



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

Tese de Doutorado

NILDETE TEREZINHA DE OLIVEIRA

**O PROCESSO DE ADOECIMENTO DO TRABALHADOR DA SAÚDE:
O SETOR DE ENFERMAGEM DO PRONTO SOCORRO DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Orientadora: Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre

2009

NILDETE TEREZINHA DE OLIVEIRA

**O PROCESSO DE ADOECIMENTO DO TRABALHADOR DA SAÚDE:
O SETOR DE ENFERMAGEM DO PRONTO SOCORRO DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Serviço Social.

Orientadora: Profª Drª Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre – RS

2009

**O PROCESSO DE ADOECIMENTO DO TRABALHADORE DA
SAÚDE: O SETOR DE ENFERMAGEM DO PRONTO SOCORRO DE
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

NILDETE TEREZINHA DE OLIVEIRA

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a
obtenção do Título de

Doutor em Serviço Social

e aprovada na sua versão final atendendo às normas da legislação vigente da
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em 31 de março de 2009

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Jussara Maria Rosa Mendes, Dr^a
Orientadora

Patrícia Krieger Grossi, Dr^a

Jaqueline Tittone, Dr^a

Berenice Roujas Couto, Dr^a

Porto Alegre
2009

DEDICATÓRIA

*Aos meus filhos, Vitória e Enrique,
e ao meu esposo, Jorge,
com todo o meu amor e carinho.*

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a todos que estiveram presentes na minha vida,
nestes momentos de construção.*

Em especial

*À minha irmã **Zanja**,
que não se encontra mais junto a nós,
pelo exemplo de inteligência e força.*

*À minha orientadora, **Jussara**,
pela paciência. Meu respeito e carinho.*

*Às minhas colegas, **Rosane, Nice e Denise**,
que estiveram comigo deste o início deste estudo.*

*Aos meus colegas, da Coordenação de Recursos Humanos do hospital,
pelos quais sinto muito carinho.*

*Aos meus pais,
que são o exemplo maior para minha vida,*

*À Rose,
que cuidou da minha casa e da minha família, durante todo o tempo em que
me dediquei a este estudo.*

RESUMO

Este estudo objetivou compreender a realidade dos trabalhadores do serviço de enfermagem do Pronto Socorro de um hospital público, no sentido de identificar os pontos de confluência entre as relações de trabalho e o processo de adoecimento físico e mental, caracterizando-se como um estudo de caso qualitativo. A coleta de dados incluiu seis entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas, duas visitas guiadas ao Pronto Socorro, inicialmente com a chefia de enfermagem do setor e, após, com o líder do grupo e sete reuniões temáticas. Posteriormente, realizou-se a análise inicial dos dados, apresentando-se ao grupo temático, para discussão e reiteração. Os dados foram submetidos ao método de análise de conteúdo de Bardin. O caminho epistemológico que orientou este estudo incluiu a hermenêutica de Gadamer e a Teoria da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours e a Perspectiva Ética de Ricoeur. Os dados foram analisados a partir de categorias, onde se incluíram o processo de adoecimento, as relações hierárquicas, transformações do trabalho, cooperação, diálogo, reconhecimento e sofrimento. Os resultados evidenciaram que não somente as transformações do trabalho são causadoras de adoecimento, mas, também, as relações hierárquicas distantes dos trabalhadores e a ausência de espaços de diálogo e de reconhecimento.

Palavras chave: Saúde do trabalhador. Sofrimento. Diálogo. Cooperação. Reconhecimento.

ABSTRACT

This study aimed to understand the reality of workers in the nursing service of the Emergency Room of a public hospital, to identify the points of confluence between the employment relations and the process of physical and mental illness, characterizing it as a qualitative case study. Data collection included six semi-structured interviews with open questions, two guided visits to the Emergency Room, with the first head of the nursing sector, and after, with the leader of the group and seven thematic meetings. Subsequently performed an initial analysis and submitted to thematic group for discussion and repetition. The data were submitted to the method of content analysis of Bardin. The epistemological path that guides this study included the hermeneutics of Gadamer, the Dejours Theory of the Psychodynamics of Work and Ethical Briefing of Ricoeur. The data were analyzed from categories, which included the disease process, the hierarchical relationships, change in work, cooperation, dialogue, recognition and suffering. The results showed that not only the change in work are causing the illness, but also distant hierarchical relationships of workers and the lack of spaces for dialogue and recognition.

Key words: Health worker. Suffering. Dialogue. Cooperation. Recognition.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-------|
| Tabela 1 – Força de trabalho no HUSM – 2006..... | 87 |
| Tabela 2 – Média mensal de internações no HUSM – 2005/2006 | 87 |
| Tabela 3 – Força de Trabalho do Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro/ HUSM, segundo o cargo..... | 93 |
| Tabela 4 – Trabalhadores em LTS no Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro do HUSM-2005/2006..... | 99 |
| Tabela 5 – Diagnóstico das LTS do Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro – 2005/2006..... | 100 |
| Tabela 6 – Número de trabalhadores em LTS segundo categoria funcional..... | 101 c |

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 – Representação da Alienação Social | 67 |
| Quadro 1 - Exploração do material..... | 106 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|----------|--|
| CCS | Centro de Ciências da Saúde |
| CEREST | Centros de Referência em Saúde do Trabalhador |
| CID | Código Internacional das Doenças |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem |
| CRESS | Conselho Regional de Serviço Social |
| CRH | Coordenação de Recursos Humanos |
| CTI | Centro de Tratamento Intensivo |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| FATEC | Fundação de Apoio a Tecnologia e Ciência |
| IPE | Instituto de Previdência Privada |
| LTS | Licenças para Tratamento de Saúde |
| MSL | Medicina Social Latino Americana |
| NOST-SUS | Norma Operacional da Saúde do Trabalhador, do Sistema Único de Saúde |
| POP | Procedimentos Operacionais Padrão |
| PS | Pronto Socorro |
| RBS TV | Rede Brasil Sul de Televisão |
| RENAST | Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador |
| SC | Saúde Coletiva |
| SOA | Serviço de Orientação e Acompanhamento |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| HUSM | Hospital Universitário de Santa Maria |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| 1 SAÚDE DO TRABALHADOR E O SERVIÇO SOCIAL | 15 |
| 1.1 CONCEITO DE SAÚDE | 15 |
| 1.2 CONCEITO DE SAÚDE DO TRABALHADOR | 18 |
| 1.3 SAÚDE DO TRABALHADOR E A INTERFACE COM O SERVIÇO SOCIAL | 23 |
| | |
| 2 O TRABALHO | 31 |
| 2.1 OS DIAS ATUAIS | 31 |
| 2.2 CONCEITUAÇÕES SOBRE O TRABALHO | 33 |
| 2.3 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E O SOFRIMENTO | 43 |
| | |
| 3 O CAMINHO NA BUSCA DO SOCIAL | 50 |
| 3.1. A HERMENÊUTICA COMO CAMINHO DE INVESTIGAÇÃO | 50 |
| 3.2 CONTRIBUIÇÕES DE GADAMER | 52 |
| 3.2.1 O jogo como modelo estrutural do diálogo | 53 |
| 3.2.2 O diálogo na experiência | 57 |
| 3.2.3 O círculo hermenêutico da compreensão | 59 |
| 3.3 ABORDAGENS DA SOCIOLOGIA DA ÉTICA E DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO | 62 |
| | |
| 4 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA | 72 |
| 4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA | 72 |

| | |
|--|------------|
| 4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 75 |
| 4.2.1 Etapas metodológicas | 76 |
| 4.2.2 Possibilidades de Encaminhamentos | 84 |
| 5 O TRABALHADOR DA SAÚDE: TRABALHO E ADOECIMENTO | 85 |
| 5.1 HUSM | 85 |
| 5.2 O SETOR COM MAIOR NÚMERO DE LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE | 91 |
| 5.3 CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO | 92 |
| 5.4 VISITAS | 101 |
| 5.5 POSSIBILIDADES DE ENCAMINHAMENTO | 126 |
| CONCLUSÕES | 127 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 134 |
| ANEXO 1 | 142 |
| ANEXO 2 | 145 |
| ANEXO 3 | 146 |
| ANEXO 4 | 147 |

INTRODUÇÃO

Neste estudo objetivou-se a identificação dos pontos de confluência entre as relações de trabalho com a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde, propiciando o fortalecimento dos sujeitos coletivos frente às condições de trabalho. Nessa perspectiva, realizou-se um levantamento no hospital com o propósito de identificar, no processo de trabalho: o setor com maior índice de servidores em atestado médico de saúde; os fatores, no processo de trabalho, que interferem na saúde física e mental dos trabalhadores da saúde; a existência de espaços de diálogo, cooperação e reconhecimento nas relações de trabalho; e, a relação do processo saúde/doença com o sofrimento no trabalho.

Para contemplar o problema de identificar quais fatores interferem na saúde física e mental dos trabalhadores da saúde, destacam-se as questões norteadoras: Além das transformações do trabalho as relações hierárquicas também interferem no processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde? A ausência de espaços de diálogo, cooperação e reconhecimento são fatores que contribuem para o processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde? O sofrimento do trabalhador pode desencadear o processo de adoecimento?

Apresenta-se a tese de que não somente as transformações do trabalho estão contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores, mas, também, as

relações hierárquicas, a ausência de espaço de discussão, diálogo e cooperação e a falta de reconhecimento social dos trabalhadores.

Para a apresentação deste estudo, dividiu-se o trabalho em cinco capítulos. O primeiro enfatiza a saúde do trabalhador e o Serviço Social. Inicialmente destacam-se os conceitos de saúde e de saúde do trabalhador para, em seguida, apresentar-se a relação da saúde do trabalhador com o Serviço Social.

O segundo capítulo denominado trabalho, subdivide-se em três itens: os dias atuais; as conceituações sobre o trabalho; e, a organização do trabalho e o sofrimento.

No terceiro capítulo está a orientação epistemológica para a busca do social. Elencou-se a hermenêutica como caminho de investigação e a referência especial é a contribuição de Hans-Georg Gadamer com o conceito de jogo como modelo do diálogo; o diálogo na experiência e, finalizando, o círculo hermenêutico da compreensão. Por fim, há as abordagens da sociologia da ética e da psicodinâmica do trabalho com os autores Paul Ricoeur e Christophe Dejours.

No quarto capítulo, está a construção metodológica, apresentando a abordagem qualitativa e quantitativa. Em seguida, os procedimentos metodológicos com as várias etapas da pesquisa.

O capítulo quinto oferece a descrição do local onde foi realizada a pesquisa, o Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM); caracterização do serviço; apresentação dos dados quantitativos e qualitativos coletados, em especial a entrevista, as reuniões do grupo e as visitas

guiadas; e, a análise do material utilizando a análise de conteúdo, bem como as possíveis contribuições.

1 SAÚDE DO TRABALHADOR E O SERVIÇO SOCIAL

1.1 CONCEITO DE SAÚDE

No ano de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco importante na história da saúde no Brasil, balizando o coroamento do movimento da reforma sanitária. Nessa conferência, foi elaborado um conceito ampliado de saúde que reconhece o ser humano como ser integral e a saúde, como qualidade de vida. Nessa perspectiva, a saúde resulta das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, bem como do acesso a serviços de saúde.

Na perspectiva do conceito ampliado de saúde, Campos (2004, p.1) a define como:

[...] o resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, exige que o Estado assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação. Ratifica, também, o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.

O Movimento da Reforma Sanitária protagonizou uma política que apresenta um conjunto de ações e projetos em saúde, em diferentes níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Essa política deve remover o olhar e

a escuta dos profissionais de saúde, da doença para um eixo de compreensão dos sujeitos, em sua potência de criação da própria vida, objetivando o processo crescente de autonomia desses durante o processo do cuidado à saúde. Nessa lógica, os sujeitos, usuários e profissionais de saúde, precisam colocar-se como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde como sujeitos do mundo.

No Brasil, a reconstrução das práticas de saúde tem apresentado propostas atuais, com especial destaque para o conceito de humanização na efetivação de uma maior integralidade e acesso à saúde. Nesse sentido, a hermenêutica contemporânea apresenta potencial para ser requisitada para alguns desafios éticos e epistemológicos, quanto aos ideais de humanização nas práticas de saúde (AYRES, 2005).

Entende-se, por isso, a humanização, nessa perspectiva filosófica, como:

[...] um ideal de construção de uma livre e inclusiva manifestação dos diversos sujeitos no contexto da organização das práticas de atenção à saúde, promovida por interações sempre mais simétricas, que permitam uma compreensão mútua entre seus participantes e a construção consensual dos seus valores e verdades (AYRES, 2005, p.558).

Nesse sentido, é primordial revisar conceitos e métodos que propiciam uma visão mecanicista e positivista do corpo e do adoecimento humano, direcionada por aparatos tecnológicos, no campo da saúde, ao longo do século XX. Numa outra lógica, buscar a compreensão dos processos de saúde-doença no espaço da interação intersubjetiva, bem como na gestão dos serviços e políticas de saúde.

A revolução tecnológica fragmentou as grandes instituições, desmantelou as burocracias governamentais e conseqüentemente colocou o ser humano em condições sociais instáveis e fragmentárias. Nesta perspectiva, a desvalorização acentuada do conhecimento e da ciência. A nova ordem, proveniente desta revolução, impôs o desenvolvimento de novas capacitações, tornando a vida útil das capacitações muito curta, portanto a capacitação não é um bem durável, “[...] a capacitação é a capacidade de fazer algo novo, em vez de depender do que já havia apreendido” (SENNETT, 2006, p.93). Os trabalhadores precisam se reciclar a cada período de “oito ou doze anos” (SENNETT, 2006, p.13).

Para estar apto para esta nova ordem é necessário uma disposição para se desligar das experiências passadas, estar sempre pronto para mudanças a curto prazo. O que se aprendeu, que se adquiriu ao longo de uma experiência de trabalho, passa a ser descartável.

A desvalorização acentuada do conhecimento e das capacitações traz um impacto sobre o caráter das pessoas. Em que, “o significado de caráter: é o valor ético que atribuímos aos nossos próprios desejos e às nossas relações com os outros” (SENNETT, 2006, p.10).

Na moderna sociedade do trabalho não há longo prazo, não há compromisso mútuo, não há confiança, não há lealdade. Afrouxam-se os laços, havendo uma descontinuidade com o passado, de modo a ameaçar qualquer iniciativa coletiva. Esta nova ordem da sociedade do trabalho traz conseqüências pessoais, colocando a deriva à vida emocional e o interior dos trabalhadores (SENNETT, 2003).

Para Dejours, o que seria então a saúde? Seria uma certa estabilidade do corpo? Que condições são necessárias para não adoecer? A saúde não é um

estado constante, mas está sempre em movimento, pois “a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (1986, p.11).

Os meios de se obter um bem-estar físico estão na possibilidade de poder regular os diferentes estados em que o organismo se apresenta. É poder descansar, alimentar-se, dormir, tendo em vista as necessidades de adaptação do organismo.

O bem-estar psíquico evidencia a possibilidade de o desejo manifestar-se, de estar presente na vida de cada um, de ter a liberdade de escolher e organizar sua própria vida. A liberdade de poder intervir sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações intersubjetivas, na organização do trabalho, são as condições que caracterizam o bem-estar social.

Ainda, o que se constata em relação à saúde do trabalhador, é que ela é mais debilitada quanto menor for a possibilidade da livre estruturação da tarefa, ou seja, quanto maior for a rigidez da organização do trabalho.

1.2 SAÚDE DO TRABALHADOR

O campo da saúde do trabalhador vem sendo construído no Brasil, a partir das duas últimas décadas do século XX, no bojo do processo de redemocratização, que possibilitou o movimento pela Reforma Sanitária, fruto do empenho da organização dos trabalhadores e dos técnicos vinculados à saúde.

O ano de 1986 pode ser considerado um marco na mobilização popular pela saúde do trabalhador brasileiro, devido à VIII Conferência Nacional de Saúde e à I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. No entanto, somente em 1998, foi definida a Portaria nº3.908, por meio da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS), que instituiu os procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e os serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS) (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

A nova abordagem no campo da Saúde do Trabalhador distingue-se dos modelos hegemônicos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, ambas reconhecidas como formas de regulação e controle das relações saúde e trabalho. A primeira, Medicina do Trabalho, apresenta, como centralidade, a figura do médico, sendo seu conhecimento baseado na teoria da unicausalidade, um agente etiológico para cada doença. Isto significa que, na esfera do trabalho, a preocupação baseia-se no isolamento dos riscos específicos e a atuação focaliza as conseqüências. A segunda, a Saúde Ocupacional, apresenta uma proposta mais avançada a partir de um caráter interdisciplinar, que relaciona o ambiente de trabalho e o corpo do trabalhador. Se consubstancia na Teoria da Multicausalidade, onde um conjunto de fatores de risco (ambientais e biológicos) é considerado na produção da doença. Esse modelo restringe-se a intervenções pontuais sobre riscos evidentes com a utilização de equipamentos de proteção individual, em prejuízo à proteção coletiva, sendo os trabalhadores considerados culpados pelos acidentes e doenças (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 1997).

Para Nardi, a saúde do trabalhador, no Brasil, numa perspectiva coletiva, passa a ser compreendida como:

[...] o conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas - como medicina social, saúde pública, saúde coletiva, clínica médica, medicina do trabalho, sociologia, epidemiologia social, engenharia, psicologia, entre outras tantas – que, aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho, estabelece uma nova forma diferenciada de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho (2004, p.49).

Nessa lógica, a construção desse campo de estudo e intervenção entre trabalho e saúde articula-se com diferentes saberes e novos atores sociais, com a inclusão das ciências sociais e os aportes da Medicina Social Latino-Americana (MSL) e da Saúde Coletiva (SC). Como modelo, orienta ações de atenção à saúde do trabalhador que privilegiam ações de promoção, cura, prevenção, reabilitação e vigilância em saúde.

O campo da saúde do trabalhador é um processo que apresenta, como finalidade, a mudança do complexo quadro da saúde da população. Para tal, exige compromissos que requerem um agir político, jurídico e técnico, embasado numa ética que busca melhores condições de vida, trabalho e respeito, além de um maior compromisso do Estado na implementação da política de saúde dos trabalhadores.

Lacaz também confirma em suas considerações:

[...] o campo da Saúde do Trabalhador seria uma nova abordagem e um novo enfoque do ponto de vista conceitual, emanado do setor saúde (coletiva) a propósito do estudo e da intervenção/transformação das relações de trabalho e saúde-doença, na medida em que procura estabelecer uma outra articulação com os grupos sociais numa sociedade que passa por mudanças importantes do ponto de vista político e social, tendo como pano de fundo a realidade brasileira do final dos anos 70 e início dos 80 (1996, p.51-2).

A produção de conhecimento, nas duas últimas décadas, no campo da saúde do trabalhador, a partir das ciências sociais, teve sua importância, à medida que possibilitou a perspectiva de novas abordagens que contribuíram para a superação de concepções limitadas sobre a relação saúde/trabalho.

Nessa perspectiva Minayo-Gomes e Thedim-Costa (2003) destacam as abordagens compreensivas como alternativas que se afastam de uma visão marxista-mecanicista e estrutural, na qual os trabalhadores são apenas força de trabalho, neutralizando a possibilidade das mediações culturais e existenciais. Para as autoras, as abordagens compreensivas indicam:

[...] compreender a práxis social dos trabalhadores, o sentido que confere ao cotidiano do trabalho, suas formas de ser, sentir, perceber e agir. Focalizam o trabalhador como sujeito – com sua singularidade, com sua história – que, ao interagir com as condições subjetivas, elabora categorias próprias de pensamento e ação. (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 2003, p.129).

Percebe-se que as abordagens compreensivas requerem uma ação interventiva, transformadora, em que surgem, constantemente, questões emergentes que exigem novos objetos de estudo, decorrentes de demandas explícitas e implícitas dos trabalhadores. Nessa arena, ocorre uma dinâmica de diferentes atores sociais, entrando em cena consciências e vontades individuais e coletivas.

Vários estudos foram desenvolvidos, tendo como fio condutor as perspectivas compreensivas como: a Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1992), apresentando a escuta como caminho de mediação, pela via da linguagem, para se compreender o significado da vivência dos trabalhadores, destacando o sofrimento

no trabalho; Lopes (1999) analisa as concordâncias e divergências nos modos de pensar as dimensões simbólicas, econômicas e políticas nas relações entre trabalho e saúde; Sato (1997), em estudo etnográfico, analisa os processos interativos cotidianos de barganha no trabalho; Pitta (1989) é precursora nas pesquisas sobre as determinações psicossociais dos agravos da saúde mental dos trabalhadores; Oliveira (1998) apresenta a abordagem fenomenológica como possibilidade de estudo das narrativas do campo da saúde do trabalhador, entre outros (MINAYO-GOMES; THEDIM-COSTA, 2003).

As mediações do corpo conceitual das ciências sociais, no campo da saúde do trabalhador, apresentam o trabalho como uma categoria social resultante de um complexo imbricado por relações econômicas, sociais, políticas e tecnológicas. Destacam-se não só temáticas referentes à política e aos serviços de atenção à saúde do trabalhador, pesquisas qualitativas e estudo de categorias de trabalhadores até então nunca estudadas, mas também análises nos processos de trabalho e na organização do trabalho na área de serviços.

Como estratégia da Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, consta, em 2003, a construção da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), no SUS, pela portaria GM/MS nº. 2.437 (BRASIL, 2006). A RENAST está organizada, nacionalmente, como uma rede de informação e práticas de saúde, baseada no enfoque das relações trabalho-saúde-doença e no trabalho desenvolvido pela epidemiologia social, priorizando:

[...] ações assistenciais, de vigilância e promoção da saúde, nas linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade, ambulatorial e pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos

três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal [...] (DIAS; HOEFEL, 2005, p.817).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), incluídos na proposta do RENAST, passam a assumir o suporte técnico, tendo como função serem pólos disseminadores da cultura da centralidade do trabalho e produção das doenças. São locais de execução das ações de saúde, intra e inter setorialmente, no território de abrangência.

Os CEREST localizam-se em capitais, regiões metropolitanas e municípios-sede de pólos de assistência, das regiões e microrregiões de saúde. No âmbito de uma determinada região, com outros órgãos públicos, esses têm a atribuição de dar suporte técnico e científico às intervenções do SUS, no campo da Saúde do Trabalhador. Nessa perspectiva, estão sendo implantados e implementados 110 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Brasil (BRASIL, 2006).

Mesmo após os 18 anos de regulamentação da atribuição constitucional da atenção integral à saúde do trabalhador, pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, o SUS ainda não incorporou efetivamente o lugar que o trabalho desempenha na vida dos indivíduos e suas relações com os espaços sócio ambientais.

1.3 SAÚDE DO TRABALHADOR E A INTERFACE COM O SERVIÇO SOCIAL

Nesse contexto da realidade do trabalho, encontra-se o assistente social, um profissional que trabalha as relações sociais, mas que teve uma história ligada à ferramenta ideológica de adaptação e funcionamento dos beneficiários ao sistema. Dessa maneira, o surgimento do Serviço Social, como profissão, está articulado a

um projeto hegemônico burguês, tendo como determinante o modelo capitalista industrial, composto por variáveis em que constam alienação, contradição e antagonismo.

Neste cenário, o Serviço Social nasce com uma identidade manifestada por:

[...] uma síntese das práticas sociais pré-capitalistas – repressoras e controlistas – e dos mecanismos e estratégias produzidas pela classe dominante para garantir a marcha expansionista e a definitiva consolidação do sistema capitalista (MARTINELLI, 1993, p.67).

O Serviço Social vai transitar, no exercício de seu fazer, numa linha contraditória entre as demandas impostas pelo capital e o trabalho, na perspectiva de uma identidade de controle, ajustamento social e ilusão de servir ao próximo. Foi uma profissão criada para servir de instrumento de reprodução das relações sociais de produção capitalista.

Somente a partir da reconceituação que o Serviço Social vislumbra uma nova teoria e uma nova práxis, embasada no compromisso com a realidade latino-americana, e uma ação profissional, enquanto posição ideológica, engajada na luta com a classe oprimida: a classe trabalhadora. Concretamente, somente a partir das décadas de 1980 e 1990, o Serviço Social gestiona uma direção estratégica para a profissão, a partir do Código de Ética de 1993 e da Lei de Regulamentação e Diretrizes Curriculares, assim expressos:

[...] direção que tem como valor central a liberdade, fundada na ontologia do ser social assentada no trabalho, tendo como princípios fundamentais a democracia e o pluralismo, posicionando-se em favor da equidade e da justiça social (AGUINSKY; MENDES, 2004, p.132).

Entretanto, na década de 1990, no Serviço Social não ocorreram avanços suficientes na área da saúde, apresentando-se, enquanto categoria, desarticulada do Movimento da Reforma Sanitária. Somente no ano de 1997, o assistente social passou a ser reconhecido como profissional da equipe de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução Nº. 218/1997.

A sociedade brasileira encontra-se num momento de afirmação do projeto da reforma sanitária, mas, ao mesmo tempo, desencadeia-se a implantação do projeto político-econômico, baseado no projeto neoliberal. Este último, articulado ao mercado, confronta-se com o projeto profissional hegemônico do Serviço Social. (IAMAMOTO, 2007).

Referendado pelo projeto profissional hegemônico, o trabalho do assistente social, na área da saúde, deve basear-se numa busca criativa e constante de novos conhecimentos e requisições à profissão, com a articulação dos princípios do projeto da reforma sanitária e do projeto ético-político do Serviço Social, para defender o SUS. Para o trabalho do assistente social na saúde, o código de ética profissional apresenta, dentre seus 11 princípios fundamentais, alguns recursos que auxiliam o trabalho profissional, tais como:

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; articulação com movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional (CRESS, 2003, p.15).

Servem de suporte para que o assistente social apresente respostas competentes e qualificadas às necessidades dos usuários, passando pela compreensão de aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença.

Já o projeto da reforma sanitária vem requisitando algumas demandas ao assistente social como:

Busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (IAMAMOTO, 2007, p.206).

Tais demandas requerem um assistente social com uma postura crítica e propositiva, com um perfil profissional que atue nas questões sociais, por meio de políticas sociais, para criar e implementar propostas que gerem ganhos aos trabalhadores. Faz-se necessário uma capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que lhe permita:

[...] apreensão crítica dos processos sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país; compreensão do significado da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico (nacional/internacional), desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade; identificação das demandas presentes na sociedade, visando formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre público e o privado (ABEPSS apud VASCONCELOS, 2006, p.256).

Para o conhecimento da realidade, o assistente social adota, como referência, o projeto ético-político da profissão, apresentando como objeto de intervenção a

questão social e como teleologia a busca da cidadania, justiça social, direitos sociais e equidade.

Para uma prática da saúde, enquanto direito social, faz-se necessário priorizar demandas dos usuários, organizar e planejar ações que possibilitem intervir nas causas sociais do processo saúde-doença.

Vasconcelos (2007) destaca estratégias e ações a serem desenvolvidas por assistentes sociais e demais profissionais, em equipes multiprofissionais que contribuam para facilitar, realizar e ampliar o acesso aos direitos e ao controle social. Especificamente, salienta estratégias e ações relativas à saúde do trabalhador:

Realizar e publicizar estudos relativos à *saúde do trabalhador* destinados a publicizar e divulgar dados sobre acidentes e doenças do trabalho e referenciar ações de prevenção e tratamento, colaborando na proteção do ambiente de trabalho e do meio ambiente (VASCONCELOS, 2007, p.262).

A saúde do trabalhador está inclusa na esfera de atuação do SUS, como direito, no Art. 200/II, da Constituição Federal de 1988, regulamentada na Lei n. 8.080, de 1990. No que diz respeito ao SUS, compete aos assistentes sociais:

I- Participar da assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II- Participar em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; IV- Tornar público os agravos que as tecnologias provocam à saúde; V- Informar ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas, a partir de estudos dos usuários atendidos, sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho; VI- Tornar público a ausência/deficiência de fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; VII- Participar da comunicação às instancias competentes sobre doenças originadas no processo de trabalho, buscando a colaboração das entidades sindicais; VIII- Publicizar

dados que indiquem a necessidade de interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, que signifiquem exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (VASCONCELOS, 2007, p.262-3).

Identifica-se um amplo espaço de intervenção do trabalho do assistente social na área da saúde do trabalhador, impondo-lhe um papel no esclarecimento e na democratização de informações, dados e pesquisas, sobre as condições de trabalho, as doenças, o controle de riscos, determinantes sociais e ambientais.

O trabalhador da saúde, especificamente neste estudo, o trabalhador do Pronto Socorro do HUSM, como outros trabalhadores, está exposto a riscos profissionais; acidentes de trabalho; doenças profissionais e doenças do trabalho.

São doenças profissionais "[...] aquelas que são inerentes ao desempenho de suas atividades laborais, que se apresentam como síndrome típica em outros trabalhadores da mesma situação, que tem um fator etiológico conhecido". No entanto, as doenças do trabalho são entendidas, "[...] como aquelas provenientes de certas condições especiais que determinado tipo de trabalho venha sendo realizado e, por isso, rotuladas de doenças 'indiretamente profissionais' " (VASCONCELOS, 2007, p.263).

No rol de doenças profissionais e do trabalho, encontram-se nos manuais, cinco tipos de doenças: "1. doenças infecciosas e parasitárias; 2. dermatites por contato; 3. enfermidades decorrentes de radiações ionizantes; 4. enfermidades por gases irrespiráveis; 5. enfermidades por vícios ergonômicos" (VASCONCELOS, 2007, p.263).

Todavia, não constam, nesses manuais, doenças relacionadas ao estresse, à

fadiga e ao sofrimento, bastante comuns em policiais, profissionais da saúde, gerentes, profissionais da informática e aos próprios assistentes sociais. Nessa perspectiva, cabe ao assistente social ir além dos diagnósticos e prescrições, a fim de democratizar informações entre os trabalhadores, sobre riscos, doenças mais comuns, condições de trabalho, além de determinantes sociais e ambientais causadores de doenças.

A transformação das relações de trabalho e de saúde é fundamental para que se vislumbre a saúde em sua amplitude. Para tal, há um caminho a percorrer, priorizando a participação dos usuários na definição de propostas; a criação de espaços e ações coletivas, sem prejuízo de questões individuais, para a democratização de informações, a universalização e ampliação de direitos; a reflexão como possibilidade de organizar, fortalecer, capacitar e politizar os usuários.

Cabe aos assistentes sociais desenvolverem a capacidade de relacionar as situações singulares, vivenciadas no cotidiano dos usuários, às dimensões universais e particulares da questão social. Como bem orienta Iamamoto (2002), há necessidade de compreender as condições macrosociais, os limites e as possibilidades do terreno sócio histórico, para que se possam dar respostas técnico-profissionais e ético-políticas, direcionadas ao fortalecimento dos sujeitos coletivos. Também é importante estar capacitado para contribuir com uma relação de trabalho mais satisfatória, assim como participar da construção de uma nova cidadania, com garantia plena de direitos, proteção e inserção social, reafirmando a prioridade do Estado como instância fundamental para a universalização da sociedade.

Martinelli (1993) traz importantes contribuições, quando faz alusão aos desafios das profissões a partir do relatório da UNESCO. O aprender a ser

pressupõe resgatar a subjetividade. Nessa perspectiva, o ser profissional não condiz com “envolvimento emocional controlado”. Portanto, é urgente o resgate da centralidade do sujeito e de sua história.

Segundo Aguinsky e Mendes:

[...] o aprender a ser também implica o desafio de aprender a definir relações de mutualidade em nosso trabalho. Isto significa nos colocarmos em relação inclusiva com o outro [...]. É o desafio de ser junto – com a equipe, com os usuários (2004, p.4).

Portanto, é inessante a busca pelos direitos individuais e coletivos a serem conquistados, ampliados, e garantidos pelo Estado, segundo a Constituição Federal.

2 O TRABALHO

2.1 OS DIAS ATUAIS

As circunstâncias em que hoje se encontra o trabalho refletem a realidade de um mundo globalizado, no qual, os critérios no trabalho são permeados por questões de qualidade e produtividade. A eficácia predomina, apoiando-se numa confiança absoluta na ciência e na técnica. O homem, nesse processo, é designado como “fator humano”¹. Há referência apenas a questões de comportamento, tais como falhas e erros e negligenciam-se aspectos éticos e políticos.

Desde 1980 a reestruturação produtiva se organiza sobre uma nova base tecnológica e uma nova divisão do trabalho que resulta na Terceira Revolução Industrial. Desenvolve-se, então, uma nova matriz produtiva, baseada na informação e no conhecimento, bem como um novo processo de gestão da mão-de-obra, apoiada na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo (HARVEY, 1994).

A sociedade do trabalho, que vê no trabalho o meio de inserção social do indivíduo e base privilegiada de inscrição na estrutura social, teve seu apogeu nos anos dourados. Paradoxalmente, surgiu, passo a passo, a precarização do emprego

¹ Esta caracterização remete ao controle e à vigilância das falhas, através de análise e decomposição dos comportamentos em processos, até unidades, separadamente (DEJOURS, 1997, p.18).

e o desemprego, resultantes da dinâmica atual da modernização, conseqüências dos novos modos de reestruturação industrial.

Embora a realidade se mostre avessa, “o trabalho continua sendo uma referência não só econômica, mas também psicologicamente, culturalmente e simbolicamente dominante [...]” (CASTEL, 1998, p.578).

Freud já destacava que é a partir do trabalho que o homem reinventa-se, apropriando-se de sua capacidade criativa de transformação da natureza e de si mesmo. A importância do trabalho está no seu papel fundamental para o equilíbrio do homem, bem como para sua inserção no meio social, para sua saúde física e mental (FREUD, 1974).

Considera-se que é necessário que se compreenda a realidade do trabalho, não somente como técnica, através de dados objetivos e instrumentais, mas, sob o aspecto social, por relações de cooperação e compreensão, e pela subjetividade. Esta envolve mobilização, investimento pessoal, singularidade, cognição, imaginação e criatividade, enquanto fatores necessários para realizar o trabalho.

Ao se considerar a perspectiva do trabalho como elemento determinante do sentido da vida, é necessário destacar outra perspectiva, conforme Mendes:

[...] com o passar dos tempos, o trabalho foi se tornando cada vez mais degradante e aviltante para o homem que o desenvolve, geralmente, como única forma de conseguir manter-se vivo. Ele, então, reproduz sua força de trabalho, através da venda de seu esforço físico, de sua saúde, de parcela significativa de sua vida (2003, p.22).

Na atualidade, esta é a realidade em que se encontra a maioria dos trabalhadores. A partir deste contexto, propôs-se o estudo dos trabalhadores que realizam suas atividades em uma instituição pública de saúde, para identificar e compreender as conexões entre as relações de trabalho e a saúde física e mental, ou seja, o processo de adoecimento em relação às novas configurações do trabalho. As hipóteses desse estudo envolveram, não somente as transformações do trabalho como fatores que interferem no processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde, mas, também, as relações hierárquicas; a ausência de espaços de diálogo e cooperação, como fatores que contribuem para o processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde. O não reconhecimento social desses profissionais foi considerado como aspecto contributivo para seu processo de adoecimento.

2.2 CONCEITUAÇÕES SOBRE O TRABALHO

O trabalho desempenha uma função importante na vida do ser humano. Devido à sua relevância, grande número de estudiosos tem se dedicado, há vários anos, à tentativa de melhor elucidar esse tema: em Marx (1964), aparece a relação do homem com a natureza e o fundamento de cunho social; em Friedmann (1973), no seu Tratado de Sociologia do Trabalho, a sugestão de que se deve desconfiar das definições gerais do trabalho que não levem em consideração a maneira pela qual ele é vivido e sentido pelos que o efetuam; em Arendt (1997) encontra-se a distinção entre labor e trabalho; em Dejours (1992), com a psicodinâmica do trabalho, está presente a noção de sofrimento no trabalho; com sua obra intitulada “A corrosão do caráter”, Richard Sennett (2003) apresenta as conseqüências do

“capitalismo flexível” na ética do trabalho, afetando o caráter pessoal do trabalhador. Além desses autores, outros apresentam contribuições significativas para uma melhor compreensão do trabalho, a fim de desvendar a sua complexidade.

A palavra *trabalho*, segundo Arendt (1997), tem sua origem no baixo-latim *tripalium*, uma espécie de tortura, noção de dor e sofrimento, tendo como veículo o corpo.

Em oposição ao ócio, o grego apresenta uma palavra para fabricação e outra para o esforço, a palavra *pena* que se aproxima de fadiga. Na Mitologia grega, consta o trabalho de Sísifo: estafante e inútil, porque, uma vez acabado, era preciso recomeçar. Esse trabalho era fruto de um castigo, devendo Sísifo carregar uma pedra até o cume de uma montanha. Então a pedra rolava de volta, tendo que ser carregada novamente para cima. Essa passagem caracteriza, usualmente, as tarefas sem sentido, chamadas de “trabalho de Sísifo” (BRANDÃO, 1986, p.226).

A palavra *trabalho* apresenta uma série de significados, como esforço, labutação, lida, luta; aplicação da atividade humana a qualquer exercício de caráter físico ou intelectual; obra literária ou artística. Na Medicina, em determinado aspecto, o trabalho refere-se ao conjunto de fenômenos que constituem o trabalho de parto (dor/sofrimento) e, na Física, é o esforço empregado para vencer uma resistência. Em Psicologia, o trabalho é um tipo de ação executada pelo homem, de acordo com certas normas sociais, sobre uma matéria, a fim de transformá-la (MICHAELIS, 1998).

Em português, a palavra *trabalho* apresenta variada significação: o reconhecimento social da realização de uma obra que expresse o seu autor, que se

transmita no tempo, e, também, o esforço repetitivo, rotineiro, sem sentido e sem liberdade.

Para Arendt (1997, p.90):

[...] todas as línguas européias, antigas e modernas, apresentam duas palavras de etimologia diferente para designar o que para nós, hoje, é a mesma atividade, e conservam ambas a despeito do fato de serem repetidamente usadas como sinônimas.

Essas duas palavras são o labor e trabalho. Aquela relacionada à dor, sofrimento e adversidade. Esta, ao que é executado com as mãos.

Na Grécia antiga, já havia a distinção entre o artífice, o artesão, que trabalhava com mãos, e o escravo que *laborava*, que provia seu próprio sustento e dos seus senhores, utilizando o corpo para atender às necessidades da vida. Nessa época, o labor era tratado com desprezo, uma vez que, na *polis*, os cidadãos davam ênfase às atividades políticas, abstendo-se de tudo que exigisse esforço físico.

Segundo Aristóteles, o escravo, que não possuísse as qualidades de deliberar, decidir, prever e escolher, sujeitava-se às necessidades da vida. O escravo laborava e laborar era ser escravizado pela necessidade (ARISTÓTELES, apud ARENDT, 1997, p.95).

Na mitologia, em Hesíodo, o trabalho (*ergon*) era devido à Eris, a deusa da emulação, e o labor (*ponos*) provinha da caixa de Pandora, como todos os males, sendo a punição determinada por Zeus, em consequência da traição de Prometeu. A partir de então, “os deuses esconderam a vida dos olhos dos homens, e sua maldição atinge o homem que se alimenta de pão” (ARENDT, 1997, p.94). O labor era uma das punições, um castigo determinado ao homem pelos deuses.

Na Era Moderna, não há distinção entre o labor realizado pelo corpo e o trabalho realizado pelas mãos. O labor é visto como trabalho e enaltecido como fonte de todos os valores.

Com Adam Smith e Karl Marx, surge a distinção entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo. Para ambos, o trabalho improdutivo era desprezível e indigno, sendo realizado pelos criados servís. Para Marx, a produtividade nada mais é do que o excedente da “força de trabalho humana”, ou seja, a mais valia, (ARENDDT, 1997).

A questão da “produtividade” ou “improdutividade” do trabalho, para os economistas da atualidade, perdeu sua força, pois a medida da produtividade do trabalho aplicou-se a todos os tipo de trabalho, mesmo aos não produtivos. Na empresa moderna, essa diferenciação perdeu sua força social, pois, segundo Braverman (1987, p.352):

[...] enquanto do lado do trabalho produtivo o trabalhador individual perde aquelas características como produtor de uma mercadoria acabada que fez dele ou dela um trabalhador produtivo, e retém aquelas características apenas na massa; do lado do trabalho improdutivo, foi criada uma massa que partilha da sujeição e opressão que caracteriza as vidas dos trabalhadores produtivos.

Portanto, a linha divisória entre os trabalhadores produtivos e improdutivos não pode mais ser traçada tão grosseiramente, “mas deve ser traçada noutra parte da estrutura social. Assim, o aforismo de Marx deve ser modificado, e agora se deve dizer que *ser um trabalhador é uma desventura*” (BRAVERMAN, 1987, p.354).

Ainda em Marx (1964, p.191), vamos encontrar a relação do homem com a natureza, bem como a origem do homem como ser natural: “A relação do homem

com a natureza é imediatamente a sua relação ao homem, e a sua relação ao homem é a sua relação imediata à natureza, sua própria condição natural”.

A relação do homem com a natureza se faz na transformação dessa, através do trabalho; o homem a transforma e, ao mesmo tempo, transforma-se, alterando a vida em sociedade. O fundamento essencial para a sobrevivência se dá pela natureza social do homem e pela possibilidade de relacionar-se com outros homens.

Aqui está o grande risco em que se depara a humanidade porque, na relação do homem com a natureza surge a onipotência deste frente à natureza, o domínio e a instrumentalização da natureza ao ponto de destruí-la, destruindo o próprio homem.

Para Marx (1964, p.194-5):

[...] o significado humano da natureza só existe para o homem social, porque só neste caso é que a natureza surge como laço com o homem, como existência de si para os outros e dos outros para si, e ainda como elemento vital da realidade humana.

O trabalho é essa relação entre o homem e a natureza, relação que se faz em ato, ato criativo que se constitui a partir de um projeto e de um processo que se efetiva por meio da ação. Ainda, para o autor, “[...] o trabalhador nada pode criar sem a natureza, sem o mundo externo sensível. Este é o material onde se realiza o trabalho, onde ele é ativo, a partir do qual e por meio do qual produz coisas” (MARX, 1964, p.160).

Ato supõe ação e toda ação supõe liberdade, mas existe uma ambivalência nesse ato, o trabalho é ação e, conseqüentemente, livre, se posso arbitrar sobre ele,

como é o caso do artista. No entanto, em muitos trabalhos, não existe essa liberdade de escolher, de arbitrar sobre ele.

O trabalho é *ação*², quando o sujeito se utiliza de sua singularidade e imprime nele características de sua personalidade. Em determinadas atividades de trabalho, em que não exista essa possibilidade, aparecem os estados de insatisfação, desânimo, tristeza, depressão e neurose, ou seja, o sofrimento no trabalho, que é bastante comum, pois, segundo Arendt (1997), a condição humana é uma condição de sofrimento.

O trabalho presume uma variedade de comportamentos, segundo Friedmann e Naville (1973, p.58):

Esses comportamentos assumem formas que denominamos trabalho precisamente porque o funcionamento da sociedade (isto é, o conjunto organizado dos povos, nações ou sociedades) exige que ele se efetue de maneira mensurável e, por conseqüência, que obedeça a certas regras.

Todo trabalho, que seja livremente escolhido e que leve em consideração as aptidões, é um fator de satisfação e, conseqüentemente, de equilíbrio emocional, bem como uma possibilidade de felicidade. Presume-se que, quando não há essa possibilidade de escolha e não seja observada a singularidade de cada sujeito, o trabalho é causador de desequilíbrio emocional.

A atualidade apresenta o trabalho flexibilizado. Segundo Sennett (2003), ele é fruto de um sistema que se afirma na expressão “capitalismo flexível”, mudando o

² Esta ação refere-se à liberdade, “o trabalho é ação quando se alimenta de uma disciplina livremente aceita... o trabalho só é ação quando exprime as tendências profundas da personalidade e a ajuda a realizar” (FRIEDMANN, 1973, p.23). O que não acontece comumente.

próprio significado do trabalho. Assim o trabalho não se apresenta como uma carreira a seguir, pois sendo flexível, é temporário, informal, depende cada vez menos de leis, é mais competitivo, menos ético, afeta, como bem diz Sennett, o caráter. “As qualidades do bom trabalho não são as qualidades do bom caráter”, pois tudo é a curto prazo, as relações, os compromissos, esses últimos se desfazem no ar, tanto entre as organizações, quanto entre estas e os trabalhadores e estes últimos entre si. Na questão da lealdade e do compromisso mútuo, não há longo prazo, pois esse princípio desgasta a confiança.

Para Sennett (2006, p.12):

[...] a fragmentação das grandes instituições deixou em estado fragmentário as vidas de muitos indivíduos: os lugares onde trabalham se parecem mais com estações ferroviárias do que com aldeias, a vida familiar se viu desorientada pelas exigências do trabalho; a migração tornou-se o verdadeiro ícone da era globalizada, e a palavra de ordem é antes seguir em frente que estabelecer-se.

Também ocorre um processo de desestruturação das relações tanto familiares como de trabalho, uma vez que os locais destes estão alterando suas estratégias e mudam de lugar. É uma volatibilidade que não sustenta o humano, mas o degrada e o faz perder a identidade, em virtude dessa busca constante do novo, da reciclagem, da aquisição de novas capacitações.

O historiador Eric Hobsbawm, em sua obra, “Era dos Extremos”, faz um balanço breve sobre o século XX e sua avaliação sobre o fim do milênio: “[...] acabou numa desordem global cuja natureza não estava clara e sem mecanismo óbvio para acabar com ela ou mantê-la sob controle” (1995, p.541).

As políticas e programas não apresentam coerência para enfrentarem e controlarem os problemas humanos decorrentes da profunda crise mundial. O que se observa é um enorme abismo entre os países ricos e pobres, desencadeado pelo impacto da década perdida (1980), culminando na pauperização dos países do terceiro mundo.

Hobsbawm destaca três aspectos preocupantes da economia mundial:

Primeiro, a tecnologia continuou a forçar a mão-de-obra na produção de bens e serviços sem proporcionar trabalho suficiente [...] nem assegurar uma taxa de crescimento econômico para absorvê-los. [...] Segundo, enquanto a mão-de-obra continuava sendo um fator político importante, a globalização da economia transferiu a indústria de seus velhos centros [...] para países cuja principal vantagem [...] eram mãos e cabeças baratas. [...]. O terceiro aspecto preocupante da economia mundial no *fin-de-siècle*, seu triunfo e o da ideologia de livre mercado puro enfraquecia ou mesmo eliminava a maioria dos instrumentos para controlar os efeitos sociais das convulsões econômicas (1995, p.549-550).

Dessa maneira a preocupação com o livre mercado vai questionar o custo da seguridade social e da previdência social pública. O Estado assume a necessidade de redução desse custo, bem como aposta na redução significativa de empregos até então estáveis, favorecendo o crescimento do desemprego e do subemprego.

Ainda, conforme o autor, “[...] vivemos num mundo conquistado, desenraizado e transformado pelo titânico processo econômico e tecnocientífico do desenvolvimento do capitalismo, que dominou os dois ou três últimos séculos [...]” (HOBBSAWM, 1995, p.562).

A partir dessa crise sem precedentes, deflagrada na década de 1980, vivenciam-se transformações no trabalho, alteram-se as demandas, os processos de

trabalho e as condições para sua efetivação, o que traz conseqüências desastrosas para a classe trabalhadora, como a perda de direitos e de conquistas sociais.

Para Sennett (2006), a desigualdade aparece na sociedade moderna como um *iceberg* com diferentes aspectos: estratosféricos salários para altos executivos, criando um abismo entre a elite executiva e as camadas médias de trabalhadores; extensiva competição, o que favorece uma extrema desigualdade; crescente desigualdade de riqueza em paralelo à crescente desigualdade social.

Já a modernidade líquida é a versão de Zygmunt Bauman para explicar a nova modernidade em que o mundo está funcionando e as conseqüências para os mais variados aspectos da vida humana. Delimita-se, aqui, o aspecto do trabalho e a “liquefeita” relação com o capitalismo. Conforme Bauman (2000, p.171):

[...] numa medida nunca alcançada na realidade pelos “senhores ausentes” de outrora, o capital rompeu sua dependência em relação ao trabalho com uma liberdade de movimentos, impensável no passado. A reprodução e o crescimento do capital, dos lucros e dos dividendos e a satisfação dos acionistas se tornaram independentes da duração de qualquer comprometimento local com o trabalho.

O capital deslocou-se com maior facilidade e deixou para trás o trabalho impregnado de incertezas, caracterizado pelo curto prazo, sem contratos, sem cobertura previdenciária, sem esperanças até uma nova ordem.

No entanto, para Robert Castel, o trabalho se apresenta como uma base privilegiada de inscrição na estrutura social. Mas, a ausência de trabalho e o isolamento relacional somam seus efeitos para criarem a exclusão, a qual Castel (1998, p.24) denomina “desfiliação” e a “vulnerabilidade social” é “uma zona intermediária, instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos

suportes de proximidade”, destacando a importância da relação do trabalho na dinâmica social.

Para chegar-se ao conceito contemporâneo de trabalho, é imprescindível que se situe acerca do *real*, cujo conceito tem sua origem na ergonomia francesa, contribuição esta fundamental à teoria do trabalho. O real é “aquilo que no mundo se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico” (DEJOURS, 1997, p.40). A técnica e o domínio científico não dão conta do real, pois esse é o que não está previsto, o impossível de prever. O real se dá no domínio da experiência do dia-a-dia, do vivido e aprendido na experiência, ou seja, é o ocasional sobre o qual a técnica fracassa.

A partir desse sentido, para realizar o trabalho é necessário um investimento pessoal da inteligência dos sujeitos, em nível de inventividade, diante da imprevisibilidade na execução da tarefa, tendo em vista que o prescrito não comporta, ou seja, não dá conta do real do trabalho. Essa concepção contesta a divisão tradicional do trabalho: entre o de concepção, planejamento (intelectual) e o de execução (manual), pois todo o trabalho é sempre um ato de concepção, de criação.

2.3 A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E O SOFRIMENTO

Cabe, então, considerar a organização do trabalho. Segundo Dejours (1992, p.26):

Por organização do trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidades etc..

A organização do trabalho é a divisão dos homens em postos diferentes de trabalho, para executarem a tarefa, pois o produto do trabalho, para ser realizado, passa por vários trabalhadores e por vários processos de trabalho.

Na organização do trabalho, as atividades estão sujeitas à regulação proveniente da interação entre as pessoas, desenvolvendo-se, portanto, sempre numa relação com o outro, entre o individual e o coletivo. No entanto, além dessa regulação, as atividades no cotidiano do trabalho são perpassadas pelas contradições entre o prescrito e o real.

Dejours, ao escrever sobre a banalização do mal, destaca que essa acontece quando os sujeitos fazem uma clivagem dessa banalização, colocando em suspenso o senso moral:

Sabe-se que o setor a ser excluído do pensamento é o mesmo para todos: o medo da adversidade socialmente gerada pela manipulação neoliberal da competição do emprego, à qual demos o nome de

“precarização”. Precarização que não concerne apenas ao emprego, mas também a toda condição social existencial (1999, p.124).

Essa clivagem ou divisão suspende a precarização, havendo uma tolerância para situações de trabalho que, outrora, foram negadas e, agora, são aceitas.

Desde sua origem, a palavra trabalho tem relação com o sofrimento, dividido em dois tipos diferentes: o sofrimento patogênico e o sofrimento criativo. Este é o agenciador da realização do verdadeiro trabalho, é a alavanca do processo criativo. Aquele é o sofrimento patogênico, identificado nas seguintes considerações de Dejours (1994, p.137):

[...] quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo, ou o sentimento de impotência.

Ele é patogênico, porque, em vista do esgotamento de todos os recursos defensivos, o sofrimento continua a provocar uma descompensação do corpo ou da mente, debilitando o aparelho mental e psíquico do sujeito. É sofrimento, porque o sujeito se vê preso em uma monotonia que o empurra para um sentimento de incapacidade, de imbecilidade.

A definição de sofrimento apresenta o seu núcleo nas argumentações feitas por Ricoeur que ressalta duas características do homem: a primeira, como ser ativo, e a segunda, como sofredor. Para ele: “[...] sofrimento não é unicamente definido pela dor física nem pela dor mental, mas pela diminuição, até a destruição, da

capacidade de agir, do poder fazer, sentidos como um golpe à integridade de si” (RICOEUR, 1991, p.223).

O sofrimento seria a inexistência de possibilidades, a limitação do ser humano a um estado de paralisia. Um risco que inviabiliza a construção da identidade e integridade dos sujeitos. No dia a dia do trabalho, o sofrimento se manifesta pela insatisfação em relação ao conteúdo significativo da tarefa e pela insatisfação diante de seu conteúdo ergonômico. Este último refere-se às exigências da tarefa, em virtude de sua importância no desencadeamento da relação saúde/trabalho, apresentado a seguir, e relacionado à somatização, tendo em vista que, na sua inadequação, está a origem de vários sofrimentos somáticos.

Em relação ao conteúdo significativo da tarefa, a insatisfação ocorre quando sua realização não apresenta um sentido para o trabalhador, porque não representa um propósito em relação ao conjunto da Organização e, muito menos, para sua família e para a sociedade.

A desafetação, ou seja, a falta de investimento afetivo na execução da tarefa, em detrimento da falta de sentido, vai desencadear uma imagem narcísica, que se torna descorada e sem vida. O trabalhador sente-se inútil e, de certa forma, desqualificado, surgindo uma depressão que vai se manifestar através do cansaço. Esse desânimo o coloca diante do trabalho como um ser condicionado, que perde sua capacidade de desenvolvimento criativo e intelectual.

O sofrimento surge em virtude da impossibilidade de desenvolvimento das aspirações em relação à qualificação, ou seja, a impossibilidade de autodesenvolvimento e de criação diante da tarefa.

Em relação à somatização, parte-se do pressuposto de que a organização do trabalho seja uma causa importante no aparecimento de algumas doenças no trabalho, quando a doença vem pelo padecimento, ou seja, pelo sofrimento.

É importante salientar que as patologias psicossomáticas podem acontecer em indivíduos, nos quais a estrutura mental caracteriza-se pela deficiência de defesas, quando elas apresentam incapacidade de superar conflitos, sendo mais frágeis em relação aos traumatismos que a vida inevitavelmente provoca. Dejours (1992) caracteriza esse tipo de estrutura mental como neurose de caráter, ou neurose de comportamento.

A incapacidade diante dos conflitos pode gerar uma descompensação orgânica, pela via do corpo, e não uma descompensação mental que se desencadeia através de neuroses e psicoses. Quanto mais frágil for a imagem de si (economia narcísica), conseqüentemente, mais somaticamente o indivíduo poderá reagir aos conflitos internos e externos da vida. Todavia, uma característica importante que o indivíduo com personalidade psicossomática apresenta é sua incapacidade de sonhar e fantasiar. Santos Filho (1992, p.355) aborda essa característica, salientando que esses sujeitos apresentam uma ligação particular com a realidade; são os chamados “realistas”.

Através de Helmholtz, o termo *psicossomática* foi introduzido na Medicina no ano de 1818 e designava as doenças somáticas que apareciam, tendo como fator etiológico (causas) os aspectos mentais (RODRIGUES, 1992). Atualmente, o conceito psicossomático evoluiu “para o estudo da pessoa como ser histórico, que é um sistema único constituído por três sistemas: corpo, mente e social” (RODRIGUES, 1992, p.97). O indivíduo é visto como um todo, ou seja, uma visão

integral como ser biopsicossocial, em que o processo de adoecer é considerado não como uma situação casual, mas como uma resposta de um sistema, de uma pessoa inserida em uma sociedade.

Dejours define a somatização como o “processo pelo qual um conflito que não consegue encontrar uma resolução mental desencadeia, no corpo, distúrbios endócrino-metabólicos, ponto de partida de uma doença somática” (1992, p.127). A propósito, o autor refere-se à Teoria Psicossomática para facilitar a compreensão dos efeitos da organização do trabalho na economia psicossomática dos sujeitos. A determinação, pela organização do trabalho, do conteúdo da tarefa, via divisão do trabalho, delimita, não somente o conteúdo ergonômico do trabalho, mas também o conteúdo significativo da tarefa, de maneira que a execução do modo operatório não ocorre espontaneamente, comprometendo a economia do corpo em situação de trabalho. Em Mc Dougall, encontra-se a designação do termo psicossomático como tudo o que se refere ao corpo, às manifestações do

[...] eu somático, e não apenas o célebre Chicago Seven de Franz Alexander (úlceras gástricas, asma, neurodermatoses, hipertensão essencial, tireotoxicose, reto colites hemorrágicas, artroses reumatóides). Incluo neste registro a tendência crescente dos acidentes corporais e das doenças infecciosas em resposta às tensões psíquicas ou a esgotamentos inelaboráveis. Nesta panóplia de dramas somáticos que não conseguem se falar, acrescentam-se os estados de depressão e angústia que se traduzem, sobretudo, por sinais físicos, como a fadiga e a apatia (1989, p.96).

Essa autora amplia a classificação de Alexander (1989), incluindo os acidentes corporais, os estados de depressão, a fadiga e a apatia. Esses sintomas, encontrados no ambiente de trabalho, podem ser uma resposta somática à inadequação e à insatisfação quanto ao conteúdo ergonômico da tarefa.

Em relação ao trabalho em instituições de saúde, observa-se uma predominância significativa do sexo feminino, sendo uma realidade histórica em termos de espaço hospitalar, uma vez que as tarefas de cuidar dos doentes como: higiene, alimentação, assistência de modo geral sempre foram atribuições femininas. Na verdade, o hospital passa a ser uma extensão do trabalho doméstico (PITTA, 1994), que a poucos homens é delegado, por ser considerado inferior.

Com vistas à perspectiva da ontologia do ser social assentada no trabalho, bem como ao resgate da subjetividade e história dos sujeitos, buscou-se a metodologia da Psicodinâmica do Trabalho, como alternativa técnico-profissional e ético-política para a profissão. A Psicodinâmica do Trabalho tem por finalidade “progredir a análise da relação subjetiva no trabalho, portanto, de fazer os sujeitos avançarem em suas interpretações da organização do trabalho” (DEJOURS, 1993, p.83).

Nesta pesquisa, buscou-se estudar a realidade dos trabalhadores de saúde, partindo de uma perspectiva hermenêutica, doutrina da compreensão, na qual a concepção de método é ampla, com uma visão de totalidade em que ocorre uma relação de circularidade entre o sujeito e o objeto. Ancorada na perspectiva hermenêutica de Gadamer, como modelo estrutural metodológico, o método de conhecer percorre o caminho metodológico do jogo e do círculo hermenêutico, como acesso ao “vir ao encontro”, que leva ao diálogo, reconhecido como lugar da experiência. Esse é o caminho da compreensão do outro na busca de identificar o sofrimento no trabalho, segundo a teoria da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours.

Nesse sentido, é contribuir para uma relação de trabalho mais satisfatória e

participar da construção de uma nova cidadania, com garantia plena de direitos, proteção e inserção social são objetivos centrais nesta proposta de pesquisa.

3 O CAMINHO NA BUSCA DO SOCIAL

3.1 A HERMENÊUTICA COMO CAMINHO DE INVESTIGAÇÃO

Nesta pesquisa, tem-se como objetivo estudar as relações de trabalho e sua interferência na saúde dos trabalhadores. O objeto de pesquisa encontra-se no universo das ciências sociais, uma realidade dinâmica e sempre nova, estimuladora de novos temas de investigação. Nessa perspectiva, a investigação percorre o ponto de vista hermenêutico.

No século XVII, a hermenêutica era a ciência e, também, a arte da interpretação. Ao final do século XIX, ela adotou a forma de uma doutrina que prometia apresentar as regras de uma interpretação competente. O surgimento da hermenêutica filosófica é, no entanto, de data muito recente: os últimos 20 anos do século XX, apesar disso, têm apresentado um sentido mais restrito e usual, segundo a posição filosófica de Hans-Georg Gadamer e, eventualmente, também a de Paul Ricoeur (GRONDIN, 1999).

Pedro Demo, quando apresenta as metodologias alternativas como opção ao primado do método sobre a realidade (metodologia científica), destaca, entre outras alternativas, a hermenêutica. Esse tipo de investigação se dá “a partir da realidade social, na sua complexidade, na sua totalidade quantitativa e qualitativa, na sua marcha histórica humana, também dotada de horizontes subjetivos” (DEMO, 1989, p.229).

A hermenêutica, enquanto procedimento metodológico das ciências humanas, também denominada doutrina da compreensão, utiliza-se do caráter histórico de todo o conhecimento, opondo-se ao paradigma objetivista do método causal-explicativo, pois a compreensão hermenêutica ocorre da inserção do homem no horizonte da história e da linguagem.

A visão de totalidade, na hermenêutica moderna, se apresenta como “a idéia de que existe um sentido no qual se desenvolve um discurso a partir de determinadas circunstâncias ou a partir de determinado texto” (STEIN, 2004, p.102). Assim, as circunstâncias em que o homem se encontra são determinadas por uma cultura, uma história e um determinado contexto.

Na hermenêutica, a idéia de método não é um procedimento de tipo técnico. A concepção de método é mais ampla, apresenta a visão de totalidade, trazendo dentro de si uma relação de circularidade entre o sujeito e o objeto (STEIN, 2004).

A hermenêutica se movimenta nos seguintes termos: “*compreensão* como categoria mais potente no movimento e na atitude de investigação; *liberdade*, *necessidade*, *força*, *consciência histórica*, *todo e parte* como categorias filosóficas fundantes e, *significado*, *símbolo*, *intencionalidade* e *empatia* como balizas do pensamento”. Apresenta-se como origem de todo o processo de intersubjetividade e de objetivação humana (MINAYO, 2002, p.83).

A hermenêutica filosófica para Almeida possibilita a reabertura de uma via de reflexão sobre a relação entre saber e agir, entre conhecimento e ética (entre explicação causal e visão teleológica). Partindo da raiz do conceito de “hermenêutica”, destaca a figura de Hermes, deus grego, o mensageiro, considerado na mitologia como o mediador entre o mundo divino e o mundo dos homens. A ele

cabe traduzir a vontade dos deuses aos homens. E, em relação ao saber, é permitido somente participar da sua construção, mas não se pode criá-lo de forma autônoma e nem mesmo dominá-lo (2000).

3.2 CONTRIBUIÇÕES DE GADAMER

Hans-Georg Gadamer (1900-2002) nasceu em Marburg, Alemanha, foi professor em Leipzig (1930), em Frankfurt (1947) e em Heidelberg (1949). Fundou a "nova hermenêutica", teoria filosófica da interpretação, inspirada na ontologia existencial de Heidegger. Em 1960, publicou uma obra de grande impacto, a primeira edição de *Verdade e Método* cujo problema inicial é a questão referente às ciências do espírito, ou seja, uma hermenêutica adequada às ciências do espírito. Gadamer é considerado o principal teórico da hermenêutica filosófica.

Segundo Gadamer, “[...] a hermenêutica seria, nesse sentido, não tanto uma doutrina do método das ciências do espírito. A hermenêutica é, muito antes, uma visão fundamental acerca do que significa, em geral, o pensar e o conhecer para o homem na vida prática, mesmo se trabalhando com métodos científicos” (GADAMER, 2000, p.18-9), pois qualquer reflexão precede um estar no mundo, ou seja, uma experiência.

Rohden apresenta aspectos importantes da teoria de Gadamer a fim de contribuir para um melhor esclarecimento da “experiência ontológica [...] enquanto condição imprescindível de toda reflexão (condição enraizada na experiência da linguagem viva, dentro da qual o próprio homem experimenta a si mesmo, buscando

seu lugar no todo)” (ROHDEN, 2005, p.14). A experiência é um acontecer que se dá antes de toda atividade de reflexão humana, é algo ou alguém que está sempre à frente, que desassossega. Daí surge à reflexão humana como uma reação ao que ocorre no mundo, de maneira a desencadear o processo de estabelecimento de sentido, a partir do encadeamento do homem com o mundo, destacando que existe sempre o risco de se perder algo de vista, portanto não se esgota jamais a amplitude dos sentidos possíveis (FLICKINGER, 2000).

Para Almeida, a postura humanista de Gadamer se reflete na seriedade com que ele destaca a posição do “outro [...] na aceitação da diferença e da distância em relação ao outro, que se configura sentido enquanto resultado do diálogo.” É este, na verdade, o significado do que ele designa como o “viver na linguagem” ou, mais precisamente, da afirmação de que “todo o compreender é linguagem” (ALMEIDA, 2000, p.10).

A atenção será centrada na hermenêutica desenvolvida por Hans-Georg Gadamer no modelo estrutural metodológico, como método de conhecer e pensar, em que a experiência do “jogo” e do “círculo hermenêutico” abre acesso ao “vir ao encontro” ontológico que se explicita no diálogo, este último reconhecido, enquanto tal, como o lugar da experiência.

3.2.1 O jogo como modelo estrutural do diálogo

O Jogo, como modelo estrutural, precisará ser considerado um método de conhecer e pensar. “O conceito de jogo se torna o fio condutor da explicação ontológica sobre a tarefa teórico-prática da hermenêutica” (ALMEIDA, 2002, p.184).

Através do jogo, pode-se prever a centralidade da filosofia de Gadamer, que reivindica o seu caráter universal pela via da linguagem que se efetiva no diálogo.

Quando se observam crianças jogando, percebe-se que, para haver o jogo, há a necessidade de, pelo menos, duas pessoas, pois com uma apenas não acontece o jogo. Logo, o jogo não acontece sem os jogadores. Jogar é uma possibilidade de vivenciar determinada situação que acontece sob determinadas condições e num certo espaço de tempo (ROHDEN, 2005).

O termo jogo em alemão corresponde a *spiel*. Esse termo, quando associado ao espanhol, aproxima-se de *pieza* (peça) teatral que também é *spiel*, jogo; *spieler* são os atores, jogadores; ou seja, a obra não se interpreta se não se jogar. Daí sugere-se, em alemão, a associação entre as idéias de “jogo” e “representação” (GADAMER, 1977, p.143). O termo representação adquire o sentido de identificação, enquanto participação (ROHDEN, 2005). A ordenação e a configuração do movimento do jogo consistem no seu verdadeiro objetivo, que se cumpre ao se representar o jogo. Representar não é imitar, representar significa mostrar.

Os jogadores entram no jogo, mas, enquanto sujeito, o jogo submete os jogadores, pois eles não têm autonomia, há um movimento que é próprio do jogo, um vai e vem que não está fixado a nenhum objeto, senão o que se renova em cada movimento. O modo de ser do jogo: “Pues éste posee una esencia propia, independiente de la conciencia de los que juegan”³ (GADAMER, 1997, p.145).

³ Pois este possui uma essência própria, independente da consciência dos que jogam.

O jogo apresenta traços, características que lhe são comuns como o espaço, as regras, o risco, as condições. No jogo cultural, sua dimensão se constitui das formas originárias do homem de se expressar, relacionar-se, de compreender o mundo. O culto é um lugar especial, alto, separado, iluminado, dedicado a uma divindade, a base de rituais, regras, processos. Através do culto, o crente supõe que a divindade possa se revelar. A partir de tudo isso, cria-se um espaço, um campo específico, no qual o fiel pensa que, talvez, possa revelar-se algo do divino. “El juego humano requiere su propio espacio de juego”⁴ (GADAMER, 1997, p.150).

Dessa maneira, a origem das normas sociais, da ética, é encontrada no movimento histórico que vai do jogo ao jogo cultural, até a construção cultural. O jogo cultural [...] “é um dos elementos fundadores da cultura e da racionalização da vida” (ROHDEN, 2005, p.117).

A interpretação dos sentidos é feita pelo culto, enquanto jogo. Por isso através do jogo cultural, conforme Rohden (2005, p.120):

[...] encontramos a explicitação exemplar da experiência do sentido da vida humana. Nele a humanidade, desde seus primórdios – antes que a filosofia se erigisse em forma sistêmico racional, - vivencia a experiência de sentido, de segurança, de orientação, de instauração de uma nova ordem, que extrapole toda tentativa técnico-instrumental de conceituação. Enquanto referencia a explicitação de uma totalidade de sentido, afirmamos que se trata de uma metafísica em que o ser experiência a própria totalidade sem poder esgotá-la conceitualmente.

Assim o sentido da vida se dá na experiência do jogo, mas o jogo não se esgota num conceito, pois este varia segundo as exigências de cada

⁴ “O jogo humano requer seu próprio espaço de jogo” (tradução livre da autora)

jogo e a vivência da pura liberdade de jogar. Só há jogo, quando o jogador entrega-se a ele.

Outra característica do jogo é o reconhecimento das regras. Todos os participantes devem aderir. As regras são a base da não instrumentalidade de um jogador sobre o outro.

Ele é uma atividade voluntária, embora sujeito a ordens rígidas, deixando de ser jogo se não for livremente jogado. Só joga quem deseja jogar. Assim se pode afirmar que é uma característica fundamental do jogo poder ser livre (ROHDEN, 2005, p.122).

Mesmo tendo suas regras, o jogo tolera que o jogador deixe-se levar pelo jogo, livrando-o do dever de tomar iniciativas. O vai e vem do jogo se constitui de regras, e os jogadores devem se comportar ao jogar.

Assim sendo, as funções atribuídas aos jogadores originam-se da ordem do jogo. “Dentro da ordem estrutural do jogo, os próprios participantes são elementos do jogo e, como tais, inteiramente por ele determinado” (GADAMER, 2006, p.41).

O Jogo, segundo Gadamer, apresenta [...] “un rasgo general en la manera como la esencia del juego se refleja en el comportamiento lúdico: todo *jugar es un ser jugado*.” (GADAMER, 1977, p.149)⁵. Portanto, “[...] jogar é imitar o próprio movimento da vida” (ALMEIDA, 2002, p.187). O embricamento, a fascinação que o jogo exerce sobre o jogador incide no fato de que o sujeito do jogo é o próprio jogo, passando este a dominar o jogador.

⁵ “um traço geral é a maneira como o jogo se reflete no comportamento lúdico: todo jogar é um ser jogado” (Tradução da autora)

O respeito às regras faz parte do jogo, por outro lado, a natureza do espírito lúdico faz correr riscos, ousar, deixar-se levar, suportar o imprevisível, o acaso, a tensão.

O risco é outra característica do jogo. O jogador, ao decidir de participar, entrega-se à sua sorte e se joga no imprevisível, no indeterminado, por isso, o jogo é sempre um risco. O risco de perder, o risco de ganhar, e ter que esperar até o final para saber como foi o jogo. No entanto, o que está em jogo é mais do que isso, pois o risco consiste na perda da segurança. Não se é mais o mesmo depois que se entra no jogo, porque não se consegue mais sair dele da mesma maneira que se entrou. O jogo faz o jogador perder suas bases seguras.

No jogo, ocorre um dispositivo, um conjunto de condicionamentos, a partir do qual aparece algo não previsível. O jogador precisa dispor-se ao que está por vir e deve entregar-se ao movimento do vai e vem que não apresenta um rumo definido, muito menos, um fim programado. Como modelo estrutural, o jogo, ao mesmo tempo, é lógico e ontológico. O jogo é lógico, porque cada jogo possui suas regras fixas, suas exigências que são reconhecidas e válidas universalmente. O jogo é ontológico, porque o jogador, ao entrar nele, realiza uma experiência, na qual é envolvido como um todo e revela o seu ser (ROHDEN, 20005).

3.2.2 O diálogo na experiência

A analogia do jogo com o diálogo consiste em que a “forma efetiva de cada diálogo pode ser descrita a partir do conceito de jogo” (GADAMER, 2000, p.124). A

constituição do jogo é estruturalmente parecida com a constituição do diálogo. Os elementos do jogo, como a impossibilidade de haver, no mínimo, dois jogadores, as regras – o jogo deve ser jogado, a ordem, o risco, as condições, os imprevistos estão estruturados no processo de compreensão do diálogo. O jogo apresenta um espírito próprio de se realizar, sendo o jogador levado a jogar na busca do êxito. Assim como o diálogo, na linguagem, o indivíduo é levado adiante no diálogo com o outro, na fala e na réplica, em que a vontade do indivíduo não é mais determinada por ele, mas pela própria coisa, que se trata no diálogo.

Ao explicitar o diálogo como o lugar da experiência hermenêutica, segundo Gadamer, Rohden (2005, p.181) conclui que: “O modo de ser da linguagem, da hermenêutica filosófica, pode ser representado pelo jogo, pelo círculo hermenêutico, mas possui seu modo mais apropriado de realizar-se no diálogo”, pois o diálogo indica, com mais ênfase, a extensão do processo relacional do saber.

Sobre a experiência dialógica, Rohden (2005, p.183) destaca:

Somos e nos realizamos mais plenamente no e pelo diálogo, e a experiência hermenêutica básica e autêntica é a experiência dialógica. Esta não trata apenas do diálogo que mantemos com alguém, mas do diálogo que somos e no qual, ao final, nos sentimos mais felizes. Não afirmamos apenas a natureza dialógica da linguagem, mas também uma constituição dialógica da existência. Ora, é isso que sustenta o fato de que o diálogo é um modo de ser e, enquanto postura, é ontológico.

Ontológico, porque a qualquer reflexão precede uma experiência que a mim se apresenta. O vir ao encontro do outro se dá na experiência ontológica do diálogo, em que o outro se apresenta como um desafio, como pergunta. A experiência ontológica do advento do outro leva a pessoa a pensar e a refletir. O diálogo é

desafio, porque apresenta uma força transformadora que desestabiliza o ser, mas, ao mesmo tempo, deixa marcas e permanece algo na pessoa que a transforma (ROHDEN, 2005). O diálogo é como o jogo em que o jogador perde suas bases seguras, é o outro que o força a pensar os próprios argumentos.

Como no jogo, o diálogo só ocorre se houver um outro, não se joga sozinho, não se dialoga sozinho. Deve haver o reconhecimento do outro, o deixar-se levar. No diálogo, um não se sobrepõe ao outro, não domina o outro, há uma interdependência mútua, ator e reator. É o deixar-se levar pela temática, ou seja, é não ter conclusões prévias, ir por caminhos desconhecidos, pois o diálogo, assim como o jogo, apresenta seu próprio espírito, a sua própria autonomia.

3.2.3 O círculo hermenêutico da compreensão

Após a explicitação dos dois modelos estruturais da hermenêutica, o jogo e o diálogo, para caracterizar o círculo hermenêutico, Gadamer parte da regra hermenêutica, originária da retórica antiga que se atualiza através da hermenêutica moderna, [...] de que tudo deve ser entendido a partir do individual, e o individual desde o todo”, [...] (2000, p.141), caracterizando-se como um movimento circular da compreensão do todo para a parte e outra vez para o todo, como acontece na experiência, de maneira a ampliar a unidade de sentido por meio de círculos concêntricos.

A compreensão inicia com a pré-compreensão, conforme Heidegger, o movimento antecipatório. Para Gadamer, é a determinação anterior, que denominou

de “antecipação da completude”, [...] “o pressuposto que orienta toda a compreensão” (GADAMER, 2000, p.146). Resumem-se essas idéias nos pré-juízos que se tem da coisa em si, ou seja, os conceitos que se constroem através da tradição (fonte dos pré-juízos) e por meio da historicidade. Os pré-juízos são condição para a compreensão e reabilitam os conceitos de autoridade e tradição (GADAMER, 1999).

Ao resgatar o conceito de autoridade, Gadamer o faz como um atributo. Isso se verifica na seguinte passagem:

Pero la autoridad de las personas no tiene su fundamento último en un acto de sumisión y de abdicación de la razón, sino un acto de reconocimiento y de conocimiento: [...] La autoridad no se otorga sino que se adquiere, y tiene que ser adquirida si se quiere apelar a ella. Reposa sobre el reconocimiento y en consecuencia sobre una acción de la razón misma que, haciéndose cargo de sus propios limites, atribuye al otro una perspectiva más acertada. [...] En realidad no tiene nada que ver con obediencia sino con conocimiento (1999, p.347)⁶.

Segundo o postulado do autor, a autoridade não se outorga, adquire-se sendo legitimamente constituída pelo ato de reconhecimento de que só possui autoridade alguém que apresenta competência e conhecimento, isto é uma visão mais ampla. Como exemplo, o educador, especialista, o mestre de ofício. “Gadamer resgata a autoridade como formação histórica e como síntese de sentido, [...] mostra que a historicidade é o lugar onde a razão encontra sua validade e liberta-se do dogmatismo do saber absoluto” (2002, p.266). Revalorizar a autoridade é reconhecer que, para

⁶Mas a autoridade das pessoas não tem seu fundamento último em um ato de submissão e abdicção da razão, senão em ato de reconhecimento e conhecimento: [...] A autoridade não se outorga senão que se adquire e tem que ser adquirida, caso queira chegar-se nela. Repousa sobre o reconhecimento e, em consequência, sobre uma ação da razão mesma que, fazendo cargo de seus próprios limites, atribui ao outro uma perspectiva mais acertada. [...] Em realidade, não tem nada a ver com obediência senão com conhecimento (Tradução da autora).

além do sujeito, formam-se nichos de conhecimento, produzidos pela realidade histórica que deve ser reconhecida. Como forma de autoridade, a tradição é resgatada por Gadamer como fator de produtividade e constituidora do círculo hermenêutico.

Nas considerações do autor (GADAMER, 1999, p.348),

Lo consagrado por la tradición y por el pasado posee una autoridad que se ha hecho anónima, y nuestro ser histórico y finito está determinado por el hecho de que la autoridad de lo transmitido, y no sólo lo que se acepta razonadamente, tiene poder sobre nuestra acción y sobre nuestro comportamiento. Toda educación reposa sobre esta base [...].⁷

Por excelência, a tradição é uma forma de autoridade, uma diversidade de vozes que ecoam do passado; é a herança de ontem que é transmitida; é a possibilidade de convalidar, revalidar juízos sob uma base firme conduzida pela temporalidade. “A tradição é fonte dos preconceitos legítimos; portanto, é guardiã da razão e da liberdade; é o lugar comum em que se vive, pois, sempre e necessariamente, se está imerso em tradições, e nada somos sem elas” (ALAMEIDA, 2002, p.266).

Quem busca compreender, deve estar conectado à coisa transmitida, para cultivar ou adquirir uma relação com a tradição, de maneira que a consciência hermenêutica se dê numa verdadeira polaridade entre familiaridade e estranheza, ou

⁷ “O consagrado pela tradição e pelo passado possui uma autoridade que se tem feito anônima, e nosso ser histórico e finito está determinado pelo fato de que a autoridade do transmitido, e não somente o que se aceita pela razão, tem poder sobre nossa ação e sobre nosso comportamento. Toda educação repousa sobre esta base [...]” (Tradução da autora).

seja, no ponto médio entre a objetividade da distância histórica e o pertencimento a uma tradição, ponto alto da hermenêutica (GADAMER, 1999).

A distância no tempo auxilia na diferenciação dos verdadeiros e falsos preconceitos, pois é a consciência histórica que clareia os preconceitos que norteiam a compreensão. A principal das condições hermenêuticas começa, quando algo chama a atenção, aí se inicia a compreensão, parte da suspensão dos próprios pré-juízos, da estrutura da pergunta, o abrir e o assegurar das possibilidades.

O significado verdadeiro dos pré-juízos é encontrado desde o seu projeto inicial, no começo da investigação e no seu resultado final, pois a tradição é o espaço em que a investigação ocorre. “O intérprete, como investigador, precisa romper a barreira do silêncio, através de sua capacidade de escutar, e isso significa deixar-se *interpelar* pela tradição, para entender os nexos que encobrem a *coisa mesma* e descobri-los” (ALMEIDA, 2002, p.268).

3.3 ABORDAGENS DA SOCIOLOGIA DA ÉTICA E DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A abordagem da Psicodinâmica do Trabalho embasa-se na definição de trabalho como uma atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho. A psicodinâmica estuda as formas de sofrimento no trabalho causadas por constrangimentos como:

Medo do acidente, angústia de não ser capaz de seguir as cadências ou os limites de tempo impostos, sofrimento proveniente da repetição continuada e do aborrecimento, medo das agressões provenientes dos usuários, ou dos clientes, receio da dominação e da autoridade exercida pela hierarquia, medo da demissão, entre tantos outros transtornos (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p.16).

A psicodinâmica, como prática, é uma modalidade de intervenção na organização do trabalho, mas também uma disciplina produtora de conhecimentos.

O trabalho implica em uma técnica e uma atividade. A técnica está presente em toda atividade do homem e se constrói a partir de uma cultura, sendo validada pelo julgamento do outro. A tarefa é o objetivo que se deseja atingir, ou seja, aquilo que se deseja obter ao fazer. Enquanto que a atividade, tendo em vista a tarefa, é, na realidade, o que é feito pelo trabalhador, para chegar o mais próximo possível dos objetivos determinados por ela.

O conceito de atividade demanda, por sua vez, um conceito de subjetividade que constitui o ponto de partida da inteligência da prática. Esta se caracteriza pela: "[...] inteligência mobilizada frente ao real (àquilo que se faz conhecer por sua resistência ao domínio dos saberes e do conhecimento disponível) é apelar a uma teoria da inteligência da prática do trabalho" (DEJOURS, 1997, p.45).

Os Gregos conceberam à inteligência da prática o nome de *metis*. A competência da *metis* é a astúcia, sendo mobilizada em situações inéditas, imprevistos e engajada nas atividades técnicas, privilegiando as habilidades ao invés do emprego da força. É uma perspectiva de inventividade e criatividade (DEJOURS, 1997).

Trabalhar é trazer uma contribuição, na qual toda a subjetividade do indivíduo é mobilizada. A subjetividade é o que há de mais precioso, é nossa singularidade, sensibilidade, imaginação e criação.

Para realizar uma atividade, é necessária a técnica, conhecimento mínimo necessário, mas não suficiente, porque não dá conta do real, do imprevisível. É nesse momento que o trabalho realmente é produzido, quando o sujeito utiliza sua imaginação, sua inventividade e inovação para dar conta da tarefa, diante do imprevisível.

Na organização do trabalho, as atividades estão sujeitas à regulação proveniente da interação entre as pessoas, desenvolvendo-se, portanto, sempre numa relação com o outro, entre o individual e o coletivo, implicando uma dinâmica intersubjetiva. No entanto, além dessa regulação, as atividades no cotidiano do trabalho são perpassadas pelas contradições entre o prescrito e o real.

As descobertas da inteligência astuciosa, da prática, (macetes, bricolagens, quebra-galhos) criam, inevitavelmente, o risco de uma divergência entre os diversos modos operatórios dos membros de um coletivo. Quando ocorrem esses achados individuais ou seja as descobertas de macetes, *bricolagens* (o real do trabalho), estes precisam passar pela ordem da visibilidade, pela demonstração, precisam ser conhecidos pelo coletivo de trabalho, discutidos e colocados à prova, de maneira a não pôr em risco a organização. A visibilidade é o resultado de uma ação voluntária de iluminar, de demonstrar, de fazer publicidade dos achados da engenhosidade. A visibilidade é composta de dois níveis: a visibilidade ao olhar do outro (paridade) e a visibilidade ao olhar da hierarquia.

A mediação entre as vontades, no coletivo de trabalho, a fim de superar essas contradições, recebe o nome de cooperação. A partir dessa arbitragem, é que são produzidas as normas, pois toda norma, ao ser construída, surge inicialmente de um achado, de uma descoberta individual que precisa ser visível e arbitrada pelo coletivo para se transformar em trabalho prescrito. A cooperação apresenta um papel fundamental na formação de uma vontade que seja comum a todos.

Para que ocorra a cooperação, é necessária outra condição, a confiança, que deve perpassar as relações entre os próprios trabalhadores (os seus pares), entre subordinados e chefes hierárquicos. É sobre uma perspectiva ética que se estabelece a confiança. Essa perspectiva ética é, numa visão Aristotélica, de vida boa aqui na terra (REALE, 1994).

A perspectiva ética para Ricoeur, parte da perspectiva de Aristóteles da “vida boa” e acrescenta “com e para outros em instituições justas” (1991, p.202). Visar à “vida boa” é querer para si uma vida realizada, “é querermos o bem para nós”. Já a expressão, “com e para os outros”, ressalta a similitude, como a troca entre a estima de si e a solicitude para os outros, ou seja, não posso me estimar sem estimar ao outro como a mim mesmo. Relembra a perspectiva do cristianismo em um dos mandamentos: tu amarás o teu próximo como a ti mesmo. Contudo, a expressão “nas instituições justas”, apresenta de alguma maneira, o sentido de justiça. O viver bem não se restringe a relação face-a-face, às relações interpessoais, mas amplia a vida das instituições. Sendo a instituição entendida como a estrutura do viver junto em uma comunidade – povo, nação, etc.. “O justo, me parece, olha dos dois lados: do lado do bom, do qual ele marca a extensão das relações interpessoais nas

instituições; e do lado legal, o sistema judiciário conferindo à lei coerência e direito de coerção” (1991, p.202-36).

Retomando a confiança como condição para cooperação, essa se mantém na coerência e no cumprimento da palavra dada que é a promessa; assim sendo a construção da confiança vai se dar a partir do cumprimento da promessa (RICOEUR, 1991). confiança está baseada na efetividade de uma relação no tempo, entre a palavra dada e o comportamento que a segue, ou seja, o respeito à promessa. Logo, a confiança é decorrência da construção coletiva dos arranjos, dos acordos, das normas, em que estão inseridas as maneiras de executar o trabalho. A dimensão ética baseia-se no respeito à promessa, e esta diz respeito à equidade dos julgamentos pronunciados pelo outro, no triângulo dinâmico do trabalho.

A valorização no trabalho e o reconhecimento pelo outro se referem ao fazer. Esse fazer é julgado, a princípio pelos pares que conhecem a arte do ofício, o *metiê*. O julgamento refere-se à maneira como, concretamente, o sujeito que trabalha negocia sua relação com o real do trabalho. Também pode funcionar como reconhecimento pelo outro, reconhecimento da qualidade de seu trabalho.

Ambos, valorização e reconhecimento, estão diretamente relacionados à complexidade na execução da tarefa e à responsabilidade por ela imposta. Conforme a pesquisa realizada por Nancy S. Morse (apud FRIEDMANN 1972, p.44), “[...] a satisfação dos operadores cresce amiúde com a complexidade das operações efetuadas, este é um fato de observação corrente, não só na indústria como também nos escritórios”.

Na tentativa de melhor executar a tarefa, o trabalhador se engaja de maneira a colocar toda a sua energia e investimento pessoal, mas quando esse esforço não é reconhecido, nem por seus pares nem pela hierarquia, gera sofrimento.

Nas análises realizadas por François Sigaut, se encontra a *alienação social* assim representada:

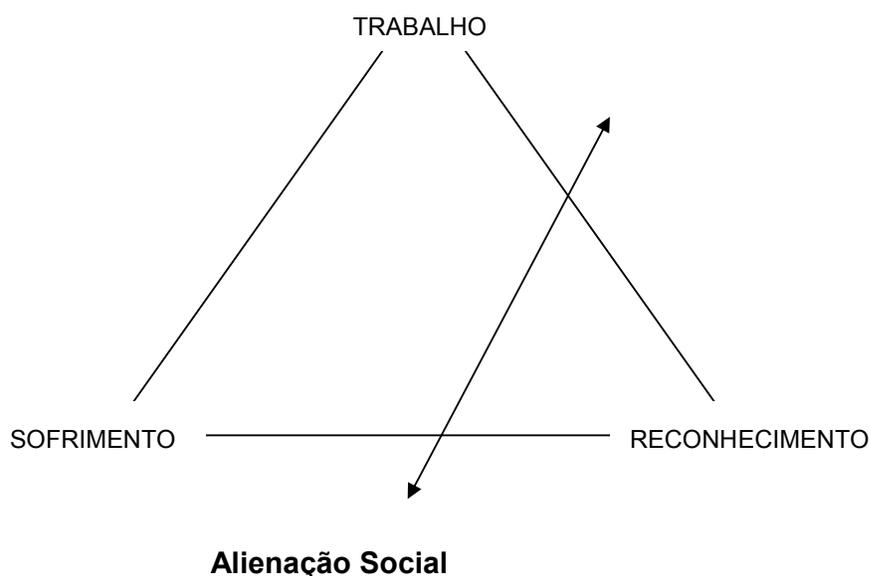


Figura 1 – Representação da Alienação Social. Fonte: adaptado de Sigaut, apud Dejours, 1993, p.228.

“Mesmo que a relação do sujeito com o real do trabalho seja verdadeira, mas no seu trabalho não é reconhecido pelo outro, ele será, então, fadado a uma *solitude aliénante*⁸” (DEJOURS, 1993, p.248). Dessa maneira, o ponto capital da Psicodinâmica do Trabalho se desenvolve no campo da alienação social.

⁸ Solidão alienante, tradução da autora.

O reconhecimento no trabalho assume formas de julgamento como os critérios de utilidade e de beleza. Esses critérios são construídos, rigorosamente, acerca do trabalho acabado pelos atores engajados na gestão da organização do trabalho. O critério de utilidade, também chamado de julgamento de utilidade, está relacionado à utilidade econômica, técnica ou à contribuição social. Já o critério de beleza ou julgamento de beleza apresenta dois aspectos: o primeiro está relacionado à conformidade ao trabalho, colocando o indivíduo numa relação de igualdade em relação aos outros; o segundo se destaca pela originalidade, pela criação de algo novo, peculiar; a beleza está no estilo próprio e inovador.

O sofrimento passa a ser criativo, quando o trabalho é reconhecido e todo o investimento pessoal demandado e que, de certa forma, está carregado de sofrimento adquire um sentido, é criativo porque contribui com algo novo para a organização. É nesse momento que o trabalho faz a passagem do sofrimento para o prazer.⁹

Quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento. O reconhecimento do trabalho, ou mesmo da obra, pode, depois ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade (DEJOURS, 1998, p.34).

Portanto, o trabalho, quando perpassa a via do reconhecimento, contribui para a construção da identidade dos sujeitos, identidade esta responsável pela proteção da saúde mental. O reconhecimento é a forma específica de retribuição

⁹ Esta passagem denomina-se sublimação e será explicitada no item somatização.

moral-simbólica dada ao *ego*, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho.

Muito embora as relações no trabalho sejam, predominantemente, relações de dominação, de sujeição, em um espaço específico de trabalho, o caráter de subversão, em relação ao prescrito, adquire, através do reconhecimento pelo outro, um caráter de subversão a essa dominação. Portanto, o trabalho apresenta uma característica importante como fator de mediação na construção da identidade dos sujeitos e a articulação desses com o coletivo se inscrevem na possibilidade de transformação social.

Contudo não é comum haver o reconhecimento; logo, o sofrimento está sempre presente no trabalho, e para que não haja descompensação mental, o sujeito se utiliza de defesas, na tentativa de minimizá-lo, de suportá-lo. Quando essas defesas são construídas coletivamente, passam a denominar-se estratégias coletivas de defesa.

As estratégias coletivas de defesa contribuem de maneira decisiva para a coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver: viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 1999, p.103).

A estratégia une o coletivo para que se possa burlar o sofrimento e, conseqüentemente, manter-se na atividade de trabalho, meio este de sobrevivência do trabalhador.

Contudo hoje, em relação aos coletivos de trabalho e, conseqüentemente, às estratégias de defesa ocorre uma erosão, de maneira a causar uma perda

considerável na saúde, pois as formas coletivas da atualidade estão com suas estruturas em crise como é o caso das organizações sindicais e as formas de solidariedade. Diante dos constrangimentos e da concorrência entre os próprios trabalhadores, esses se encontram, psicologicamente, cada dia mais sós (DEJOURS, 2004).

Entretanto, é importante ressaltar estudos desenvolvidos por Helena Hirata e Danièle Kergoat, ao analisarem, gênero e trabalho, evidenciando a não ocorrência de estratégias coletivas comparáveis às dos homens, sendo lançada a questão para ressaltar as estratégias coletivas de defesa como sendo sempre estratégias *viris*, masculinas (HIRATA, 1997). Isso nos leva a supor que, entre as mulheres, as possibilidades de criação de uma estratégia coletiva podem ser diferentes das até então estudadas pela Psicodinâmica do Trabalho, estas eminentemente masculinas.

Da mediação no cotidiano do trabalho diante do prescrito e do real, como já esboçado, vai depender a qualidade da cooperação. Para que haja essa cooperação, deve haver o mínimo de espaço público para que as opiniões, as dúvidas, as possíveis contradições sejam debatidas livremente, utilizando-se as arbitragens e as tomadas de decisões em relação às questões do trabalho. Para tal, existe a necessidade de um espaço, em que a palavra circule livremente, o “espaço de discussão”, espaço este de deliberação coletiva, baseado na intercompreensão dos sujeitos (DEJOURS, 1997, p.71). O espaço de discussão é um espaço, no qual podem ser formuladas livremente e, sobretudo, publicamente as opiniões eventualmente contraditórias. Esse tem fim de proceder a arbitragem e de tomar decisões sobre as questões que interessam ao futuro do serviço, do departamento,

da empresa ou da instituição, e portanto, dizem respeito ao futuro concreto de todos os membros que a constituem

4 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA

Este Estudo de Caso caracterizou-se como uma pesquisa empírica, com trabalho de campo, utilizou-se preferencialmente de dados qualitativos todavia partiu inicialmente de dados quantitativos. Cabe destacar “que a relação entre pesquisa quantitativa e qualitativa não é de oposição, mas de complementaridade e de articulação”, como bem explicita Martinelli (1999, p.27).

A articulação entre abordagens quantitativas e qualitativas se “[...] traduz, cada qual à sua maneira, as articulações entre o singular, o individual e o coletivo, presentes nos processos de saúde-doença” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p.195).

A integração das duas abordagens, quantitativo e qualitativo, implica um modelo dialógico de integração construído pela via da interdisciplinaridade ou da triangulação. A interdisciplinaridade é a procura da totalidade do conhecimento e uma negação consistente sob a sua fragmentação, bem como uma colaboração complementar entre disciplinas científicas (DESLANDES; ASSIS, 2002).

Para a coleta de dados qualitativos, adotou-se a técnica da triangulação que apresenta como objetivo básico atingir a magnitude na descrição, na explicação e compreensão do objeto em estudo, destacando os princípios basilares do fenômeno social, inseridos em raízes históricas e significados culturais, relacionadas a uma macrorrealidade social (TRIVINÓS, 1987).

Dessa forma, o interesse em estudo deve conduzir a busca de “Processos e Produtos centrados no sujeito; nos Elementos Produzidos pelo meio do sujeito; e nos Processos e Produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social” (TRIVINÕS, 1987, p.138-9).

Em relação aos processos e produtos centrados no sujeito, a coleta de dados pode ser realizada pelo pesquisador, pelo próprio sujeito e por documentos. No primeiro caso, os dados são levantados a partir de percepções de questionários, entrevistas, formas verbais e de comportamentos e ações captadas a partir de observações livres. No segundo caso, a coleta se efetiva em biografias, diários, cartas, obras de arte, livros, músicas e fotografias. E, no último caso, em documentos internos e externos (TRIVINÕS, 1987). No caso deste estudo, a coleta de dados foi realizada pelo pesquisador por meio de entrevista semiestruturada e a observação livre.

Quanto aos documentos produzidos por meio do sujeito, foram considerados os instrumentos legais e oficiais. Os instrumentos legais são as leis, decretos, pareceres, resoluções, regulamentos e regimentos. Os documentos oficiais são as diretrizes, propostas, memorandos, atas de reuniões, política de ação, dados estatísticos do objeto de estudo, no caso do Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro e a estrutura em que está inserido.

Por último, os processos e produtos originados pela estrutura socioeconômica e cultural do macroorganismo social do sujeito, os modos de produção e as forças e relações de produção, meios de produção e classes sociais.

Um dos aspectos da validade de estudos qualitativos está na inserção do pesquisador no cotidiano de grupos e instituições, para atingir maior fidedignidade

da realidade empírica e da experiência dos sujeitos pesquisados. A busca do significado conferido pelos sujeitos aos fatos, práticas, relações e fenômenos sociais.

Martinelli destaca, na pesquisa qualitativa, “a importância de se conhecer a experiência social do sujeito” (1999, p.22), que se expressa no cotidiano de seu trabalho.

A metodologia de trabalho, no caso qualitativa, segundo Dejours, tem por finalidade “progredir a análise da relação subjetiva no trabalho, portanto, de fazer os sujeitos avançarem em suas interpretações da organização do trabalho” (1993, p.83), de maneira a desvendar a vivência desses trabalhadores em relação à organização e a perceber as possíveis fontes de sofrimento como pressões, desafios, constrangimentos e dificuldades.

Esta pesquisa tem como eixo principal as relações do coletivo com o trabalho, baseando-se na palavra dos interlocutores, no subtexto, no gesto, ou seja, nas vivências subjetivas no trabalho. Portanto, cria a possibilidade de melhor conhecer os sujeitos, os significados constantes ou ocasionais manifestações, a repetição e a interrupção, a palavra e o silêncio. É “o contato direto com o sujeito da pesquisa” (MARTINELLI, 1999, p.22), tendo como prioridade a narrativa oral, a palavra.

A metodologia tem como pressuposto uma concepção de homem inserido no trabalho, numa perspectiva dinâmica e intersubjetiva, em contraposição a uma concepção individualista.

Para Dejours (1997, p.49), o contexto do trabalho assim se apresenta:

Todo ato técnico e toda atividade de trabalho estão submetidos a uma regulação pela interação entre as pessoas; essas interações entre sujeitos (ego - outro) implicam então uma análise da dinâmica intersubjetiva que se deve preferir a análise solipsista.

O trabalho é executado na relação entre sujeitos, que interagem de forma coordenada e, muitas vezes, colaboram mutuamente; em outras, se opõem e discordam entre si. A inter-relação permeia-se não apenas por aspectos técnicos, mas por questões éticas, por valores e crenças.

4.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para o desenvolvimento da pesquisa, o projeto de pesquisa foi apresentado aos vários setores para a obtenção de parecer favorável: inicialmente a Comissão Científica do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - Doutorado; após, apresentação a Direção de Ensino e Pesquisa do HUSM para possíveis revisões e, assinatura no Protocolo de Registro e Acompanhamento de Projetos dos responsáveis pelos setores envolvidos; apresentação e aprovação na Comissão de Ética da UFSM a qual autorizou o pesquisador a iniciar a pesquisa; e, finalmente, aos próprios trabalhadores do Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro o parecer favorável dos trabalhadores, a leitura e assinatura do Consentimento Livre e Esclarecido – CLE (Anexo 1).

4.2.1 Etapas metodológicas

No intuito de facilitar a compreensão do desenvolvimento dessa pesquisa a metodologia utilizada teve como base a metodologia da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (1992). De acordo com este autor, a metodologia desenvolve-se em três etapas: a pré-pesquisa, a pesquisa propriamente dita e a restituição.

A pré-pesquisa é a fase de preparação, onde são definidos os participantes da mesma, como pesquisadores e trabalhadores. Para se chegar a essas definições foram necessários contatos e reuniões no sentido de melhor definir o grupo de trabalho, ou seja, o grupo a ser pesquisado.

Após a definição do grupo iniciou-se a coleta de informações sobre o processo de trabalho, bem como suas transformações no decorrer dos últimos anos. Para tal foi necessário ter acesso à documentação técnica e aos relatórios.

A coleta de dados, desde o levantamento dos atestados, as visitas, a entrevista semiestruturada e os grupos temáticos, ocorreu de março de 2007 a março de 2008.

Para se chegar ao grupo foi realizado o levantamento das Licenças para Tratamento de Saúde – LTS, dos servidores do hospital, identificando o setor com maior índice de servidores em licença, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2006. A partir desses dados, organizaram-se as licenças, segundo o tipo de doença, bem como, identificando as doenças psicossomáticas.

Estes dados foram extraídos dos relatórios estatísticos da Coordenação de Recursos Humanos do HUSM¹⁰, e feita a identificação das licenças de cada servidor segundo o Código Internacional de Doenças (CID).

A partir desses dados foi realizada a análise quantitativa, utilizando o cálculo de frequência, bem como a classificação das doenças psicossomáticas, segundo Mc Dougall (1989)¹¹. É importante destacar que esses dados quantitativos servem para identificar a quantidade dos acontecimentos, como acidentes, exceções.

A partir da identificação do setor com maior índice de servidores em licença, definiu-se o grupo e iniciou-se a coleta de informações sobre o processo de trabalho, bem como suas transformações no decorrer dos últimos anos. Para tal foi necessário ter acesso à documentação técnica e aos relatórios.

É necessário esclarecer que a prioridade da pesquisa são os dados qualitativos, mas não podemos ignorar algumas informações quantitativas, que são utilizadas como um complemento básico, desde que sejam articuladas com as informações qualitativas.

Com o intuito de ter uma visão das seções de trabalho, é importante conhecer o local onde os trabalhadores estão inseridos, pois, para se chegar à realidade desses trabalhadores, é indispensável ir até eles e conhecer seu real contexto onde executam o trabalho.

¹⁰ Elaborado pelo técnico-administrativo José Mariano da Coordenação de Recursos Humanos do HUSM.

¹¹ Conforme definição no capítulo 1.

O acesso aos trabalhadores iniciou a partir de visitas guiadas¹² que foram de dois tipos: a primeira, guiada pela chefia hierárquica, e a segunda, por um trabalhador (líder do grupo indicado pelos colegas). A primeira teve como objetivo conhecer aspectos técnicos como: produtividade, inovações tecnológicas e segurança. A segunda, conhecer as exigências do trabalho, as dificuldades, o esforço físico e o perigo. A alternativa de se realizar duas visitas foi no sentido de obter diferentes olhares sobre a realidade do trabalho, um olhar da chefia e o outro, o olhar de um trabalhador.

Até o momento desta etapa a intenção foi demonstrar uma noção básica do ambiente e das condições de trabalho, para que se pudesse compreender do que falam os trabalhadores envolvidos neste estudo. Conforme a técnica da triangulação, esta etapa de coleta de dados caracteriza-se pelo levantamento de elementos produzidos pelo meio do sujeito, ou seja, os processos de trabalho.

Após este conhecimento inicial ocorreu a aplicação da entrevista semi-estruturada (Anexo 2) para alguns trabalhadores do setor, ouvindo a narrativa oral quanto à trajetória que os levou a adoecer. Nessa etapa, segundo a técnica da triangulação, denominam-se processos e produtos centrados no sujeito em que são coletadas as formas verbais, comportamentos e ações destes trabalhadores.

Segundo Trivinõs (1992, p.146), a pesquisa semi-estruturada, “[...] ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação”.

¹² Esta denominação “visita guiada” pelo chefe do serviço num momento, e o líder do grupo num outro momento, mostram ao pesquisador o funcionamento do serviço.

O pesquisador, ao investigar, parte de um lugar, de teorias e hipóteses, do tema da pesquisa, mas ao mesmo tempo abre espaço e liberdade para que o sujeito pesquisado se coloque, para que, finalmente, o pesquisador possa avaliar e corrigir seu próprio acesso à temática.

O lugar deste pesquisador é de Assistente Social da Coordenação de Recursos Humanos do Hospital Universitário, no Serviço de Orientação e Acompanhamento que, há doze anos trabalha neste setor com os servidores e que tem acompanhado a trajetória, marcada pelo adoecimento, destes trabalhadores da saúde.

O critério de escolha de aplicação da entrevista aos sujeitos pesquisados foi por idade – o mais velho e o mais jovem; por sexo – um do sexo masculino outro do sexo feminino; por hierarquia - a chefia imediata e um líder do grupo. As perguntas elaboradas contemplaram aspectos fundamentais da interpretação destes trabalhadores acerca do adoecimento. Para o registro, foi utilizado o gravador. As fitas, as transcrições e análises foram arquivadas pelo pesquisador e poderão ser utilizadas pelo mesmo em estudos futuros por um período de cinco anos.

As entrevistas, visitas e as reuniões temáticas foram transcritas a partir das respostas das entrevistas e das narrativas dos trabalhadores, sendo que para a análise e interpretação utilizou-se da análise de conteúdo de Bardin (1977) e Trivínõs (1987).

Segundo Bardin (1977, p.42), a análise de conteúdo é:

[...] um conjunto de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo

das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção-recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Assim, estuda as comunicações entre os homens de maneira a privilegiar o conteúdo das mensagens. Parte da quantificação dos conteúdos, da frequência de aparição de certos elementos da mensagem, para uma posterior análise e interpretação qualitativa, sendo esta última um procedimento mais intuitivo.

O processo de análise de conteúdo apresenta três fases: num primeiro momento, como procedimento metodológico da pré-análise com a definição das unidades de registros como palavras ou expressões por meio da “reiteração” – as repetições e a “ressonância” – à estranheza. Num segundo momento, a descrição analítica com os procedimentos de codificação, classificação e categorização, surgindo os quadros de referência. Nessa fase que se dá as reflexões, as relações, as intuições a cerca do material empírico, descortinando o que está subjacente aos conteúdos manifestos inicialmente apresentados pelos dados (TRIVINÕS, 1987).

Minayo (1994), ao escrever sobre a análise de conteúdo, destacou que nesse processo não se excluem as informações estatísticas, pois parte-se delas para se chegar às análises qualitativas no sentido de indentificar as tendências ou outras determinações dos fenômenos em análise.

A partir desse momento organiza-se o grupo temático. Para se realizar os encontros do grupo a definição do local deve partir do próprio, sendo importante um local onde comumente os trabalhadores reúnem-se, neste caso foi uma sala onde deveria funcionar a emergência que, até o presente momento não havia sido estruturada, mas é o local que o grupo tem para realizar suas reuniões.

O enfoque do tema é o levantamento e estudo das relações da organização do trabalho e o sofrimento, sendo solicitado ao grupo que manifeste suas explicações, entendimentos e interpretação sobre as situações presentes no ambiente de trabalho, situações essas que podem ter surgido como demanda explícita dos próprios trabalhadores (o que para a realidade é mais difícil) ou por profissionais, isto é, interlocutores que tenham acesso ao grupo de trabalho e que estejam interessados na palavra dos trabalhadores. Dentre as situações podemos citar: a alcoolização, suicídios, internações psiquiátricas, doenças profissionais, doenças somáticas, consumo excessivo de medicações, problemas de sono, entre outras.

As falas ocorridas no grupo, bem como as visitas foram transcritas a partir das narrativas dos trabalhadores. O sentido das narrativas é partir da construção/desconstrução das experiências e da forma como estes compreendem a si mesmo e aos outros. “[...] as apreensões que constituem as narrativas dos sujeitos são a sua representação da realidade e, como tal, estão preñhes de significados e reinterpretações” (CUNHA, 1997, p.2). Necessariamente a narrativa não é uma verdade literal dos fatos, mas uma representação que os sujeitos fazem destes. Para Ricoeur (1991, p.194) é “[...] na troca de experiências que a narrativa opera”.

As narrativas aparecem nas visitas e nos encontros do grupo porque nestes momentos há uma liberdade dos trabalhadores exporem suas vivências no trabalho diferente da entrevista, que mesmo sendo semiestruturada, reduz as respostas àquilo que o pesquisador pergunta, minimizando o espaço de liberdade da fala dos

trabalhadores. A importância da possibilidade da narrativa é o espaço aberto para significados e interpretações não contemplados na entrevista.

A partir deste momento, organiza-se o grupo de discussão. Em que os elementos trazidos para o grupo são resultados da interpretação do pesquisador acerca das entrevistas, em relação ao adoecimento dos trabalhadores, aspecto este vivenciado no cotidiano dos trabalhadores.

Para a participação do grupo foram convidados os trabalhadores do setor que se dispuseram a participar, tendo em vista os objetivos da pesquisa. Para tal, “[...] precisam sentir confiança para expressar suas opiniões e enveredar pelos ângulos que quiserem numa participação ativa” (GATTI, 2005, p. 12).

Os encontros, segundo alguns autores, devem variar entre uma hora e meia e não mais que três horas (GATTI, 2005). Os encontros não ultrapassaram duas horas e ocorreram no horário de trabalho de alguns e no pós-plantão de outros.

O registro do trabalho do grupo foi realizado por meio do gravador e transcrito para ser analisado e interpretado pelo pesquisador, que trouxe, a cada novo encontro, suas interpretações para o grupo.

A atenção acerca das situações deve estar voltada para o “comentário verbal” expresso pelos trabalhadores, considerando o que é dito, independentemente dos dados objetivos (DEJOURS, 1992, p.143). Esse comentário é a forma de pensar dos trabalhadores acerca de sua situação.

O que é relevante, no desenrolar dos encontros, são as intervenções que geram consenso, bem como as que geram discordância. A técnica utilizada pelo

pesquisador foi a avaliação dessa relação contraditória entre discussão e consenso, sendo esses dois opostos o alvo de atenção.

Deve haver todo o cuidado, por parte do pesquisador, em não cometer violências, respeitando os silêncios, estando atento à exposição do sofrimento, pois muitas vezes podem ser intoleráveis certos temas, dependendo das características da organização.

A interpretação está relacionada à verdade da relação dos trabalhadores com o coletivo e o próprio trabalho. O papel do pesquisador se baseia na interpretação e análise das situações; todavia, o desencadeamento das soluções deve vir dos trabalhadores.

Ao término de cada encontro ou reunião, imediatamente é feita a redação do material partindo-se da memória do pesquisador. A importância não está no texto literal, mas no resumo comentado por esse, e definido como material de interpretação.

A restituição foi feita a partir da validação e refutação do material da pesquisa, que ocorreu em dois momentos. Primeiramente, no desenrolar da própria pesquisa, nos comentários, interpretações no decorrer das discussões. O segundo momento no final, no último encontro com os trabalhadores. Essa etapa certifica, segundo Martinelli (1999, p.26), que “a pesquisa qualitativa, exatamente porque é um exercício político, porque trabalha com significados de vivências, precisa ser devolvida aos sujeitos que dela participam. Isso se relaciona com a questão da construção coletiva” [...].

A construção coletiva vai se dar nesse processo intersubjetivo da vivência dos trabalhadores e retornará a elas de forma crítica e criativa. Esta etapa da pesquisa é perpassada por dois momentos da técnica da triangulação: pelo processo centrado no sujeito que se efetiva a partir das manifestações verbais dos sujeitos nos grupos e pelo processo de produtos originados pela estrutura social, econômica e cultural, ou seja, a relação do contexto específico do trabalho com a realidade macroeconômico-social em que se encontra o trabalho na atualidade.

4.2.2 Possibilidades de encaminhamentos

Este se caracteriza como o momento de construção de propostas acerca de mecanismos que ofereçam espaços de superação de conflitos existentes ao longo da pesquisa. Tais propostas poderão ser encaminhadas à chefia imediata e Direção Geral do HUSM

5 O TRABALHADOR DA SAÚDE: TRABALHO E ADOECIMENTO

5.1 HUSM

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) iniciou suas atividades em 1º de julho de 1982, quando foi transferido do centro da cidade, onde funcionava desde o ano de sua fundação, 1970, para o Campus Universitário, na Faixa de Camobi, km 9. Para que se efetivasse essa transferência, uma subcomissão de Planejamento do Sistema Hospitalar foi implantada, fazendo um levantamento das necessidades de pessoal em termos de categorias funcionais¹³.

Foi constatada a necessidade de 1.490 servidores para um total de 402 leitos e, definida a utilização do HUSM como campo de aulas práticas para os Cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e outros¹⁴.

No ano de 1988, foi elaborado o Regimento Interno do Hospital, estando em vigor até a presente data. Mediante esse Regimento, o HUSM foi

transformado em Órgão Suplementar do Centro de Ciências da Saúde (CCS), tendo por finalidade o desenvolvimento harmônico dos

¹³ Informações contidas no Projeto de Implantação de um Sistema de Arquivos para o Hospital Universitário de Santa Maria, de Luciana B. Bertolotto e Jorge S. Cruz. Faculdade de Arquivologia, 1995.

¹⁴ Estas informações encontram-se na Coordenação de Recursos Humanos do HUSM, no documento: "Necessidades de Pessoal Para o Departamento de Administração Hospitalar da Universidade Federal de Santa Maria-RS, Em Termos de Categorias Funcionais"- Proposição apresentada à Comissão de Implantação do Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Maria - RS. Novembro de 1979.

Sistemas de Assistência, de Ensino e de Pesquisa, colocando sempre o paciente como centro de todas as atividades¹⁵.

O organograma do HUSM é composto por um Conselho de Administração e pela Diretoria Executiva, logo abaixo, as três diretorias: Clínica; de Administração; e de Enfermagem (Anexo 2).

Conforme Tabela 1, a força de trabalho que atuou no hospital, segundo relatório estatístico de 2006 é de 1.276 servidores da Universidade Federal de Santa Maria que fazem parte do quadro funcional por meio de concurso público pertencendo à categoria de estatutários. O HUSM conta também com 281 bolsistas estudantes dos diversos cursos da UFSM que realizam atividades no hospital em diversos setores, com uma carga horária de 20h. Desenvolvem residência médica 89 alunos de diversas especialidades médicas. Realizam atividades de ensino 147 docentes das áreas de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Odonto-estomatologia para 876 alunos de graduação. Para atender a demanda de serviços gerais, de limpeza e de vigilância contrata 312 trabalhadores por meio de subcontratação com empresa privada.

¹⁵ Conforme Estatuto da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, publicado em Diário Oficial da União DOU, Seção I, de 11 de janeiro de 1983.

Tabela 1 – Força de trabalho no HUSM - 2006

| PESSOAS QUE ATUAM NO HUSM/2006 | Número |
|---|---------------|
| Docentes: enfermagem; farmácia; fisioterapia; fonoaudiologia; medicina; odontologia | 147 |
| Alunos | 876 |
| Subcontratação | 312 |
| Bolsistas | 281 |
| Servidores | 1276 |
| Médicos residentes | 147 |
| TOTAL | 3039 |

Fonte: Coordenação de Recursos Humanos do HUSM.

Seguindo a Tabela 2, em relação à média mensal de internações no HUSM, nos anos de 2005 e 2006, respectivamente, foi de 964 e 914 internações. Constatase que a taxa de ocupação do Pronto Socorro varia de 29,34% a 41,9% acima da capacidade de atendimento por ter uma demanda de serviço excessiva, gerando assim condições inadequadas de trabalho.

Tabela 2 – Média mensal de internações no HUSM – 2005/2006

| INTERNAÇÕES | 2005 | 2006 |
|------------------------------|-------------|-------------|
| Pronto Socorro | 347 | 344 |
| Hospital Geral | 550 | 510 |
| Unidade Psiquiátrica | 67 | 67 |
| Dias Internação/Paciente PS | 3,6 | 3,4 |
| Taxa de Ocupação no OS (%) | 141,9 | 129,34 |
| TOTAL INTERNAÇÕES/MÊS | 964 | 914 |

Fonte: Relatório de indicadores do HUSM – Setor de Estatística

O Hospital Universitário é considerado um hospital de referência na região centro, no atendimento pelo SUS, prestando serviços especializados e de ponta. Atende a um total de 53 municípios, sendo 31 pertencentes a 4ª Coordenadoria Estadual de Saúde, 13 da 10ª Coordenadoria Estadual de Saúde e 9 municípios de outras coordenadorias.¹⁶

Estes dados remetem à constatação de que, cada vez mais, o hospital tem se configurado em um espaço que se aglomera e que se expande, compondo um cenário de elevada tecnologia médica, exercendo finalidades terapêuticas.

Todavia o hospital não é composto somente de máquinas equipamentos e sofisticadas técnicas. Mas, de pessoas que fazem a máquina funcionar e que cuidam de pessoas em situação de doença.

Muito mais que a riqueza material, entretanto, é o trabalho do pessoal que determina a qualidade e eficácia de atenção e tratamento, e, ao longo dos tempos, a atividade de lidar com dor, doença e morte tem sido identificada como insalubre, penosa e difícil para todos (PITTA, 1994, p.18).

A investigação deste espaço de trabalho tem aumentado paralelamente ao crescimento das políticas públicas e conseqüentemente a elevação do número de trabalhadores. Mas, sobretudo em virtude da relação entre as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores deste setor prestador de serviços.

A pesquisa sobre as ausências ao trabalho, nos serviços de enfermagem, vem sendo realizada por vários autores sob a denominação de absenteísmo. Este pode ser considerado sob diferentes aspectos: absenteísmo doença (ausência

¹⁶ Segundo Relatório de indicadores mensais do HUSM (2007) – Setor de Estatística

justificada por motivo de licença de saúde); absenteísmo por patologia profissional (motivado por doença profissional ou acidente de trabalho); absenteísmo legal (respaldado por lei); absenteísmo-compulsório (suspensão pelo patrão, por prisão ou por impedimento de comparecer ao trabalho); e, absenteísmo voluntário (motivado por razões particulares não justificadas) (SILVA; MARZIALE, 2000).

Renata Appolinário ao analisar a produção científica nacional sobre o absenteísmo na equipe de enfermagem, no período de 1994 a 2004, conclui que a produção sobre o tema é limitada totalizando nesse período um total de 11 artigos. Após análise constata que a instituição hospitalar é formada por,

[...] um sistema complexo dotado de subsistemas que se inter-relacionam continuamente. O trabalhador é percebido, em alguns momentos, como um fator de produção, sendo suas potencialidades e necessidades negligenciadas a todo o momento. [...] A conhecida insuficiência de pessoal de enfermagem é agravada pelo absenteísmo identificado em vários serviços de saúde, o que reflete na qualidade da assistência. [...] Entretanto há fatores que desencadeiam ações estressantes: falta de material adequado, a insuficiência de pessoal apto para as atividades ligadas a saúde e a desvalorização financeira [...] (APPOLINÁRIO, 2008, p.8-9).

Ao caracterizar o absenteísmo em instituições de saúde Alves e Godoy (2001) enfatizam que os índices mais elevados de ausências ao trabalho foram localizados em instituições públicas de saúde, evento este justificado por alguns discursos como consequência da estabilidade do servidor público. Sendo o absenteísmo maior no sexo feminino pelo fato das mulheres assumirem diferentes responsabilidades familiares e profissionais bem como, identificado o maior número de ausências por motivo de licenças médicas.

Os dados identificados acima são confirmados por Silva e Marziale (2003) que acrescentam que, a maior demanda por afastamentos ao trabalho foi pelo grupo de técnicos de enfermagem.

Quanto aos motivos do absenteísmo, Appolinário (2008) constata que uma das causas do grande desgaste físico e psicológico da equipe de enfermagem, é oriunda de uma exigência de assistência eficaz demandada pelo alto grau de especialidade dos tratamentos de saúde.

A divisão de tarefas, a rígida estrutura hierárquica no cumprimento de normas e rotinas bem como, o número insuficiente de pessoal são fatores que ocasionam as ausências por doenças e as faltas não justificadas, por parte da equipe de enfermagem (BARBOSA; SOLER, 2003).

Alguns resultados apontados acima são confirmados pelos dados levantados no PS do hospital quanto à incidência de LTS no sexo feminino e nos técnicos de enfermagem. Discorda-se que a desvalorização financeira seja causadora de ausências ao trabalho, pois, conforme dados qualitativos coletados e apresentados a seguir, este fator aparece em somente em uma fala.

No campo da saúde são imprescindíveis ações estratégicas que confirmam aos recursos humanos o investimento e valorização necessários. Nesta lógica, foi realizado em Toronto no ano de 2005, a VII Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde que determinou “Uma Década de Recursos Humanos em Saúde” de 2006 a 2015 na tentativa de enfrentar os desafios dos recursos humanos na saúde (MENDES; MARZIALE, 2006). Sendo este um desafio a ser enfrentado por todos que atuam nesta área

5.2 O SETOR DE TRABALHO COM MAIOR NÚMERO DE LICENÇAS PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

A opção em definir o setor a ser pesquisado ocorreu após verificação dos relatórios de licenças e concessões dos servidores do HUSM na Coordenação de Recursos Humanos. Obtiveram-se os dados dos anos de 2005 e 2006, identificando os setores com maior número de servidores em atestado médico.

Em primeiro lugar, destacou-se o setor de Nutrição e Dietética e, em segundo, o serviço de Enfermagem do Pronto Socorro. Definiu-se então como alvo da pesquisa o segundo por se tratar do setor em que os servidores prestam assistência à saúde 24 horas, diuturnamente, contínua e permanentemente aos pacientes.

Para que se pudesse realizar a coleta de dados da pesquisa, inicialmente, apresentou-se o projeto à Direção de Ensino e Pesquisa do HUSM. Ele foi avaliado e sugeriram-se algumas alterações, sendo confeccionado o Protocolo de Registro e Acompanhamento de Projetos com a assinatura e o consentimento da Direção de Ensino e Pesquisa, chefia do Setor de Enfermagem do Pronto Socorro e da chefia da Coordenação de Recursos Humanos.

Encaminhou-se o projeto ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria que analisou o protocolo da pesquisa, emitindo a Carta de Aprovação (Anexo 3).

Iniciou-se então a *pré-pesquisa*, a partir do contato com a chefia do Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro. A seguir, participou-se de duas reuniões uma

com os enfermeiros, com sete participantes, e uma reunião geral com os técnicos e enfermeiros, num total de 17 participantes. Ambas tiveram como objetivo a apresentação do projeto da pesquisa e o convite para fazerem parte da pesquisa, participando do grupo temático. Salientou-se que o grupo deveria ser formado por, no mínimo, 6 participantes e, no máximo, 12. Apresentaram-se como voluntários para participar do grupo um total de 7 servidores, sendo um enfermeiro e 6 técnicos de enfermagem.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DO SETOR

Iniciou-se, então, a *primeira etapa* da pesquisa com o levantamento de dados do setor: número de servidores, número de atestados médicos, normas e rotinas, perfil e atribuições das categorias funcionais.

O serviço de enfermagem do Pronto Socorro (PS) funcionou com o seguinte número de servidores, respectivamente: no ano de 2005, com 60 servidores e no ano de 2006, com 57 servidores. Dos 60 que atuaram em 2005, 40 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Dos 57 que atuaram em 2006, 36 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino. Portanto este setor de trabalho caracterizou-se com uma força de trabalho predominantemente feminina.

A Tabela 3 apresenta a distribuição da força de trabalho segundo o cargo do trabalhador

Tabela 3 – Força de Trabalho do Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro/ HUSM, segundo o cargo.

| | ANO | 2005 | 2006 |
|--------------------------|------------|-------------|-------------|
| CARGO | | | |
| Auxiliares de Enfermagem | | 30 | 27 |
| Técnicos de Enfermagem | | 13 | 13 |
| Enfermeiros | | 17 | 17 |
| TOTAL | | 60 | 57 |

Fonte: Coordenação de Recursos Humanos do HUSM

As características do Pronto Socorro como unidade de assistência semi-intensiva, segundo Resolução COFEN N° 293/2004, determina que o percentual de enfermeiros deve ser de 42% a 46% e o restante do percentual para os demais técnicos e auxiliares. A realidade do PS evidencia uma inadequação da distribuição da força de trabalho uma vez que o número de enfermeiros deveria ser no mínimo de 25 no ano de 2005 e de 24 no ano de 2006 e não de 17 como consta na Tabela 3. Este setor de trabalho demanda um maior conhecimento técnico em consequência da gravidade dos casos que são atendidos e conseqüentemente há a necessidade de um maior número de enfermeiros Cabe destacar que aqui não se entrou no mérito do excesso de demanda que com certeza requisitaria muito mais trabalhadores.

Segundo o novo Plano de Cargos da Universidade Federal de Santa Maria, de março de 2005, o perfil e as atribuições das categorias funcionais desses servidores ficou assim constituída:

Para o cargo de Auxiliar de Enfermagem estabeleceu-se o seguinte perfil: escolaridade: médio completo mais profissionalizante e registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN).

Como atividades típicas do cargo constam: a) preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos; b) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, de acordo com sua qualificação; c) executar tratamentos especificamente prescritos ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como: administrar medicamentos por via oral e parenteral; realizar controle hídrico; fazer curativos; d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterociclismo, enema e calor e frio; f) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas; - efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis; g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico; h) colher material para exames laboratoriais; i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios; j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar; l) executar atividades de desinfecção e esterilização; m) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança; n) alimentar o paciente ou auxiliá-lo a alimentar-se; o) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde; p) integrar a equipe de saúde; q) participar de atividades de educação em saúde; r) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas; s) auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde; t) executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes; w) participar dos procedimentos pós-morte; utilizar recursos de informática; u) executar outras tarefas da mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional.

Para o cargo de técnico de enfermagem, o perfil é o seguinte: escolaridade profissionalizante ou médio completo mais curso técnico; habilitação profissional: registro no Conselho competente.

Das atividades típicas do cargo constam: a) prestar assistência ao paciente: puncionar acesso venoso; aspirar cânula orotraqueal e de traqueostomia; massagear paciente; trocar curativos; mudar decúbito no leito; proteger proeminências ósseas; aplicar bolsa de gelo e calor úmido e seco; estimular paciente (movimentos ativos e passivos) proceder à inaloterapia; estimular a função vésico-intestinal; oferecer comadre e papagaio; aplicar clister (lavagem intestinal); introduzir cateter nasogástrico e vesical; ajudar paciente a alimentar-se; instalar alimentação induzida; controlar balanço hídrico; remover o paciente; cuidar do corpo após morte; b) administrar medicação prescrita: verificar medicamentos recebidos; identificar medicação a ser administrada (leito, nome e registro do paciente); preparar medicação prescrita; verificar via de administração; preparar paciente para medicação (jejum, desjejum); executar assepsia; acompanhar paciente na ingestão de medicamento; acompanhar tempo de administração de soro e medicação; administrar em separado medicamentos incompatíveis; instalar hemoderivados; atentar a temperatura e reações de paciente em transfusões; administrar produtos quimioterápicos; c) auxiliar equipe técnica em procedimentos específicos: auxiliar equipe em procedimentos invasivos; auxiliar na reanimação de paciente; aprontar paciente para exame e cirurgia; efetuar tricotomia; coletar material para exames; efetuar testes e exames (cutâneo, ergométrico, eletrocardiograma); controlar administração de vacinas; d) promover saúde mental: averiguar pacientes e pertences (drogas, álcool etc.); atuar em ações preventivas, visando a minimizar situações de risco; estimular paciente na expressão de sentimentos; conduzir paciente a atividades sociais; proteger paciente durante crises; acionar equipe de segurança; e) trabalhar com biossegurança e segurança: lavar mãos antes e após cada procedimento; usar equipamento de proteção individual (EPI); precaver-se

contra efeitos adversos dos produtos; providenciar limpeza convorrente e terminal; desinfectar aparelhos e materiais; esterilizar instrumental; acondicionar perfurocortante; descartar material contaminado; tomar vacinas; seguir protocolo em caso de contaminação ou acidente; f) comunicar-se: orientar familiares e pacientes; conversar com paciente; colher informações sobre e com o paciente; trocar informações técnicas; comunicar ao médico efeitos adversos dos medicamentos; ministrar palestras; etiquetar pertences de paciente; etiquetar prescrição médica (leito, nome e registro do paciente); marcar tipo de contaminação do *hamper* e lixo; interpretar testes cutâneos; registrar administração de medicação; registrar intercorrências e procedimentos realizados; ler registro de procedimentos realizados e intercorrências; g) participar em campanhas de saúde pública; h) manipular equipamentos; i) calcular dosagem de medicamentos; j) utilizar recursos de informática; executar outras tarefas da mesma natureza e nível de complexidade associados ao ambiente organizacional.

Para o enfermeiro de área, consta o seguinte perfil: curso superior de enfermagem e registro no conselho competente. Quanto à descrição das atividades típicas do cargo: a) prestar assistência ao paciente: realizar consultas de enfermagem; prescrever ações de enfermagem; prestar assistência direta a pacientes graves; realizar procedimentos de maior complexidade; solicitar exames; acionar equipe multiprofissional de saúde; registrar observações, cuidados e procedimentos prestados; analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem; acompanhar a evolução clínica de pacientes; b) coordenar serviços de enfermagem: padronizar normas e procedimentos de enfermagem; monitorar processo de trabalho; aplicar métodos para avaliação de qualidade; selecionar materiais e equipamentos; - planejar ações de enfermagem: levantar necessidades e

problemas; diagnosticar situação; identificar áreas de risco; estabelecer prioridades; elaborar projetos de ação; avaliar resultados; c) implementar ações para a promoção da saúde: participar de trabalhos de equipes multidisciplinares; elaborar material educativo; orientar participação da comunidade em ações educativas; definir estratégias de promoção da saúde para situações de grupos específicos; participar de campanhas de combate aos agravos da saúde; orientar equipe para controle de infecção nas unidades de saúde; participar de programas e campanhas de saúde do trabalhador; participar da elaboração de projetos e programas de saúde; d) utilizar recursos de informática; e) executar outras tarefas da mesma natureza e nível de complexidade associados ao ambiente organizacional.

As atribuições de cada categoria funcional devem constar do plano de cargos, mas irão variar segundo o local de trabalho de acordo com as características da atividade de trabalho. Dessa forma, o Pronto Socorro Adulto apresenta algumas rotinas e procedimentos mais específicos do setor, originando a elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs).

Assim, foram elaborados 21 POPs por dois enfermeiros em cargo de chefia. Esses procedimentos contêm a descrição das rotinas e procedimentos como: admissão do paciente no Pronto Socorro; distribuição das atividades; escala diária dos funcionários; escala dos banhos; marcapasso; organização da sala de emergência; paracentese; passagem de plantão; pericardiocentese; preparo da sala de sutura; revisão dos carros de emergência; rotina transferência para outras unidades; rotina transferência para outros hospitais; rotinas de admissão do paciente sala de emergência; traqueostomia e cricotireoidostomia; primeiro atendimento ao paciente politraumatizado; bagagens do usuário e familiares; acolhimento de

pacientes do PS adulto; avaliação paciente internado ou em observação no PS adulto; administração de estreptoquinase.

A elaboração dos POPs ocorreu sem a participação da equipe de trabalho da enfermagem não ocorrendo o processo de diálogo e de discussão. Presume-se que desta forma fique mais difícil a adesão dos trabalhadores a esses procedimentos e normas.

Quanto aos atestados médicos, conforme a Tabela 4 o Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro contou, no ano de 2005, com 60 servidores, desses 37 apresentaram Licença para Tratamento de Saúde (LTS), representando um total de 62% dos servidores com algum problema de saúde. Nesse ano houve 2.356 dias de atestados correspondendo a 6,5 da força de trabalho ausente, por problemas de saúde durante todo o período.

Já no ano seguinte, 2006, o número de servidores do Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro era de 57 pessoas. Desses 37 apresentaram LTS, representando um total de 65% do número total de servidores. Nesse ano ocorreu um total de 2.216 dias de atestados significando que 6,2 da força de trabalho esteve ausente durante todo o período. A redução da força de trabalho em torno de 6 servidores, a menos na escala de trabalho, ocasionou um aumento da carga de trabalho dos que ficaram trabalhando podendo levar a um desgaste físico e mental destes trabalhadores.

Tabela 4 – Trabalhadores em LTS no Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro do HUSM-2005/2006

| ANO | 2005 | 2006 |
|---|-------------|-------------|
| Total de trabalhadores | 60 | 57 |
| Trabalhadores em LTS | 37 | 37 |
| % Trabalhadores em LTS | 62 | 65 |
| Dias de Atestado | 2356 | 2216 |
| Redução individual da força de trabalho durante o ano | 6,5 | 6,2 |

Fonte: Projeto de Acompanhamento de LTS ao Servidor do HUSM - Serviço de Orientação e Acompanhamento (SOA) da Coordenação de Recursos Humanos (CRH) do HUSM.

Quanto ao diagnóstico originário dos atestados no ano de 2005, Tabela-5, constatou-se uma incidência de 19% de episódios de depressão; 16% episódios de afecções osteomusculares; 14% episódios de infecção das vias aéreas superiores; 8% de episódios de complicações gestacional; 5% episódios de tuberculose; 5% de episódios de infecção intestinal.¹⁷

Em relação ao diagnóstico originário das licenças de saúde, ano de 2006, identificou-se uma incidência de 23% de episódios de depressão; 15% de episódios de afecções osteo-musculares; 10% de infecções respiratórias altas; 8% de doenças infectocontagiosas; 5% de síndrome da imuno deficiência adquirida; 5% de cefaléias.

Computando os anos de 2005 e 2006 destacam-se os problemas de saúde com maior incidência nos trabalhadores do PS, registrando-se um percentual de 42% de episódios de depressão, 31% de episódios de afecções osteomusculares e, 24% de episódios de infecções das vias superiores. Pode-se sugerir que se está

¹⁷ Dados coletados do Serviço de Orientação e Acompanhamento - SOA da Coordenação de Recursos Humanos- CRH do HUSM.

diante de um processo de somatização no qual um conflito que não consegue uma resolução mental desencadeia no corpo desordens endócrinos metabólicas comprometendo a economia do corpo e originando assim uma doença somática.(DEJOURS, 1992). Mc Dougall (1989) define o termo psicossomático¹⁸ a tudo que se refere ao corpo, no caso aqui, as doenças osteomusculares as infecções, mas também, os estados de depressão e angústia que se traduzem sobretudo por sinais físicos como a fadiga e a apatia.

Tabela 5 – Diagnóstico das LTS do Serviço de Enfermagem do Pronto Socorro – 2005/2006.

| | ANO | 2005 | 2006 |
|--|-----|------|------|
| DIAGNÓSTICO | | | |
| Episódios de depressão | | 19% | 23% |
| Episódios de afecções osteomusculares | | 16% | 15% |
| Episódio de infecções de vias superiores | | 14% | 10% |
| Episódios de complicação gestacional | | 8% | - |
| Episódios de tuberculose | | 5% | - |
| Episódios de infecção intestinal | | 5% | - |
| Doença infectocontagiosa | | - | 8% |
| Síndrome da imuno deficiência adquirida | | - | 5% |
| Cefaléia | | - | 5% |

Fonte: Projeto de Acompanhamento de LTS ao Servidor do HUSM - Serviço de Orientação e Acompanhamento (SOA) da Coordenação de Recursos Humanos (CRH) do HUSM.

Em relação às licenças para tratamento de saúde, conforme Tabela 6, a maior incidência ocorreu na categoria dos técnicos de enfermagem em segundo lugar nos auxiliares e em terceiro nos enfermeiros.

¹⁸ Psicossomática é uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de saúde [...] ao mesmo tempo, uma prática, a prática de uma medicina integral. (MELLO Fº, 1992, p.19)

Tabela 6 – Número de trabalhadores em LTS segundo categoria funcional.

| ANO | 2005 | 2006 |
|----------------------------|-------------|-------------|
| CATEGORIA FUNCIONAL | | |
| Técnico de enfermagem | 19 | 20 |
| Auxiliar de Enfermagem | 9 | 10 |
| Enfermeiro | 9 | 7 |
| TOTAL | 37 | 37 |

Fonte: Projeto de Acompanhamento de LTS ao Servidor do HUSM - Serviço de Orientação e Acompanhamento (SOA) da Coordenação de Recursos Humanos (CRH) do HUSM.

Os dados qualitativos foram importantes no sentido de ser a ponta do iceberg, o que aparece concretamente, e que precisa ser desvelado para se chegar a origem dos estados de adoecimento desses trabalhadores da saúde. Sendo a partir dos dados qualitativos como as narrativas, as falas a escuta do trabalhador para se compreender o que ocorria neste setor de trabalho. Sendo a compreensão, uma categoria hermenêutica potente no movimento de investigação.

5.4 VISITAS, ENTREVISTAS E REUNIÕES DO GRUPO TEMÁTICO

Os dados qualitativos foram coletados a partir das entrevistas semi-estruturadas (Anexo 4), das visitas guiadas pela chefia do setor, pelo líder do grupo e das reuniões do grupo temático.

Para se obter um melhor conhecimento do funcionamento do setor Pronto Socorro bem como, compreender o processo de trabalho realizaram-se as visitas guiadas. Uma foi realizada com a chefia do setor de enfermagem do Pronto Socorro e a outra realizada por um líder que trabalha no setor.

Na visita guiada pela chefia, iniciou-se pelo PS pediátrico e, após, o PS adulto. O PS pediátrico possui cinco leitos; um isolamento; uma sala de emergência; um fraldário; dois consultórios; uma sala de espera que se localiza na entrada do PS; uma sala de procedimentos em que são feitos suturas, soro, retirada de corpo estranho, injeção e nebulização.

A equipe do PS pediátrico é composta por um médico plantonista a cada 24 horas; um enfermeiro e um técnico de enfermagem, por turno, para atender tanto aos leitos como ao consultório, que é a entrada do paciente.

Na visita guiada pela chefia ao Pronto Socorro adulto constatou-se a existência de dois consultórios, um clínico e um cirúrgico; uma sala da chefia de enfermagem; uma sala de procedimentos; uma sala de emergência para atender a um paciente, mas atende até três pacientes; um salão que deveria ser para observação, mas é para internação; três isolamentos nos quais ficam os pacientes com doenças hematológicas, infectocontagiosas e meningite; uma sala para guardar equipamentos; uma copa pequena para o serviço de limpeza; um expurgo; um depósito; uma sala de lanche e repouso da enfermagem; um banheiro para os servidores; um banheiro para os pacientes.

No dia da visita guiada pela chefia, o movimento no PS estava calmo, segundo a enfermeira-chefe. “Isso é atípico, pois, na maioria dos dias, existem de dez a 15 macas extras, às vezes, chegando a um total de sessenta pacientes”.

A equipe de enfermagem por turno é composta de seis técnicos e um ou dois enfermeiros. No período de verão, há a redução da carga horária. Especialmente neste, havia três gestantes que iriam se afastar. Com a redução da carga horária

das gestantes, mais os atestados médicos, as licenças-prêmios e dispensa para estudo, a força de trabalho ficou reduzida a 50%.

Para cada turno, manhã, tarde e noite, existe a contratação de um médico clínico. O plantão clínico faz a triagem e repassa para as clínicas de neuro, gastro, vascular, medicina interna, cardiologia, traumatologia, nefro, pneumo e doenças infecciosas.

Para o plantão cirúrgico, ocorre o sobreaviso nos turnos, manhã, tarde e noite. Os residentes tocam as clínicas e o preceptor fica de sobreaviso. As cirurgias são torácicas, de trauma e outras. É comum pacientes que vêm da traumato aguardarem a cirurgia via PS e não via ambulatório.

Em dezembro de 2007, a Direção do hospital fechou o Pronto-Socorro, abrindo-o somente para urgência e emergência.

No PS, existem outros profissionais, um nutricionista, um fisioterapeuta e um assistente social sendo chamado quando se precisa, pois trabalham em outros setores.

A visita guiada pelo líder do grupo ocorreu inicialmente pela recepção do PS adulto, após o corredor onde ficam os consultórios, sala de curativos, que foi transformada em sala de emergência. Após, o salão principal com capacidade para 22 leitos, ao lado o PS pediátrico e PS psiquiátrico.

Na visita realizada no PS psiquiátrico uma servidora destacou também o problema da demanda elevada de trabalho. Em relação ao número de servidores são dois técnicos por turno, de vez em quando fica um enfermeiro, pois não tem

sempre este profissional, e nesse caso o enfermeiro do PS dá a supervisão no PS psiquiátrico.

Quanto às entrevistas, anteriormente sua aplicação, realizou-se a leitura e a assinatura do consentimento livre e esclarecido (Anexo 4) aos participantes da mesma. As seis entrevistas realizadas obedeceram ao critério anteriormente estabelecido, ou seja, o servidor mais velho, o servidor mais novo, um do sexo masculino, um do sexo feminino, a chefia do setor e um líder indicado pela chefia e por alguns membros da equipe. Como recurso, utilizou-se o gravador para registro das entrevistas e após a transcrição.

O roteiro de entrevista, inicialmente, foi composto de sete perguntas. No entanto na primeira entrevista, solicitou-se no final da mesma um comentário geral sobre a relação entre a saúde e o trabalho, de maneira que, para as outras cinco entrevistas, acrescentou-se mais essa questão. A *terceira etapa* metodológica da pesquisa iniciou-se com a transcrição, a leitura e a primeira fase do processo de análise do material. Destacando-se categorias como *sufrimento, reconhecimento, processo de adoecimento físico e mental, cooperação, diálogo, transformações do trabalho e relações hierárquicas*.

Com a primeira análise do material decorrente das entrevistas realizaram-se as reuniões temáticas, assim denominadas, porque as discussões são focadas na relação saúde e trabalho, temática central da pesquisa. Este momento caracterizou-se como *a pesquisa propriamente dita*. As reuniões ocorreram às quartas feiras, a partir das 8h da manhã, mas nunca começava no horário, porque o pessoal que estava trabalhando tinha dificuldade de sair do salão e vir para a reunião devido o volume de trabalho.

Os voluntários que aderiram às reuniões foram sete, mas nem sempre todos podiam estar presentes em função dos plantões e de outras atividades. Nos meses de janeiro e fevereiro, não foi possível realizar reuniões devido ser o período de férias dos servidores, e em março, foi cancelada uma reunião em virtude do volume excessivo de pacientes no PS. De dezembro a abril, realizou-se um total de sete reuniões.

Os dados procedentes das técnicas de coleta de dados (visitas, entrevista e reunião do grupo temático) foram reunidos e analisados com base nos instrumentos metodológicos da análise de conteúdo. Inicialmente a partir da pré-análise realizada por meio da leitura flutuante do material coletado.

Após, o ordenamento do material a partir dos eixos temáticos, conforme Quadro 1, formando unidades de registro. As unidades de registros foram agrupadas em categorias como: transformações do trabalho; relações hierárquicas; processo de adoecimento físico e mental; diálogo; cooperação; reconhecimento e sofrimento. E para tal, destacar as reiteraões (repetições) e ressonância (estranheza e ausência) Os indicadores foram selecionados tendo como orientação cada categoria, ou seja, onde nesses indicadores são identificadas as categorias. A organização dos dados tornou-os significativos para desvelar a relação saúde-trabalho.

Quadro 1 - Exploração do material

| OBJETIVO GERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | EIXO TEMÁTICO/ QUESTÕES NORTEADORAS | CATEGORIAS EXPLICATIVAS DA REALIDADE | INDICADORES |
|---|--|---|---|-------------------------------------|
| Identificar os pontos de confluência entre as relações de trabalho e a saúde física e mental. | -realizar levantamento do setor de trabalho do hospital com maior número de atestados médicos; -investigar fatores no processo de trabalho que interferem na saúde física e mental; | 1. As transformações do trabalho e as relações hierárquicas interferem no processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde. | - <i>transformações do trabalho</i> ; - <i>relações hierárquicas</i> ; - <i>processo de adoecimento</i> ; | 1. Entrevistas guiadas pela chefia; |
| | | | | 2. Entrevistas guiadas pelo líder; |
| | | | | 3. Reuniões grupo |
| | | | | 4. Questões №. 1,2,3,4, 5,6, 7 e 8. |
| | - constatar a existência de espaços de cooperação, reconhecimento e de diálogo nas relações de trabalho; | 2. A ausência de espaços de Diálogo , cooperação e reconhecimento são fatores que contribuem para o processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde. | - <i>diálogo</i> ; - <i>cooperação</i> ; - <i>reconhecimento</i> ; | 1. Entrevistas guiadas pela chefia; |
| | | | | 2. Entrevistas guiadas pelo líder; |
| | | | | 3. Reuniões grupo |
| | | | | 4. Questões №.1, 2,3,4,6,7 e 8 |
| | - analisar a relação do processo saúde/doença com o sofrimento no trabalho. | 3. O processo saúde-doença é resultado do sofrimento no trabalho. | - <i>sofrimento</i> | 1. Entrevistas guiadas pela chefia; |
| 2. Entrevistas guiadas pelo líder; | | | | |
| 3. Reuniões grupo | | | | |
| 4. Questão №. 1,2,3,4,5,6,7 e 8 | | | | |

Em relação às transformações do trabalho, o processo de trabalho em saúde recebe influências decorrentes do impacto do contexto da produção globalizada baseado no processo de produção flexível. Sendo um dos primeiros impactos a crescente implementação tecnológica com incremento de modernas aparelhagens

para diagnóstico, cirurgias e medicações. Outra influência a introdução de novos modelos gerenciais e de organização (PEDUZZI, 2002).

Na prática, especialmente no PS o que se observa é a economia da força de trabalho pela falta de substituição de mão de obra decorrente de escassos concursos públicos, contexto paradoxal em relação ao crescente aumento da demanda.

A nossa equipe é pequena, um dos problemas é o número de funcionários porque se trabalha com um enfermeiro e um técnico para todos os pacientes mais o atendimento externo. (SPP)¹⁹

A gente está há uma semana acima do número de pacientes [...] nós aqui estamos com duas crianças extras. Desde que abriu o PS pediátrico agente nota uma demanda crescente devagarinho, mas este ano foi um pouco maior. (SPP)

Identifica-se um volume de trabalho maior que o número de servidores, impondo aos mesmos um aumento da cadência e do ritmo de trabalho, no sentido de poder dar conta das atividades. Esta exposição de sobrecarga é um fator determinante no adoecimento do servidor

A demanda é muito grande porque o SUS, a saúde primária, o município não consegue atender devido à falência dos hospitais, a situação precária das cidades do interior. Então acaba caindo tudo no hospital universitário, sendo os pacientes mal encaminhados, algumas coisas poderiam ser resolvidas nos municípios de origem e acabam caindo aqui porque não tem mais onde recorrer, vem para cá até porque querem uma solução para o problema deles. Isso é natural e sabem que depois que entrar aqui é resolvido. (VL)²⁰

¹⁹ (SPP) servidora do pronto socorro pediátrico.

²⁰ (VL) visita com o líder – comentário do líder sobre o PS adulto.

A Política de Saúde não se efetiva em virtude do baixo investimento pela maioria dos estados, especialmente o Rio Grande do Sul que investe muito abaixo dos 12% que preconiza a legislação.

A situação da saúde é praticamente igual em todo o território nacional, conseqüência da minimização do Estado com a redução do financiamento, não atendendo ao princípio de universalização e livre acesso da população a uma saúde com qualidade, princípios definidos na Constituição de 1988.

Grande inconveniente também é a quantidade de macas das ambulâncias onde o paciente fica mal acomodado. Já ocorreram várias quedas de pacientes no chão. É uma dificuldade muito grande de mexer no paciente, de fazer mudança de cúbito, proteção de escaras. (VL)

Os servidores lidam com uma dificuldade diária que é a “ambulâncioterapia”. Alternativa utilizada pelos municípios, que não se estruturam para atender seus pacientes, encaminhando-os por meio de ambulâncias para municípios com melhores condições de atendimento. Esta alternativa lota o PS de macas ficando os pacientes nas mesmas por vários dias, em conseqüência da falta de leitos, tornando a atividade de trabalho dos servidores dificultosa e com utilização de maior esforço físico.

O excesso de demanda se verifica no PS adulto, pediátrico e também no PS psiquiátrico.

A demanda geralmente é bem tocada, tem dias que são vinte outros dias até 25 pacientes. Temos dois leitos, mas, às vezes ficam seis ou sete pacientes e seis acompanhantes, no caso o familiar. Este precisa ficar junto para nos auxiliar porque

você tem que sair da sala da internação para fazer a internação de alguém que chega. (SPPs)²¹

[...] existe sempre um número muito grande de pacientes aqui, muito acima da nossa capacidade e isso traz um grande desconforto para a equipe que trabalha aqui e para os pacientes. (GT)²²

Por meio das narrativas citadas acima se constata que a política de saúde não consegue enfrentar e atender as necessidades da população uma vez que, a preocupação com o livre mercado questiona e minimiza a seguridade social. Como consequência desta opção tem-se uma estrutura física e de pessoal inadequada às reais necessidades da população, culminado sobremaneira na excessiva carga de trabalho, stress e ansiedade, afetando assim a saúde dos trabalhadores deste setor, “[...] angústia de não ser capaz de seguir as cadências ou limites de tempo imposto, sofrimento proveniente da repetição continuada e do aborrecimento” (LANCMAN; SZNELWAR, 2004, p.16). Ocorre um constrangimento constante no desenvolvimento da atividade de trabalho de maneira que o processo de trabalho precisa ser revisto.

Tu não tens tempo. Tu ficas mecânico, automatizado, tu faz,faz. Mas não repara e nem fixa a cara do paciente. Tu olha o paciente é o seu fulano que está com tal patologia, é o fulano da perna, da trombose. Tu não consegue ver ele como um ser humano. O teu paciente aquele lá da tal doença, você vê a doença. (GT)

Você esta fazendo o curativo, por exemplo, e já está pensando na diurese, tem que fazer o soro no fulano. [...]. Às vezes o paciente esta falando contigo e tu não tá nem ouvindo o que ele está falando. Tu está administrando a medicação e já esta pensando no próximo que tu vai atender [...]. Essa semana eu esqueci de passar um paciente no plantão, trocou o paciente e não me passaram. (GT)

²¹ (SPPs) servidor pronto socorro psiquiátrico.

²² (GT) grupo temático – comentário de servidor

São oito pacientes só para mim. A média para cada um seria quatro, cinco e não sete e oito. Tu vai fazendo, fazendo e não tens condições de chegar a sentar, trabalhar com a pasta do paciente, ver o que ele tem, às vezes até anotar uma diurese, um HGT que ele fez. Às vezes tu tens que anotar num papel para anotar depois na pasta. Tu não consegues ficar sentado porque o pessoal toda hora está chamando. (GT)

As três narrativas acima destacam o trabalho mecânico, o ritmo acelerado e intensificação do trabalho características do modelo fordista de produção (HARVEY, 1994). Todavia o impacto tecnológico na saúde não vai significar a diminuição do trabalho rotineiro e desgastante, mas, força o trabalhador a perder a noção de estar trabalhando com seres humanos.

Geralmente, há no mínimo, dois pacientes de CTI que estão internados no PS, que são pacientes mais graves e, conseqüentemente, precisam de mais atenção. Este tipo de paciente deveria estar sendo atendido no Centro de Terapia Intensiva no qual existe equipe treinada para tal como também um número superior de servidores por paciente em virtude da situação de gravidade do mesmo. (VC)

O PS é a unidade de referência em alta complexidade para a 4ª Região de Saúde. A alta complexidade inclui os traumas, pacientes do Centro de Terapia Intensiva (CTI) e hematológicos. Para o PS o impacto tecnológico se traduz na intensificação das especialidades e na complexificação das mesmas exigindo um maior conhecimento das diferentes áreas.

Constata-se que o PS atende demandas diversificadas em dois sentidos: um volume de demanda além da sua capacidade como também uma demanda em complexidade, além de atender pacientes que são casos para o pronto socorro, também atendem pacientes que precisariam ficar em CTI. Esta equipe está também exposta: a um volume de trabalho diário, um maior nível de exigência técnica,

atenção e maior tempo junto ao paciente, o que é complicado num local com um número grande de pacientes que é o PS e uma equipe pequena frente a esta demanda.

Em relação à hierarquia ter contribuição no processo de adoecimento dos seis entrevistados cinco responderam que não, aparecendo às seguintes falas:

Quando eu tive de estar afastado, eu sempre tive muito apoio e muita compreensão por parte da equipe e chefias. Consegui trocar de setor sem problemas. Acredito que a direção ou a forma de direção não tem contribuído com o meu problema de adoecimento. (SE)²³

Esta fala acima se refere ao caso específico deste trabalhador não havendo uma menção ao contexto geral dos trabalhadores do setor. Porém a seguir aparece a liberdade de se falar, mas, também a contradição da chefia em manter a palavra dada, o que leva a concluir que o que é combinado não é cumprido. A narrativa subsequente confirma que as decisões firmadas na reunião não são seguidas pela hierarquia.

No PA a hierarquia não há problemas se tem autonomia para falar. Por exemplo, para ir para o dia é conversado. [...] Até acho que a chefia devia ter mais decisão, democracia é bom até certo ponto. A chefia tem que manter a palavra, a postura não esta funcionando. (GT)

Não venho mais as reuniões porque tu fala, coloca em ata mas não é feito como foi decidido, então não precisa de ata. Outra reunião tinha uma pauta e as pessoas vieram para a reunião por causa da pauta e na reunião o assunto foi desviado. (GT)

²³ (SE) servidor entrevistado

Em certos momentos referem-se ao Pronto Socorro como PA, porque há alguns anos era Pronto Atendimento, sendo menor em tamanho. Pode ser um saudosismo no sentido de querer voltar aquele tempo com menor carga de trabalho.

Quando discutem no grupo temático sobre opinar nas decisões gerais da instituição aparece que:

Como a decisão não sai de nossas mãos, às vezes pode acontecer de haver distorções. (GT)

Em parte, pouca coisa a gente é ouvido, tem muita coisa que a gente fica sabendo depois. (GT).

As decisões tomadas nas reuniões são levadas para a direção geral, muitas dessas deliberações acabam sendo parciais, fica muitas vezes como sugestão. (GT)

Constata-se que existe a reunião da equipe de enfermagem do PS, coordenada pelo enfermeiro chefe, havendo o espaço para fazer uso da palavra, muito embora as decisões retiradas na reunião não sejam seguidas. Em relação à hierarquia superior, no caso Coordenação e Direção, não existe acesso do servidor neste espaço deliberativo, as sugestões são encaminhadas, mas, não são acatadas.

Os trabalhadores não chegam a expor em suas narrativas a relação entre as relações hierárquicas e o processo de adoecimento. Já, nas respostas das entrevistas cinco dizem não haver essa relação. Todavia percebe-se que mesmo não aparecendo literalmente essa relação, uma instituição onde não ocorre o espaço de liberação coletiva pode ser uma fonte causadora de adoecimento pela rigidez e dificuldade de mudar o que está prescrito pela hierarquia.

Em relação ao eixo temático/questão norteadora quanto as transformações do trabalho e as relações hierárquicas interferirem no processo de adoecimento dos

trabalhadores da saúde, evidencia-se ser afirmativa esta questão. No caso do OS, conforme exposto acima, as transformações do trabalho, no caso da saúde, demandam uma maior complexidade de conhecimento em virtude do incremento da tecnologia e também a redução da força de trabalho visando os modelos flexíveis de gestão, gerando uma sobrecarga tanto de trabalho quanto de exigência técnica, fontes causadoras de adoecimento. As relações hierárquicas especialmente nos escalões superiores da instituição, como foi constatado são fontes desencadeadoras de adoecimento.

Quanto à categoria diálogo, além do exposto acima quanto a não participação do trabalhador nos espaços de deliberação coletiva, assim aparece nas reuniões do grupo temático:

[...] teria que ter por parte das chefias um maior diálogo com os funcionários. Muitas vezes os funcionários trabalham doentes e ninguém é capaz nem de te perguntar [...] ninguém é capaz de chegar para ti e perguntar tu tá com algum problema, tu tá triste? (GT)

Em muitas reuniões de grupo, acontecem discussões, às vezes nominal, às vezes entre as equipes de diferentes turnos, uma jogando a culpa em cima da outra. As pequenas equipes, nos turnos diferenciados, acabam projetando essa frustração nos próprios colegas de outros turnos, nas outras equipes, na equipe médica, os técnicos contra os enfermeiros. Qualquer pequeno desentendimento, qualquer problema na unidade acaba se traduzindo numa briga ou num conflito interno das equipes. (ES)

Assuntos são colocados em pauta, mas não é feito o que foi decidido e, em algumas situações a pauta é desviada. A qualidade deste diálogo é colocada em jogo, pois não existe o “espaço de discussão”, espaço de deliberação coletiva fundamentado na intercompreensão dos sujeitos onde são formuladas livremente e

publicamente as opiniões contraditórias. Espaço onde ocorre a arbitragem e a tomada de decisões sobre as questões que interessam ao futuro do serviço, do departamento, da empresa ou da instituição, e, portanto, dizem respeito ao futuro concreto de todos os membros que a constituem (DEJOURS, 1997).

Em relação à categoria cooperação aparecem algumas dificuldades no PS pediátrico:

Não haver entrosamento com o PS adulto, dificuldades na substituição da escala por ser uma equipe pequena. (VC)

Dificuldade de realizar as reuniões e a falta de integração das diferentes equipes. (VC)

Na visão da chefia não há cooperação entre as diferentes equipes, todavia as equipes, internamente, apontam haver a cooperação entre os colegas. Quanto à equipe do PS psiquiátrico, aparece nas seguintes falas:

A gente gosta do que faz. Temos coleguismo, a equipe tanto de médicos quanto de enfermeiros e técnicos. (SPPs)

Conhecem bem as normas; ambiente bem organizado; exigentes para manter a organização; fácil de conversar com todos por ser uma equipe pequena; existe uma padronização e estes seguem-na. (VC)²⁴

Identifica-se nesse grupo uma mediação entre as vontades ou seja, a cooperação uma vez que as normas são seguidas porque partem de uma vontade que é comum a todos, coletiva e mediada (DEJOURS, 1997).

O trabalhador do PS pediátrico destaca:

²⁴ Estipulou-se Visita Chefia (VC) – comentário da chefia.

A gente compreende também o grau de dificuldade e de stress que é esse serviço. Existe certo apoio de um colega com o outro até para cobrir a escala para substituir quando precisa. A gente sabe que a equipe até certa forma é bem unida na questão do trabalho. A gente sabe que os colegas quando estão de atestado, na grande maioria das vezes, é porque realmente precisam. A gente dá esse apoio de ver como é que está. (SE)

Nas reuniões do grupo temático em relação ao PS adulto:

Eu acho que existe compromisso dos colegas. Essa noite a gente teve uma experiência com uma funcionaria, foi super bem todo mundo se ajudou. (GT)

Porque acho que os nossos colegas são bem comprometidos, uma turma boa, a gente se ajuda. Se a gente não se aceita os outros não aceitam. O pessoal dobra plantão, substitui, faz da melhor forma possível. Eu acho que aqui no hospital é o lugar que são mais unidos, não tem conversinha paralela. (GT)

Na narrativa identifica-se no PS psiquiátrico, pediátrico e adulto, o coleguismo, apoio e compromisso entre os colegas que pode ser traduzido como cooperação. A cooperação só acontece quando nas situações do cotidiano eu posso contar com alguém, contar com a disposição e o cumprimento da palavra dada por esse alguém, que é o que Ricoeur (1991) vai denominar de confiança.

A coordenação das atividades e das inteligências singulares à medida que sejam mais adequadamente arbitradas produzem as normas de trabalho sem as quais a cooperação não seria possível (DEJOURS, 1997).

Em relação ao reconhecimento destacam-se situações a seguir que demarcam a falta de reconhecimento no sentido de não ser oferecido condições de espaço físico e material adequados para o desenvolvimento do trabalho.

As condições de trabalho e espaço físico são inadequadas, é pequeno, há uma pecinha para a enfermagem, mas sempre está cheia de gente. A gente não tem

banheiro aqui dentro, não tem peça para lanche, não tem cozinha, não tem ar condicionado, faz calor, tem muito sol a tarde. Além dessa sala ser da enfermagem também é a sala dos residentes passarem os casos. A gente não tem uma sala para descansar. Se abrissem uma porta aqui teríamos acesso as peças do pezinho que tem banheiro e chuveiro. Nós não temos nada disso. (SPPs)

Por exemplo, hoje não tinha lençol [...] Tem um aparelho de HGT (medir a glicose), aí chega o horário de medir e todos querem ao mesmo tempo. Tinha que ter no mínimo dez aparelhos. O aparelho de pressão, acho que tem dois. Esses dias a paciente me falou que chegou mal de madrugada e ficaram cinco correndo para lá e para cá e não achavam o aparelho de pressão. (GT)

Outra situação de falta de reconhecimento refere-se a não valorização por parte da direção do hospital quanto ao desenvolvimento da atividade de trabalho.

[...] quanto tu está atendendo da melhor forma possível em um ambiente super lotado, e aí vem alguém da direção e diz que o atendimento no pronto socorro é desumanizado [...]. (GT)

Tem dia que tu tens pacientes difíceis, mas mesmo quando não tem, você trabalha sempre e não é reconhecido. [...] Acho que o serviço não é igual ao resto do hospital, pelo nosso grau de stress deveríamos ganhar mais. (GT)

[...] muito mais do que trabalhar o processo emocional de cada um é fazer com que aquela pessoa se sinta bem entre a equipe e se sinta valorizada pelo trabalho que executa. Acho isso uma coisa que falta. (GT)

[...] a gente dá o melhor, tenta fazer o melhor pelo paciente e tu nunca recebe um elogio. Agora se tu deixa uma coisinha errada bah!. Tu pode trabalhar um mês inteiro certinho e se faz uma coisa errada! É complicado isso, falta a valorização é um dos pontos que mais aparece. (GT)

Sentem-se desvalorizados pela Direção do Hospital porque se esforçam para prestar o atendimento e como retribuição são culpabilizados pela falta de humanização no setor. Constata-se a falta de reconhecimento, de retribuição pelo

esforço demandado na execução da tarefa. “Mesmo que a relação do sujeito com o real do trabalho seja verdadeira, mas no seu trabalho não é reconhecido pelo outro, ele será, então, fadado a uma *solitude aliénante*” (DEJOURS, 1993, p.248). A falta de reconhecimento deixa o trabalhador só e ao mesmo tempo coloca-o numa situação de angustia, dúvida, decepção e conseqüentemente de sofrimento.

Constata-se nas narrativas que se seguem, a falta de reconhecimento do trabalhador como ser humano que adocece e que não é apenas uma peça da engrenagem.

Eu me senti assim como uma maca uma cadeira de rodas, qualquer outra coisa aqui no PS, se estrago então tira e coloca outro para substituir como máquina, não como ser humano, como uma cadeira se estragou tira e coloca outra. Sabe quando eu me senti assim? O dia em que eu fiquei doente, bem doente, inclusive consultei no serviço que atende o funcionário, a enfermeira que marcou para mim. Ai eu vim ao meio dia e avisei o pessoal que eu não viria trabalhar à noite, estava bem ruim. As 7 horas da noite tocou o telefone e era a chefia. Tu vai vir trabalhar? Eu disse não. Ele disse então tá e desligou o telefone. Eu me senti tão mal. Depois de uns 15 minutos me ligaram, eram os meus colegas queriam saber o que houve, - tu tá doente? Achamos um absurdo o que o chefe fez nem perguntou o que tu tinha. – Porque a gente sabe que tu não tira atestado a toa se tu tirou é porque tu ta doente. Eu disse – eu também fiquei chocada. Ai que tu sente bahh, ele só tava preocupado com o PA entendeu ele não tava preocupado contigo com o ser humano com o que aconteceu contigo. Ah pegou atestado que merda entendeu, a preocupação é se tu vai trabalhar ou não. (GT)

Eu venho seguido trabalhar doente. Eu sinto muita falta de reconhecimento, bahh. (GT)

Evidencia-se que mesmo com a falta de reconhecimento por parte da hierarquia em relação à qualidade do trabalho prestado, alguns trabalhadores percebem o diferencial que precisa ter o trabalhador para exercer sua atividade no

pronto socorro, vêem sentido na utilidade do seu trabalho e na capacidade que precisa se ter para exercê-lo.

A gente tem enfermeiras muito boas nas unidades, aí tu tens que adaptar, para cá tem que vir com um perfil mais dinâmico, mais ágil. Na unidade é tudo certinho aqui no PA você tem que ter a arte de improvisar, tem que saber improvisar. É a arte do improviso e tu tens que ter aquela percepção. (GT)

Aqui deveriam vir os melhores mas, subentende-se que o que não presta vem para o PA. É como se vir para o PA fosse um castigo. Perguntam onde é que tu trabalha aí me olham com aquela risadinha irônica. (GT)

Se ela não endireitar eu vou botar ela no castigo, vou mandar ela para o PA. Disseram esses dias que isso aqui é o purgatório, eu disse: é não deixa de ser, eu disse na verdade isso aqui é um inferno (risadas). (GT)

O pronto socorro é considerado castigo, purgatório e mesmo inferno, não somente para os trabalhadores que trabalham em outros setores, mas também pelas chefias que vêem o local como uma forma de castigo, de punição. Mas, os servidores afirmam que para trabalhar no Pronto Socorro tem que vir os bons, porque você tem que ter a arte de improvisar. O ato de improvisar é considerado o verdadeiro trabalho tendo em vista que para realizar uma atividade, é necessária a técnica o conhecimento mínimo, mas não suficiente, porque não dá conta do real frente ao imprevisível que a realidade do trabalho se apresenta. É nesse momento que o trabalho é verdadeiramente produzido, quando o sujeito utiliza sua imaginação, subjetividade, inventividade e inovação para dar conta da tarefa, diante do imprevisível do real que a técnica não domina. Sendo este, segundo Dejours (1997), o verdadeiro trabalho.

Quando os próprios trabalhadores do PS riem de sua condição, demonstram uma banalização do sofrimento, ou seja, cria-se a denominada “ideologia defensiva”,

uma construção social que propicia a tentativa de dominar, de fazer desaparecer da consciência o sofrimento (DEJOURS, 1992).

No eixo temático/questão norteadora, referente à ausência de espaços de diálogo, cooperação e reconhecimento serem fatores contributivos para o processo de adoecimento, de acordo com as narrativas dos trabalhadores da enfermagem do PS constatou-se que: os espaços de diálogo na perspectiva de Gadamer (1977) e Rohden (2005), a extensão do processo relacional do saber, onde um não se sobrepõe ao outro havendo um processo de interdependência mútua, não se efetua nas relações estabelecidas no OS, pois, há sempre uma relação hierárquica de poder que se sobrepõe nas relações de trabalho; em relação aos espaços de cooperação eles existem entre os trabalhadores e seus pares, uma vez que podem uns contar com os outros nas diferentes situações de trabalho, e para que possam contar uns com os outros é necessário uma condição fundamental que é a confiança que se estabelece baseada numa perspectiva ética (RICOEUR, 1991); quanto ao reconhecimento ele não é percebido pelos trabalhadores, pois em relação a valorização do trabalho, quanto a sua utilidade, é questionado negativamente pela hierarquia.

Em decorrência das análises feitas pode-se afirmar que a inexistência de espaços de diálogo e reconhecimento são fatores que contribuem para o processo de adoecimento desses trabalhadores, pois, desencadeiam-se sentimentos de angústia, desvalorização, inutilidade que vão achar uma saída pela via do adoecimento.

Quanto à questão do sofrimento pode-se identificar as seguintes situações:

É um inconveniente não se ter sala de emergência. [...] não foi avisado que esta chegando um paciente grave, quando a gente vê esse paciente já está no salão e a gente não está preparado para receber esse paciente grave que às vezes vem de outro município. (VL)

Chega o paciente, mas, a gente não sabe o que ele tem, depois de um, dois ou três dias vai se suspeitar que ele esteja com uma tuberculose, uma doença contagiosa e a equipe já correu o risco de se contaminar. [...] você pode toda hora correr risco e você não sabe, a pessoa chega sem diagnóstico nenhum. A equipe fica toda exposta e o paciente também. (VL)

Esta imprevisibilidade deixa o trabalhador numa corda bamba, numa insegurança e ao mesmo tempo num estado de alerta, porque o risco é sempre eminente: por não saber o grau de gravidade do paciente que chega; o medo de adquirir uma doença; de não ter um espaço físico em condições adequadas para manejar o paciente que necessita de isolamento. Desta forma há a necessidade de um investimento pessoal no sentido de lidar com o medo. Este medo pode levar, segundo Dejours (1994), ao sofrimento patogênico uma vez que não há liberdade para o aperfeiçoamento da organização do trabalho não há o que ser feito em relação a esses riscos.

Outra situação causadora provável de sofrimento diz respeito ao atendimento médico das clínicas especializadas,

[...] estes pacientes vem de fora e chega aqui o plantonista o encaminha para outras clínicas, e aí causa o inconveniente do paciente ficar esperando no corredor até o pessoal descer das clínicas e vir atender. Causa certo stress, certa ansiedade de estar esperando, as pessoas tem o entendimento de que, se têm um médico aqui, ele acha que esse vai resolver. As clínicas não têm plantão, os pacientes são encaminhados. (VL)

O trabalhador precisa lidar com o stress e a ansiedade do paciente, devido ele ter que ficar esperando o atendimento do médico das clínicas. O trabalhador fica no meio de campo tentando contornar uma situação que é um problema de organização da estrutura que precisaria, por ser um serviço de pronto socorro, ter as especialidades médicas (clínicas) de plantão no próprio PS.

Outro fator de sofrimento é a falta de segurança, o risco, causando medo e sofrimento ao trabalhador,

[...] há falta de segurança. Porque às vezes os pacientes chegam com faca, com objetos que podem machucar a gente. Tem gente que já apanhou de paciente aqui. A noite às gurias ficam sozinhas e encerradas, pois não tem como sair é uma única porta de entrada, sendo perigoso. Não fica guarda aqui na frente. Às vezes tu estás de plantão à noite e chaveia a porta de entrada, às vezes tens problemas aqui dentro, que é o paciente internado. Deveria ter um vigilante mais perto, aqui sentado. (SPPs)

Era um domingo e o guarda trouxe um paciente algemado com um cinto e o deixou na sala de recepção e não ficou com ele ali. Ai eu fui comunicar o médico e vim preparar a medicação, antes de eu abrir a porta eu pensei, vou dar uma olhadinha nele, quando eu abri a porta estava ele ali na porta me esperando. Fui tentar conversar, mas ele veio direto em mim. Daí tinha a menina da limpeza eu a mandei chamar o guarda. Depois eu saí de férias e não queria mais voltar para cá. (SPPs)

É um risco trabalhar sozinho, um paciente quebrou os óculos e fraturou duas costelas de um colega nosso e outro fraturou o braço. Tu ficas preso aqui e não tem como sair para lado nenhum, não tem como. (SPPs)

A narrativa dos trabalhadores destaca uma problemática séria neste tipo de trabalho que é a falta de segurança, condição mínima para as pessoas realizarem suas atividades de trabalho. Essas condições de trabalho inseguras são causadoras

de medo e conseqüentemente de sofrimento, uma vez que o servidor está constantemente correndo riscos, e não há nada que ele possa fazer, colocando em risco sua integridade física e mental. Como bem descreve Ricoeur (1991) em relação ao sofrimento, não sendo causado unicamente pela dor física ou mental mas, pela inviabilização da capacidade de agir culminando em um baque a integridade de si.

Além do risco, da insegurança, do medo, o sofrimento dos trabalhadores do setor do PS se expressa pela insatisfação do conteúdo significativo e do conteúdo ergonômico da tarefa. A insatisfação do conteúdo significativo da tarefa vai ocorrer quando o trabalhador não vê sentido na sua atividade de trabalho, sente-se inútil, desqualificado, pela impossibilidade de desenvolvimento das aspirações quanto à qualificação. À medida que o trabalhador é tratado como uma máquina, um elemento da produção, quando não consegue minimamente se comunicar com o paciente, quando não consegue fazer os registros devidos de seu trabalho, quando adocece e não é dada a importância devida ao seu problema, quando não é reconhecido, quando não tem espaço para o diálogo, sente-se impotente, e este tipo de sofrimento impacta a saúde mental desse trabalhador. Confirmado pelo adoecimento mental dos trabalhadores do PS, nos anos de 2005 e 2006 o diagnóstico de depressão em torno de 21%.

O enfermeiro aqui tem bastante autonomia, se trabalha com os médicos, com a equipe, com a fisioterapia, mas não se consegue como enfermeiro realizar bem o papel do enfermeiro porque tem que trabalhar junto fazendo todos os atendimentos que o técnico faz se faz junto, acaba-se deixando um pouco de lado o papel do enfermeiro que seria avaliar mais as crianças, fazer uma prescrição, uma evolução. Muitas vezes não dá tempo. Esta se deixando a desejar o trabalho do enfermeiro, em função de não ter mais um técnico. Isso é perda porque quem perde mesmo é o

paciente e a gente sai às vezes frustrada daqui porque não consegue fazer, mas a gente tem que fazer o melhor, com certeza a gente tem perda. (EPP)²⁵

Percebe-se novamente que nesta equipe ocorre a cooperação não somente entre os membros, mas também em relação a outras categorias profissionais, que exercem suas atividades no setor. Contudo identifica-se a insatisfação, a frustração por não estar realizando a sua atividade como deveria, e aí a possibilidade de estar sendo julgado pela perda que possa estar causando. O enfermeiro deixa de fazer suas atividades que são mais complexas para fazer as atividades do técnico, logo à satisfação pela efetivação do trabalho cai porque segundo Nancy apud Friedmann (1972, p.44), “[...] a satisfação dos operadores cresce amiúde com a complexidade das operações [...]”.

Em relação a saúde do servidor:

Um colega nosso teve um problema na perna e não podia caminhar. Ele queria que alguém lhe desse uma medicação aqui no hospital, mas não conseguiu. Ele tinha IPE. Em meia hora ele foi atendido, fez a medicação, fez o raio-x, melhorou e foi para casa. Aquele dia eu fiquei revoltado, todo mundo é atendido aqui, mas chega na hora da gente ser atendido não. Uma vez precisei de traumato para fazer um ultra-som, eu tinha que ir na Secretaria de Saúde do Município marcar os exames, sendo que leva de três a quatro meses ou mais para marcarem o exame. (VL)

Eu fui consultar com a médica do trabalho aqui no hospital. Eu achei que eles contrataram esse médico para resolver os problemas de atestado. Eu tava doente, fiz uma drenagem pelo derrame pleural e uma pulsão. Ela me disse que no outro dia eu tinha que trabalhar, eu achei incrível aquele negócio porque eu tinha uma dor horrível e tive que trabalhar. (VL)

²⁵ (EPP) enfermeiro do pronto socorro pediátrico.

Quem respondeu ao questionário, muitas vezes não teve doente, mas quantas vezes agressivo, irritado com um colega, uma dor abdominal sem explicação, ou teve vontade de chorar quando saiu daqui. Isso é bem comum, de repente não chegou a tirar atestado, mas teve na eminência. Nem todo mundo que teve doente tirou atestado.

Quanto à saúde do servidor aparecem situações em que não há a devida atenção por parte da instituição. Estes trabalham no hospital que é uma instituição de saúde, mas não são atendidos quando precisam. Os servidores percebem os sintomas de adoecimento seus e dos colegas como o stress, sintomas de agressividade, irritabilidade, dificuldade de aceitar que está doente.

Além de não haver uma preocupação com um adequado local de trabalho, significando a precarização das condições de trabalho, consta-se uma não preocupação com o adoecimento do trabalhador pois este é “sobressalente” como bem diz Bauman (2001, p.186):

Como na oficina mecânica, assim também na vida em geral: cada “peça” é “sobressalente” e substituível, e assim deve ser. Porque gastar tempo com concertos que consomem trabalho, se não é preciso mais que alguns momentos para jogar fora a peça danificada e colocar outra em seu lugar?

A insatisfação quanto ao conteúdo ergonômico do trabalho é designado como a inadequação das aptidões e necessidades e a sobrecarga de trabalho. Também confirmado pelas falas e narrativas dos trabalhadores quanto ao excesso de demanda, número insuficiente de trabalhadores, exigência técnica superior a formação dos trabalhadores, distanciamento do enfermeiro do paciente, sendo constatado como conseqüência o índice de 15,5% de doenças osteomusculares.

Às vezes a gente faz coisas além das nossas atividades, tem o caso até de desvio de função daqueles funcionários mais antigos. Tem curativos que é do enfermeiro, por exemplo, o curativo de intracate e dreno torácico, instalar EPV, são específicos do enfermeiro. (GT)

O enfermeiro está se distanciando do paciente se envolvendo com burocracia. Agora com a questão do SAE²⁶, da informática, isso aí vai ser uma loucura vai distanciar cada vez mais o enfermeiro, vão colocar um computador lá na sala da medicação. Aí vão tirar totalmente o enfermeiro fora do ar. (GT)

Os técnicos realizam atividades que são exclusivas dos enfermeiros, e muitas vezes não sabem disso, bem como não recebem treinamento para tal. Destacam que o enfermeiro não pega mais no paciente, só nos papéis e que está perdendo a identidade, ficando fora do ar. Esta situação gera insegurança nos técnicos bem como uma sobrecarga de trabalho.

Em relação ao eixo temático/questões norteadoras sobre o processo de saúde ser resultante do sofrimento, revelou-se por estes trabalhadores, uma trajetória de adoecimento marcada por uma excessiva carga de trabalho, causadora de cansaço e desgaste físico; desgaste mental decorrente da impossibilidade de fazer todo o trabalho e fazer bem, causando angústia e ansiedade; bem como, por uma exposição ao risco constante de adquirir alguma doença. Identifica-se nesta trajetória o sofrimento patogênico destes trabalhados por que: “[...] todas as margens de liberdades [...] já foram utilizadas [...] não há nada além, de pressões fixas [...] e incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, [...] o medo, ou o sentimento de impotência” (DEJOURS, 1994, p.137).

²⁶ SAE – Sistema de Avaliação da Enfermagem

5.5 POSSIBILIDADE DE ENCAMINHAMENTO

Das narrativas dos servidores do hospital destacam-se algumas sugestões que são tentativas de melhorar adequar o espaço e as rotinas de trabalho como: aquisição de macas maiores e em número adequado a realidade do PS; adequar a estrutura física de alguns setores para poder entrar as macas; ter um médico residente rotineiro; criar bolsa de acadêmicos no setor; deveria haver duas equipe uma para atender as emergências e outra para atender somente no salão; implantar a triagem no PS; nos locais do PS que possui televisão, passar vídeos educativos sobre como funciona uma emergência; capacitação aos servidores e chefias sobre sintomas e características das doenças mentais para que haja o entendimento e melhor compreensão dos colegas e chefias para com os trabalhadores portadores destas doenças; realização de atividades que aumentem a auto-estima do servidor; acompanhamento dos trabalhadores em atestado por parte da psicologia e do serviço social; dar maior suporte as reivindicações dos trabalhadores; criação de um espaço para maior diálogo com a chefia e hierarquia superior; mobilizar a clientela para conseguir melhorar o OS.

Estas reivindicações serão encaminhadas a Direção do HUSM por meio de ofício contendo a assinatura dos participantes da pesquisa e de outros trabalhadores da enfermagem do PS que tiverem interesse em assinar.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou conhecer a realidade do Pronto Socorro de um Hospital Universitário, especificamente o setor de enfermagem, a experiência e as narrativas destes trabalhadores da saúde.

O ponto inicial de pesquisa partiu da definição do problema surgido das inquietações da pesquisadora, proveniente de seu espaço de trabalho no hospital no qual exerce a função de assistente social na Coordenação de Recursos Humanos. Na realidade diária do trabalho a identificação do processo de adoecimento dos trabalhadores e ao mesmo tempo a não concordância quanto às avaliações da Direção do Hospital de que o trabalhador se utiliza da Licença para Tratamento de Saúde (LTS) para não trabalhar, como forma de burlar a frequência ao serviço, característica esta presente no serviço público.

Desta forma, centrou o problema da pesquisa nos fatores que interferem na saúde física e mental destes trabalhadores, como causadores de adoecimento.

As opções teóricas e metodológicas se deram a partir da necessidade de compreender esta realidade de trabalho e buscar um sentido para o alto índice de atestados de saúde no setor de enfermagem do Pronto Socorro.

A tese defendida é de que não somente as transformações do trabalho estão contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores, mas também as relações hierárquicas, a ausência de espaço de discussão, de diálogo e cooperação.

Como orientação epistemológica optou-se pela hermenêutica e as contribuições de Gadamer que parte da perspectiva de que existe um sentido no qual se desenvolve o discurso e que o homem encontra-se determinado por uma cultura, uma história e um contexto. O método não se restringiu a uma questão técnica, mas a uma visão de totalidade na qual ocorre uma relação de circularidade entre o sujeito e o objeto. As contribuições de Gadamer partem da “experiência ontológica” sendo a experiência o acontecer que se dá antes de qualquer reflexão humana, esta última responsável pelo desencadeamento do estabelecimento de sentidos, os quais jamais se esgotam. A visão humanista de Gadamer destaca a posição do “outro”, na aceitação da diferença em que se configura o sentido a partir do diálogo em que todo o compreender se dá pela via da linguagem. Gadamer parte da regra hermenêutica de que tudo deve ser entendido a partir do individual desde o todo, compondo um movimento circular da compreensão do todo para a parte e outra vez para o todo. O círculo hermenêutico da compreensão inicia com a pré-compreensão, os pré-juízos, que se constroem através da tradição e da historicidade. Gadamer (1977) reabilita o conceito de tradição e autoridade como formação histórica e síntese de sentido sendo a história o lugar onde a razão encontra sua validade e liberta-se do dogmatismo do saber absoluto.

Esta referência epistemológica guiou o caminho da pesquisa considerando a realidade social do trabalho, as vivências dos trabalhadores, suas experiências, ambas coletadas a partir da linguagem apresentada nas entrevistas e narrativas dos grupos temáticos. Obtendo, assim, a compreensão e o sentido dos trabalhadores acerca da realidade do trabalho, compreensão que se dá com a experiência desses trabalhadores nesse momento histórico, podendo esta variar em outras circunstâncias e temporalidade.

Como categorias explicativas para compreender a realidade, as transformações do trabalho, a hierarquia, o diálogo, a cooperação, o reconhecimento e o sofrimento. Categorias oriundas da psicodinâmica do trabalho e da perspectiva ética de Ricoeur.

Em relação aos dados objetivos identificou-se o setor de enfermagem do Pronto Socorro como o local com maior índice de licenças para tratamento de saúde dos setores que prestam assistência à saúde 24 horas diuturnamente, continuamente e permanentemente aos pacientes. Sendo que nos anos de 2005 e 2006 o número de servidores em LTS respectivamente foi de 62,% e 65%. Quanto ao diagnóstico das LTS encontraram-se os seguintes índices: em 2005, 19% episódios de depressão, 16% episódios de afecções osteomusculares, 14% episódios de infecções de vias superiores; em 2006, 23% episódios de depressão, 15% episódios de afecções osteomusculares, 10% episódios de infecções de vias superiores. Conforme Mc Dougall (1989) doenças que podem ser caracterizadas como doenças psicossomáticas. Identificando-se que os técnicos de enfermagem são a categoria com maior índice de LTS, confirmando dados levantados por Silva e Marziale (2003).

Por meio das narrativas dos trabalhadores pode-se constatar que a política de saúde não consegue enfrentar e atender as necessidades da população uma vez que, a preocupação com o livre mercado questiona e minimiza a seguridade social. Como consequência desta opção tem-se uma estrutura física e de pessoal inadequada às reais necessidades da população, culminado sobremaneira na excessiva carga de trabalho, stress e ansiedade, afetando assim a saúde dos trabalhadores deste setor.

Em relação ao eixo temático/questão norteadora quanto as transformações do trabalho e as relações hierárquicas interferirem no processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde, evidenciou-se ser afirmativa esta questão. No PS conforme ilustrado, as transformações do trabalho, no caso da saúde, demandam uma maior complexidade de conhecimento em virtude do incremento da tecnologia e também a redução da força de trabalho visando os modelos flexíveis de gestão, gerando uma sobrecarga tanto de trabalho quanto de exigência técnica, fontes causadoras de adoecimento. As relações hierárquicas especialmente nos escalões superiores da instituição, como foi indicado são fontes desencadeadoras de adoecimento.

No eixo temático/questão norteadora referente à ausência de espaços de diálogo, cooperação e reconhecimento serem fatores contributivos para o processo de adoecimento. De acordo com as narrativas dos trabalhadores da enfermagem do PS revelou-se que: os espaços de diálogo, na perspectiva de Gadamer (1977) e Rohden (2005), a extensão do processo relacional do saber, onde um não se sobrepõe ao outro havendo um processo de interdependência mútua, não se efetua nas relações estabelecidas neste setor pois há sempre uma relação hierárquica de poder que se sobrepõe nas relações de trabalho; em relação aos espaços de cooperação eles existem entre os trabalhadores e seus pares, uma vez que podem uns contar com os outros nas diferentes situações de trabalho, e para que possam contar uns com os outros é necessário uma condição fundamental que é a confiança que se estabelece baseada numa perspectiva ética (RICOEUR, 1991); quanto ao reconhecimento ele não é percebido pelos trabalhadores, pois em relação a valorização do trabalho, quanto à sua utilidade, é questionado negativamente pela hierarquia.

Em decorrência das análises feitas pode-se afirmar que a inexistência de espaços de diálogo e reconhecimento são fatores que contribuem para o processo de adoecimento desses trabalhadores pois, desencadeiam-se sentimentos de angústia, desvalorização, inutilidade que vão achar uma saída pela via do adoecimento.

Em relação ao eixo temático/questão norteadora, sobre o processo de saúde ser resultante do sofrimento, revelou-se por estes trabalhadores, uma trajetória de adoecimento marcada por uma excessiva carga de trabalho, causadora de cansaço e desgaste físico; desgaste mental decorrente da impossibilidade de fazer todo o trabalho e fazer bem, causando angústia e ansiedade; bem como, por uma exposição ao risco constante de adquirir alguma doença. Identifica-se nesta trajetória o sofrimento patogênico destes trabalhadores por que: “[...] todas as margens de liberdades [...] já foram utilizadas [...] não há nada além, de pressões fixas [...] e incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, [...] o medo, ou o sentimento de impotência” (DEJOURS, 1994, p.137).

De acordo com o estudo realizado pode-se demonstrar que não somente as transformações do trabalho estão contribuindo para o adoecimento dos trabalhadores, mas também as relações hierárquicas, a ausência de espaço de discussão e diálogo. Contudo, pode-se revelar a presença da categoria cooperação entre os trabalhadores como um fator de resistência por parte desses trabalhadores.

Das narrativas dos servidores do hospital destacam-se algumas sugestões no sentido de melhor adequar o espaço e as rotinas de trabalho como: aquisição de macas maiores e em número adequado a realidade do PS; adequar a estrutura física de alguns setores para poder entrar as macas; ter um médico rotineiro; criar

bolsa de acadêmicos no setor; deveria haver duas equipes uma para atender as emergências e outra para atender somente no salão; implantar a triagem no PS; nos locais do PS que possui televisão, passar vídeos educativos sobre como funciona uma emergência; capacitação aos servidores e chefias sobre sintomas e características das doenças mentais para que haja o entendimento e melhor compreensão dos colegas e chefias para com os trabalhadores portadores destas doenças; realização de atividades que aumentem a auto-estima do servidor; acompanhamento dos trabalhadores em atestado por parte da psicologia e do serviço social; dar maior suporte as reivindicações dos trabalhadores; criação de um espaço para maior diálogo com a chefia e hierarquia superior; mobilizar a clientela para conseguir melhorar o PS;

Para que essas sugestões se efetivem é necessário propiciar o espaço de discussão, espaço esse construído a partir de regras segundo Gadamer (1977) em que todos os participantes devem aderir e se comportar frente a essas regras, e expô-los ao risco de dialogar e de perder suas bases conceituais.

Nesta perspectiva cabe ao assistente social que trabalha com a saúde dos trabalhadores propiciar os espaços de discussão, participar de pesquisas sobre o processo de trabalho, publicizar sobre os agravos da saúde do trabalhador, comunicar as instâncias competentes sobre doenças originadas no espaço de trabalho. Desta forma, ser o agenciador do esclarecimento e democratização de informações sobre as condições de trabalho, doenças, riscos e determinantes sociais e ambientais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUINSKY, B.; MENDES, J. *Notas da disciplina: manifestações históricas contemporâneas – repercussões para o serviço social*. Programa de Pós-Graduação da PUC-RS, Doutorado, Porto Alegre, 2004.

ALEXANDER, F. *Medicina psicossomática: seus princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ALMEIDA, C.L.S. et al. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer, Custódio Luís Silva Almeida, Hans-Georg Flickinger, Luis Rohden*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. (Coleção Filosofia; 117)

ALMEIDA, C.L.S. *Hermenêutica e dialética dos estudos platônicos: ao encontro com Hegel*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. (Coleção Filosofia; 135)

ALVES, M.; GODOY, S.C.B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. *Rev. Mineira Enfermagem*, v.5, 2001

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 2ed. São Paulo: Cortez, 1995.

ANTUNES, R. Algumas teses sobre o presente (e o futuro) do trabalho. In: DOWBOR, L. et al. (Org.). *Desafios do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 3.ed. São Paulo: Bomtempo, 2000.

APPOLINÁRIO, R.S. Absenteísmo na equipe de enfermagem: análise da produção científica. *Rev. Enferm. UERJ*, v.16, n.1, 2008.

- ARENDDT, H. *A condição humana*. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.549-60. 1998.
- BARBIER, R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- BARBOSA, D.B.; SOLER, Z.A.S.G. Afastamento do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v.11, n.2, 2003.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BAUMAN, Z. *Modernidade líquida*. Tradução, Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- BENKO, G. *Economia, espaço e globalização: na aurora do século XXI*. 3.ed. Tradução: Antonio de Pádua Danesi. São Paulo: Hucitec, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador: manual de gestão e planejamento. 1.ed. São Paulo: Hemoteca Sindical Brasileira, 2006.
- BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3.ed. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: LTC, 1974.
- BRUYNE, P. et al. *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica*. Tradução de Ruth Joffily. Rio de Janeiro: Alves, 1977.
- CAMPOS, G.W. Avaliação de política de promoção da saúde. *Ciência e saúde coletiva*, v.9, n.3, 2004.
- CANO, W. *Reflexões sobre o Brasil e a nova (des)ordem internacional*. 3.ed. São Paulo: FAPESP, 1994.
- CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Tradução de Iraci D. Poletti. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CATTANI, A.D. (Org.) *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. 4.ed. rev. ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 2002.

CHIZZOTI, A. *A pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 293/2004. Rio de Janeiro: COFEN, 2004.

CRESS. 11ª Região. Coletânea de Legislações: direitos de cidadania. Curitiba-PR: Gráfica Capital Ltda., 2003.

CUNHA, M.I. Conta-me agora! as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev. Fac. Educ.* v.23, n.1-2, 1997.

DEJOURS. C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DEJOURS. C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5.ed. ampliada. Tradução Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. São Paulo: Cortez Oboré, 1992.

DEJOURS. C. Avant-propos para a edição brasileira. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs.). *Christopher Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004.

DEJOURS. C. Por um Novo Conceito de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, n.54, p.7-11, 1986.

DEJOURS. C. *Travail: usure mental: essai de psychopathologie du travail*. Nouvelle édition augmentée. Paris: Bayard, 1993.

DEMO, P. *Metodologia científica em ciências sociais*. 2.ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1989.

DESLANDES, S.F.; ASSIS, S.G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n., p.817-29. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

DIEESE. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos. Disponível em: <<http://www.dieese.br>>. Acesso em: 10 ago. 2008.

DRUCK, M.G. *Terceirização: (Des) Fordizando a fábrica: um estudo do complexo petroquímico*. São Paulo: Bomtempo, 2001.

ECO, U. *Como se faz uma tese*. 14.ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

FLICKINGER, H.J. Da experiência da arte à hermenêutica filosófica. In: ALMEIDA, C.L.S. et al. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*, Custódio Luís Silva Almeida, Hans-Georg Flickinger, Luis Rohden. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000. [Coleção Filosofia; 117]

FLICKINGER, H.J. O fundamento ético da hermenêutica contemporânea. *Veritas*, v.48, n.2, p.169-79, 1995.

FLICKINGER, H.J.; NEUSER, W. *A teoria de auto-organização: as raízes da interpretação construtivista do conhecimento*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1994. [Coleção Filosofia; 16].

FOLHA DE SÃO PAULO. São Paulo: 11 de jul 2004, B-1,B-2.

FONSECA, T.M.G. *Gênero, subjetividade e trabalho*. Petrópolis, RJ :Vozes, 2000.

FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. *Tratado de sociologia do trabalho*. Tradução Octávio Mendes Cajado. São Paulo: Cultrix, 1973. [v.I].

FURASTÉ, P.A. *Normas técnicas para o trabalho científico, que todo mundo pode saber, inclusive você*: Explicitação das Normas da ABNT. 14.ed. ampl. e refor. Porto Alegre: s.n., 2005.

GADAMER, H.G. A incapacidade para o diálogo. In: ALMEIDA, C.L.S. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*. Traduzido por Muriel Maia-Flickinger. Porto Alegre: EDIPUC, 2000. Porto Alegre: EDIPUC, 2000. p.129-140.

GADAMER, H.G. Da palavra ao conceito: a tarefa da hermenêutica enquanto filosofia. In: ALMEIDA, C.L.S. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*. Traduzido por Hans-Georg Flickinger, Porto Alegre: EDIPUC, 2000. p.13-26.

GADAMER, H.G. Homem e linguagem. In: ALMEIDA, C.L.S. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*. Traduzido por Muriel Maia-Flickinger. Porto Alegre: EDIPUC, 2000. p.117-127.

GADAMER, H.G. Sobre o círculo da compreensão. In: ALMEIDA, C.L.S. *Hermenêutica filosófica: nas trilhas de Hans-Georg Gadamer*. Traduzido por Muriel Maia-Flickinger. Porto Alegre: EDIPUC, 2000. Porto Alegre: EDIPUC, 2000. p.141-50.

GADAMER, H.G. *Verdad y método*. 8.ed. Salamanca, España: Sígueme, 1999. [v.1-2].

GANDER, H.H. Hans-George Gadamer: na pista do compreender. In: HENNIGFELD, J.; JANSOHN, H. *Filósofos da atualidade: uma introdução*. Traduzido por Ilson Kayser. São Leopoldo: UNISINOS, 2006. [Coleção História da Filosofia, 9].

GATTI, B.A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber, 2005.

GIL, A.C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GOMES-MINAYO, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, v.13, supl.2. Rio de Janeiro, 1997.

GRONDIN, J. *Introdução à hermenêutica filosófica*. Tradução de Benno Dischinger. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

HARVEY, D. *Condição pós - moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 4.ed. São Paulo: Loyola, 1994.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. *Cadernos Pagu*, v.17, n.18, 2001/2002.

HOBBSAWM, E. *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991*. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IAMAMOTO, M.V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs). *Serviço Social e saúde*. 2. ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

IAMAMOTO, M.V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: *Atribuições privativas do (s) assistente social: em questão*. CEFESS, Brasília, 2002.

LACAZ, F.A.C. *Saúde do trabalhador: Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas*. Universidade Estadual de Campinas, 1996.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs.). *Christopher Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004.

LARANJEIRA, S.M.G. Fordismo e Pós-Fordismo. In: CATTANI, A.D. (Org.) *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Universidade, 1997.

MARTINELLI, M.L. O serviço social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. *Rev. Serviço Social e Sociedade*, v.29, n.57, 1998.

MARTINELLI, M.L. *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINELLI, M.L. *Serviço Social: identidade e alienação*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1993.

MARX, K. *Manuscritos econômicos - filosóficos: textos filosóficos*. Portugal: Edições 70, 1964. v.22.

MATTOSO, J. *O Brasil desempregado: como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90*. São Paulo: Abramo, 2000.

McDOUGALL, J. *Teatros do eu*. Tradução de Orlando Coddá. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

MELLO Fº, J. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MENDES, I.A.C.; MARZIALE, M.H.P. Década de recursos humanos em saúde: 2006-2015. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.14, n.1, 2006.

MENDES, J.M.R. *O verso e o anverso de uma história: o acidente e a morte no trabalho*. Porto Alegre: EDIPUCS, 2003.

MENDES, J.M.R.; OLIVEIRA, P.A.B.O. Acidentes de trabalho: uma exploração arqueológica nas informações oficiais da DRT-RS. *Ser Social*, v.1, n.1, 1998.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública*, v.25, n.5, p.341-9, 1991.

MERLO, A.R.C. (Org.). *Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção*. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

MÉSZÁROS, I. *Para além do capital: rumo a uma teoria da transição*. Campinas: BomTempo, São Paulo, 2002.

MICHAELIS: *Moderno dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MINAYO, M.C.S. (Org.) *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO-GOMES, C.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.10, n.4, 2005.

MINAYO-GOMES, C.; THEDIM-COSTA. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.1, p.125-36, 2003.

MOTA, A.E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e saúde*. 2.ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

- NARDI, H.Co. Saúde do trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO, A.R.C. (Org.). *Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção*. 1.ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004. [v.1, p.43-64].
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.1, n.1, p.75-91, 2002.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- POCHMANN, M. *O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século*. 3.ed. São Paulo: Contexto, 2002.
- REALE, G. *História da filosofia antiga*. Tradução de Henrique Cláudio de Lima Vaz Marcelo Perine. São Paulo: Loyola, 1994. [v. II].
- RICOUER, P. *O si-mesmo como um outro*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 1991.
- ROHDEN, L. *Hermenêutica filosófica: entre a linguagem da experiência e a experiência da linguagem*. Coleção Idéias 7. São Leopoldo: UNISINOS, 2005.
- ROLLI, C.; FERNANDES, F. Estatais contratam terceirizados irregulares. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 4 de jul. 2004, B-5.
- RUDUIT, S. Terceirização/subcontratação. In: CATTANI, A.D. (Org.) *Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia*. 4.ed. rev. ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- SENNETT, R. *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 7.ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- SENNETT, R. *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, v.8, n.5, 2000.
- SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de saúde responsáveis pelo absenteísmo de enfermagem de um hospital universitário. *Acta Scientiarum Health Sciences*. v.25, n.2, 2003.

STALLINGS, B.; PERES, W. *Crescimento, emprego e eqüidade: o impacto das reformas econômicas na América Latina e Caribe*. São Paulo: Campos, 2002.

SUNKEL, O. Globalização, Neoliberalismo e Reformas do Estado. In: PEREIRA, C.; WILHEIM, J.; SOLA, Lourdes. (Org.) *Sociedade e Estado em transformação*. São Paulo: UNESP; Brasília: ENAP, 1999.

VASCONCELOS, A.M. Serviço social e práticas democráticas. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs). *Serviço Social e saúde*. 2.ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da pesquisa: O Processo de Adoecimento dos Trabalhadores da Saúde

I. A justificativa e objetivos da pesquisa

Em conseqüência da reforma do Estado, a partir da década de 80, ocorre a diminuição do Estado em vários setores, inclusive no serviço público Federal. Nesse sentido, o início das privatizações, e conseqüente desvalorização do servidor público com baixos salários falta de incentivos e diminuição de benefícios foram inevitáveis.

A tentativa do governo em diminuir o serviço público ocorre pela extinção de alguns cargos de nível de apoio, desde a medida provisória de 11 de outubro de 1996. A partir de então, esses cargos são substituídos por meio de contratos de empresas subcontratadas (por exemplo, a SULCLIM), os concursos públicos saem da agenda pública e a baixa remuneração do servidor público funciona como justificativa para o elevado índice de gastos do poder público.

Aliada a essas condições, apresenta-se a questão da saúde pública na perspectiva de um modelo de universalização pelo livre acesso, o SUS, que possibilita que todos tenham o direito a saúde. Mas, sem condições dignas à população, sobrecarregando os hospitais públicos e, conseqüentemente, os trabalhadores da saúde.

Como resultados desse processo, adoecem os trabalhadores da saúde e, em conseqüência, o aumento no número de atestados médicos.

O intuito nesta pesquisa é identificar as causas desses atestados, bem como avaliar as conseqüências da organização e das relações de trabalho nas condições de saúde física e mental dos trabalhadores da saúde.

O objetivo geral da pesquisa é esclarecer e analisar os pontos em comum entre as relações de trabalho e a saúde física e mental dos trabalhadores da saúde, propiciando o fortalecimento dos sujeitos coletivos frente às condições de trabalho. Este fortalecimento se busca por meio do grupo focal, caracterizado por reuniões onde os trabalhadores discutem a sua trajetória de adoecimento e as relações de trabalho. Os objetivos específicos são identificar o setor de trabalho do hospital com maior índice de servidores em atestado médicos de saúde; identificar os fatores no processo de trabalho que interferem na saúde física e mental dos trabalhadores da saúde; identificar os espaços de cooperação nas relações de trabalho e a relação do processo saúde/doença com o sofrimento no trabalho.

II. Os procedimentos a serem utilizados

- levantamento dos atestados de saúde dos trabalhadores do hospital no setor de Recursos Humanos;
- entrevista aberta sobre a trajetória de adoecimento do trabalhador. Será utilizado o gravador para posterior análise e interpretação dos dados. As entrevistas serão transcritas não havendo identificação dos respondentes. As fitas, as transcrições e o material serão arquivados pelo pesquisador podendo ser utilizados em trabalhos futuros;
- grupo focal com trabalhadores do setor para a discussão sobre aspectos fundamentais da entrevista em relação ao adoecimento dos trabalhadores, após a obtenção do TCLE destes trabalhadores que poderão ou não ser os mesmos das entrevistas;
- encaminhamento de propostas, à chefia e/ou Direção do HUSM, para a criação de mecanismos que ofereçam espaços de discussão para solução de possíveis conflitos.

III. Os desconfortos ou riscos esperados

A discussão sobre situações que gerem problemas que podem em algumas pessoas mobilizar conflitos internos.

IV. Os benefícios que se pode obter

Obter conhecimento sobre a temática e possibilitar espaços de discussão sobre os problemas relacionados ao adoecimento no trabalho.

V. Garantia de resposta a qualquer pergunta

A qualquer tempo os entrevistados e participantes do grupo focal terão o direito de fazer qualquer pergunta e conseqüentemente o direito a respostas pelo pesquisador;

VI. Liberdade para abandonar a pesquisa sem prejuízo para si

O sujeito pesquisado possui a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer tempo sem sofrer qualquer forma de prejuízo para si;

VII. Garantia de privacidade

A pesquisa manterá a garantia de privacidade não havendo a identificação dos sujeitos participantes da mesma.

Eu, (sujeito pesquisado), fui informado a respeito dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito dos procedimentos e esclareci minhas dúvidas. Sei que, em qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se, assim eu o desejar, de retirar meu consentimento de participação na pesquisa. A Sra. Nildete Terezinha de Oliveira (pesquisadora responsável) certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão utilizados em sua Tese de Doutorado e, posteriormente, em artigos científicos.

VIII. Compromisso com informação atualizada do estudo

Caso tenha novas indagações sobre este estudo, posso chamar a Sra. Nildete Terezinha de Oliveira, pelo telefone 3223.5246, para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo ou, se achar que fui prejudicado pela minha participação, poderei chamar..... (outra pessoa, não o pesquisador, poderá ser o orientador ou o chefe de serviço).

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Nome do sujeito pesquisado

___/___/___

Assinatura do sujeito pesquisado

Nildete Terezinha de Oliveira

Nome do Pesquisador

___/___/___

Assinatura do pesquisador

Este formulário foi lido para _____ (nome do sujeito pesquisado) em ___/___/___ por Nildete Terezinha de Oliveira, enquanto eu estava presente.

Assinatura de testemunha

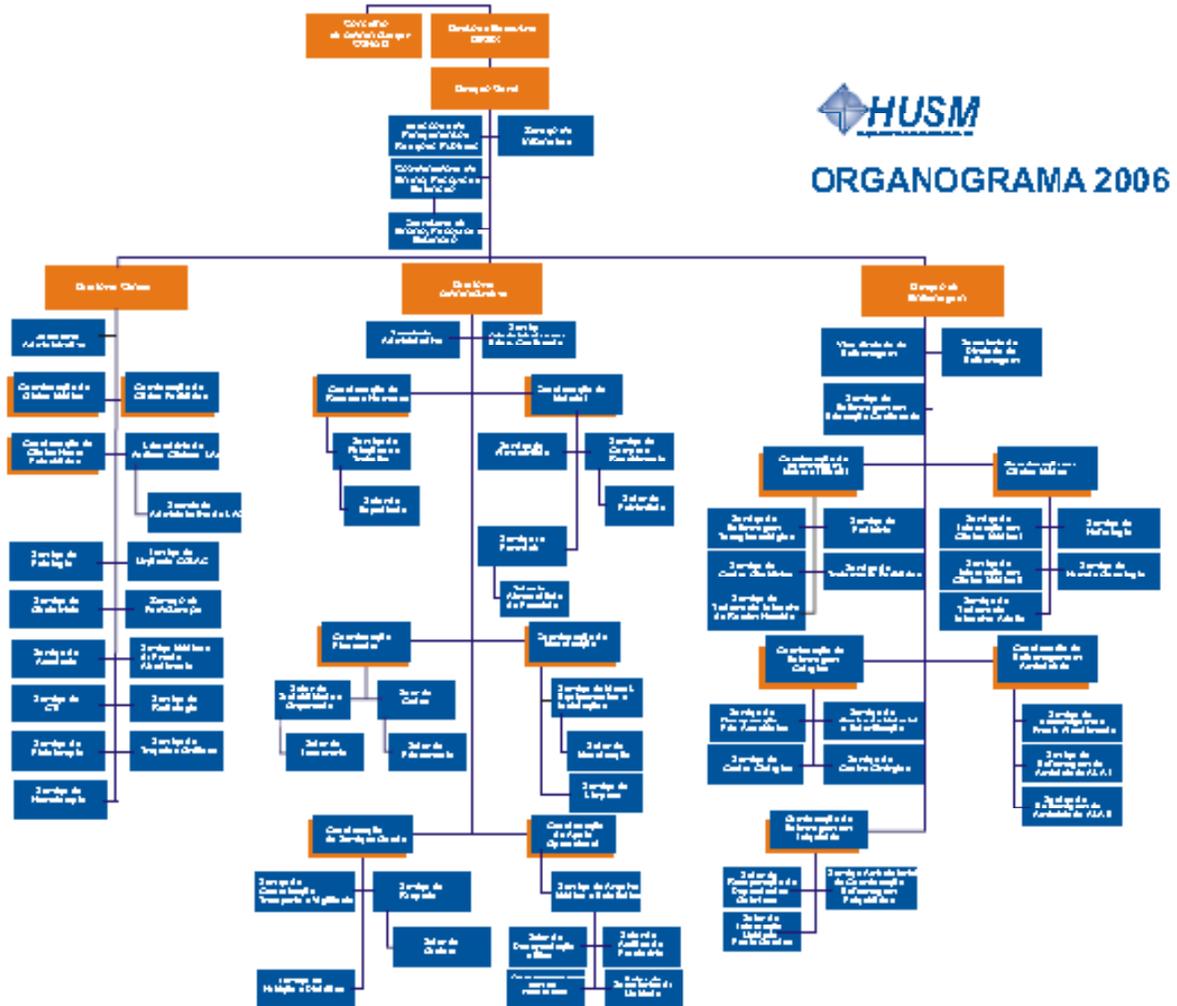
Nome da Testemunha

___/___/___

Obs. Qualquer dúvida ligar ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, na sala 702 da reitoria, fone (55) 3220-9362.

ANEXO 2

ORGANOGRAMA



ORGANOGRAMA 2006

ANEXO 3

CARTA DE APROVAÇÃO

| | |
|--|---|
|  <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p> | <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p>  |
|--|---|

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: O processo de adoecimento do trabalhador em saúde.

Número do processo: 23081.014128/2007-88

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0165.0.243.000-07

Pesquisador Responsável: Nildete Terezinha de Oliveira

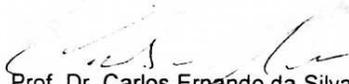
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Jan/2008 Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 09/10/2007

Santa Maria, 19 de outubro de 2007.


Prof. Dr. Carlos Ernando da Silva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO 4

Roteiro de entrevista para os trabalhadores do HUSM

Questionário nº. ____ Data: __/__/__.

Orientações:

Seguem abaixo algumas perguntas acerca do processo de adoecimento dos trabalhadores. Estas respostas serão analisadas e interpretadas e, posteriormente, apresentadas ao grupo de trabalho. Será resguardado sigilo, não identificando o respondente desta entrevista. Você terá toda a liberdade em responder às perguntas de acordo com a sua interpretação, podendo fazer os comentários que achar necessário.

1. Você já passou por algum processo de adoecimento desde que iniciou o trabalho neste setor? Caso a resposta seja sim, qual?

2. Você sabia que o setor onde você trabalha é o local com maior número de atestados médicos expedidos?

3. Fale sobre a trajetória que o levou a adoecer.

4. Fale sobre a trajetória de adoecimento de seu grupo de trabalho.

5. Você acha que a hierarquia na Instituição tem contribuído para o seu adoecimento? Caso responda sim, como?

6. A sua função na profissão é reconhecida na Instituição? Em decisões institucionais, você é solicitada (o) para opinar sobre questões referentes ao seu setor ou ao desenvolvimento geral da Instituição?

7. Existe espaço institucional para o diálogo em equipe?
