a vida não é indiferente às condições que lhe são impostas pelo seu meio, dado que a vida é polaridade, isto é, que a vida é de fato uma atividade normativa (CANGUILHEM, 2006). Segundo o autor, o que caracteriza a saúde é a possibilidade de transcender a norma que define a normalidade momentânea; é a possibilidade de tolerar as infrações da norma habitual e instituir novas normas em situações novas.

Para um ser vivo, o fato de reagir por uma doença a uma lesão, a uma infestação, a uma anarquia funcional, traduz um fato fundamental: é que a vida não é indiferente às condições nas quais ela é possível, que a vida é polaridade e, por isso mesmo, posição inconsciente de valor, em resumo, que a vida é de fato uma atividade normativa (CANGUILHEM, 2006, p. 96).



A discussão sobre o normal e o patológico conduz Canguilhem ao conceito de *normatividade da vida*, que se apresenta como sendo também bivalente: seria um princípio ontológico, intrínseco à própria vida, e também um princípio epistemológico, atribuído à vida pelo ser humano (o médico, e/ou seu paciente, e/ou qualquer outro observador da vida). Ele apresenta ambas as possibilidades numa pergunta retórica: "Propomos falar sobre uma normatividade biológica [...] emprestamos assim às normas vitais um conceito humano, ou queremos saber como é que a normatividade essencial se explica à consciência humana, que de certo modo está em germe na vida?" (CANGUILHEM, 2006, p. 95-97). Ambas as proposições estão corretas, entretanto, devemos ressaltar a originalidade da segunda alternativa, que constituiria o núcleo central da epistemologia de Canguilhem: a consciência humana como expressão do processo de auto-organização da vida.

Ele inverte o pensamento sobre a saúde, também porque coloca o sofrimento – não a mensuração normativa ou o desvio padrão – como elemento que estabelece o estado de doença. Canguilhem faz, assim, uma dura crítica à normalização.

Esta breve retomada da discussão sobre saúde e doença em Canguilhem, é muito importante para compreendermos como se dá a relação entre a concepção de saúde e doença e a medicina, que determina próprio objeto da medicina e da saúde e suas práticas. Outra tese essencial, construída pelo autor e bastante rica para nossa análise, é que o cuidado tem a primazia sobre a ciência fisiológica. Em outras palavras, como a enfermidade é uma experiência de sofrimento e de limitação sentida, primeiramente no plano subjetivo, cabe ao próprio ser vivo individual (não este ser vivo que sofre atualmente, mas a uma experiência subjetiva que orienta a constituição do olhar clínico) a responsabilidade de distinguir o ponto em começa a doença. Nesse sentido, há um imbricamento entre os pressupostos antes enunciados por Dejours e a perspectiva apontada por Canguilhem, ambos dão relevância aos aspectos subjetivos e intersubjetivos que se localizam na atividade, no trabalho vivo dos profissionais de saúde.

Para efeito do nosso objeto de estudo, o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem acometidos por doenças relacionadas ao trabalho, é necessário que articulemos os conceitos estudados. A discussão entre sofrimento e prazer como indicadores de saúde psíquica pressupõe a necessidade de uma compreensão mais ampla das condições de saúde dos trabalhadores na contemporaneidade, considerando as condições sociohistóricas, na qual o trabalho está inserido.

Resgatando as máximas da psicodinâmica, que compreendem que a doença não é sofrimento mental, que o sofrimento pode favorecer ao adoecimento, mas pode favorecer que o indivíduo reúna forças e reaja diante do sofrimento, produzindo vida, autonomia. Para Dejours, a noção de “sofrimento” se refere a um estado de luta do sujeito contra forças que o empurram para a doença mental. Tanto em Canguilhem como em Dejours há uma dimensão subjetiva necessária para dar sentido ao adoecimento. Como nos diz Canguilhem, é necessário não objetivar o conhecimento no trabalho do médico, há a necessidade de se compreender o adoecimento fora do biológico, por isso, ele nos fala de uma *doença sem órgãos*.

Ressignificando a questão para a psicodinâmica, o medo, a ansiedade e a angústia recolocam a questão da normalidade para o sujeito e para o trabalhador. A questão é qual trabalho e como cada coletivo ou indivíduo reage frente às exigências da organização. De outro modo, na presença de fatores que geram sofrimento é necessário saber se os coletivos ou indivíduos reagem de forma a construir resistências (no sentido empregado por Seligman-Silva) ou defesas – mecanismos ou estratégias – no sentido empregado por Dejours. A luta é sempre para se colocar no âmbito da normalidade frente à dramática do trabalhar. Ambos os autores nos falam da expansão da vida e não de um estado pleno de saúde.

#### **4.1. O trabalho em Saúde e suas Tecnologias: um encontro entre a psicodinâmica do trabalho e o trabalho vivo**

Na psicodinâmica, a compreensão de trabalho remonta à concepção marxista, em que “trabalho vivo é o trabalho realizado por pessoas” (MARX, 1983, p. 61), em contraposição ao trabalho morto, aquele que é realizado pelas máquinas. No âmbito do trabalho em saúde, o trabalho vivo tem como produto um serviço e é baseado numa relação entre trabalhador e usuário. A produção da saúde se realiza, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato. Segundo Merhy e Franco (2003), o trabalho em saúde é sempre relacional, porque dependente de trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho humano no momento em que este é executado e que determina a produção do cuidado.

No âmbito do trabalho em saúde, compreendemos que o cuidado é conceito essencial, o trabalhador opera num núcleo do processo de trabalho composto por Trabalho Morto (instrumental) e Trabalho Vivo em Ato (MERHY; FRANCO, 2003). Segundo Merhy (1999), o modelo assistencial, vigente nos serviços de saúde, guia-se pela ótica

hegemônica neoliberal e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos. O que os autores acima destacam que uma mudança no modelo tecnoassistencial para a saúde, depende especialmente da produção de saúde ocorrida no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho.

O modelo assistencial se constitui a partir de certas contraturalidades entre os atores sociais e políticos que estão envolvidos no processo de produção de saúde. Esses atores – trabalhadores, usuários, governo instituído, mercados – têm diferentes vontades e diferentes graus de governabilidade sobre os processos e o encontro destes é um contínuo espaço de tensão. A pactuação entre os atores, mesmo sobre pressão, produz a forma de organização da assistência (MERHY, 2003; MERHY; FRANCO, 2003).

Esses autores têm buscado compreender os modelos assistenciais como formas de organização dos processos de trabalho em saúde, agrupando vários saberes da área, como a clínica, epidemiologia, planejamento, a psicanálise, filosofia. A produção de serviços está associada aos processos e tecnologias de trabalho, um modo de agir em saúde, com finalidade de ofertar produtos e de promover melhorias na situação de saúde do usuário – individual e coletivo. Eles defendem que para a discussão sobre a organização da produção da saúde é fundamental a articulação entre o campo de saberes e práticas da clínica, o entrecruzamento de vários saberes e fazeres, para dar conta da complexidade dos problemas de saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Para compreender como a micropolítica de organização do trabalho contribui na constituição do modelo tecnoassistencial, Merhy e Franco (2003) retomam as contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994, apud MEHRY; FRANCO, 2003) sobre os conceitos de “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usados na produção da saúde.

Segundo Gonçalves (1994, apud MEHRY; FRANCO, 2003), Merhy e Franco (2003), Merhy, Franco e Magalhães Júnior (2003), para que o serviço produza cuidado é fundamental que o processo de trabalho esteja centrado nas tecnologias leves (as tecnologias das relações) e leves-dura (definidas pelo conhecimento técnico) em detrimento de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos).

A produção na saúde se realiza, sobretudo, através do trabalho vivo em ato, isto é, o trabalho realizado no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias e dependendo da forma com que estas se comportam no processo de trabalho em saúde,

pode-se ter processos mais criativos, centrados nas relações, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros (nas máquinas, por exemplo). Embora o trabalho vivo interaja todo momento com instrumentos, normas, máquinas, diversos tipos de tecnologias, a melhor tecnologia disponível na valise do trabalhador de saúde é o seu saber, onde as tecnologias duras – o trabalho morto – não podem substituir o trabalho vivo. A tomografia computadorizada de alta definição não vai substituir a avaliação do médico, não obstante seja necessária em alguns casos para a confirmação de um diagnóstico.

Segundo Merhy e Franco (2003), na valise tecnológica do trabalhador de saúde há instrumentos materiais – tecnologias duras; o saber técnico estruturado – tecnologias leve-duras; e as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato – tecnologias leves. Na produção do cuidado, o trabalhador de saúde utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme seu modo de produzir cuidado. Nessa relação, entre essas tecnologias pode predominar a lógica instrumental ou pode haver um processo em que os processos relacionais intercessores intervenham para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras, onde a criatividade e inventividade do trabalhador são privilegiadas.

Conforme mencionado anteriormente, ao realizar o cuidado, o trabalhador de saúde opera no seu processo de trabalho num núcleo tecnológico onde há um encontro entre trabalho vivo e trabalho morto (FRANCO, 2003; MERHY; FRANCO, 2003). Esse encontro reflete uma correlação entre eles, chamada de Composição Técnica do Trabalho, ou seja, a composição técnica do trabalho é a razão entre trabalho vivo e trabalho morto. Seguindo esta análise, pode-se inferir que quando a composição técnica do trabalho está favorável ao trabalho morto, dizemos que há uma dependência das tecnologias duras e, quando ao contrário, houver predominância do trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves.

O modelo assistencial vigente – médico hegemônico – que se desenvolveu ao longo do século XX, baseado num modelo de clínica flexneriana<sup>10</sup>, caracterizado por

---

<sup>10</sup>O chamado Relatório Flexner, publicado em 1910, resultante da avaliação de 155 escolas médicas norte-americanas coordenada por Abraham Flexner, induziu a profundas alterações no processo de formação de médicos nos Estados Unidos e no Canadá e, posteriormente, por meio da pressão econômica dos órgãos financiadores internacionais, na maioria dos países capitalistas ocidentais. A pesquisa, feita pela Fundação Carnegie de Educação a pedido da *American Medical Association*, constatou que apenas 29% das escolas médicas norte-americanas adotavam estratégias de formação com base na racionalidade científica moderna e no consumo das tecnologias médicas produzidas pela indústria emergente. O relatório defendeu a uniformização da graduação médica a partir de um currículo mínimo com quatro

uma clínica centrada no biológico, no saber e na pessoa do médico (NOGUEIRA, 1994; FRANCO, 1999). Há um impulsionamento pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor saúde, incentivando um alto consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como principais recursos de diagnose e terapia. Este modelo de (des)cuidado à saúde gera um excesso de encaminhamentos para especialistas e alto consumo de exames, que reflete uma assistência pouco resolutive, incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário e ignora que este é, também, sujeito na produção da saúde, também protagonista de atos cuidadores e geradores de autonomia (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998; FRANCO, 1999; MERHY; FRANCO, 2003). Nesse modelo prevalece um processo de trabalho partilhado que desconhece o sujeito pleno, portador uma subjetividade, uma história de vida, além do seu problema de saúde e que tais aspectos são determinantes do seu processo de saúde e doença (MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Se esse modelo de assistência mostra-se ineficiente e muito dispendioso, tanto para o usuário (que geralmente tem que percorrer diversas clínicas na mesma ou em outras unidades de saúde), quanto para o sistema de serviços em saúde (custo com alto número de procedimentos: consultas, exames medicamentos), então qual o “melhor” modelo assistencial? Merhy e Franco (2003) defendem o modelo assistencial que deve ofertar todos os recursos tecnológicos aos cuidados dos usuários, conforme cada necessidade (mesmo que esta seja a utilização de alta tecnologia), o processo de trabalho deve ser centrado no trabalho vivo. Portanto, a organização dos processos de trabalho em saúde se mostra como ponto principal a ser enfrentado para a mudança nos serviços de saúde, no sentido de colocá-los operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas, e para que este (o cuidado) aconteça, o processo de trabalho em saúde deve ser centrado nas tecnologias leves e leves-dura (MERHY; FRANCO, 2003).

A discussão dos modelos assistenciais traz o debate em torno da Reestruturação Produtiva da saúde, que pode ocorrer de várias formas: através de incorporação de novas tecnologias de cuidado, nos processos produtivos, sempre

---

anos de estudos em ciências básicas da saúde e a valorização da aprendizagem em hospitais universitários especializados. O corpo humano foi conceituado a partir de órgãos e sistemas independentes, para facilitar o domínio da ciência pelos estudantes. Segundo Fontes (1999), a partir das recomendações do Relatório Flexner, “a formação biomédica no Ocidente uniformizou-se ao redor dos conceitos mecanicistas e dos interesses capitalistas que até os dias de hoje persistem na biologia e nas ciências da saúde” (p.44). (FERLA, 2007, p. 33)

centradas na ideia de que há mudança nos processos de trabalho e no modo de produzir cuidado. Neste contexto, até mudanças nas atitudes dos profissionais, no modo de cuidar do outro, nos processos de subjetivação dos profissionais, também podem determinar certa reestruturação produtiva.

Exemplos de processos de reestruturação produtiva em curso no Brasil podem ser observados na incorporação de novas tecnologias de produção da assistência em saúde, referida por Pires (1998), em um estudo que analisou a organização do trabalho em um hospital público e em outro privado. Este autor analisa que o impacto provocado pela incorporação tecnológica no hospital muda o processo de trabalho, mas ao mesmo tempo, mantém o núcleo tecnológico do cuidado inalterado, centrado no trabalho morto, pouco relacional, o que denuncia a captura do trabalho vivo pelo instrumental.

Outro exemplo pode ser verificado no Programa de Saúde da Família, que apesar da mudança na forma de produção, não houve alteração no processo de trabalho, centrado nas tecnologias duras. Merhy e Franco (2003) apontam ainda que o trabalho em equipes, o incentivo à vigilância à saúde e aos cuidados individuais não provocam mudanças reais na micropolítica de organização do trabalho, que continua centrado na figura do médico e nos atos prescritivos deste, mantém operando nuclearmente um modelo produtor de procedimentos.

A reestruturação produtiva na saúde suplementar vem sendo feita através da microrregulação do trabalho, incorporando diretrizes do *manage care*, com objetivos de diminuir os custos da assistência. O ato prescritivo médico é controlado com base em protocolos técnicos e auditoria administrativa. O processo de trabalho do médico é capturado em seu microprocesso decisório, onde cabe a auditoria determinar quais de procedimentos são necessários e podem ser realizados. Apesar do controle dos procedimentos sugerir uma diminuição de utilização de instrumentos, exames, entre outros, a produção do cuidado, no entanto, permanece centrado na hegemonia das tecnologias duras.

Em todos esses casos citados, observam-se as mudanças na forma de produzir cuidado, mas não há uma alteração da lógica produtiva, não altera de fato as estruturas do modelo assistencial vigente, médico hegemônico, produtor de procedimentos. Mas se essas mudanças conseguem alterar o núcleo tecnológico do cuidado, passando a operar pela hegemonia do trabalho vivo, configura-se um novo modo de produzir saúde, ao qual é conceituado como Transição Tecnológica (MERHY, 2002; FRANCO, 2003; MERHY; FRANCO, 2003).

Segundo Merhy e Franco (2003), a transição tecnológica é caracterizada por mudanças na produção do cuidado, onde, de fato, há uma nova forma de conceber o próprio objeto e finalidade do cuidado, impacta processos de trabalho e altera a composição técnica do trabalho. Com esta mudança na lógica de se produzir cuidado, o núcleo tecnológico deste passa a ser centrado nas relações. A transição tecnológica se dá a partir dos mesmos dispositivos que provocam a reestruturação produtiva e poderíamos até pensar que há uma tênue linha entre os dois conceitos, mas estes são distintos, pois na transição tecnológica são acrescentados processos de subjetivação que redefinem um modo de agir no mundo do trabalho em saúde, que é diferente do anterior. Agora a ação é guiada por uma lógica relacional, com hegemonia do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves no processo produtivo (MERHY; FRANCO, 2003; 2005).

Esses autores ressaltam ainda que para se conseguir operar satisfatoriamente a integralidade na saúde, ou agir cotidiano do cuidado, no espaço da micropolítica do processo de trabalho, deve-se seguir a hegemonia do trabalho vivo em ato, calcando um trabalho baseado nas relações, centradas em tecnologias leves, possibilitando que o usuário possa satisfazer suas necessidades de saúde, resgatando as contribuições de Cecílio (1999, apud MERHY; FRANCO, 2003): “em ter boas condições de vida [...] ter acesso e se poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...] criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...] necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida”.

No âmbito da assistência à saúde do trabalhador de saúde, nos questionamos sobre como se tem produzido cuidado a estes profissionais quando acometidos por algum problema de saúde? Estes são cuidados nas instituições pelos serviços de saúde ocupacional? Quais caminhos estes percorrem em busca de solucionar seus problemas de saúde? E quando estes chegam ao serviço de saúde, qual a lógica da produção de cuidado que guiam estes serviços ocupacionais ou de medicina do trabalho nos hospitais?

O conhecimento sobre o processo de trabalho vai além de protocolos clínicos. O trabalho não é inteiramente inteligível e formalizável porque há sempre uma distância irreduzível entre concepção e execução; entre trabalho prescrito e trabalho real, é o corpo para resolver os problemas, o que consiste no trabalho vivo. Essa defasagem é inevitável porque o real do trabalho sempre se manifesta como novo, o inusitado. Assim, o trabalho é definido como “a atividade manifestada por homens e mulheres

para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (DEJOURS, 2004).

Decorrendo dessa compreensão, o trabalho não é o emprego, não é o salário, nem ainda o conjunto de tarefas prescritas formalmente para determinado posto, o que se supunha que constituía o cerne do trabalho. O trabalho é, então, precisamente o que a pessoa precisa fazer para preencher a defasagem entre a organização prescrita e o real, ao realizar sua tarefa. A mobilização é essencial para preencher essa lacuna: é quando se convoca a inteligência prática, acompanhada pelo desejo de resolver o problema; a solução do mesmo é um produto da experiência, das habilidades e do engajamento, integrando o corpo, o afeto e o intelecto.

O trabalho vivo é essencial em todas as esferas da produção do trabalho em saúde, inclusive no campo das tecnologias duras, da parafernália de aparelhos diagnósticos. Assim, a situação de trabalho nunca se apresenta exatamente como foi prevista, razão pela qual a prescrição formal é sempre insuficiente; portanto, o trabalho é aquilo que transcende à máquina. Dessa forma, na acepção da psicodinâmica “todo trabalho é sempre trabalho de concepção, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológica maquinal é insuficiente” (DEJOURS, 2004, p. 65). Por comportar precisamente a dimensão humana, o trabalho é definido como a criação do novo, do inédito (DEJOURS, 2007). No cotidiano dos serviços de saúde o trabalhador é demandado a todo o momento a usar sua criatividade, sua inventividade, pois os protocolos clínicos são insuficientes para dar conta das necessidades imprevisíveis e individuais dos usuários.

A impossibilidade de dar conta da tarefa somente a partir da prescrição é nomeada, por Dejours (2007), como experiência com o real de trabalho. Trabalhar é ir de encontro ao real. E o real do trabalho se revela quando as técnicas de que se dispunha até então, seguindo a prescrição da tarefa, fracassam. Portanto, é na esfera afetiva que o real se revela àquele que trabalha. Trabalhar, assim, é não apenas preencher a distância entre o real e o prescrito, mas também a capacidade de superar esse real. Para isso, é necessário desenvolver um tipo particular de inteligência, que se volta para a busca de respostas para um novo problema, que demanda a descoberta – ou invenção – de uma nova solução: a inteligência prática, que revela a engenhosidade.

A inteligência prática é, também, solidária ao corpo, por buscar melhores resultados com o mínimo de sofrimento. Envolve astúcia, tanto na busca da solução para os problemas quanto na “economia do esforço”, pois se busca obter o máximo, da melhor



forma possível, com o mínimo dispêndio de energia. Essa forma de inteligência está presente em todas as atividades, não somente nas manuais, podendo estar também no cerne das atividades intelectuais; é referida, na tradição francesa, como engenhosidade. E na literatura norte-americana é nomeada como habilidades tácitas ou habilidades incorporadas (DEJOURS, 2004; 2007).

O reconhecimento da importância da engenhosidade leva à questão de como se adquire ou se desenvolve esse tipo de conhecimento, essa “virtuosidade”. Ela só se manifesta depois de um contato prolongado com a o trabalho, quando se agrega habilidade, inteligência e desejo, desenvolvendo a capacidade de interagir com o trabalho.

Dejours (2007) destaca que há um círculo virtuoso entre o desenvolvimento da inteligência do corpo e a ampliação das habilidades, com ganhos no registro da identidade: ao mesmo tempo em que se aprofunda a intimidade e o conhecimento da máquina, o sujeito descobre em si novas habilidades, o que é uma fonte de prazer.

Por essa razão, o trabalho pode ser mediador para a saúde uma vez que possibilita a descoberta de novas habilidades, ampliando a sensibilidade e enriquecendo a subjetividade. O benefício no plano da identidade, decorrente dessas novas habilidades, possibilitadas pelo exercício da inteligência do corpo, faz com que o sujeito passe, então, a amar a si mesmo, o que constitui a base da saúde mental (DEJOURS, 2007).

Nos serviços de saúde, onde acontece o encontro de usuários com trabalhadores de saúde, é tecida uma trama onde as necessidades do usuário de consumir atos de saúde para solucionar seus problemas de saúde, diminuir e/ou eliminar seu sofrimento para continuar seguindo sua vida, se entrelaça com os modos de operar o trabalho em saúde, com as condições dos serviços e dos próprios trabalhadores da saúde. Neste encontro, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato. Segundo Merhy (1998), é por meio deste trabalho vivo em ato que os trabalhadores de saúde têm que buscar construir uma relação mais solidária com os usuários do sistema de atenção à saúde e com os outros trabalhadores, do ponto de vista do seu desempenho técnico e da construção de um trabalhador coletivo na área da saúde e, principalmente, na produção do compromisso cotidiano do trabalhador de saúde diante do cuidado. Defende ainda, que:

Os trabalhadores têm que se responsabilizar por uma boa parte da qualidade da assistência que ofertam, pois sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema. (MERHY, 1998, p. 3).

Como o usuário e o cuidador estabelecem uma relação intersubjetiva em um trabalho vivo, que sentimentos são vivenciados pelo cuidador quando este está acometido de um adoecimento relacionado ao trabalho – no trabalho – sem poder realizar e colocar em prática toda a sua potencialidade e inventividade? Como reivindicar e garantir o cuidado aos usuários sem que os profissionais que cuidam estejam bem cuidados?

Retomando o que foi exposto sobre o trabalho da enfermagem que mantém sua organização sob a lógica taylorista, com tarefas fragmentadas, hierarquizadas, carregadas de normas, prescrições, sem participação efetiva nas decisões, principalmente, os profissionais de nível médio, com alta carga física e psíquica, nos questionamos então: a organização hospitalar na qual este trabalhador está inserido, entende que tais aspectos do trabalho podem estar influenciando no adoecimento dos trabalhadores? Quais as estratégias adotadas pela instituição com relação ao adoecimento dos trabalhadores de enfermagem? Como são decididas tais medidas? Há um espaço de discussão coletiva sobre os processos de trabalho destes trabalhadores? Há uma possibilidade de mudança na organização dos processos de trabalho?

## 5. TRAÇANDO O PERCURSO METODOLÓGICO

### 5.1. Pesquisa Qualitativa: pressupostos teóricos

No âmbito das ciências humanas, atualmente destacam-se duas grandes abordagens em pesquisa: a quantitativa e a qualitativa. A primeira, mais antiga e tradicional, filha do modelo das ciências naturais, baseia-se nos princípios do positivismo que valoriza a mensuração e a análise das relações causais entre variáveis em termos de quantidade, intensidade ou frequência, busca a previsão e controle dos fatos, trabalhando com os pressupostos da neutralidade científica e da possibilidade de abordar a realidade de forma objetiva (DENZIN; LINCOLN, 2000; LÓPEZ, 1997 apud MORAES, 2008). Essa abordagem influenciou as ciências sociais, na medida em que essas assumiram explicitamente, a partir de Comte, a busca de uma metodologia de investigação científica, fundamentada na filosofia positivista, que foi utilizada como base para o paradigma das ciências sociais no século XIX (LÓPEZ; SCANDROGLIO, 2007 apud MORAES, 2008).

Buscando diferenciar-se aos limites do positivismo e do método quantitativo para as ciências e para dar conta de responder a questões muito particulares dos fenômenos sociais, nasceu a abordagem qualitativa, que se propõe compreender a realidade em um nível que não pode ser quantificado (MINAYO et al., 1996). Busca, fundamentalmente, a interpretação e o sentido dos fenômenos sociais, para compreender os padrões que regem suas dinâmicas.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzido à operacionalização de variáveis”. (MINAYO et al., 1996, p. 21-22).

No paradigma hermenêutico – que se fundamenta a abordagem qualitativa –, busca-se uma maior compreensão da realidade, levando em consideração a complexidade social, buscando reconstruir com ou partir das pessoas, dos grupos ou das instituições estudadas, sua própria lógica interna. Seus princípios básicos são: a valorização da interpretação; a perspectiva do caráter interativo entre o pesquisador e o campo de pesquisa na produção do conhecimento; a singularidade de cada um dos participantes, que conduz à valorização da qualidade da expressão e a representatividade dos conteúdos alcançados, razão pela qual a quantidade dos informantes recebe menos importância que a qualidade da informação. A atitude qualitativa valoriza a informação

de como foi possível construir determinado conhecimento; a pesquisa é situada como um percurso em construção, em que o método (caminho) vai sendo traçado durante o processo. Assim, a criatividade pode ser um valioso elemento para propor novas formas de se aproximar do fenômeno que escapa as técnicas tradicionais (LÓPEZ; SCANDROGLIO, 2007 apud MORAES, 2008).

Na pesquisa que desenvolvi junto aos trabalhadores da enfermagem, na qual adotei a referência da psicodinâmica do trabalho de Dejours (1992), fiz a opção pela abordagem qualitativa, elegendo a fala (e a escuta) como acesso privilegiado às vivências subjetivas. Essa opção não significa que a abordagem qualitativa seja “superior”, a propósito neste trabalho, quando e se necessário, foram mencionados aspectos quantitativos, mas a qualidade da informação sempre será mais importante. Compreender para além dos números – sejam esses: registros epidemiológicos ou quantidades de determinadas respostas – é um desafio constante para a construção do conhecimento na área das ciências sociais.

A abordagem qualitativa no âmbito de pesquisas na área da saúde permite a aproximação do pesquisador e do profissional de saúde da realidade das pessoas sobre a qual estamos indagando. Estabelecemos uma relação com os atores com as quais vivenciamos e compartilhamos a mesma realidade. Assim, é possível a construção do conhecimento empírico importantíssimo para a atuação como profissional de saúde (MINAYO, 2011).

Nessa perspectiva, o investigador preocupa-se mais com o processo do que com os resultados, tendo como base questões amplas, que vão se tornando mais focadas a partir dos dados, da definição do objeto e da compreensão do quadro referencial. O rigor científico é construído a partir do referencial teórico e não pela mensuração ou objetivação, mas sim na busca do método que respondam às solicitações daquilo que se está investigando.

Segundo Heloani e Lancman (2004):

[...] a compreensão da dialética entre a dimensão quantitativa e qualitativa configura fundamento vital para a interpretação e a análise das interações complexas dos fenômenos na área da psicodinâmica do trabalho, embora a pesquisa qualitativa busque a compreensão (esfera da linguagem) e implique certa “empatia” (capacidade de colocar-se no lugar do outro) em relação aos fenômenos humanos e sociais que pretende interpretar (hermenêutica), essa abordagem de investigação exige por parte do pesquisador rigor metodológico e certa experiência no trato dos documentos, entrevistas, e mesmo observações pessoais” (HELOANI; LANCMAN, 2004, p. 79).

É importante ressaltar que a psicodinâmica do trabalho é, antes de tudo, uma clínica. Portanto, apreender e compreender as relações de trabalho exige mais do que a simples observação. A organização do trabalho inscreve-se numa intersubjetividade em que o sujeito envolve-se com a dinâmica de construção do coletivo de trabalho e da sua identidade social, considerando sua história passada, presente e futura, onde esse coletivo de trabalho é estabelecido baseado na fala compartilhada sobre a organização do trabalho e o possível sofrimento originado no confronto com seus elementos (atividade, processo de trabalho e relação de trabalho).

Segundo Mendes (2007), a clínica do trabalho se preocupa em saber como ter o acesso ao invisível, como compreender a prática do trabalho, o trabalho vivo, a mobilização para fazê-lo, o engajamento da inteligência, do saber fazer e da subjetividade. Nesse sentido, a clínica do trabalho é um modo de revelar as mediações que ocorrem entre sujeito e o real, traduzindo o real através da escuta e da fala, tornando as situações de trabalho inteligíveis.

A pesquisa na clínica do trabalho busca identificar e analisar as mediações e ações dos trabalhadores sobre a organização do trabalho, desvelando as transformações da organização do trabalho, a eficácia das estratégias, a emancipação dos trabalhadores, a reapropriação de si, do coletivo e das suas condições de poder, das suas funções política e social. Considera-se que a experiência do trabalho é um meio de se apropriar de si, de se transformar e de se expandir a subjetividade. (MENDES, 2007).

A concepção do objeto de estudo qualitativo sempre é visto na sua historicidade, no que diz respeito ao processo desenvolvimental do indivíduo e no contexto dentro do qual o indivíduo se formou. Na pesquisa que desenvolvi o objeto de estudo foi: o cuidado aos trabalhadores da profissão da enfermagem que adoeceram no trabalho e foram remanejados de suas funções, lotados em hospitais públicos do Estado do Pará. Nesse sentido, caracteriza-se por um estudo de caso, pois tem como objeto de estudo um determinado grupo. Segundo Heloani e Lancman (2004):

A compreensão singular de eventos, sejam eles quais forem, é o princípio básico do estudo de caso. Nessa forma de pesquisa qualitativa, o objeto estudado é tratado como único, como representação particular da realidade. Assim, cada caso, destarte sua similitude com outros, é, concomitantemente, diferente, devendo ser “desvelado” e estudado com e pelas suas idiosincrasias, em uma situação ou em determinado problema. O intuito desse tipo de pesquisa é estudar profundamente uma organização (seja ela qual for), um grupo de pessoas, uma família ou simplesmente uma única pessoa (HELOANI; LANCMAN, 2004).

## 5.2. Passos da pesquisa

A fase exploratória da pesquisa foi realizada pela revisão bibliográfica, levantamento da literatura especializada sobre o tema proposto: processo de saúde e adoecimento no trabalho e o cuidado à saúde dos trabalhadores da saúde; consulta de periódicos e artigos científicos relacionados, através de busca e consulta em bases dados; elaboração da fundamentação teórica do projeto estabelecendo os núcleos ou eixos temáticos que estruturam a discussão do problema de pesquisa.

A fase seguinte foi a submissão do projeto ao Exame de Qualificação de Mestrado, na qual foi aprovado e depois de realizadas as alterações solicitadas pela Banca Examinadora, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que determina que todo e qualquer projeto de pesquisa que seja relativo a seres humanos (direta ou indiretamente) necessita ser submetido à apreciação.

Nesta pesquisa foram respeitados os aspectos legais, morais e éticos. Esta não causou riscos às pessoas envolvidas e será mantido o sigilo sobre a identidade dos participantes e os resultados poderão ser publicados, mas será garantido o total anonimato; não serão violadas as normas do consentimento informado, preservando assim a autonomia e o respeito aos indivíduos participantes desta pesquisa. Estes foram informados sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa e ao aceitarem voluntariamente participar desta, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a aprovação no CEP, foi feito um contato com a diretoria técnica do hospital para garantir autorização para realização da pesquisa no mesmo. Com a autorização da direção, foi realizado um levantamento sobre a situação dos trabalhadores da enfermagem, entrevistas com a gerente de enfermagem, trabalhadores dos setores de recursos humanos e medicina do trabalho. Partiu-se para as entrevistas com os trabalhadores da enfermagem que encontram-se remanejados de seus postos de trabalho a qual foram contratados.

Realizada a coleta de dados, por meio de entrevistas semiestruturadas abertas individuais e coletivas: as entrevistas com os trabalhadores da enfermagem, acometidos por doenças relacionadas ou não ao trabalho ou sofrimento psíquico e/ou que tenham passado pelo setor de medicina ocupacional, foram realizadas individualmente, em sessões de em média 40 minutos; as entrevistas com os trabalhadores dos serviços de

saúde ocupacional do hospital que foi estudado foram feitas individualmente; a entrevista com a gerente de enfermagem foi feita individualmente. A análise destas entrevistas foi centrada na escuta, na fala e na interpretação, como indicado pela psicodinâmica do trabalho.

Segundo Minayo (2004) a entrevista pode ser considerada um instrumento privilegiado de coleta de informações para o campo das ciências sociais pela possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, ao mesmo tempo em que transmite a representação de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Para um aprofundamento quanto aos aspectos referentes aos processos de adoecimento e as possíveis relações com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da enfermagem no hospital, utilizei-me do instrumento da observação participante ao acompanhar o cotidiano de trabalho no hospital. Segundo Minayo (2004), a observação participante sendo utilizada para a coleta dos dados, coloca o pesquisador em contato direto com os observados no seu cotidiano. A técnica da observação participante permite, assim, que o pesquisador estabeleça uma relação face a face com os informantes em seu meio, seja de vida ou de trabalho. Essas situações mostraram-se extremamente ricas e possibilitaram revelar fatores que podem estar influenciando nas condições de trabalho e saúde desses trabalhadores, tais como: a dissociação do trabalho que fora previamente estabelecido (prescrito) pela organização, alguns problemas do cotidiano da assistência no hospital no que diz respeito ao dimensionamento dos profissionais nos postos de trabalho, principalmente quando da falta de algum trabalhador naquele turno, entre outros aspectos que não são captados pelas respostas às perguntas feitas pelo pesquisador, mas que são observáveis diretamente na própria realidade e transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (MINAYO, 2004).

No processo de observação participante, a presença do observador é mantida numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O pesquisador observou e participou do cotidiano de trabalho dos trabalhadores observados e registrou suas observações num diário de campo, que foi utilizado para análise e discussão. A observação do ambiente de trabalho mostrou-se necessária para a compreensão do trabalho no contexto hospitalar: organização do trabalho, espaços físicos e sociais, riscos ambientais, relações interpessoais, clima e cultura organizacional, etc.

Iniciei o trabalho de campo em fevereiro de 2011, quando comecei a trabalhar no hospital e identifiquei a necessidade do estudo e após a autorização da diretoria técnica do hospital para a realização do mesmo. A dinâmica da realização das entrevistas se deu conforme a disponibilidade dos informantes. Todas as entrevistas foram feitas no hospital.

A análise e interpretação dos resultados estão fundamentadas na psicodinâmica do trabalho, conforme já mencionado, e foi dividido em eixos temáticos, conforme apresentado nos resultados e discussão, que contemplam aspectos relevantes para a compreensão do processo saúde/doença no trabalho e o cuidado à saúde dos trabalhadores da enfermagem. Esta análise possibilitou a constituição de eixos temáticos que permitiram compreender de forma descritiva a relação dos trabalhadores da enfermagem com o seu processo de trabalho, sua história, além de alguns fatores que podem estar influenciando no seu adoecimento. O trabalho de campo foi realizado de fevereiro a maio de 2011, considerando a etapa de observação participante que se deu ao longo desses meses quase que cotidianamente.

### **5.2.1. Questões norteadoras do trabalho de campo**

As entrevistas que foram realizadas com os trabalhadores da equipe do setor de medicina do trabalho hospital estudado em que foram abordadas questões que ajudaram a conhecer o serviço, a compreensão destes trabalhadores sobre a relação do adoecimento com o trabalho/atividade desenvolvido pelos profissionais da enfermagem e, sobre o cuidado, que estes oferecem aos usuários do serviço. Continha perguntas relacionadas a:

- As diretrizes do serviço de saúde ocupacional/medicina do trabalho do hospital;
- Estruturação e organização do serviço de saúde ocupacional/medicina do trabalho;
- Composição da equipe;
- O fluxo dos usuários no serviço;
- O itinerário do trabalhador adoecido;
- Perfil epidemiológico dos profissionais da enfermagem;
- A compreensão destes sobre a relação saúde, adoecimento e trabalho dos trabalhadores da enfermagem;



- Estratégias da instituição/serviço com relação ao adoecimento dos trabalhadores da enfermagem e a decisão sobre estas;

- O trabalho que é realizado (individualmente, por cada profissional) para a prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores do hospital.

Quanto às entrevistas que foram realizadas com os trabalhadores da enfermagem (técnicos de enfermagem) que se encontravam adoecidos e remanejados, foram abordadas questões sobre a relação do adoecimento com o trabalho/atividade desenvolvido por estes, a compreensão destes trabalhadores sobre o processo saúde/doença e trabalho e o cuidado oferecido a estes na instituição. Continha perguntas relacionadas a:

- O trabalho desenvolvido no hospital;

- A condição/situação de saúde na qual se encontra;

- A condição de trabalho na qual se encontra, se em desvio de função e/ou foi remanejado de seu posto de trabalho, benefício ou auxílio saúde;

- O trabalho/atividade a pessoa está exercendo atualmente e o trabalho/atividade a pessoa exercia;

- O prazer ou o sofrimento relacionado ao seu trabalho/atividade e ao hospital;

- A compreensão sobre a relação saúde da causa do adoecimento está relacionada ao trabalho/atividade;

- A compreensão destes sobre a relação de sua saúde, adoecimento e trabalho que estes desenvolvem no hospital;

- A relação da pessoa com o trabalho e com a sua equipe;

- O conhecimento destes sobre a(s) estratégia(s) do setor de saúde ocupacional/medicina do trabalho/saúde do trabalhador do hospital e se atende às necessidades de saúde dos trabalhadores;

- O cuidado oferecido pelo hospital a estes trabalhadores e estes se sentem cuidados no hospital;

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1. A Instituição: o campo da pesquisa**

O hospital onde a pesquisa foi realizada é uma instituição privada que atende média e alta complexidade, inaugurado em 1995, como clínica de ortopedia, traumatologia e diagnósticos por imagem. Em 1998 foram inaugurados 14 leitos de internação e 1 UTI para atender o aumento da complexidade de sua principal especialidade da época: Traumatologia. Clínica Porto Dias torna-se referência no atendimento de trauma na região. No ano de 2002, foi inaugurado o bloco A, com um total de 120 leitos, ampliação do Bloco Cirúrgico e mais 24 leitos de UTI, neste período contamos com a ampliação dos serviços de diagnóstico com tomografia, ressonância magnética, cateterismo, ultra-som, mamografia e métodos gráficos. Posteriormente, em 2005, o hospital continua expandindo e inaugura mais um bloco (bloco B) com um total de 165 leitos e 31 de UTIs. E em 2010, conta com mais um bloco (bloco C) destinado para comportar setores administrativos.

Neste ano de 2011, foi inaugurado o novo prédio do Hospital Porto Dias, com 34 mil metros quadrados divididos em 22 pavimentos, contendo: 4 suítes familiares composta de apartamento para paciente, sala de visitas e apartamento para familiares; 135 apartamentos com média de 28 m<sup>2</sup>; 45 enfermarias; 5 UTIs contendo ao todo 52 leitos; pronto socorro com 38 leitos, 6 consultórios com 3 clínicos, 1 cirurgião e 2 ortopedistas permanentes por 24 horas, 3 salas de sutura, 2 salas de gesso, uma sala de pronto atendimento com 8 leitos; Semi-intensiva com 8 leitos; 38 consultórios; Setor de hemodiálise, preparado para receber 12 máquinas; completo setor de radiologia; andar exclusivo de cardiologia, com hemodinâmica, repouso, consultórios, ecocardiograma e métodos gráficos e 298 vagas de estacionamento

Atualmente, como hospital geral, é referência em atendimentos de urgência e emergência, traumatologia e ortopedia, cirurgias neurológicas e cardiológicas. Atende a demais especialidades conforme será descrito logo abaixo. Apresenta um elevado padrão, englobando infra-estrutura moderna, equipamentos de tecnologia avançada e profissionais altamente qualificados. Há uma preocupação muito grande quanto à humanização e qualidade nos serviços prestados em todas as atividades e unidades do hospital.

Essa grande preocupação com a qualidade dos serviços do hospital se dá, principalmente, por ter recebido em 2009, o certificado de Acreditação Pleno pela

Organização Nacional de Acreditação – ONA<sup>11</sup>. O hospital foi o primeiro da Região Norte a receber tal certificado, ficando reconhecido como nível 2 de qualidade, ressaltando que o máximo é o nível 3. Nesse sentido, há um grande trabalho voltado para gerenciamento dos processos de trabalho com protocolos e procedimentos operacionais padrão previamente definidos.

O fato de ser um hospital certificado provoca uma responsabilização muito grande aos gerentes e aos trabalhadores do hospital, para manter o nível de qualidade exigido pela instituição certificadora. Os processos de trabalho dos setores do hospital são intensamente gerenciados, com alto grau de cobrança para cumprimento de metas estabelecidas. Ainda, os processos de trabalho de praticamente todos os cargos do hospital são estabelecidos em procedimentos operacionais padrão, que determinam as atividades que os trabalhadores têm que desenvolver, sem levar em consideração as variáveis do cotidiano que impossibilitam o cumprimento de tais atividades do modo específico como fora determinado.

Essa pressão sofrida pelos trabalhadores do hospital, que têm que seguir estas normas, procedimentos e protocolos, torna-se fonte de sofrimento na medida em que há um distanciamento entre o trabalho prescrito para o trabalho real. Quanto a essa característica do trabalho no hospital estudado será analisada e discutida quando discutirmos especificamente sobre o trabalho da enfermagem.

As especialidades oferecidas pelo hospital são: angiologia, cardiologia, cirurgia cardíaca, cirurgia cardiovascular, cirurgia da cabeça e do pescoço, cirurgia de obesidade, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia torácica, cirurgia vascular, clínica médica, gastroenterologia, geriatria, ginecologia/obstetrícia, hemodiálise em pacientes em UTI, hemodinâmica – cateterismo, hepatologia, hiperbarística, infectologia, intensivista, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, neuropediatria, nutrição enteral e parenteral, oftalmologia, oncologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pneumologia, radiografia (24 horas), reimplante de membros, urologia, UTI coronariana, UTI geral, videolaparoscopia e videoartoscopia e urgência e emergência.

A emergência do hospital é uma das mais completas da cidade e a única com heliporto no próprio prédio. O setor possui atendimento a adultos, e atendimento de

---

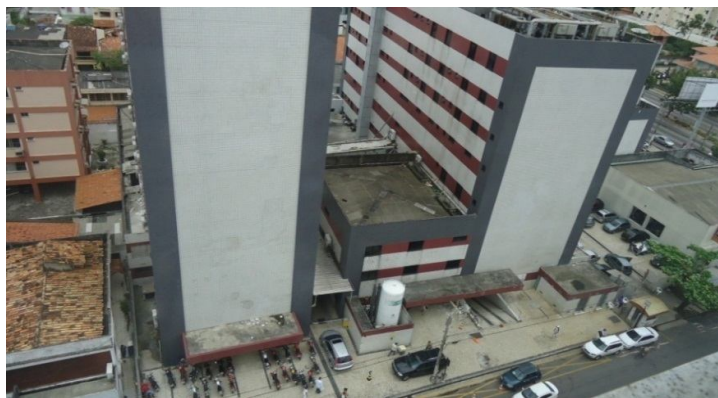
<sup>11</sup>A ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO - ONA é uma organização não governamental caracterizada como: “pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo”, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País.

referência para politraumatizados. Ambas interligadas ao Centro Cirúrgico e ao Centro de Imagens, que contém equipamentos de alta tecnologia de apoio diagnóstico. A Emergência funciona por meio de entrada individualizada, com equipe multidisciplinar e cinco médicos 24 horas por dia e permite manter pacientes em salas de repouso equipadas como um Centro de Tratamento Intensivo, o que oferece total segurança.

Os serviços de apoio que compõe o hospital estão organizados em rede própria: central de esterilização de materiais (CME), assistência farmacêutica, lavanderia, necrotério, serviço de nutrição e dietética (SND), serviço de prontuário de paciente (SAME), serviço social, *call center*, serviço de atendimento ao cliente (SAC – ouvidoria); terceirizados: ambulância, serviço laboratorial; e próprio e terceirizado: serviço de manutenção de equipamentos.

Conforme dito anteriormente, o hospital é composto por quatro prédios: denominados de Bloco A, Bloco B, Bloco C e Bloco D. O Bloco A tem oito andares que funcionam unidades de internação, unidades de terapia intensiva, bloco cirúrgico, hemodinâmica, diretoria, serviço de nutrição e dietética, farmácia, almoxarifado, contabilidade, serviço de arquivo médico, contas médicas, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e um laboratório de análises clínicas terceirizado. Quanto ao Bloco B é composto por nove andares, onde estão os consultórios dos médicos, unidade de internação, um andar de unidade de terapia intensiva, serviço de endoscopia, medicina hiperbárica, vestiários para trabalhadores, um posto de atendimento bancário e necrotério.

No Bloco C funciona a parte administrativa, distribuídas em três andares, na qual estão localizados a diretoria técnica, diretoria da qualidade, comissão de controle de infecção hospitalar, recursos humanos, segurança e medicina do trabalho, consultório de medicina do trabalho, departamento de pessoal, gerência de manutenção, engenharia clínica, patrimônio e salas de treinamento. Quanto ao Bloco D, maior e mais recente, tem dezenove andares onde funcionam unidades de internação, unidades de terapia intensiva, unidade de emergência, bloco cirúrgico, hemodinâmica, serviço de endoscopia, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, farmácia, centro de esterilização de material, serviço de nutrição e dietética, incluindo refeitório para os trabalhadores, consultórios médicos, laboratório de análises clínicas terceirizado, almoxarifado, *call center* e vestiários para trabalhadores.



**Figura 1: Foto aérea dos blocos A e B do hospital.**



**Figura 2: Foto da entrada da emergência/urgência do hospital, bloco D.**



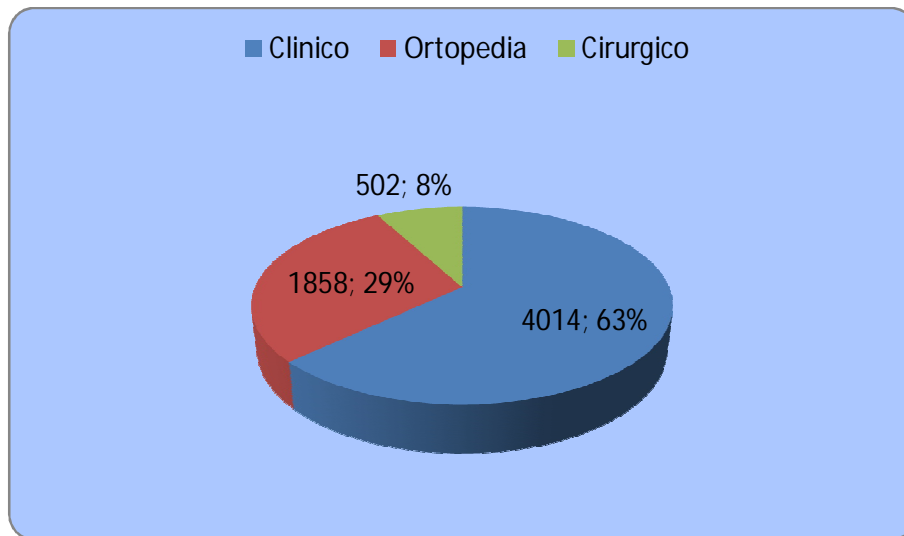
**Figura 3: Fotos externas do bloco D do hospital.**

Apresentarei alguns indicadores de desempenho das unidades de internação, unidade de emergência, unidades de terapia intensiva e centro cirúrgico, para termos um retrato dessas áreas assistenciais do hospital.

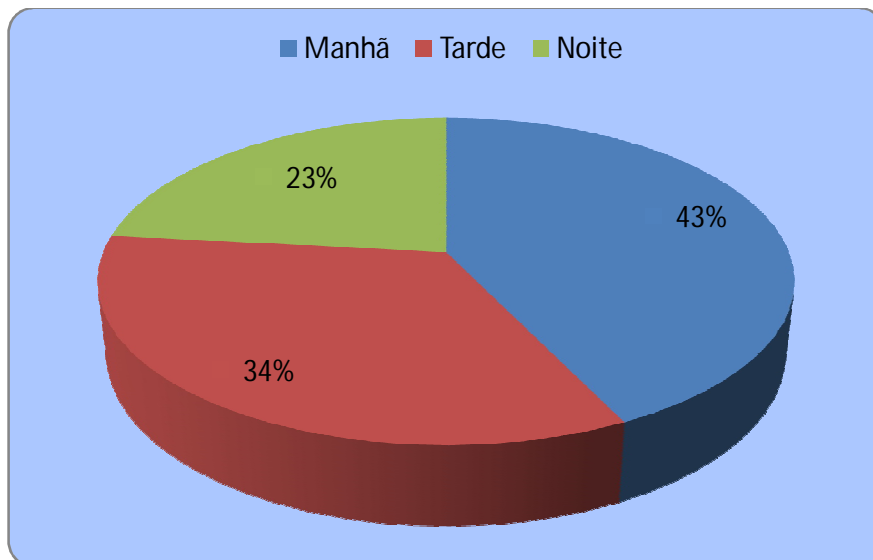
Na Unidade de Emergência foram realizados no total 7624 atendimentos, com uma média de 245,94 atendimentos por dia, divididos nas especialidades clínico, ortopedia e cirúrgico, conforme tabela 1 e gráficos 1 abaixo.

<b>Total Atendimentos</b>			
<b>7624</b>			
<b>Média de atendimento/dia</b>	<b>Volume de atendimento por Especialidade</b>		
245,94	<b>Clínico</b>	<b>Ortopedia</b>	<b>Cirúrgico</b>
	4014	1858	502
	52,65%	24,37%	6,58%
	<b>Volume de atendimento por Turno</b>		
	<b>Manhã</b>	<b>Tarde</b>	<b>Noite</b>
	2730	2155	1489
	35,81%	28,27%	19,53%
<b>Total de internações na UI</b>	<b>Total de internações na Unidade de Terapia Intensiva</b>	<b>Total de pacientes encaminhados para cirurgia</b>	
86	33	7	

**Tabela 1: Indicadores de desempenho da unidade de emergência em maio de 2011.**  
**Fonte: SIGHA jun/2011.**



**Gráfico 01: Volume de atendimento por especialidade na unidade de emergência em maio de 2011. Fonte: SIGHA jun/2011.**



**Gráfico 02: Volume de atendimento por turno na unidade de emergência em maio de 2011. Fonte: SIGHA jun/2011.**

Em termos de internação o hospital no período de janeiro a maio de 2011 mostrou uma taxa de ocupação de em média de 71,4%, com máximo de 84,7% em março e mínimo de 49,8% em abril. Esta queda da taxa de ocupação em abril se deu devido à inauguração da nova unidade do hospital no bloco D, com a abertura de mais 90 leitos em um mês. A média de permanência de pacientes internados foi de 5,14 dias de janeiro a maio de 2011, com uma observação de aumento no tempo de permanência de pacientes na unidade de internação do hospital, isso ocorreu devido a uma mudança no perfil de morbididade neste período. Constatou-se com informações fornecidas pela

enfermeira coordenadora da unidade de internação, que neste período foram admitidos no hospital vários pacientes em estágio terminal de neoplasias, muitos pacientes acamados portadores de doenças crônicas, entre outras patologias que forçam o aumento no tempo de internação.



**Gráfico 03: Taxa de ocupação de leitos da unidade de internação de janeiro a dezembro de 2010 e de janeiro a maio de 2011. Fonte: SIGHA jun/2011.**



**Gráfico 04: Média de permanência em leitos da unidade de internação de janeiro a dezembro de 2010 e de janeiro a maio de 2011. Fonte: SIGHA jun/2011.**

Esse aumento na média de permanência nos leitos da unidade de internação reflete diretamente na carga de trabalho na qual os trabalhadores da enfermagem lotados nesse setor estão sujeitos. A dependência dos pacientes quanto à realização de tarefas básicas como banho e alimentação, sobrecarregam o serviço da enfermagem que tem



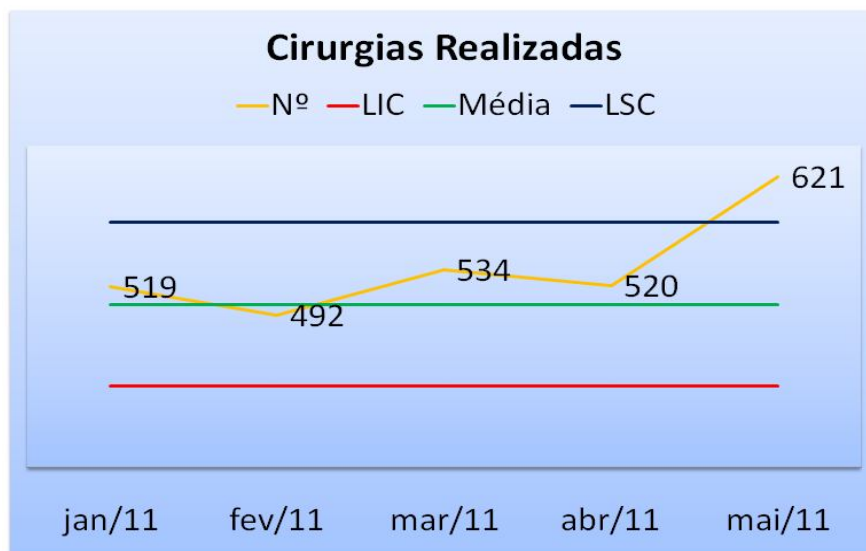
que dar conta de uma série de atividades da rotina comum, como atender às solicitações dos médicos quanto às prescrições de medicamentos, controle dos sinais vitais, entre outras.

Enquanto nas unidades de terapia intensiva a taxa de ocupação manteve uma média de 96,33% de janeiro a maio de 2011, com uma média de permanência neste período de 5,82 dias, com a média máxima atingida em maio de 6,97 dias e mínima de 4,93 dias em março. A alta taxa de ocupação das UTIs é uma situação vivenciada com bastante frequência nos hospitais, principalmente em Belém. Há uma carência de leitos desta natureza e reflete no hospital estudado em meses que a taxa de ocupação é de 100%. Que provoca uma intensa carga de trabalho neste setor, principalmente para os profissionais da enfermagem, que ficam monitorando os pacientes e cuidando destes. Diferente das unidades de internação onde o cuidado ao paciente é dividido com o familiar-acompanhante, nas UTIs o cuidado é praticamente exclusivo da equipe de saúde.

UTI	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Taxa de Ocupação	94,84%	98,10%	91,18%	97,56%	100%
Média de Permanência (dias)	5,31	5,09	4,93	6,93	6,97
Índice de rotatividade de pacientes	5,53	5,40	5,73	4,20	3,67

**Tabela 2: Indicadores de desempenho da unidade de terapia intensiva de janeiro a maio de 2011. Fonte: SIGHA jun/2011.**

Como abordado anteriormente, o hospital estudado é referência em cirurgias de diversas especialidades, apresentando um número alto de cirurgias realizadas de janeiro a maio de 2011, com uma média de 537 cirurgias realizadas por mês.



**Gráfico 05: Quantidade de cirurgias realizadas janeiro a maio de 2011. Fonte: SIGHA jun/2011.**

## 6.2. Estrutura administrativa

A estrutura organizacional do hospital compreende as áreas de processos primários, processos gerenciais e processos de apoio (à gestão). Entende-se por processos primários àqueles que resultam em um produto ou serviço e contribuem para o resultado final da instituição, direta ou indiretamente, como a unidade de emergência, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, centro cirúrgico, assistência nutricional, serviço de nutrição e dietética, central de materiais esterilizados, etc. Os processos gerenciais compreendem as diretorias e gerências que existem para controlar e facilitar o funcionamento regular da instituição. Quanto aos processos de apoio geram produtos invisíveis e ocorrem nos bastidores, mas são essenciais para a gestão eficaz da empresa, definem diretrizes como a comissão de controle de infecção hospitalar, recursos humanos, tecnologia da informação, serviço especializado em segurança e medicina do trabalho, segurança patrimonial, escritório da qualidade, etc.

O hospital estudado é uma empresa familiar, onde os donos compõem a alta administração, que detém o poder decisório sobre o funcionamento da instituição. A estrutura organizacional distribui-se no sentido descendente em níveis de decisão, coordenação e execução, correspondendo respectivamente às diretorias, coordenações e serviços/processos.

### 6.3. Dimensões funcionais

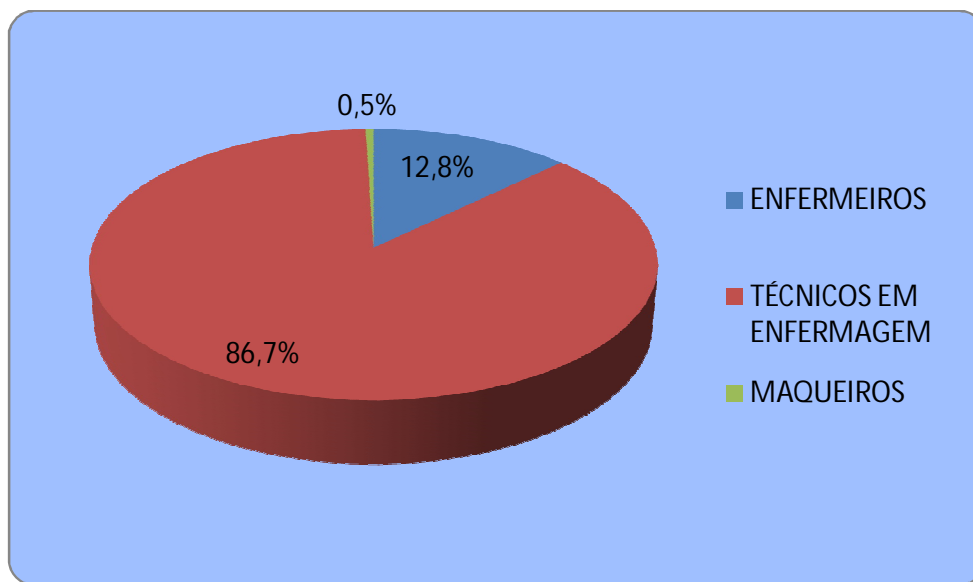
Os trabalhadores do hospital mantêm relações de trabalho regidas pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, com diferenciações de carga horária em função do tipo de contrato de trabalho e de legislação específica de algumas categorias profissionais. Quanto às dimensões funcionais o hospital tinha no início do ano de 2011 cerca de 910 funcionários e no período de fevereiro a maio, este quantitativo aumentou para 1232 devido à inauguração de novas instalações (bloco D). Estes desenvolvem suas atividades em 31 setores e estão distribuídos conforme tabela 3 abaixo.

SETOR	Nº. DE FUNCIONÁRIOS
ALMOXARIFADO	9
AUDITORIA	2
CCIH	8
CALL CENTER	8
CONTABILIDADE	5
CONTAS MEDICAS	49
CORTE E COSTURA	7
CREDENCIAMENTO	6
DIRETORIA	5
DIRETORIA TÉCNICA	3
ENFERMAGEM	576
FARMACIA	33
FISIOTERAPIA	18
GESTAO DE PESSOAS	19
HEMODINAMICA	6
HIGIENIZACAO E LIMPEZA	146
LAUDOS	2
MANUTENCAO	12
OUVIDORIA	5
PORTARIA	56
PSICOLOGIA	3
QUALIDADE	2
RECEPCAO	65
SAME	3
SERV APOIO DIAG E TERAPEUTICO	29
SERVIÇOS MEDICOS	40
SEV NUTRIÇÃO E DIETETICA	64
TECNOLOGIA DA INFORMACAO	5
TRANSPORTES	6
UNID PROC ROUPAS	40
<b>TOTAL</b>	<b>1232</b>

**Tabela 03: Distribuição dos trabalhadores por setor do hospital. Fonte Datasul/TOTVSjun/2011.**

### 6.3.1. Setor de Enfermagem

O setor de enfermagem em maio de 2011 contava com 74 enfermeiros, o que corresponde a 12,8% dos trabalhadores do setor, 500 (86,7%) técnicos de enfermagem e 3 (0,5%) maqueiros. Estes trabalhadores atuam nas Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Unidade de Emergência Clínica, Unidade de Emergência Trauma, Bloco Cirúrgico, Centro de Material Esterilizável e Medicina Hiperbárica.



**Gráfico 06: Distribuição dos colaboradores do setor da enfermagem quanto à função. Fonte Datasul/TOTVS jun/2011.**

Segundo Resolução COFEN-189/1996 estabelece parâmetros para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, fundamentando-se no Sistema de Classificação de Paciente, referendando o Sistema de Fugulin, na qual são classificados como cuidados intensivos, cuidados semi-intensivos, cuidados de alta dependência, cuidados intermediários e cuidados mínimos. Estes critérios são analisados para definição do dimensionamento de pessoal de enfermagem por leitos.

**Cuidados Intensivos:** Seriam os pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

**Cuidados Semi-Intensivos:** Pacientes recuperáveis, sem risco eminente de morte, sujeitos à instabilidade de funções vitais que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Cuidados Alta Dependência: Pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, estável sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Intermediários: Pacientes estáveis do ponto de vista clínico e de Enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas.

Cuidados Mínimos: Pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

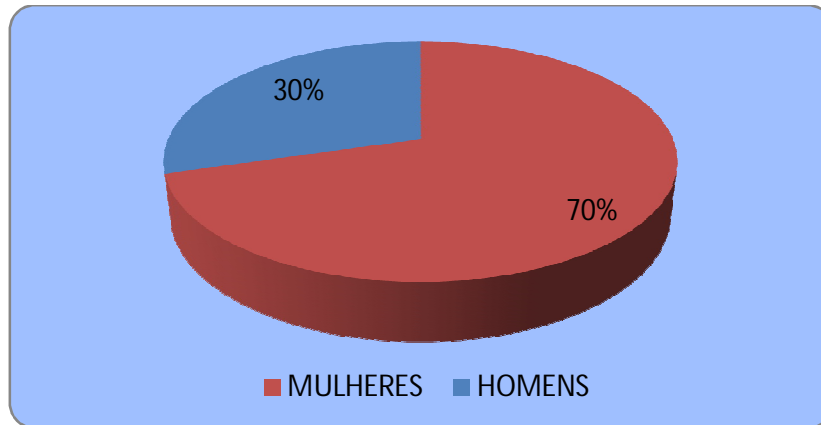
O dimensionamento da enfermagem para as unidades de terapia intensiva com o auxílio do Therapeutic Intervention Scoring System (TISS), que consiste em um sistema de medida de gravidade e de carga de trabalho de enfermagem UTI, criado em 1974 e atualizado em 1983, que tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo dispensado pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos no doente crítico. Com o intuito de tornar o índice mais ajustada para medir a carga de trabalho de enfermagem e facilitar a aplicação prática, ampla modificação foi realizada, em 1996, que resultou na versão TISS-28.

A nova estrutura do TISS teve a redução do número de itens a ser avaliado e mudanças expressivas na sua configuração, com o agrupamento de itens afins. O sistema passou a ser composto, então, por sete categorias de intervenções terapêuticas, assim denominadas: atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas. Com essa reestruturação, o escore TISS-28 permite não só estimar as intervenções e, portanto, a gravidade indireta dos pacientes, como também dimensionar a carga de trabalho de enfermagem na UTI, uma vez que cada ponto TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de trabalho de um profissional da equipe de enfermagem na assistência ao doente crítico

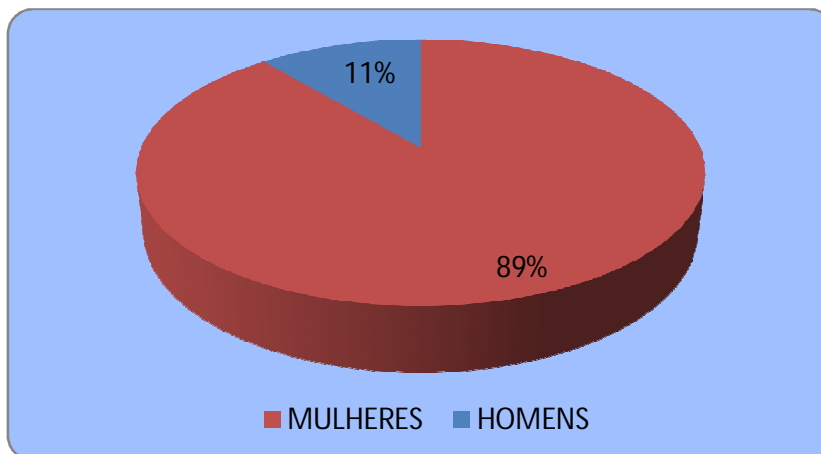
No hospital estudado a escala da enfermagem para andar da unidade de internação com cerca de trinta leitos disponíveis conta com cerca de dez técnicos de enfermagem e um enfermeiro por turno diurno e sete técnicos de enfermagem e um enfermeiro no noturno. Enquanto que para uma UTI de dez leitos é dimensionada por turno diurno com seis técnicos de enfermagem e um enfermeiro e no noturno com quatro técnicos de enfermagem e um enfermeiro.

### 6.3.2 Questões de gênero

Ao analisarmos o perfil dos trabalhadores, verificamos que quanto ao sexo a maioria destes são do sexo feminino, o que corrobora com a literatura especializada que demonstra uma predominância feminina no trabalho na área da saúde, principalmente em hospitais. Do total de trabalhadores (N= 1232), 868 eram mulheres o que corresponde a 70% e 364 eram homens (30%).



**Gráfico 07: Distribuição dos trabalhadores quanto ao sexo. Fonte Datasul/TOTVSjun/2011.**



**Gráfico 08: Distribuição dos trabalhadores da enfermagem quanto ao sexo. Fonte Datasul/TOTVSjun/2011.**

Numa análise mais refinada, verificamos quanto ao setor de enfermagem à diferença entre quantidade de mulheres e homens é maior, conforme podemos visualizar no gráfico 8. Do total (N =576), 512 eram mulheres e apenas 64 eram homens.

Ao analisarmos as situações de benefício previdenciário e remanejamento todas as profissionais que se encontram nessas situações eram do sexo feminino. Este

fator relacionado ao gênero potencializa a sobrecarga de trabalho do dia a dia do hospital uma vez que além da possibilidade de muitas destas trabalhadoras dividirem-se entre vários empregos (muitas delas trabalham em dois ou três hospitais, porém este item não foi abordado na pesquisa) ainda existem os afazeres domésticos que, em muitos lares competem exclusivamente às mulheres. Essa distribuição desproporcional entre os sexos, principalmente na categoria da enfermagem, caracteriza a categoria como predominantemente feminina, corrobora com o apresentado na literatura especializada.

Apesar da predominância feminina da enfermagem, com evidências em várias pesquisas sobre trabalho e gênero, este foi um aspecto que não foi mencionado pelas técnicas de enfermagem entrevistadas. A relação do trabalho na instituição e o trabalho doméstico foi, de certa forma, ignorado nas falas das entrevistadas. Apenas nas entrevistas realizadas com a médica do trabalho e com a enfermeira chefe essa questão de gênero emergiu, mas não fora aprofundada.

*“Eu entendo o que essas mulheres passam, pois trabalho muitos anos com mulheres na minha outra especialidade (ginecologia e obstetrícia) e na especialidade de médica do trabalho mesmo... Na outra empresa que eu trabalho, atendo muitas mulheres e sempre as queixas são parecidas, são cólicas menstruais, dores na coluna e nas articulações, ainda mais as trabalhadoras mais velhas, então... São as que mais adoecem... Tem também a situação de quando estas ficam grávidas, acham que não podem mais trabalhar, qualquer coisinha põem atestados, qualquer mal estar da gravidez, qualquer coisinha mesmo... Difícil é convencê-las que gravidez não é doença... Você vê o exemplo daqui, quantas trabalhadoras grávidas estão de benefício ou que estão ou estiveram de atestados... Todas em algum momento da gravidez entraram de atestado e olha que não são as que estão no final da gravidez... É desde o início quando descobrem que estão grávidas até quando a gravidez está bem avançada e quase para se afastarem mesmo para o parto... Quando os filhos adoecem também é outra situação difícil, eu sei que são as mães que sempre levam ao médico e tem mais esse motivo para aumentar a quantidade de atestados...” (Informante K, médica do trabalho).*

*“O meu pessoal é predominantemente composto por mulheres, e mulheres menstruam, ficam grávidas, são mães... Até que por problemas menstruais*

*elas não entram de atestado, ou pelo menos não dizem ao médico, acho que devem ficar com vergonha porque menstruação não é doença assim como a gravidez, mas parece que elas não entendem isso... É muito complicado pra mim quando alguma engravida, porque eu já sei que não posso mais contar com ela... As grávidas entram de atestado direto ou entram logo de benefício, elas não querem, por causa do salário, preferem ficar trabalhando uns dias, atestado noutros e depois trabalham mais quatro dias e depois saem de novo de atestado e por aí vai até saírem para parir... Quando estão trabalhando vêm logo se queixarem que não podem carregar peso, não podem isso, não podem aquilo... Quando tenho uma grávida na equipe todos já sabem que ela não 'pode' trabalhar... Até que em relação à consulta dos filhos a maioria consegue se programar e a gente negocia a escala, apenas quando adoecem que têm que acompanhar mesmo aí a gente entende, mas tem que avisar senão fica difícil... Algumas reclamam quando têm que fazer uma hora extra até a próxima chegar para passar o plantão, ainda mais as que saem daqui direto pra casa, reclamam que os filhos não têm com quem ficar, que eles reclamam de saudades que os maridos também... Eu também tenho filhos e marido... E tenho também um neto que eu gostaria de ficar mais tempo... Passar mais tempo em casa, mas sei que o hospital e os pacientes precisam de mim, precisam do meu trabalho, por isso não reclamo..." (informante E, enfermeira chefe).*

Segundo Andrade (1997) a explicação para as diferenças de morbidade e mortalidade entre homens e mulheres no trabalho está relacionada diretamente com a condição de gênero, mostrando-se necessárias reflexões acerca dessa categoria para explicar as condições específicas da vida laboral.

A inserção da mulher no mercado de trabalho, discriminação desta, a dupla jornada de trabalho (remunerado e doméstico), tarefas acrescentadas aos postos, entre outros fatores que influenciam na saúde da mulher trabalhadora. Existe, portanto, a hipótese que as trabalhadoras estão submetidas a um processo de desgaste constante e excessivo, diferenciado dos homens, que constitui numa sobrevivência imutável de baixa qualidade.

Apesar de ser um fato evidente e emerge uma análise atenciosa, escolhi não aprofundar sobre a questão de gênero visto que foi um aspecto que não foi relevância



para as técnicas entrevistadas, talvez a análise mais importante coubesse aqui seria em relação ao próprio fato de terem ‘ignorado’ este aspecto. Este fato por ser tão comum talvez se naturalizado para as trabalhadoras.

### **6.3.3 Situação funcional dos trabalhadores da enfermagem**

Para esta análise foram considerados, quanto à situação funcional, os profissionais que se encontravam em Desvio de Função: (i) aqueles que não estavam atuando na tarefa para a qual foram contratados; (ii) os remanejados de suas funções por motivo de doença, sendo tal situação deliberada pelo serviço de saúde ocupacional da instituição e (iii) trabalhadores que encontravam-se em situação de benefício previdenciário.

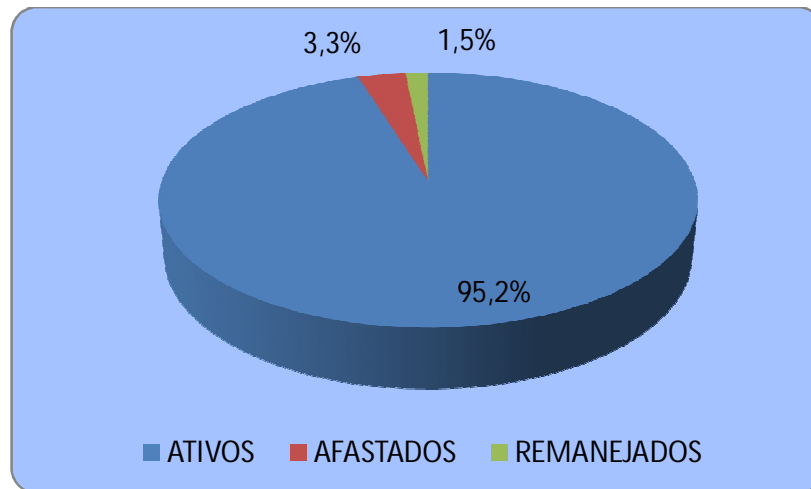
Vários aspectos envolvem o processo de saúde/doença no trabalho, segundo Merlo (1997) pode-se estabelecer duas grandes categorias de agressões à saúde do trabalhador: aquelas provocadas pelas condições e ambientes de trabalho e aquelas originadas pela organização do trabalho. Para que seja considerada uma doença relacionada ao trabalho (DRT) deve ser observado e estabelecido onexo causal entre a doença e a atividade atual ou pregressa do trabalhador.

Para subsidiar esta análise e estabelecer a relação da doença com o trabalho foi utilizado o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicado pelo Ministério da Saúde, que se baseia na Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho citada na Portaria 1.339 de 18 de novembro de 199. É organizada segundo os grupos de patologias ou processos mórbidos da Classificação Internacional das Doenças, na décima revisão (CID-10).

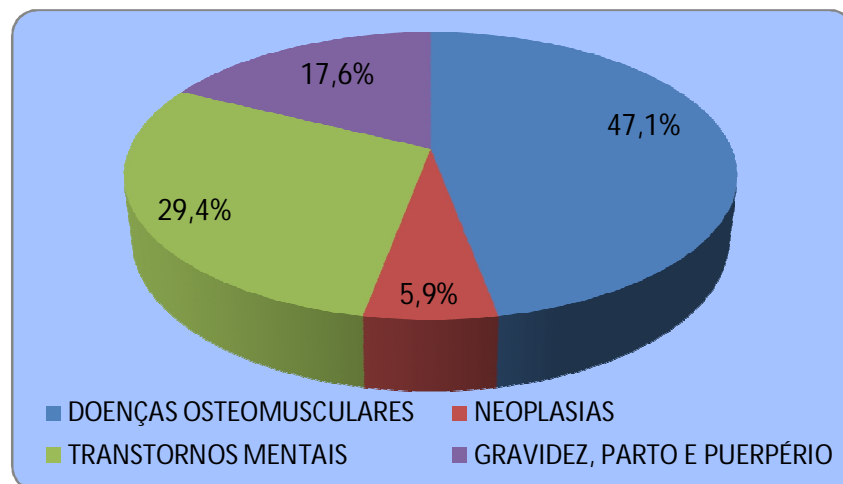
A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho organiza os agravos a partir dos agentes etiológicos, fatores de risco de natureza ocupacional e doenças, incluindo neoplasias, transtornos mentais, doenças infecciosas, parasitárias, do sangue, do sistema nervoso, do olho, do ouvido e dos sistemas circulatório, respiratório, digestivo, osteomuscular e endócrino, dentre outras.

Os profissionais de enfermagem que se encontravam em benefício previdenciário eram 17 técnicos de enfermagem, que representava cerca de 3,3% do total de técnicos de enfermagem do hospital (N= 509), que pode ser observado no gráfico 09. A causa mais frequente de afastamento eram por doenças do sistema osteomuscular representavam 47,1% dos casos, seguidos de transtornos mentais e

comportamentais (29,4%), ainda gravidez, parto e puerpério representavam 17,6% dos casos de afastamento por doença e 5,9% neoplasias. O tempo médio de afastamento dessas trabalhadoras (todas eram do sexo feminino) era de 32 meses. A média etária dessas mulheres era de 40 anos e a média de tempo na instituição era de mais de 5 anos de serviço.



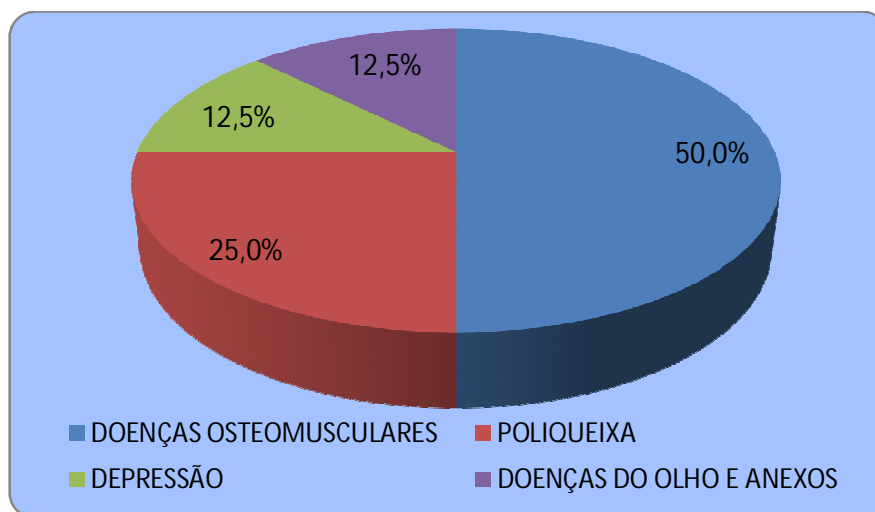
**Gráfico 09: Distribuição dos trabalhadores técnicos de enfermagem quanto situação funcional no hospital. Fonte Datasul/TOTVSjun/2011.**



**Gráfico 10: Causas dos afastamentos dos trabalhadores da enfermagem distribuído por grupos de patologias. Fonte Datasul/TOTVSjun/2011.**

Os trabalhadores da enfermagem que se encontravam remanejados de sua função eram 8 técnicas de enfermagem, que corresponde a 1,5% dos profissionais deste setor. Destas, 6 estavam atuando no setor de transporte, auxiliando a recepção de pacientes que chegavam de ambulância, conduzindo os maqueiros até as unidades de internação, de terapia intensiva ou para realização de exames. Estas não estão atuando distantes da atenção aos pacientes, de forma indireta auxiliavam no atendimento,

agilizando o transporte dos mesmos. Estavam atuando em desvio de função 2 técnicas de enfermagem, uma no agendamento cirúrgico e outra na parte de autorização de procedimentos junto à planos de saúde, ambas estavam desempenhando atividades administrativas. Como causas desses remanejamentos, observamos que as mais frequentes são doenças osteomusculares, corroborando com a literatura, representavam 50% dos casos. Em segundo lugar em frequência, com 25%, estavam os casos de poliqueixa<sup>12</sup>, seguidos de depressão e doenças do olho e anexos, que representavam 12,5% cada categoria, que pode ser visualizado no gráfico 11.



**Gráfico 11: Causas dos remanejamentos dos trabalhadores da enfermagem distribuídas por grupos de patologias. Fonte Datasul/TOTVSjun/2011.**

#### **6.4. O adoecimento dos trabalhadores da enfermagem e sua relação com o trabalho**

Os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função da sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco. Além disso, os trabalhadores podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que seu trabalho é ou foi realizado. Assim, o perfil de adoecimento e morte dos trabalhadores resultará da combinação desses fatores.

Segundo Mendes & Dias (1999), esses fatores podem ser sintetizados em quatro grupos de causas: doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o

<sup>12</sup> Poliqueixa é um termo utilizado para pacientes com histórico de diversas dores sem causas aparentes e apresenta vários sintomas, no senso comum é representado como aquela pessoa que tem “mania de doença”. É comumente relatado como um sintoma depressivo, psicossomático.

trabalho; doenças comuns (crônico-degenerativas, infecciosas, neoplásicas, traumáticas, etc.) eventualmente modificadas no aumento da freqüência de sua ocorrência ou na precocidade de seu surgimento em trabalhadores, sob determinadas condições de trabalho; doenças comuns que têm o espectro de sua etiologia ampliado ou tornado mais complexo pelo trabalho. A asma brônquica, a dermatite de contato alérgica, a perda auditiva induzida pelo ruído (ocupacional), doenças músculos-esqueléticas e alguns transtornos mentais exemplificam esta possibilidade, na qual, em decorrência do trabalho, somam-se (efeito aditivo) ou multiplicam-se (efeito sinérgico) as condições provocadoras ou desencadeadoras destes quadros nosológicos; e agravos à saúde específicos, tipificados pelos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais. A silicose e a asbestose exemplificam este grupo de agravos específicos.

Os três últimos grupos constituem a família das doenças relacionadas ao trabalho. A natureza dessa relação é sutilmente distinta em cada grupo. Schilling (1994) classificou os grupos das doenças relacionadas nos seguintes grupos:

Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais, *strictu sensu*, e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional.

Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais freqüentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas (cânceres), em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico.

Grupo III: doença em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, concausa, tipificadas pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ocupacionais ou profissões.

Entre os agravos específicos estão incluídas as doenças profissionais, para as quais se considera que o trabalho ou as condições em que ele é realizado constituem causa direta. A relação causal ou nexo causal é direta e imediata. A eliminação do agente causal, por medidas de controle ou substituição, pode assegurar a prevenção, ou seja, sua eliminação ou erradicação.

Neste trabalho, a análise foi realizada segundo os grupos de patologias registrados nos prontuários das trabalhadoras e segundo relatos das técnicas de enfermagem entrevistadas.

Ao realizar levantamento junto ao setor de medicina do trabalho do hospital estudado e entrevistas com profissionais deste setor, observou-se que há um grande número de atestados apresentados pelos trabalhadores do setor de enfermagem. O período analisado foi de fevereiro a maio de 2011. A quantidade é maior no setor da enfermagem pela proporcionalidade de trabalhadores neste setor, ainda assim, percebe-se que há um grande número de afastamentos do setor no mês. Em maio, por exemplo, foram mais de 1 atestado apresentado por dia, enquanto a média de dias de afastamento ficou em torno de 4 dias.

MESES					
SETOR	FEV	MAR	ABR	MAI	TOTAL POR SETOR
ALMOXARIFADO	0	0	2	1	3
CALL CENTER	1	0	0	0	1
CONTAS MEDICAS	0	0	2	0	2
CORTE E COSTURA	0	0	1	0	1
CREDENCIAMENTO	0	0	1	0	1
ENFERMAGEM	17	12	37	36	102
FISIOTERAPIA	1	0	2	0	3
GESTAO DE PESSOAS	0	1	1	0	2
HIGIENIZACAO E LIMPEZA	6	7	8	2	23
LAUDOS	0	0	1	0	1
PORTARIA	6	3	2	1	12
PSICOLOGIA	0	1	2	0	3
RECEPCAO	7	6	9	2	24
SAME	1	0	1	0	2
SERV APOIO DIAG E TERAPEUTICO	0	0	0	1	1
SEV NUTRIÇÃO E DIETETICA	1	0	4	2	7
UNID PROC ROUPAS	0	1	0	1	2
<b>TOTAL DE ATESTADOS POR MÊS</b>	<b>40</b>	<b>31</b>	<b>73</b>	<b>46</b>	

**Tabela 04: Quantidade de atestados médicos apresentados no setor de medicina do trabalho distribuído por setor do hospital, no período de fevereiro a maio de 2011. Fonte Setor de Medicina do Trabalho HPD jun/2011.**

Quanto às ocorrências mais frequentes de adoecimentos registrados no período estão as doenças osteomusculares, seguidas de diarreias e gastroenterite de origem infecciosa presumível, hemorragias de início da gravidez e outros problemas relacionados à gravidez, doenças do olho e anexos, dor abdominal e pélvica, entre outros. Quanto à enfermagem os casos mais frequentes foram de doenças osteomusculares.

Estes resultados de morbidade corroboram com os apresentados pela literatura especializada e naturalmente a relação destas patologias com o gênero feminino é bastante descrita.

Em um estudo realizado por Reis e colaboradores (2003) sobre absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem em um hospital universitário, entre os diagnósticos que produziram mais afastamentos, destacou-se as patologias do sistema respiratório seguido pelas doenças do sistema osteomusculares e do grupo das doenças infecciosas e parasitárias.

Os trabalhadores de saúde pela natureza do seu trabalho, especialmente os do setor da enfermagem, tendem a estarem expostos a estas patologias. No caso do estudo realizado, 100% dos entrevistados eram técnicos de enfermagem que atuavam nas várias clínicas e enfermarias do hospital. Segundo a resolução do Cofen, estes profissionais desenvolvem as tarefas que requerem maior esforço físico em determinadas situações laborais (por exemplo, mover o paciente e dar banho nele), são executores das tarefas estabelecidas e supervisionadas pelos enfermeiros. Além da carga física, os técnicos de enfermagem têm que suportar a carga emocional e de responsabilidade no trabalho diário. Em geral quando remanejados da função para a qual foram contratados, são transferidos para realizar atividades administrativas com sub-carga física, o que pode ocasionar desmotivação e/ou desinvestimento emocional na tarefa (SELIGMAN 1994; CLOT, 2006).

A partir da fala das técnicas de enfermagem que foram remanejadas, percebi que havia uma convergência no que diz respeito à questão da relação do trabalho desenvolvido no hospital com o adoecimento. A maioria delas mencionou que achavam que o adoecimento estava relacionado com o trabalho, que este foi provocado pelo trabalho, pela carga física deste (no caso das doenças osteomuscular) ou piorado devido à carga física e psíquica.

*“(...) Por volta de 2 ou 3 anos que entrei aqui no hospital comecei a sentir dores na coluna, principalmente quando o dia estava mais agitado. Tinha épocas em que o andar tinha muitos pacientes acamados, tínhamos mais trabalho com estes, o trabalho ficava mais puxado, as dores eram maiores e mais freqüentes... achava que tinha a ver com essas pressões... pedia pra enfermeira me mudar de setor, me colocar num lugar mais calmo, mas às vezes não tinha como, tinha que ficar naquele lugar... chegava em casa e relaxava e a dor passava... Eu sei que tinha alguma coisa relacionada com*

*o trabalho, se não foi o trabalho pesado que provocou a minha hérnia de disco e minhas dores na coluna, ajudou a piorar... Na época que sai de benefício, tive uma melhora significativa. Também, só nessa época pude parar pra me cuidar, fazer fisioterapia, ficar em casa sem fazer esforço... Minhas dores diminuíram bastante e consegui curar a hérnia.” (informante B, técnica em enfermagem)*

*(...) Eu vivia de atestado e minha chefia já não estava mais aceitando tantos afastamentos, então conversamos e a enfermeira me mudou de setor e de atividade, fui para o agendamento cirúrgico, eu tenho que ficar agendando as cirurgias... A pressão aumentou, mas eu gosto do meu trabalho... Pelo menos eu fico mais tempo sentada, o trabalho é menos pesado. Fico atendendo telefone, verificando no sistema a disponibilidade de vaga para as cirurgias e ligo pro enfermeiro do bloco cirúrgico pra confirmar, essas coisas que eu faço hoje... Tenho menos dores agora, eu me sinto feliz quando eu estou trabalhando sem dor. Mas ainda, de vez em quando eu volto pra crise de coluna e tenho que me afastar, pego atestado de dois ou três dias e volto me sentindo melhor.” (informante F, técnica em enfermagem)*

*“(...) Eu trabalhava na UTI quando começaram a aparecer alguns sintomas, eu me sentia mal, tinha picos de pressão, muitas dores de cabeça e isso atrapalhava muito o meu trabalho, tinha dias que eu ficava sentada no posto, não tinha condições de levantar de tão mal que estava me sentindo.. Procurei vários médicos, uns diziam que eu não tinha nada, mas eu não me sentia bem, como poderia estar bem, eu tinha alguma coisa, mas não sabiam o que era... No início minha chefia achava que era frescura minha, que eu não queria trabalhar e meus colegas também achavam que eu tava fazendo corpo mole... Depois que começou os sintomas no meu corpo mesmo, meu braço inchava e eu ficava sem conseguir mexer, minhas mão nem fechavam quase... Fui em ortopedista, neurologista, cardiologista, angiologistas, tudo quanto é “ista” eu fui, ninguém sabia o que eu tinha, não chegavam a um consenso... Hoje faço tratamento para hipertensão e tenho ainda dores musculares, principalmente nos braços, e também dores na coluna, os médicos acham que eu tenho aquela doença de dor crônica, como é, acho que é fibromialgia, não sei, mas é difícil confirmar o*

*diagnóstico... E por conta dessas dores eu tive que sair da UTI, passei um tempo na unidade de internação, mas olha, é pior que na UTI, dá muito mais trabalho, é toda hora de um lado para o outro, com medicamentos, rouparia, mede isso, mede aquilo, é familiar chamando de um lado e o outro chamando no posto... uma correria só... no final do dia eu ficava que nem conseguia me mexer, ia pra casa toda 'entrevada'... Pedi pra médica do trabalho que me desse um laudo, pra comprovar com a chefia que eu não podia mais ficar naquela correria toda, não tinha condições de trabalhar tão puxado assim... Depois mudei para o call center, mas fiquei apenas alguns meses, era muita pressão, muita cobrança, pedi pra me mudarem de lá... Depois eu fiquei afastada uns dias e pedi minhas férias, enquanto a enfermeira chefe via o que podia fazer por mim, mas não queria mais entrar de benefício, nem me aposentar por invalidez ainda sou muito nova e acho que ainda podia trabalhar em algum lugar no hospital... eu podia ser útil em algum lugar... Quando retornei das férias estava me sentindo muito bem, muito feliz, relaxada e sabia que eu ia pra um lugar melhor... fui auxiliar na manutenção, eu ficava andando pelas unidades e verificando se estava tudo certo nos apartamentos, acionava a manutenção quando era preciso... fiquei um mais ou menos nessa atividade, foi aí que vocês criaram esse setor de transporte e eu vim pra cá... Fico auxiliando no transporte dos pacientes de um bloco para o outro, de uma unidade para a outra, mas fico aqui nesta sala, no telefone, no radinho, vendo se precisa de alguma coisa... Não carrego paciente porque não posso, mas fico acompanhando o transporte com o maqueiro e o motorista da ambulância para que tudo saia bem, quando é um paciente mais delicado aí eu chamo um médico para ir junto... Hoje estou me sentindo bem neste lugar e de uma forma ou de outra voltei para a assistência... Estudei enfermagem para isso, para cuidar das pessoas..." (informante G, técnica de enfermagem)*

Ao escutar e analisar essas falas percebemos que elas se referem a vivências associadas a um adoecimento marcado pela dor e desencadeada por patologias osteomusculares, que vem sempre acompanhada de sofrimento. São situações clínicas resultantes de uma história singular da relação do sujeito com a organização do trabalho, permeadas por vivências de prazer e sofrimento por sucessivas tentativas de adaptação ao seu trabalho. Nesses relatos, fica evidente que elas compartilham experiências



singulares, mas com características coletivas determinada por suas relações no contexto do trabalho, como a relação com a carga física de trabalho e o sofrimento decorrente da dor e do adoecimento. Apesar dos transtornos psíquicos não configurarem como uma das principais causas de afastamento ao trabalho tanto das entrevistadas quanto do restante de profissionais da enfermagem, percebemos muitas situações de adoecimento físico vêm acompanhadas de adoecimento psíquico. Nas entrevistas realizadas, observou-se que a maioria dos informantes apresenta transtornos psíquicos decorrentes do processo de adoecimento e da perda da capacidade laborativa, tais como angústia, ansiedade, irritabilidade e depressão. Estes geralmente estão relacionados às limitações e repercussões individuais e sociais do adoecimento no trabalho (MARTINS, 2007). Vários estudos destacam o desenvolvimento de transtornos psíquicos, associados a doenças osteomusculares e dorts, tais como ansiedade, angústia, depressão (MARTINS, 2002), fadiga mental, tensão laboral, estresses, neuroses do trabalho (CRUZ, 2004; LEMOS, 2001).

#### **6.5. O adoecimento e as dimensões subjetivas**

Geralmente, quando uma situação de adoecimento acomete o sujeito este sofre devido à dor, ao fato de ter que deixar de fazer coisas de seu cotidiano a qual está habituado a fazer, às vezes tem que se isolar da sociedade (internado em hospital, por exemplo), “sofrimentos comuns” relacionados com o adoecer. Ao adoecer o trabalhador deixa de produzir, tem que se afastar do trabalho, perde sua “utilidade” enquanto força de trabalho.

*“(...) Quando eu retornei do benefício, tinha ficado sete meses sem trabalhar, senti um baque muito forte, estava a algum tempo fora da rotina de trabalho... tinha indicação da médica que eu fosse pra um local onde o trabalho era mais leve, mas as colegas não entendiam, achavam que eu tinha privilégios, como que eu posso ter privilégios com uma doença? Preferia não ter adoecido e ficar onde eu estava antes. (informante A, técnica em enfermagem)”*

*(...) Foi um período muito ruim essa volta ao hospital, fui para o call center, ficava numa espécie de sobreaviso, ligando pros médicos para verificar questões de consultas, intercorrências, confirmar se viriam para a cirurgia, essas coisas, mas era muito ruim porque eu estava num lugar onde só eu*

*era técnica em enfermagem e os outros colegas achavam que eu estava lá por ter sido beneficiada pelo benefício (previdenciário)... como podem achar que é benefício ficar doente e não poder mais trabalhar... ter o salário reduzido... como eu disse antes, se fosse pra escolher preferia não ter adoecido. (informante A, técnica em enfermagem)”*

*“(...) Ainda bem que eu fiquei apenas dois meses afastada, estava agoniada para voltar a trabalhar logo... ficamos numa situação financeira muito difícil... eu queria voltar logo, mas tinha medo se eu ia dar conta de voltar para o andar ou para a UTI, fiquei com medo de me demitirem por não poder mais fazer tudo aquilo que eu fazia antes... Por causa da hérnia fiquei com algumas limitações, restrições para carregar peso, empurrar o carrinho... Hoje em dia eu agüento o quanto eu posso, pego um atestado de alguns dias e depois volto, mas não quero mais voltar pro benefício, não e nem posso parar de trabalhar, minha família depende disso aqui também. (informante B, técnica em enfermagem)”*

Percebe-se que em muitos casos, para compreendermos esse mecanismo dos indivíduos em aceitar a condição de doentes é necessário refletir sobre os diversos aspectos e consequências que envolvem o adoecimento, por exemplo, o medo de perder o emprego, o meio de sobrevivência e de identidade destes, aliado aos mais variados constrangimentos a qual o trabalhador doente, “afastado” do trabalho tem que passar, mascara, em muitos casos, a percepção dos indícios de comprometimento da saúde ou desloca-os para outras esferas da vida, inibindo ou protelando, freqüentemente, ações mais incisivas de reivindicação às instâncias responsáveis pela garantia da saúde no trabalho (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Nas entrevistas, observei que alguns comportamentos relatados pelas técnicas se configuravam como estratégias defensivas desenvolvidas individualmente e que foi percebida em mais de uma situação. As trabalhadoras com problemas de saúde sejam físicos e/ou psíquicos direcionam seus problemas para o trabalho, os quais ocasionam atrasos, faltas, descuido com o material e queda na qualidade do trabalho realizado.

*“(...) Devido esses problemas que eu tive (depressão) eu na não tinha mais vontade de vir trabalhar, eu perdia muito tempo pra me arrumar e sempre chegava atrasada... depois fui entender que eu demorava para me arrumar não para ficar bonita para vir trabalhar, era uma forma de eu evitar o*

*trabalho, chegar atrasada e ter que ficar menos tempo no hospital... eu atrasava porque não estava bem, porque não tinha condições emocionais de vir trabalhar. (informante A, técnica em enfermagem)”*

*“(...) Quando eu estava em crise, vinha trabalhar com muita dor, eu quase não conseguia me concentrar no trabalho, na verdade nem me dedicava tanto assim... Várias vezes eu faltava, eu atrasava, nem queria vir mesmo pro hospital, vinha porque tinha que vir... Quando dava eu faltava e depois trazia atestado... Uma vez, uma paciente do andar até foi grossa comigo porque eu não tava conseguindo aplicar a medicação direito, me esculhambou porque eu estava trabalhando sem vontade, seu eu não sabia que aquela era um lugar onde ela vinha buscar assistência e não mais dor (ela estava referindo a dor provocada por vários furos da agulha)... que ela não estava pagando para sofrer mais... Mas ela não percebeu que eu também estava com dor, estava ali cuidando dela mesmo com dor... Nessa hora sai do quarto e pedi pra uma colega me substituir, fui para o banheiro e chorei... Depois quando acabou meu turno fui embora pra casa e até pensei em não voltar mais, mas eu e minha família precisamos e estou aqui.. Eu finjo que esqueço e fica tudo bem, tenho que voltar mesmo, então o melhor é esquecer...” (informante H, técnica de enfermagem).*

No trabalho as vivências singulares são comuns, assim como as estratégias defensivas, construídas inconscientemente contra o sofrimento. De acordo com a abordagem que fundamenta este trabalho, a psicodinâmica do trabalho os homens são passivos diante dos constrangimentos organizacionais, pois são capazes de proteger-se nas situações nocivas à sua saúde no trabalho (DEJOURS, 2004). Sob as mesmas situações de trabalho, ocorrem laços intermediários entre as pressões e as reações de defesa do sujeito. O sofrimento não é revelado diretamente, tendo que ser captado através dos processos defensivos, elaborados inconscientemente pelos trabalhadores. A vivência de sofrimento permanece singular, individual, mas as defesas podem ser objeto de cooperação coletiva. As defesas de características individuais e coletivas promovem a resistência psíquica diante determinadas formas de organização do trabalho, o sujeito parece desenvolver um mecanismo para que o sofrimento não o atinja, ou melhor, para não perceber o sofrimento, como uma anestesia do sofrimento, juntamente com certa aceitação e tolerância do sofrimento no trabalho.

## 6.6. O cuidado aos que cuidam

A equipe do setor de medicina do trabalho foi completamente mudada desde fevereiro e atualmente é constituída por uma médica do trabalho, uma enfermeira do trabalho e uma técnica de enfermagem do trabalho. Estas vêm desenvolvendo um trabalho voltado para a promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores do hospital, em concordância com a política de recursos humanos que estamos implantando e consolidando no hospital. O perfil de morbidade dos profissionais do hospital em estudo está sendo elaborado desde fevereiro de 2011, devido a isso estes dados são referentes ao período de fevereiro a maio de 2011.

Uma queixa bastante recorrente foi quanto à assistência oferecida pelo serviço de medicina do trabalho, na qual as trabalhadoras da enfermagem descreveram que era um serviço voltado apenas para as obrigações legais, como exames periódicos e atestados, e ainda assim não era um serviço que estava bem estruturado.

*“O hospital cuida apenas de quem tem plano de saúde, se o trabalhador tem plano consegue ser atendido aqui no hospital, é medicado, faz exames complementares e tudo mais. Mas se não tem, tem que ficar mendigando uma cortesia dos médicos ou de diretores. Antes era pior que nem plano de saúde pelo hospital nós tínhamos... a medicina do trabalho é só para entregar atestados, pelo menos era, parece que mudou agora, parece que melhorou... tem consulta com a Dra. Nutricionista, com psicóloga...”*  
(informante C, técnica em enfermagem).

*“(...) Quando eu adoeci, eu fui na médica do trabalho e levei meu atestado, ela viu que eu iria entrar de benefício e só fez pegar o atestado e pronto, nem perguntou como eu estava me sentindo, se eu estava bem, só se interessou pelo atestado... aí eu perguntei pra ela se ela ia me encaminhar para algum médico especialista ou fisioterapia, aí ela me perguntou se eu já não tinha um médico, se o médico que me deu o atestado não fazia acompanhamento com ele... perguntou se eu tinha plano de saúde e disse pra procurar um pelo plano senão era ir pro SUS mesmo, que não tinha condições do hospital ou dela pagarem meu tratamento... não era isso que eu queria, que pagassem meu tratamento, eu tenho plano de saúde, só queria uma orientação, se eu estava lá era pra uma consulta e não só para*

*entregar o atestado... eu queria que ao menos ela tivesse me escutado...”*  
*(informante D, técnica em enfermagem).*

Desde junho de 2011 foi implantado o Projeto Qualivida (anexo V) que visa à prevenção e promoção da saúde do trabalhador do hospital. Várias ações vêm sendo desenvolvidas voltadas para a educação em saúde. Atendimento ambulatoriais com profissionais da nutrição para orientação alimentar e medição corporal estão sendo realizados; consultas de enfermagem com a enfermeira do trabalho; e atendimento psicológico de orientação e como plantão psicológico. Todos esses atendimentos são de caráter preventivo e de orientação e se identificada alguma demanda de tratamento ou investigação de alguma patologia, estes trabalhadores são encaminhados para realizá-los por meio da saúde suplementar (os que têm plano de saúde empresarial) ou para a rede de saúde pública.

Outras ações de educação em saúde estão sendo realizadas e programadas. Em fevereiro de 2011, antes do carnaval, foi realizada a Semana do Carnaval na qual palestras sobre DST/AIDS; sobre Morte e Trauma no Trânsito foram realizadas e uma oficina de utilização de preservativos. Ainda decorrente do carnaval, o hospital passou a disponibilizar (com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde do Pará – SESPA) preservativos masculinos e femininos para os trabalhadores e até hoje mantém um dispensador na parede ao lado da sala da medicina do trabalho.

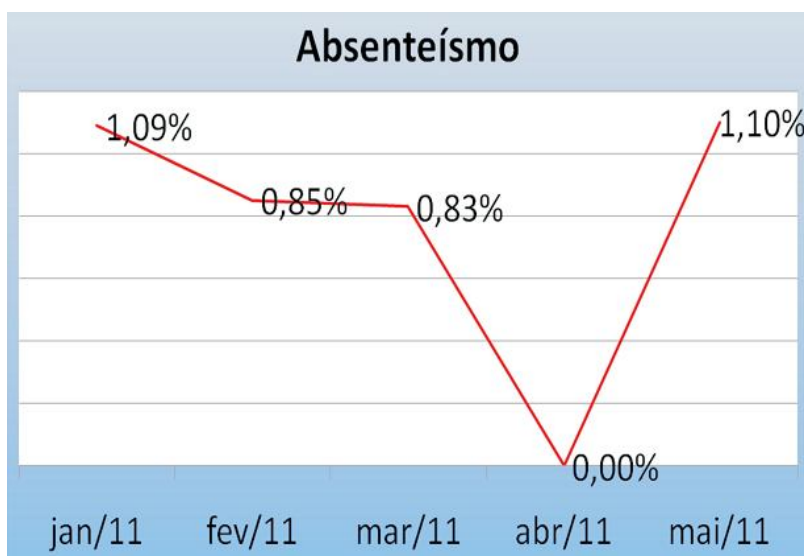
Em outubro de 2011, está programada a Semana da Saúde do Trabalhador do HPD, onde serão disponibilizados 200 exames de prevenção de câncer do colo do útero, para as trabalhadoras, aferição de pressão arterial e medição de glicemia e testagem e rápida e aconselhamento para HIV, que será feito através de parceria com a SESPA. Ainda serão realizadas palestras sobre alimentação saudável, ergonomia nos postos de trabalho, tuberculose, etilismo e consequências para o trabalho, saúde bucal e temas relacionados ao sofrimento psíquico, como depressão, e atendimento psicológico. Este último tem como principal objetivo expor para os trabalhadores o que e como é o atendimento psicológico, desmistificar esta questão, para que os trabalhadores busquem mais este cuidado que estamos oferecendo e compreendam aspectos de sua vida e melhorem a qualidade de vida e saúde.

O atendimento psicológico no ambulatório do Qualivida não tem muita procura, a demanda espontânea está muito tímida ainda e a demanda encaminhada pela medicina do trabalho tem sido maior, mas a maioria destes trabalhadores não

compareceram à consulta. Percebemos que ainda há resistência em aceitar a ajuda psicológica. Estes aspectos ainda estão sendo discutidos pela equipe da psicologia em conjunto com a medicina do trabalho e a gerencia de recursos humanos. Como este projeto foi iniciado recentemente, ainda estamos definindo os indicadores e buscando analisar criticamente para melhor intervir nessas questões e melhorar o cuidado que a instituição está oferecendo aos seus trabalhadores.

### 6.7. Absenteísmo de profissionais da enfermagem e o impacto no cuidado

Um dos principais mobilizadores para a realização desta pesquisa foi o alto índice de absenteísmo registrado no hospital, principalmente de profissionais da enfermagem. Esta já era uma questão que me interessava compreender, como gestora de recursos humanos do hospital, tornou-se um objetivo estratégico para nortear as ações que eu – enquanto gestora –deveria adotar para minimizar este problema e os impactos no cuidado e assistência prestados pela instituição aos pacientes. Os dados abaixo representam os índices de absenteísmo registrados nos meses de janeiro, fevereiro, março e maio de 2011. Estes compreendem todas as causas de ausência como: doença prolongada, acidentes, licenças maternidade, faltas justificadas por atestados médicos e faltas injustificadas, exceto greve, cursos relacionados à empresa, repouso semanal ou compensado, férias e feriados.



**Gráfico 12: Índices de absenteísmo no período de janeiro a maio de 2011. Fonte Datasul/TOTVS jun/2011.<sup>13</sup>**

<sup>13</sup> Observa-se no gráfico que o mês de abril apresenta índice de absenteísmo igual à zero, na verdade neste mês em questão não foi possível o cálculo deste índice devido às mudanças nos sistemas de informação

O absenteísmo constitui-se na ausência ao trabalho por faltas programadas (férias, licença maternidade, licença congresso e outras) e não programadas (licença saúde, faltas não justificadas, suspensão), sendo um problema crucial para as organizações públicas e seus gestores. Nesse sentido, ocasiona não só custos diretos, mas também indiretos representados pela redução da produtividade, da qualidade do atendimento e problemas administrativos (JUNKERS, 2010).

Ao elaborar as escalas de trabalho, a gerência do setor conta com o trabalho daquela pessoa, mas tê-los na escala de trabalho nem sempre significa tê-los trabalhando durante todos os momentos do horário de trabalho. As ausências dos trabalhadores ao trabalho provocam distorções quando se refere ao volume e disponibilidade ou atraso de trabalho. Essas ausências são as faltas ou atrasos ao trabalho. O absenteísmo é a frequência ou duração de tempo de trabalho perdido quando os empregados não vão ao trabalho, constitui a soma dos períodos em que os funcionários se encontram ausentes do trabalho, seja ela por falta ou algum motivo de atraso.

O sistema de informação utilizado pelo setor de departamento de pessoal faz o cálculo do índice do absenteísmo e fornece este indicador como ferramenta de apoio à gestão de recursos humanos. A fórmula utilizada é a seguinte:

$$\frac{(\text{Horas de atrasos no mês} + \text{Faltas no mês}) / \text{Total de horas}}{\text{Total de horas-homens-trabalho}} \times 100$$

Na qual o total de horas-homens-trabalho equivale às horas normais que o trabalhador deveria cumprir (sem o descanso semanal remunerado) multiplicado pelo número de funcionários e multiplicado novamente pelo número de dias úteis no mês.

Nos indicadores analisados do hospital em estudo, observou-se que no mês de maio de 2011 o índice chegou a 1,10% o que significa que o tempo total de trabalho esperado da equipe de enfermagem no mês de maio ficou comprometido em 1,10% devido às ausências não previstas.

O absenteísmo na enfermagem configura-se como uma situação bastante preocupante, pois desorganiza o trabalho da equipe, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e conseqüentemente alteram a qualidade e quantidade do atendimento prestado ao paciente. Desencadeia também problemas aos enfermeiros que gerenciam os processos, pois têm sob sua responsabilidade a resolução de todos os problemas administrativos dos processos assistenciais. A ausência de um profissional

---

do setor de departamento de pessoal e a mudança de relógio de registro de ponto, impossibilitando o acesso à informações fiéis sobre frequência dos trabalhadores.

pode sobrecarregar de trabalho aos demais trabalhadores, exigindo um ritmo mais acelerado e responsabilizando-o por um volume maior de trabalho. Assim, a ausência de um profissional da equipe ocasiona uma sobrecarga física e/ou psicológica nos demais, cujos reflexos poderão prejudicar a sua saúde ocasionando sofrimento físico e psicológico e, como consequência, o adoecimento.

Em entrevista realizada com a gerente de enfermagem a mesma relatou algumas consequências e angústias provocadas pela ausência dos profissionais de enfermagem em seus dias de trabalho:

*“Não tem nenhum dia em que não falte um técnico de enfermagem nos andares de internação e principalmente nas UTIs... temos que ficar redimensionando os técnicos escalados para trabalhar de um setor para o outro, perco uma boa parte do dia fazendo este redimensionamento, ligando de um setor para o outro para saber como está a situação... é bastante complicado ter que fazer as escalas de trabalho do mês tendo que contar sempre que alguém vai faltar... A gente fica sem saber o que fazer”*  
(informante E, enfermeira chefe).

Compreendemos que o absenteísmo quase sempre é uma consequência, é o reflexo de um problema que precisa ter diagnosticado suas causas pelos gestores para se planejar intervenções. Reflete também as condições de saúde do trabalhador e as condições de vida e trabalho, os quais foram analisados para serem prevenidos.

Possíveis causas relacionadas às condições de trabalho e vida dos trabalhadores da enfermagem foram verificadas através dos relatos das entrevistadas, observamos uma estreita relação com os riscos ocupacionais, relacionados aos agentes físicos, químicos e biológicos e fatores ergonômicos e psicossociais (responsabilidade pela vida e saúde dos pacientes, contato permanente com doença, sofrimento e morte, e com situações e pessoas em crise); trabalho rotineiro, fragmentado e estereotipado, às vezes organizado em tarefas individuais; e o papel da mediação na relação médico-paciente e médico-auxiliar/técnico de enfermagem. O cotidiano de trabalho da enfermagem implica em longas (e várias) jornadas de trabalho em turnos desgastantes, com grande carga de trabalho, incorporando dimensões física, mental/cognitiva e psíquica. Ainda os rodízios e viradas de turnos de trabalho, multiplicidade de funções, ritmo excessivo de trabalho e grande cobrança das chefias e diretorias do hospital para a manutenção da qualidade dos serviços prestados.

Quanto a esses aspectos serão analisados na categoria seguinte.



### **6.8. O processo de trabalho das trabalhadoras da enfermagem: o trabalho prescrito e o trabalho vivo em ato**

A realidade de trabalho dos profissionais de saúde (principalmente médicos e enfermeiros) é um pouco mais especial, suas atividades estão relacionadas à vida de muitas pessoas e pode exigir destes, diferentes intervenções, de acordo com a demanda de seus pacientes e dificuldades de lidar com processos mórbidos e com a morte, com as incertezas dos familiares, dos doentes e com as suas próprias incertezas, fazem parte do seu cotidiano.

A enfermagem, como um todo, constitui, dentre todos os serviços de saúde, um grupo que desempenha papel fundamental no cuidado aos pacientes, indispensável ao processo em questão. É o maior grupo de trabalhadores do setor de saúde, principalmente em hospitais, e permanece em contato mais direto e prolongado com os pacientes, ao longo de todas as horas do dia. Além desses aspectos, a enfermagem desempenha ainda outras funções importantes na dinâmica do hospital: a presença em tempo integral, a familiaridade com as regras estabelecidas e os procedimentos de natureza variada, a habilidade em desenvolver relacionamento informal com os outros participantes do processo assistencial. Ainda a estreita interrelação com os pacientes, familiares/acompanhantes e os médicos são elementos que segundo Gonçalves (1987), fazem da enfermagem uma força central do funcionamento e liderança no contexto da organização hospitalar.

A enfermagem, na sua grande maioria, tem adotado princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo, destacando-se a hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, a ênfase no 'como fazer', a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas e a fragmentação da assistência. Esta verticalização é referendada também pela legislação que regulamenta o exercício profissional da enfermagem.

No hospital estudado, as atividades a serem desenvolvidas pelos profissionais da enfermagem estão bem definidas em protocolos institucionais, instruções de trabalho e descrição de cargos, elaborados pelas gerências da enfermagem, juntamente com o diretor técnico, mediados pela gerência de recursos humanos. Estas atividades foram definidas segundo legislação do Conselho de Enfermagem que regulamenta as profissões da Enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, entre outras), Lei N°. 7.498/86, de 25 de Junho de 1986, determina as

atividades exercidas por estes profissionais e protocolos assistenciais validados internacionalmente.

O **enfermeiro**, enquanto coordenador do processo assistencial exerce atividades direcionadas ao gerenciamento do processo pela qual é responsável: cumprindo e fazendo cumprir o Código de Ética, Regimento Interno de Enfermagem, normas, políticas e diretrizes institucionais; planejar, organizar, coordenar, controlar, avaliar e executar as atividades inerentes ao processo, com foco nos indicadores de desempenho, qualidade, custo, moral e segurança. Identificar, tratar e gerenciar os riscos assistenciais, ocupacionais, ambientais, jurídicos e financeiros de cada etapa do processo. Viabilizar a implantação de todas as rotinas, procedimentos e protocolos que garantam a minimização dos riscos identificados, validando-os junto aos processos pertinentes; avaliar mensalmente o desempenho de toda a sua equipe de trabalhadores identificando e necessidade de melhorias e educação continuada. Definir, em conjunto com a Gerência de Enfermagem e o RH, um programa de desenvolvimento dos trabalhadores baseado nas necessidades identificadas nas avaliações de desempenho; acompanhar as auditorias internas e externas, traçando plano de ação diante das oportunidades de melhorias apontadas. Elaborar relatórios mensais e anuais a partir das estatísticas de controle e indicadores, análise crítica dos resultados obtidos e plano de ação de melhorias e assumir responsabilidade técnica perante o conselho de enfermagem e outros órgãos fiscalizadores. O coordenador enfermeiro tem um alto grau de responsabilidade para a manutenção da qualidade da gestão e da assistência prestada.

O **enfermeiro assistencial** é responsável por cumprir e fazer cumprir o código de ética, regimento interno de enfermagem, normas, políticas e diretrizes institucionais. Planejar, organizar, coordenar, controlar, avaliar e executar junto ao coordenador as atividades inerentes ao processo, com foco em desempenho, qualidade, custo, moral e segurança. Organizar, dirigir, controlar, avaliar e executar as atividades inerentes ao processo (unidade de internação, unidade de emergência, unidade de terapia intensiva, etc.) com foco em desempenho, qualidade, custo, moral e segurança. Identificar, tratar e gerenciar os riscos assistenciais, ocupacionais, ambientais, jurídicos e financeiros de cada etapa do processo junto ao coordenador definido no gerenciamento de riscos. Normatizar, padronizar e implantar todas as rotinas, procedimentos e protocolos junto ao coordenador que garantam a minimização dos riscos identificados no processo, validando-as junto aos processos de apoio pertinentes. Realizar consulta, prescrição da assistência e cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida e de

maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Avaliar mensalmente o desempenho do técnico de enfermagem com análise crítica junto ao enfermeiro e elaborando plano de ação focando as melhorias. Participar junto com a coordenação do processo, de programa de desenvolvimento de colaboradores com deficiências e necessidades identificadas nas avaliações de desempenho. Identificar junto ao coordenador as necessidades de treinamentos técnicos com base nos resultados obtidos, informando-os à Educação Continuada para controle. Participar proativamente com o coordenador do processo das auditorias internas e externas para manutenção e melhoria contínua da qualidade e segurança institucionais, garantindo a manutenção e evolução das certificações pretendidas, garantindo assim a implantação dos requisitos das certificações de qualidade. Participar junto com coordenador do processo de relatórios administrativos mensais e anuais, incluindo atividades realizadas, estatísticas de controles e indicadores, análise crítica dos resultados obtidos e plano de ação de melhorias. Participar da equipe multiprofissional tratando os clientes e colegas com gentileza, paciência e respeito.

Segundo essas descrições, concluímos que o trabalho do enfermeiro assistencial está mais próximo do coordenador do serviço de enfermagem do que do cuidado propriamente dito, restando aos técnicos de enfermagem executarem as ações assistenciais. O enfermeiro hierarquicamente define as tarefas a serem executadas pelos técnicos de enfermagem.

**O técnico de enfermagem** exerce atividades do cuidado e assistência: cumprir o código de ética, regimento interno de enfermagem, normas, políticas e diretrizes institucionais. Cumprir as normas colaborando com o enfermeiro para o tratamento dos riscos assistenciais, ocupacionais, ambientais, jurídicos e financeiros de cada etapa do processo definidos no mapeamento de riscos. Cumprir prescrição médica com segurança. Executar, organizar as atividades pertinentes ao processo utilizando-se de equipamentos e programa de informática com foco no desempenho e na qualidade, custo, moral e segurança. Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função. Executar atividades de limpeza, desinfecção, de materiais e equipamentos, bem como seu armazenamento. Participar da avaliação de desempenho com foco nas melhorias. Participar dos treinamentos de educação continuada quando convocado. Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos clientes, sob supervisão do enfermeiro. Participar da equipe multiprofissional tratando os clientes e colegas com gentileza, paciência e respeito. Realizar controles e

registros das atividades do setor e outros que fizerem necessários para a realização de relatórios e controles estatísticos. Contribuir para continuamente para as melhorias de auditorias internas e externas preenchendo os requisitos de certificação. Efetuar controle diário do material utilizado sob sua responsabilidade bem como requisitar conforme as normas da instituição, o material necessário à prestação da assistência à saúde do cliente e auxiliar na preparação do corpo após morte.

De uma forma geral, o trabalho terapêutico realizado nas enfermarias é subordinado em última instância à prescrição médica, mas não pode prescindir da organização estabelecida pelas enfermeiras nos postos de enfermagem. A equipe de enfermagem é a responsável pela execução das condutas prescritas pelos médicos. Na base da pirâmide estão os auxiliares/técnicos de enfermagem, os quais realizam a maioria dos procedimentos que necessitam de contato direto com os pacientes.

A instituição estudada tem características de empresa com alto grau de administração dos processos, mantendo alto controle sobre os processos de trabalho e trabalhadores do hospital. Suas tarefas são previamente definidas em procedimentos operacionais padrão, que chamamos de POPs, protocolos assistenciais gerenciados, como os protocolos de dor torácica e o de sepse, por exemplo. As atividades que terão que realizar periodicamente, sendo estas, diariamente, quinzenalmente, mensalmente ou anualmente é definido previamente e registrados em documentos elaborados pelas gerências de enfermagem em conjunto com o diretor técnico denominados de instruções de trabalho.

*“(...) Aqui no hospital tem um monte de protocolos, procedimentos, processo disso, processo daquilo, nunca vi igual em outro lugar... um monte de POPs que temos que conhecer, que temos que saber e fazer, imagina se no corre corre do dia a gente consegue fazer igualzinho ao que está no POP, não dá...” (informante B, técnica de enfermagem)*

*“(...) Quando a gente entra aqui a gente recebe treinamento sobre as Its (instruções de trabalho), as descrições de cargo e os POPs que devemos seguir, mas a gente fala sempre com a enfermeira que é impossível seguir tudo aquilo direitinho porque nem tudo depende da gente... Se está escrito lá que eu tenho que primeiro dar a alimentação do doente e depois a medicação, mas a refeição ainda não subiu por atraso na nutrição aí eu faço o quê? Deixo de dar o remédio no horário certo, fico esperando até a*

*nutrição mandar a refeição ou faço diferente do que tinha que fazer... Eu não sei, fica difícil, porque a família pergunta se o remédio não era tal hora, e aí?... A pessoa que escreveu esses procedimentos levou em consideração esses atrasos? As exigências dos pacientes que querem tomar banho antes de comer, por exemplo? Não sei, sinceramente não sei... O que eu faço nessas horas é optar pelo o que eu acho que é mais importante para o paciente, se der tudo certo, ninguém vai nem perceber que não seguimos aquele protocolo...” (Informante J, técnica de enfermagem).*

*‘(...) Eu gosto de trabalhar no hospital, mas não vou dizer que é fácil, não, a pessoa aqui pra ficar tem que querer aprender porque é muita informação, é muito protocolo que temos que conhecer e seguir... Quando eu entrei aqui e vi como era a cobrança, pense: meu Deus, será que eu vou conseguir guardar tanta informação e fazer tudo direitinho... Depois eu aprendi que dá pra seguir uma rotina, mas que ela muda sempre que surge um problema...” (Informante D, técnica de enfermagem).*

Os processos de trabalho no hospital estudado, em geral, são caracterizados por terem tarefas pré-definidas, estabelecidas pelas gerências de como os trabalhadores devem realizar suas atividades, isso se constitui o que Dejours chama de trabalho prescrito, o que é normativo da instituição, o que deveria ser feito. Mas sabemos que há certa distância entre o que deveria ser feito, o que pode ser feito e o que é feito de verdade. Nas correrias das enfermarias, no cotidiano da enfermagem, o cuidado se constrói em ato, trabalho vivo em ato. É no momento do encontro entre o cuidador e o doente, necessitando de cuidado que a relação se constrói. A necessidade de um paciente nunca é igual ao do outro, por isso este encontro nunca vai ser igual, o cuidado que um demanda nunca é o mesmo do outro.

Ainda que precisemos de orientações gerais de como realizar os procedimentos, de regras e protocolos assistenciais previamente estabelecidos, para compreendermos o trabalho real que é realizado pelos trabalhadores da enfermagem, precisamos enxergar no cotidiano as particularidades demandadas no processo de trabalho vivo em ato.

Além deste aspecto, observamos também que o trabalho da enfermagem mate características de um trabalho taylorista/fordista quanto à fragmentação do trabalho com

especialização dos trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas; hierarquia rígida e controle gerencial do processo de produção; desequilíbrios nas cargas de trabalho; separação entre concepção e execução, o que pode levar ao trabalhador à uma situação de desmotivação e alienação.

Nesse contexto, a gerência racionaliza a produção, definindo o modo e os tempos de produção, estabelecendo, rigidamente, os rendimentos dos trabalhadores e colocando-os sob uma estrutura hierárquica que vigia e fiscaliza a produção e que tem como principal objetivo o aumento da produtividade para obter o melhor rendimento do trabalho.

*“As atividades que temos que realizar todos os dias são muitas e a gente quase não dá conta, sem falar que temos que seguir uma série de exigências que é feita pela instituição... o trabalho que tenho que fazer exige muito esforço físico, ainda mais quando tem algum paciente acamado, mais debilitado, temos sempre muito trabalho a fazer... O trabalho no hospital é muito estressante, é muita cobrança, não pode errar, não pode atrasar nenhum procedimento, aí a gente fica bastante sobrecarregada... Muitas vezes fica trabalho para fazer depois e os pacientes não entendem que estamos tentando dar o máximo de nós... eles querem ser atendidos imediatamente e a gente tem que seguir as rotinas, mas aí se é algum paciente que conhece bem o médico, pede pra ele agilizar o atendimento, o médico manda a gente largar o que tava fazendo pra atender o paciente dele e atropela as nossas tarefas, depois tem que retomar o que tava fazendo, a enfermeira fica cobrando, é muita coisa só para nós, técnicos.”*  
*(informante A, técnica em enfermagem)”*

De acordo com Mendes (2007), a organização do trabalho é constituída pelos elementos prescritos (formal ou informalmente que expressam as concepções e as práticas de gestão de pessoas e do trabalho presentes no *lócus* de produção e delimitam o seu funcionamento.

Os elementos que integram essa dimensão são referentes à divisão do trabalho (hierárquica, técnica e social); produtividade esperada pela organização como metas, qualidade e quantidade; regras formais como missão, normas, procedimentos, protocolos; tempo de duração da jornada de trabalho, pausas e turnos de trabalho;

ritmos de trabalho com prazos e tipos de pressão que isso ocasiona; alto controle através de supervisão e cobrança de disciplina e características próprias das atividades/tarefas, como natureza e conteúdo. O prazer e o sofrimento resultam da relação entre subjetividade e esses aspectos da organização de trabalho.

O modelo taylorista imposto ao trabalhador leva a uma impossibilidade para erros e falhas humanas, principalmente porque as consequências podem ser nocivas aos pacientes. O trabalhador deve seguir todas as regras para que as falhas não aconteçam, mas observamos que o trabalhador frente à uma situação inesperada ele encontra uma forma de enfrentar qualquer eventualidade, principalmente porque detém conhecimento prático e criatividade que o permite reinventar e recriar o trabalho no seu dia-a-dia.

Embora a carga de trabalho e a cobrança permanente dos gerentes por cumprimentos de procedimentos-padrão o trabalhador encontra modos de enfrentamento dessas barreiras e molda o trabalho conforme as necessidades que surgem diariamente.

As vivências de prazer-sofrimento têm sido consideradas pela Psicodinâmica do Trabalho como um constructo dialético, no qual coexistem entre si, podendo haver a preponderância de uma sobre a outra. Elas são oriundas do cotejamento entre a individualidade, a liberdade e a perspectiva profissional do trabalhador e o modelo rígido de organização do trabalho, que impõe normas e regras ao trabalhador, restringindo, assim, sua capacidade de fazer uso das estratégias de mediação a fim de realizar as “manobras” necessárias para responder o trabalho prescrito (DEJOURS, 2003). Em síntese, prazer e sofrimento são a dupla face de uma mesma moeda.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho no hospital envolve vários aspectos relacionados à organização do trabalho e à subjetividade e a relação entre estes. A psicodinâmica do trabalho nos possibilita enxergar esses aspectos e analisá-los para a compreensão dessa característica ambígua que o trabalho representa para o sujeito. Assim, se por um lado o trabalho se constitui como fonte de sofrimento, na medida em que confronta as pessoas com desafios externos, que impõe uma sobrecarga de trabalho, desgasta e aliena o sujeito, por outro lado, é também a possibilidade de construção de uma identidade, oportunidade central de realização e desenvolvimento. Se o trabalho leva ao sofrimento e ao adoecimento, esse mesmo trabalho pode se constituir em uma fonte de prazer e de desenvolvimento humano do indivíduo. Portanto, concluímos que o trabalho e as relações que nele se originam não devem ser consideradas como um espaço de neutralidade subjetiva ou social, estático e mecanizado, apesar de, às vezes, ele parecer se configurar desta forma.

Quanto aos índices de absenteísmo e adoecimento entre os trabalhadores de enfermagem da instituição estudada observou-se que apresentam-se elevados, indicando a necessidade de estudo mais aprofundado sobre este aspecto e em cada local de trabalho, buscando detectar problemas causais específicos de cada setor e planejar soluções. Há também a necessidade análise por parte da medicina do trabalho os registros das faltas e atestados dos trabalhadores com finalidade de facilitar seu controle e possibilitar futuras pesquisas.

Com relação à saúde das trabalhadoras percebemos como elas se relacionam com o adoecimento, criando novas formas de enfrentamento destas, buscando possibilidades de readaptações em novos setores e atividades para evitar um diagnóstico de impossibilidade e inutilidade para o trabalho.

Compreendemos que o ponto de partida para discutir a questão do adoecimento é se distanciar da **doença** e se aproximar da vida. Buscar entender o ser vivo, a vitalidade do ser vivo pelo movimento permanente de mobilização das forças ativas, de tirar de dentro de si, de suas raízes, as energias necessárias ao viver: inteligência e afetividade para dar conta das exigências e pressões do trabalho (CANGUILHEM, 2006). Desse modo, falar sobre saúde é falar sobre um cotidiano que demanda ininterruptamente a mobilização de corpo e alma, de energia, de sangue, de ossos, de músculos, de desejos, de ódios. Conforme já apresentado anteriormente, mas cabe ressaltar aqui nestas considerações finais:



a saúde refere-se à capacidade de o ser vivo estabelecer normas, de tolerar e enfrentar as infidelidades e as agressões do meio (na medida em que o normal se constitui das variabilidades e flutuações desse meio), o que é mais do que adaptar-se. Ser saudável significa, então, ser capaz de detectar, interpretar e reagir – enfim, de instituir normas (ser normativo, que é diferente de ser normal); é a possibilidade de cair enfermo (ficar doente) e poder recuperar-se (CANGUILHEM, 2006, p. 98)

Saúde não é um estado ideal, não é algo estático, mas algo que se altera permanentemente, estando sempre adiante de nós. Saúde é, então, antes de tudo uma sucessão de compromissos que as pessoas assumem com realidade, que se altera, que se reconquista, se define e se redefine cada momento, algo que se defende a cada instante. Por fim, saúde é um campo de negociação cotidiana e permanente para tornar a vida viável (NEVES; ATHAYDE, 1998).

Seguindo essa compreensão, quando assumi a gerencia de recursos humanos, compreendia a importância e desejava implantar uma estratégia de intervenção para a promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores do hospital. Compreendo que esta estratégia do Projeto Qualivida, sozinha, não irá acabar com os problemas que atingem ao corpo e à subjetividade dos trabalhadores do hospital. Mas possibilitará que os mesmos compreendam que o que determina o estado “saudável” são eles próprios, que criam suas novas normas, suas possibilidades de enfrentamento do sofrimento e da dor e recriam a cada dia uma mobilização para continuarem trabalhando. E nessa busca incessante em continuar a cuidar do outro, eles encontram elementos para continuar seguindo em frente... seguindo seus modos de andar a vida... seguindo cuidando... cuidando dos outros e de si mesmos.

**REFERÊNCIAS**

ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000. 261p.

ATHAYDE, M. R. C. **Processo Produtivo, Espaço Educativo**: Um Campo de Lutas. 1988. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1988.

AROUCA, S. **O Dilema Preventista**. São Paulo: UNESP, 2003.

ARAÚJO, A. J. da S.; PORTO, M. F. de S. Trabalho e Vida na Periferia do Capitalismo: terceirizados na indústria de refino de petróleo. In: ARAÚJO, A.; ALBERTO, M. F.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Cenários do Trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 179-212.

BARROS, P. C. R. Sofrimento e Defesa no Trabalho dos Operários Terceirizados da Construção Civil de Empreiteira e de Cooperativa do Distrito Federal. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 253-280.

BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. (org). **Clínicas do Trabalho**: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL, S. S. **Trabalho, Adoecimento e Saúde**: aspectos sociais da pesca artesanal. 2009. 164f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

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

CAMPOS, G. W. S.; **A reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo, Hucitec, 1992.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006.

CATTANI, A. D. (Org.) **Trabalho e Tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997. 292p.

CLOT, Y. **A Função Psicológica do Trabalho**. Tradução Adail Sobral. São Paulo: Vozes, 2006.

\_\_\_\_\_. Ivar Oddone: os instrumentos de Ação. In: **Les Territoires du Travail**. v. 3. Marseille: Cateis, 1999. maio.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez/Oboré, 2003.

DEJOURS, C. Prefácio. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas.**São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

\_\_\_\_\_. Inteligência Prática e sabedoria Prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004.

FERLA, A. A. **Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde.** Caxias do Sul: Educs, 2007.

FIGUEIREDO, M. G. A Pressão, Os Conflitos e a organização do trabalho na atividade de mergulho profundo da indústria petrolífera *offshore* na Bacia de Campos (RJ). In: ARAÚJO, A; ALBERTO, M. F.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma.** Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 151-178.

FOUCAULT. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde.**1999. Dissertação (Mestrado) –Universidade de Campinas, Campinas, 1999.

FRANCO, T. B.; **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde,** 2003.Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

FREITAS, L. G. O Processo de Saúde e Adoecimento dos Professores que Atuam em Ambiente Virtual. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas.** São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 155-178.

FREUD, S. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Imago, 1969. CD-ROM.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica – cartografias do desejo.** Petrópolis: Vozes, 1986.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do Trabalho: método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção,** v. 14, n. 3, p. 077-086, set./dez. 2004.

JARDIM, S. R. **Processo de Trabalho E Sofrimento Psíquico: O caso dos pilotos do metrô carioca.** 1994. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal Do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

JUNKES, M. B – **Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no estado de Rondônia, Brasil.** Rev. Latino Am. de Enfermagem, 18(3): Mai/Jun, 2010

LANCMAN, S. O Mundo do Trabalho e a Psicodinâmica do Trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (Orgs.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho.** Rio de Janeiro; Brasília: Fiocruz; Paralelo, 2004.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989. 333 p.

LE GOFF, J. **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1997.

LOBO, E. S. **A Classe Operária Tem Dois Sexos: Trabalho, Dominação e Resistência**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

LUZ, M. T. Saúde. In: PEREIRA, I. B. e LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MARTINS, S. R. Subjetividade e Adoecimento por DORTS nos Trabalhadores em um Banco Público em Santa Catarina. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 129-154.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. 1, t. 1,

\_\_\_\_\_. **O Capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1984. t. 2.

MENDES, A. M. (Org.) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M.; MORRONE, C F. Vivências de Prazer-Sufrimento e Saúde Psíquica no Trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (Org.). **Trabalho em Transição, Saúde em Risco**. Brasília: UnB, 2002. p. 27-42.

MERHY, E. E. **O Desafio da Tutela e da Autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**, Cadernos do Centro de Estudo do Hospital Cândido Ferreira, Campinas, 1998. Disponível em: [www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy) Acesso em: 24 de fevereiro de 2010.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 4, p. 305-329, 1999.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MEHRY et. al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.316-323, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **PSF: Contradições e novos desafios**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>>. Acessado em: 01/10/2005.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado**. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. 2003. Disponível em: [www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf). Acesso em: 24 de fevereiro de 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. de S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

MORAES, R. D. de. **Prazer-Sofrimento e Saúde no Trabalho com Automação: estudo com operadores em empresas japonesas no Pólo Industrial de Manaus**. 2008. 327f. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

MUNIZ, H. P.; ATHAYDE, M.; NEVES, M. Y. A Atividade dos operários da construção civil face ao acidente do trabalho. In: ARAÚJO, A; ALBERTO, M. F.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 237-268.

NEVES, M. Y. N.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Saúde Mental e Trabalho: um campo em construção. In: ARAÚJO, A; ALBERTO, M. F.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 19-50.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

OLIVEIRA, P. T. R. **O sofrimento Psíquico e o Trabalho Hospitalar: um estudo de caso realizado em hospital público no Pará**. 1998. 146 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, P. T. R.; MOREIRA, A. C. G. Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. **Pulsional Revista de Psicanálise**, v. 19, p. 52-65, 2006.

OSÓRIO DA SILVA, C. **Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde**. 2002. 136f. Tese (Doutorado) – Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.

PENTEADO, E. V. B. F. **Tuberculose no Ambiente Hospitalar: uma gestão da saúde do trabalhador**. 1999. 124 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

PINTO, F. do M.; NEVES, M. Y. Relações intersubjetivas no trabalho de motoristas de ônibus. In: ARAÚJO, A; ALBERTO, M. F.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 111-130.

PIRES D. **O debate teórico sobre trabalho no setor de serviços**. Campinas: Unicamp, 1994.

PIRES D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume, 1998.

PIRES D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, p. 251-263, 2000.

- PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- PORTOCARRERO, V. **As Ciências da Vida: de Canguilhem à Foucault**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- REGO, M. P. **Trabalho Hospitalar e Saúde Mental - O Caso de um Hospital Geral e Público no Município do Rio de Janeiro**. 1993. 128f. Dissertação (Mestrado) – IMS/Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
- REGO, V. B.; VIEIRA, A. P.; PEREIRA, J. A. de S.; PACAS, E. P. O Trabalho de Digitadores terceirizados de uma Instituição Bancária Pública. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 303-324.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, Apr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>>. Acesso em: 13. abr. 2010.
- ROCHA, S. R. A. Depressão Relacionada aos Distúrbios Osteomusculares no Trabalho Bancário. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 205-230.
- ROLLO, A. de A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de (Org.). **Trabalhador da Saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.
- RUFFEIL, N. R. S. **A reestruturação produtiva numa instituição financeira: novos modos de subjetivar**. 2002. 201f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2002.
- RUFFEIL, N. R. S. **A Ergo(trans)formação: curtos circuitos entre o trabalhar e os processos de subjetivação**. 2009. 158f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- SCHWARTZ, Y. La communauté scientifique élargie et l'érgme de production dessavoirs. **Les Territoires du Travail – Les continents de l'expérience**, v. 1, n. 3, p. 79-87, 1999.
- SCHWARTZ, Y. Trabalho e Gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). **Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 23-33.
- SELIGMAN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez - Editora, 1994.
- SELIGMANN-SILVA, E. **Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.
- SELIGMAN-SILVA, E. **Os Riscos da Insensibilidade**. In: ARAÚJO, A.; ALBERTO, M. F.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 51-72.

SILVA, E. F. da; BRITO, J.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M.. Health promotion from work situations: points relating to an experience among public school workers. **Interface**, Botucatu [online], v. 13, n.30, p. 107-119, 2009.

SILVA, E. F. da; BRITO, J.; ATHAYDE, M. Trabalho das Merendeiras: relações entre atividade e trabalho nas escolas e produção de saúde/doença. In: ARAÚJO, A; ALBERTO, M. F.; NEVES, M. Y.; ATHAYDE, M. (Orgs.). **Cenários do Trabalho: subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 89-110.

SILVA-JÚNIOR, A. G. da; PONTES, A. L. de M.; HENRIQUES, R. L. M. O Cuidado como Categoria Analítica no Ensino Baseado na Integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2005. p. 93-110.

SOUSA, C. M.; FERREIRA, J. B.; CASTRO-SILVA, L. M.; MARTINS, M. V. O Trabalho dos Bancários em Instituição Financeira Pública. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007. p. 345-360.

VIEIRA, J. R. **Estudo Sobre o Processo de Adoecimento dos Trabalhadores da Enfermagem de um Hospital Universitário**. 2008. 87 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

WISNER, A. Diagnosis in ergonomic or the choice of operating models in field research. **Ergonomics**, v. 15, n. 6, p. 601-620, 1972.

## **ANEXOS**



**ANEXO I****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****PROJETO DE PESQUISA: Estudo Sobre a Assistência aos Trabalhadores da Profissão da Enfermagem com Agravo à Saúde e a relação do trabalho/atividade com o adoecimento.**

Esta pesquisa tem por objetivo principal descrever e analisar a assistência aos trabalhadores da profissão de enfermagem com agravo a saúde e compreender qual a relação do trabalho/atividade com adoecimento.. Este projeto está vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Pará, sob orientação do professor Dr. Paulo de Tarso Ribeiro do Oliveira.

A sua participação neste estudo é voluntária. Mesmo que decida participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento sem incorrer em nenhuma penalidade. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo ou a qualquer momento do mesmo.

A sua identidade será mantida como informação confidencial. Os resultados da pesquisa poderão ser publicados, mas sua identidade não será revelada sem seu consentimento por escrito.

A coleta de informações ocorrerá através de entrevista. A entrevista será gravada, para posterior transcrição, que serão arquivadas por um período não inferior a cinco anos.

Declaro que eu li e entendi todas as informações sobre este pesquisa, me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma e todas as minhas perguntas foram respondidas a contento. Portanto, consinto voluntariamente em participar.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Pesquisador: \_\_\_\_\_

Responsável pela pesquisa: **Josie Rodrigues Vieira**

Caso necessite de algum esclarecimento sobre sua participação no estudo, poderá contatar com o responsável pela pesquisa no telefone (91) 8165-3707 ou 3201-7782. Também poderá solicitar informações na secretaria do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará, situada no Campus Universitário do Guamá, na Rua Augusto Correa, n. 01, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará.

## ANEXO II



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Conselho Nacional de Saúde  
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 367803
Projeto de Pesquisa Como é a Assistência aos Trabalhadores da Profissão da Enfermagem com Agravos à Saúde? Estudo sobre a relação do trabalho/atividade com o adoecimento.				
Área de Conhecimento 7.00 - Ciências Humanas - 7.07 - Psicologia		Grupo Grupo III		Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica
Unitermos Saúde mental e trabalho, Sofrimento psíquico, Saúde do trabalhador.				
Sujeitos na Pesquisa				
Nº de Sujeitos no Centro 20	Total Brasil 20	Nº de Sujeitos Total 20	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc.	
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO
Pesquisador Responsável				
Pesquisador Responsável Josie Rodrigues Vieira		CPF 513.844.692-49	Identidade 4359886	
Área de Especialização PSICOLOGIA		Maior Titulação GRADUAÇÃO	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço AV. PERIMETRAL, N. 07, QD. 07, LT. 10, RESIDENCIAL JARDIM UNIVERSITÁRIO		Bairro GUAMÁ	Cidade BELÉM - PA	
Código Postal 66075-750	Telefone / (91)32590777	Fax	Email vieirajosie@gmail.com	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.				
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.				
Data: ____/____/____			Assinatura _____	
Instituição Onde Será Realizado				
Nome Hospital Porto Dias		CNPJ 84.154.608/0001-60	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Gerencia de Recursos Humanos/ Medicina do Trabalho		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Av. Almirante Barroso, nº 1454		Bairro Marco	Cidade Belém - PA	
Código Postal	Telefone (91) 3084-3308	Fax	Email gestaodepessoas@hpd.com.br	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.				
Nome: _____			Assinatura _____	
Data: ____/____/____				
Vinculada				
Nome Universidade Federal do Pará - PA		CNPJ . / -	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Programa de Pós-Graduação em Psicologia		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Mundurucus 4487		Bairro Guamá	Cidade Belém - PA	
Código Postal 66073000	Telefone 91 32016652	Fax 91 32016652	Email cephujbb@ufpa.br	
Termo de Compromisso				
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.				
Nome: _____			Assinatura _____	
Data: ____/____/____				

### ANEXO III

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

##### **Entrevista A: Com trabalhadores da equipe do setor de saúde ocupacional/medicina do trabalho**

- Qual(is) a(s) diretriz(ES) do serviço de saúde ocupacional/medicina do trabalho do hospital;
- Como este serviço está estruturado?
- Como é composta a equipe que trabalha no setor?
- Qual o fluxo dos usuários no serviço?
- Qual o itinerário que o trabalhador adoecido, geralmente, percorre em busca de cuidado para seu problema de saúde?
- Como você compreende a relação saúde e adoecimento com o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores da enfermagem?
- Qual(is) estratégia(s) da instituição/serviço com relação ao adoecimento dos trabalhadores da enfermagem e como é feita decisão sobre estas?
- Qual a sua profissão? Qual o trabalho que você realiza no setor para a prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores do hospital?
- Há quanto tempo está trabalhando nesta atividade?
- Você gosta do que faz? Escolheu estar neste setor?
- Você acha que a(s) estratégia(s) da instituição/serviço são eficazes e atendem aos problemas de saúde dos trabalhadores do hospital?
- Qual(is) medidas você acha que deveriam ser adotadas para melhorar o serviço?

##### **Entrevista B: Com trabalhadores da enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que encontram-se adoecidos (afastados, em benefício, remanejados ou não)**

- Qual o trabalho que você desenvolve no hospital?
- Há quanto tempo trabalha no hospital?
- Qual a sua condição/situação de saúde atualmente? Você está doente? Se sim, esta está relacionada ao trabalho?
- Qual a condição de trabalho na qual se encontra, se em desvio de função e/ou foi remanejada de seu posto de trabalho, benefício ou auxílio saúde?

- Qual trabalho/atividade você está exercendo atualmente e qual o trabalho/atividade que exercia?

- Como você se sente em relação ao seu trabalho/atividade? Enquanto ao hospital na qual trabalha?

- Porque você escolheu esta profissão? E porque escolheu trabalhar neste hospital?

- Você acha que o seu adoecimento tem alguma relação com o seu trabalho/atividade?

- Como é o seu relacionamento com o seu trabalho? E com a equipe com quem trabalha?

- Você conhece qual(is) a(s) estratégia(s) do setor de saúde ocupacional/medicina do trabalho/saúde do trabalhador do hospital adotam para a prevenção, promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores? Você acha que esta(s) atende(m) as suas necessidades de saúde?

- Você se sente cuidado no hospital?

- Quais as medida(s) que você acha que a instituição/serviço deveria(m) ser adotada(s) para a melhoria do serviço de saúde ocupacional/medicina do trabalho do hospital?

- Você tem algum espaço para conversar sobre as condições de trabalho e saúde no hospital com outros trabalhadores ou com gestores?

**ANEXO IV****PARECER DE APROVAÇÃO DA DIRETORIA TÉCNICA DO HOSPITAL  
PORTO DIAS****HOSPITAL PORTO DIAS  
DIRETORIA TÉCNICA****TERMO DE APROVAÇÃO**

A Diretoria Técnica do Hospital Porto Dias analisou o projeto de pesquisa de mestrado intitulado “CUIDAR ADOECENDO: O QUE FAZER QUANDO NÃO POSSO MAIS USAR TODO O MEU POTENCIAL DE CUIDAR?”, sob orientação do Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (UFPA) e co-orientação do Dr. Alcindo Ferla (UFRGS), obteve a APROVAÇÃO no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universidade João de Barros Barreto, da Universidade Federal do Pará.

Belém, 28 de fevereiro de 2011.

**DR. LOURIVAL MARSOLA**  
**Diretor Técnico**  
**Hospital Porto Dias**

**ANEXO V**  
**PROJETO QUALIVIDA**



**Saúde para quem cuida e qualidade de vida para todos.**

**Dr. Lourival Marsola: Diretor Técnico**

**Josie Vieira: Gerente de Recursos Humanos**

**Carolina Malcher: Gerente da Psicologia**

**Débora Melo: Psicóloga Hospitalar**

**Letícia Campelo: Gerente do Serviço de Nutrição e Dietética**

**Thiago Pereira Cruz: Nutricionista de Produção**

Belém-Pa

**Junho/ 2011**

## 1. OBJETIVO

Implantar projeto que vise à **promoção e prevenção** da saúde do colaborador e do prazer no trabalho no Hospital Porto Dias, assegurando a integralidade da atenção.

### 1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Colaborar no cuidado à saúde dos colaboradores do HPD, informando a este sobre como melhorar as condições de saúde e prevenção de doenças e envolvê-los no processo;
- Aumentar a satisfação e motivação dos colaboradores;
- Contribuir para a manutenção da produtividade e qualidade de vida no trabalho;
- Redução de custos com saúde do colaborador e do absenteísmo;
- Melhorar indicadores de absenteísmo e *turnover*;

## 2. ETAPAS:

2.1. Primeira Etapa: Ambulatório **Qualivida** com objetivo focado nas doenças crônico-degenerativas e **Ambulatório de Psicologia**

2.2. Segunda Etapa: Atividades de Lazer e Relaxamento

- a) Espaço de convivência do colaborador
- b) Atividades de estímulo ao esporte

## 3. DESCRIÇÃO

### A) Ambulatório Qualivida

Dos diversos fatores que determinam a qualidade de vida, pode-se afirmar que a saúde, num conceito ampliado, é um dos principais parâmetros. Portanto o **Qualivida** será voltado para a prevenção e promoção da saúde física e psíquica dos colaboradores do HPD. Através da orientação e educação quanto aos riscos à saúde, contribui para manter a saúde, qualidade de vida no trabalho, a produtividade e reduzir indicadores de absenteísmo e *turnover*.

O Programa visa a melhora da qualidade de vida dos funcionários por meio de mudanças de hábitos, como alimentação adequada, equilíbrio emocional, atividades físicas e motivação para um viver saudável e melhorar o bem-estar do trabalhador, que resultará diretamente no ambiente de trabalho.

O projeto é desenvolvido em cinco fases distintas:

1. Análise situacional, na qual é realizada a avaliação dos colaboradores e do ambiente de trabalho. Esta análise será feita pela Medicina do Trabalho através dos exames de saúde ocupacional, onde é possível traçar o perfil epidemiológico dos colaboradores do hospital. O Serviço de Nutrição e Dietética apoiará esta triagem por meio da avaliação física e nutricional de colaboradores.
2. Planejamento das ações do projeto será realizado com a definição do perfil epidemiológico dos colaboradores do hospital.
3. Implantação do projeto: início do atendimento dos colaboradores encaminhados com atividades realizadas no ambulatório, realização de palestras e oficinas com temas relacionadas à saúde dos colaboradores com foco as doenças crônico-degenerativas.
4. Monitoramento e controle dos indicadores: por meio do acompanhamento pela Medicina do Trabalho, apoio dos especialistas que estarão fazendo acompanhamento no ambulatório do colaborador, análise dos indicadores de adoecimento, absenteísmo e *turnover*.
5. Avaliação dos resultados: semestral

### **Atendimentos Ambulatoriais**

O **Qualivida** oferecerá atendimentos ao colaborador do Hospital Porto Dias, Hospital Porto Dias Prime, Porto Dias Diagnóstico Por Imagem (matriz e filial) nas áreas de clínica médica, ginecologia, nutrição, psicologia, e visando a prevenção e promoção da saúde.

O agendamento das consultas é feito via Medicina do Trabalho, com a técnica de enfermagem do trabalho no horário de 9h00min as 13h00min.

Ao agendar o atendimento o colaborador deverá assinar o formulário disponível e ganhará cartão de acompanhamento de saúde, que constará os dados referentes ao atendimento (dia, horário, médico ou outro profissional).

### **Prevenção de Câncer de Colo de Útero e de Mama:**

- **Foco na prevenção:**
- **Nos casos de necessidade de investigação:** encaminhar via SUS ou por meio da UNIMED.



**Início Programado:** junho de 2011.

### **B) Ambulatório de Apoio Psicológico**

O atendimento ambulatorial psicológico visa disponibilizar a escuta aos colaboradores, mediante procedimento de Plantão Psicológico.

O plantão psicológico é concebido como um espaço no qual qualquer pessoa que procure o Psicólogo será atendida. A ideia central desta modalidade de atendimento, é oferecer a quem procura, a possibilidade de acolhimento e intervenção clínica, através de escuta diferenciada e com foco no problema, dentro do limite de poucas sessões.

O Psicólogo Hospitalar fará a escuta clínica para todos os colaboradores que procurarem o serviço, seja por motivos pessoais ou profissionais. A partir desta escuta, questões emergentes poderão ser trabalhadas. Qualquer questão que venha incomodar o colaborador é uma questão importante.

O plantão não tem como proposta o processo psicoterapêutico, se isto for considerado adequado, faz-se necessário encaminhar o paciente para uma psicoterapia de longo prazo.

Intervenções em grupo também serão oferecidas, quando uma equipe está em conflito ou então passando por problemas de relacionamento.

Esse programa de apoio pessoal faz parte de um conjunto de ações de qualidade de vida e conta ainda com palestras para grupos sobre autoconhecimento, relacionamentos, ansiedade, stress, entre outros.

**Início Programado:** junho de 2011.

#### 4. **Segunda Etapa:** Atividades de Lazer e Relaxamento

A) Programado para início em janeiro de 2012

B) Em execução: viabilização da estrutura para o espaço de convivência; pesquisa de atividades de relaxamento (*Quick Massage*, Yoga, ginástica laboral); busca de parcerias com instituições privadas e públicas voltadas a atividades físicas; planejamento de atividades desportivas de competição (futebol, basquetebol, voleibol e natação).

#### **PALESTRAS E TREINAMENTOS**

São temas de palestras nas áreas de Motivação, Qualidade de Vida, Saúde e Sofrimento Psíquico, Ergonomia, Relacionamento Interpessoal ou de acordo com as necessidades identificadas. Alguns temas das palestras estão abaixo listadas:

- Alcoolismo
- Alimentação saudável
- Colesterol e Triglicerídeos
- Controle do Peso
- Depressão
- Diabetes Mellitus
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Hipertensão
- Obesidade
- Prevenção de DST e Aids
- Prevenção de Câncer de Mama e de Colo de Útero
- Prevenção de Câncer de Próstata
- Prevenção de Doenças Cardíacas
- Qualidade de Vida
- Tabagismo

**SEMANA DA SAÚDE DO TRABALHADOR**

Também será realizada a semana da saúde, com as seguintes atividades simultaneamente, estas ações terão a participação de profissionais especializados da área da saúde.

- Verificação da Pressão Arterial
- Verificação da Glicemia.
- Verificação do IMC- índice de massa corpórea.
- Orientações sobre DST.
- Entrega de panfletos informativos.
- Testagem rápida para HIV e aconselhamento.
- Exames de prevenção do câncer do colo do útero.