



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

JANDRA CIBELE RODRIGUES DE ABRANTES PEREIRA LEITE

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO FATOR DE PRAZER E SOFRIMENTO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS

Rio de Janeiro

2021

JANDRA CIBELE RODRIGUES DE ABRANTES PEREIRA LEITE

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO FATOR DE PRAZER E SOFRIMENTO DE
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS**

Relatório de Tese de Doutorado apresentado à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro - Escola de Enfermagem Anna Nery, como requisito para obtenção do título de doutora.

Orientadora: Prof.^a Dra. Márcia Tereza Luz
Lisboa

Rio de Janeiro

2021

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO COMO FATOR DE PRAZER E SOFRIMENTO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DE CLÍNICAS CIRÚRGICAS

Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada por:

Profa. Dra. Márcia Tereza Luz Lisboa
Presidente

Profa. Dra. Vanderleia de Lurdes Dal Castel Schlindwein
1ª examinadora

Profa. Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza
2ª examinadora

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira
3º examinador

Profa. Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiroz
4ª examinadora

Profa. Dra. Regina Célia G. Zeitoune
Membro suplente

Profa. Dra. Cristiane H. Galasch
Membro suplente

Rio de Janeiro

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CIP - Catalogação na Publicação

L533o Leite, Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira
Organização do trabalho como fator de prazer e
sofrimento de profissionais de enfermagem de
clínicas cirúrgicas / Jandra Cibele Rodrigues de
Abrantes Pereira Leite. -- Rio de Janeiro, 2021.
118 f.

Orientador: Márcia Tereza Luz Lisboa.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

1. saúde do trabalhador. 2. enfermagem. 3.
psicodinâmica do trabalho. 4. hospital. I. Lisboa,
Márcia Tereza Luz , orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a), sob a responsabilidade de Miguel Romeu Amorim Neto - CRB-7/6283.

À família que construí ao longo da minha vida. Meu esposo **Humberto** (in memoriam), grande incentivador e fonte de inspiração nos últimos 33 anos da minha vida; desistiu por vezes de seus próprios sonhos para que os meus fossem realizados, deu todo o suporte que nossas filhas precisaram ao longo desses anos de caminhada, fazendo o papel de pai e mãe, especialmente, nos momentos do doutorado em que estive no Rio de Janeiro. Minhas filhas **Cibele e Ianne**, que são a minha razão de viver. Amo vocês incondicionalmente.

À família que me acompanha do berço até os dias atuais. Meus pais **João** (in memoriam) e **Carmelita**, que me deram a vida e a essência do ser humano que hoje sou; pelo apoio incondicional em todos os momentos, de alegrias e dificuldades; pela maior e melhor oportunidade que um ser humano pode ter – a educação – seja no âmbito familiar, seja no âmbito escolar; pelo amor que é sem dúvidas o maior de todos, amor de pai, amor de mãe. Meus irmãos **Jeanne, Cassandra e João José**, que sempre estiveram ao meu lado, apoiando e incentivando.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus, que me deu o dom da vida e se faz presente em todos os momentos, iluminando meus caminhos e me fortalecendo nos momentos mais difíceis.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro e à Universidade Federal de Rondônia pela oportunidade do Doutorado Interinstitucional (DINTER) junto à Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN).

A todos os colaboradores e corpo docente da EEAN. Cada um teve um papel importante nesse processo de doutoramento e contribuiu para que eu possa ser uma doutora à altura dessa escola.

Aos colegas de turma pelos desafios que enfrentamos e sempre existia uma palavra de incentivo, em especial ao “Tá com Tudo”, grupo composto por Edilene, Rosa, Samia, Clenilda, Marcela e Luana. Vocês foram irmãs que apoiaram e choraram juntas, mas que também deram muitas risadas nos momentos de descontração. Amo vocês!

À minha orientadora Professora Doutora Márcia Tereza Luz Lisboa, pelos ensinamentos, paciência, dedicação e companheirismo ao longo do processo de orientação. Por compreender o pior momento que passei em minha vida e me incentivar a continuar na caminhada. Por sempre ter a palavra certa, na hora certa. Você foi um grande presente desse doutorado.

À minha família que é o bem mais precioso da minha vida: João (in memoriam) e Carmelita (pais); Jeanne, Cassandra e João Josè (irmãos); Paulo, Gabriela (irmãos que a vida me deu) Matheus, Diego e Theo (sobrinhos). Amo vocês.

À família que me adotou em Rondônia, D. Nirce (sogra), Rainério, Dulce e Niara (cunhados), Cícero, Mônica, Célio, Mariana, Amanda, Alice, Nicolas, Márcio, Greice, Pedro Paulo, Sebastião Marcos, Veronice, Fernando e Nathália. O carinho de vocês é reconfortante.

Aos amigos que são irmãos e sempre apoiaram e incentivaram: César, Taiane, Alynne, Itamires, Helton, Vanessa, Denise, Jéssica, Arethusa, Janaína e Caroline. César, você merece um agradecimento especial, pois sempre que precisei me ausentar assumiu minhas responsabilidades profissionais e as desempenhou com maestria. Meu coração é só gratidão por todos vocês.

E o agradecimento muito especial agora se destina aqueles que sempre foram minha razão de viver, Humberto (in memoriam), Cibele e Ianne (minhas filhas). Ao grande amor da minha vida, que foi meu companheiro por 33 anos (10 anos de namoro e 23 anos de casados) expresso aqui toda a minha admiração pela maneira como você viveu e pelo legado que deixou.

O seu apoio e incentivo foram fundamentais para que eu não desistisse. E depois da sua partida o que me manteve firme foi a mensagem onde você diz: “Fica tranquila, do jeito que a banda tocar a gente dança. Em breve serás doutora”. E eu a li quase que diariamente para que o desejo de desistir não superasse o sonho tão antigo de ser doutora. Te amarei eternamente.

Cibele e Ianne, são minha razão de viver. A elas todo o agradecimento pela compreensão das ausências, pelo incentivo e cuidado comigo. A minha felicidade é vê-las crescendo a cada dia. Duas pequenas que são gigantes, pois carregam uma força e determinação enormes. Meu amor por vocês é incondicional.

RESUMO

LEITE, J.C.R.A.P. **Organização do trabalho como fator de prazer e sofrimento de profissionais de enfermagem de clínicas cirúrgicas**. 2021. 117 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Orientadora: Márcia Tereza Luz Lisboa.

Introdução: O trabalho exerce grande influência na vida das pessoas, pois, ao mesmo tempo em que transforma a natureza, altera também o próprio homem, significando, assim, que, pelo trabalho, o homem se autoproduz, mudando as maneiras pelas quais age sobre o mundo, que alteram sua maneira de perceber, de pensar e de sentir. Na sociedade contemporânea, o trabalho ocupa um lugar central na vida do homem, e a importância do trabalho pode repercutir de maneira positiva ou negativa para o trabalhador. E o modelo de organização do trabalho e as condições de trabalho da equipe de enfermagem concorrem com o adoecimento desses trabalhadores, levando-os a sentimentos de prazer e sofrimento na execução de suas atividades laborais. **Objetivos:** Caracterizar a equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas no aspecto socioeconômico; descrever a rotina de trabalho da equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas; identificar a relação entre trabalho prescrito e trabalho real da equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas e analisar as situações geradoras de prazer e sofrimento da equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas. **Método:** trata-se de um estudo com delineamento qualitativo, descritivo, do tipo exploratório, realizado no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), nas Clínicas cirúrgicas I, III e IV. Os participantes da pesquisa foram 30 profissionais de enfermagem, sendo nove enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem. A produção de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada no período de abril a novembro de 2019. A análise de dados sociodemográficos foi realizada a partir de estatística simples descritiva e as entrevistas, realizadas e armazenadas em áudio, foram transcritas integralmente em formato de texto eletrônico e seus dados foram processados pelo software IRaMuTeQ, que fez a análise lexical automática das palavras presentes nos discursos dos entrevistados, por meio da análise através da CHD. Foram respeitados os aspectos éticos. **Resultados:** Com relação aos dados sociodemográficos, 19 (63,33%) consideram-se pardos; 4 (13,33%) são do sexo masculino e 26 (86,66%) são do sexo feminino; a predominância da faixa etária foi de 31 a 40 anos (33,3%); são solteiros, 16 (53,33%); quanto à quantidade de vínculos empregatícios, 17 (56,66%) informaram possuir apenas um vínculo, 12 (40%) possuem dois vínculos e 01 (3,33%) possui três vínculos empregatícios e 18 (60%) informaram realizar 40 horas semanais, 06 (20%) realizam 80 horas semanais, 05 (16,66%) realizam 70 horas semanais; os enfermeiros recebem de três a oito salários mínimos e os técnicos de enfermagem com rendimento de um a cinco salários mínimos; a CHD possibilitou a divisão do corpus textual em quatro classes que foram agrupadas em dois blocos temáticos. O primeiro bloco temático refere-se à Rotina de Trabalho nas Clínicas Cirúrgicas e é composto pela classe 4. O segundo bloco refere-se à Organização do Trabalho, composto por: Trabalho Prescrito e Trabalho Real e foi constituído pela classe 1; Prazer e sofrimento no trabalho é constituído pelas classes 2 e 3. Os blocos temáticos foram discutidos com base no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. **Considerações finais:** defende-se a tese de que os profissionais de enfermagem não relacionam a organização do trabalho como fator desencadeante e condicionante do sofrimento mental no ambiente hospitalar. Portanto, são necessárias alterações significativas na organização do trabalho e implementação de medidas preventivas que possibilitem mais situações de prazer do que sofrimento no trabalho.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; enfermagem; psicodinâmica do trabalho; hospital.

ABSTRACT

LEITE, J.C.R.A.P. **Organization of work as a factor of pleasure and suffering of nursing professionals of surgical clinics.** 2021. 117 s. Thesis (PhD in Nursing) - Health Sciences Center, Federal University of Rio de Janeiro. Advisor: Márcia Tereza Luz Lisboa.

Introduction: The work exerts great influence on people's lives, because, at the same time it transforms nature, it also changes the own human, meaning, thus, that, by work, man self-produces, changing the ways of acting on the world, which alter the way of perceiving, thinking and feeling. In contemporary society, work occupies a central place in human's life, and the importance of work can affect positively or negatively the worker. And the model of work organization and the working conditions of the nursing team compete with the illness of those workers, leading them to feelings of pleasure and suffering in the execution of their labor activities. **Objectives:** To characterize the nursing team of surgical clinics in socioeconomic aspect; describe the work routine of the nursing team of the surgical clinics; identify the relationship between prescribed work and real work of the nursing team of the surgical clinics and analyze the generating situations of pleasure and suffering of the nursing team of the surgical clinics. **Method:** It was a qualitative, descriptive, exploratory-type study, held at the Base Hospital Dr. Ary Pinheiro (Hbap), in Surgical clinics I, III and IV. The research participants were 30 nursing professionals, nine nurses and 21 nursing technicians. Data production was through semi-structured interview from April to November 2019. Sociodemographic data analysis was carried out from simple descriptive statistics and interviews, carried out and audio-stored, being fully transcribed in electronic text and their data were processed by the IRAMUTEQ software, which made the automatic lexical analysis of the words present in the interviewees' speeches through the analysis through the HDC. Ethical aspects were respected. **Results:** concerning sociodemographic data, 19 (63.33%) self-considered brown; 4 (13.33%) are male and 26 (86.66%) are female; the predominant age group was 31 to 40 years (33.3%); singles, 16 (53.33%); as for the amount of employment links, 17 (56.66%) have informed only one link, 12 (40%) have two links and 01 (3.33%) has three employment and 18 (60%) links made 40 hours weekly, 06 (20%) perform 80 hours weekly, 05 (16.66%) perform 70 hours a week; nurses receive from three to eight minimum wages and nursing technicians from one to five minimum wages; HDC enabled the division of the textual corpus into four classes that were grouped into two thematic blocks. The first thematic block refers to the work routine in the surgical clinics and is composed of class 4. The second block refers to the organization of the work, composed of: prescribed work and real work and was constituted by Class 1; Pleasure and suffering at work consists of classes 2 and 3. The thematic blocks were discussed based on the theoretical reference of work psychodynamics. **Final thoughts:** The thesis is advocated that nursing professionals do not relate the organization of work as a triggering and conditioning factor of mental suffering in the hospital environment. Therefore, significant changes in the organization of the work and implementation of preventive measures that allow more situations of pleasure than suffering at work.

Key words: worker's health; nursing; psychodynamic work; hospital.

RESUMEN

LEITE, J.C.R.A.P. **Organización del trabajo como factor de placer y sufrimiento de profesionales de enfermería de clínicas quirúrgicas.** 2021. 117 h. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Río de Janeiro. Orientadora: Márcia Tereza Luz Lisboa.

Introducción: El trabajo ejerce una gran influencia en las vidas de las personas, porque, al mismo tiempo, transforma la naturaleza, también cambia al hombre mismo, lo que significa, por lo tanto, que, por el trabajo, el hombre se auto-produce, cambiando las formas en que actúa sobre el mundo, que altera su forma de percibir, pensar y sentir. En la sociedad contemporánea, el trabajo ocupa un lugar central en la vida del hombre, y la importancia del trabajo puede generar repercusiones positivas o negativas al trabajador. Y el modelo de organización de trabajo y las condiciones de trabajo del equipo de enfermería compiten con la enfermedad de estos trabajadores, lo que los lleva a sentimientos de placer y sufrimiento en la ejecución de sus actividades laborales. **Objetivos:** Caracterizar el equipo de enfermería de clínicas quirúrgicas en aspecto socioeconómico; Describir la rutina de trabajo del equipo de enfermería de las clínicas quirúrgicas; Identificar la relación entre el trabajo prescrito y el trabajo real del equipo de enfermería de las clínicas quirúrgicas y analizar las situaciones generadoras de placer y sufrimiento del equipo de enfermería de las clínicas quirúrgicas. **Método:** fue un estudio cualitativo, descriptivo, de tipo exploratorio, ocurrido en el Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), en las Clínicas quirúrgicas I, III y IV. Los participantes de la investigación fueron 30 profesionales de enfermería, nueve enfermeras y 21 técnicos de enfermería. La producción de datos fue a través de la entrevista semiestructurada de abril a noviembre de 2019. El análisis de datos sociodemográficos se realizó a través de estadísticas y entrevistas descriptivas simples, realizadas y almacenadas en audio, transcritas plenamente en texto electrónico y sus datos fueron procesados por el software IRAMUTEQ, lo que hizo el análisis léxico automático de las palabras presentes en los discursos de los entrevistados a través del análisis a través del CHD. Se respetaron los aspectos éticos. **Resultados:** Con respecto a los datos sociodemográficos, 19 (63.33%) se consideran pardos; 4 (13.33%) son hombres y 26 (86.66%) son mujeres; el predominio del grupo de edad fue de 31 a 40 años (33.3%); son solteros, 16 (53.33%); En cuanto a la cantidad de enlaces de empleo, 17 (56,66%) han informado solo un vínculo de empleo, 12 (40%) tienen dos vínculos de empleo y 01 (3.33%) tiene tres vínculos de empleo y 18 (60%) realizan 40 horas semanales, 06 (20%) realizan 80 horas semanales, 05 (16.66%) realizan 70 horas a la semana; las enfermeras reciben de tres a ocho salarios mínimos y técnicos de enfermería, de un a cinco salarios mínimos; CHD permitió la división del corpus textual en cuatro clases que se agruparon en dos bloques temáticos. El primer bloque temático se refiere a la rutina de trabajo en las clínicas quirúrgicas y está compuesta por la clase 4. El segundo bloque se refiere a la organización del trabajo, compuesta por: trabajo prescrito y trabajo real y se constituyó por clase 1; El placer y el sufrimiento en el trabajo consiste en clases 2 y 3. Los bloques temáticos se discutieron en base a la referencia teórica de la psicodinámica laboral. **Consideraciones finales:** la tesis recomienda que los profesionales de enfermería no relacionen la organización del trabajo como un factor de activación y acondicionamiento del sufrimiento mental en el entorno hospitalario. Por lo tanto, cambios significativos en la organización del trabajo y la implementación de medidas preventivas que permiten más situaciones de placer que sufrir en el trabajo.

Palabras-clave: salud del trabajador; enfermería; trabajo psicodinámico; hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da busca: bases de dados consultadas, referências recuperadas e selecionadas – Rio de Janeiro, 2021.....	30
Figura 2 – Dendrograma 1 da chd	70
Figura 3 – Dendrograma 2 da chd	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos que focaram no sofrimento mental relacionado ao trabalho da equipe de enfermagem – Rio de Janeiro, 2021.....	31
Quadro 2 – Número de problemas relacionados ao trabalho apresentados pela equipe de enfermagem no último ano.....	68
Quadro 3 – Blocos temáticos	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das frequências relativas quanto à categoria profissional	62
Tabela 2 – Distribuição das frequências relativas quanto ao sexo/gênero	63
Tabela 3 – Distribuição das frequências relativas à faixa etária.....	64
Tabela 4 – Distribuição das frequências relativas a estado civil	64
Tabela 5 – Distribuição das frequências relativas ao número de vínculos empregatícios	65
Tabela 6 – Distribuição das frequências relativas à carga horária semanal	65
Tabela 7 – Distribuição das frequências relativas à remuneração salarial	67
Tabela 8 – Distribuição das frequências relativas ao tempo de atuação na enfermagem, na instituição e no setor atual.....	68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de dados de enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética em Pesquisa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Código Internacional de doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DORT	Doenças Osteomusculares relacionadas ao trabalho
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EIPST	Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho
HBAP	Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
GPL	General Public Licence
IRaMuTeQ	Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes de Questionnaires
ITRA	Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento
JSS	<i>Job Stress Scale</i>
LER	Lesão por esforço repetitivo
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MeSH	Medical Subject Headings
NUPENST	Núcleo de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador
ST	Segmentos de texto
UTIPED	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	16
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETO DE ESTUDO E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO	16
1.2 PROBLEMÁTICA.....	19
1.3 TESE	26
1.4 OBJETIVOS	26
1.5 JUSTIFICATIVA.....	26
1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	36
CAPÍTULO II – BASES TEÓRICO CONCEITUAIS	38
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	38
2.1 TRABALHO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	38
2.1.1 O Trabalho de Enfermagem	44
2.2 REFERENCIAL TEÓRICO	48
2.2.1 Psicodinâmica do Trabalho	48
2.2.1.1 Categorias teóricas da Psicodinâmica do Trabalho	50
CAPÍTULO III	53
3 MÉTODO	53
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	53
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	53
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	54
3.3.1 Critérios de Inclusão	55
3.3.2 Critérios de Exclusão	55
3.4 PRODUÇÃO DE DADOS.....	56
3.5 INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DOS DADOS.....	57
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	58
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	60
CAPÍTULO IV.....	62
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	62
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	62
4.2 CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE - CHD	69
4.3 BLOCO 1: ROTINA DE TRABALHO NAS CLÍNICAS CIRÚRGICAS	72
4.3.1 Classe 4: Rotina de trabalho nas clínicas cirúrgicas de enfermeiros e técnicos de enfermagem	72
4.4 BLOCO 2 – ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	78
4.4.1 Classe 1: Trabalho Prescrito e Trabalho Real.....	78
4.4.1.1 Dimensionamento inadequado de recursos humanos	79
4.4.1.2 Estrutura física e Recursos materiais	81
4.4.2 Classe 2 e 3: Prazer e Sofrimento no Trabalho	85
4.4.2.1 Classe 2 – Situações geradoras de sofrimento no trabalho.....	85
4.4.2.2 Classe 3 - Situações geradoras de prazer no trabalho.....	89

CAPÍTULO V	94
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A – Descritores Mesh	108
APÊNDICE B – Chaves de Busca	108
APÊNDICE C – Instrumento de Produção de Dados	110
APÊNDICE D – Carta de Anuência.....	112
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do CEP	115

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 OBJETO DE ESTUDO E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo o sofrimento mental pelo trabalho de membros da equipe de enfermagem atuantes em clínica cirúrgica de um hospital geral. O sofrimento, para Dejours (2019), está diretamente relacionado à investigação das condições em que o trabalho está estruturando a saúde física e psicológica dos trabalhadores que pode se tornar fonte de sofrimento e doença. No entanto, a Psicodinâmica do Trabalho abandona o modelo causal orientado para investigação de síndromes ou doenças mentais para se orientar na investigação da subjetividade e de como ela se manifesta em situações normais de trabalho (DEJOURS, 2019). Em geral, a organização do trabalho envolve múltiplas e complexas dimensões e determinações, tanto no setor de saúde em geral, quanto na enfermagem em particular.

Dejours (1988) afirma ainda que o sofrimento mental resulta da organização do trabalho e que ela domina a vida mental do trabalhador quando descreve que: “a erosão da vida mental individual dos trabalhadores é útil para a implantação de um comportamento condicionado favorável à produção” (DEJOURS, 2015 p. 96). Assim, compreende-se que a exploração do sofrimento pode levar a repercussões na saúde dos trabalhadores do mesmo modo que a exploração da força física.

O estímulo para abordagem da temática emergiu a partir de algumas inquietações oriundas da prática profissional, quando exercendo a assistência direta ao paciente gravemente enfermo. Durante 20 anos, tive a oportunidade de perceber o constante adoecimento dos profissionais de enfermagem em unidades hospitalares nos aspectos físico, psíquico e social. Outro estímulo foi dar continuidade à pesquisa realizada na dissertação de mestrado voltada à saúde do trabalhador.

No mestrado, foi realizada uma investigação utilizando o instrumento intitulado Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) e os resultados obtidos

evidenciaram adoecimento da equipe de enfermagem principalmente no que se refere aos aspectos psicológicos e sociais. No entanto, a investigação realizada não permitiu um aprofundamento quanto aos sentimentos desses profissionais a esse processo de adoecimento, principalmente no que diz respeito à organização do trabalho.

Segundo Dejours (1992 p. 25), a organização do trabalho “é designada como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (à medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade.” Conceito esse que vai ao encontro da filosofia do trabalho da enfermagem moderna, na qual a divisão de trabalho e a hierarquia são marcantes.

Para Ribeiro (2011), a organização do trabalho pode ser entendida como o conjunto de práticas articuladoras de processos de trabalhos historicamente determinados, associados à incorporação da força de trabalho ao capital. E ela possui três elementos que estão inter-relacionados, que são: o conteúdo do trabalho (o que se faz), o método do trabalho (como se faz) e as relações interpessoais (relações de poder, de hierarquia, de controle, de competitividade, de cooperação, entre outros). As diferentes formas de articulação desses elementos é que irão configurar os diferentes modelos de organização de trabalho.

Através dos resultados obtidos na investigação do mestrado, pode-se perceber que a organização do trabalho, na instituição investigada, mesmo na atualidade, ainda reflete o modelo de gestão taylorista, baseado na fragmentação do trabalho, com especialização dos trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas, hierarquia rígida, controle gerencial do processo de produção, desequilíbrio nas cargas de trabalho, separação entre concepção e execução, levando à desmotivação e alienação do trabalhador (LEITE; MONTEIRO, 2017). Evidencia-se, portanto, que esses trabalhadores estão expostos a graves riscos de adoecimento. No entanto, faz-se necessário que esses profissionais entendam as implicações da organização e das condições de trabalho para seu processo saúde doença enquanto trabalhador da área de saúde, tendo em vista que organização do trabalho centrada no modelo taylorista dificulta a possibilidade de criatividade e manifestação da subjetividade do trabalhador.

Para Dejours (1992), as condições de trabalho constituem um conjunto de fatores que evidenciam a carga de trabalho à qual o trabalhador está exposto, apresentando as variáveis de: ambiente físico, ambiente químico, ambiente biológico, condições de higiene e segurança e as características antropométricas do posto de trabalho.

Ressalta-se que as condições de trabalho irão interferir diretamente na realização do trabalho prescrito e real no dia-a-dia desses trabalhadores. O trabalho prescrito é ditado por regras e normas. As prescrições estão relacionadas com as representações sobre a divisão do trabalho, as normas, o tempo e o controle exigido para o desempenho da tarefa. O trabalho prescrito corresponde ao que antecede à execução da tarefa. Enquanto que o trabalho real refere-se ao momento da execução, onde os trabalhadores vivenciam circunstâncias variáveis ou imprevistas (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

Importante enfatizar que esses trabalhadores estudados durante o mestrado estão inseridos em uma instituição hospitalar que, por si só, configura-se como ambiente que predispõe o trabalhador ao adoecimento e ao risco ocupacional (SILVA et al., 2016). Sendo um local onde o funcionamento total da organização exige o regime em turnos e plantões, permite duplos empregos e as longas jornadas de trabalho, que acabam sendo práticas comuns dos profissionais de enfermagem, como forma de complementar a renda salarial.

Segundo Boaretto et al. (2016), os profissionais de enfermagem reconhecem que o ambiente hospitalar é constituído por um trabalho complexo que exige elevados níveis de atenção para atender a demanda, tendo em vista que a prestação de cuidados aos pacientes está envolta nas particularidades e complexidades de cuidados individuais.

E se tratando do contexto do trabalho na área hospitalar, Martinez e Fischer (2019) esclarecem que é um trabalho onde as cargas físicas e mentais são intensas e que abrange diversas atividades e serviços como a prestação de assistência direta ao paciente, serviços técnicos de apoio à assistência e serviços sem envolvimento direto com a assistência. E em todas essas dimensões, os trabalhadores de enfermagem ficam diante de inúmeros desafios que envolvem lutas diárias, partilhas de decisões com estabelecimentos de prioridades, divisão de escalas e tarefas, a constante necessidade de atualizações e capacitações, além de ter que lidar com todos os avanços tecnológicos. Mostrando, portanto, toda a complexidade desse trabalho.

Fernandes et al. (2018) descrevem que os hospitais são organizações complexas e heterogêneas, além de serem permeadas por interesses diversos. E Lucca e Rodrigues (2015) fazem descrição do contexto do trabalho hospitalar corroborando Martinez e Fischer (2019), e complementam que o desempenho dos profissionais na execução de várias atividades leva-os forçadamente a um controle mental e emocional.

Pretende-se continuar a investigação iniciada no mestrado utilizando o mesmo cenário de pesquisa. Nessa instituição, a equipe de enfermagem trabalha em escalas de plantão de 12 por 36 horas, ou de 24 horas, tendo em alguns setores a presença do enfermeiro diarista (trabalha em apenas um turno - manhã ou tarde – e esse profissional responsabiliza-se pela parte administrativa do serviço). Atualmente, com o quantitativo reduzido de recursos humanos, em muitas clínicas, o enfermeiro fica responsável por uma média de 30 leitos e o técnico de enfermagem por 08 a 10 leitos. Essa redução de recursos humanos leva também ao aumento de plantões extras (cada profissional pode realizar até 10 plantões extras/mês), aumentando, assim, a carga horária diária ou semanal, tendo em vista que muitos têm duplo ou triplo vínculo empregatício.

1.2 PROBLEMÁTICA

Importante ressaltar a influência do trabalho na vida das pessoas, pois sabemos que o trabalho, ao mesmo tempo em que transforma a natureza, altera também o próprio indivíduo, significando, assim, que, pelo trabalho, o ser humano se autoproduz, mudando as maneiras pelas quais age sobre o mundo, que alteram sua maneira de perceber, de pensar e de sentir. Pode-se, portanto, inferir que o indivíduo é um ser que trabalha e, por meio do trabalho, transforma a natureza e a si mesmo (LHUILIER, 2013).

Marx (1982) traz a percepção de que o ser humano é diferenciado dos animais pelo trabalho, pois planeja a tarefa e prevê o resultado. Refere ainda que o trabalho humano seja resultante do dispêndio de energia física e mental, voltada direta ou indiretamente para a produção de bens e serviços, visando à reprodução da vida humana, individual e social. Pode-se, portanto, dizer que através do trabalho são estabelecidas novas relações humanas, acumulando-se novas experiências, conhecimentos e também emoções. Além disso, o trabalho é uma fonte de socialização que possibilita o contato com a comunidade no local de trabalho.

O trabalho em saúde tem como finalidade principal a ação terapêutica de saúde, e a enfermagem compõe a equipe de saúde, cuja finalidade do seu trabalho é o cuidado da pessoa, das famílias e das comunidades que necessitam de cuidados de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (FORTE, et. al., 2019).

Os elementos do processo de trabalho em enfermagem, de acordo com Forte et al. (2019), são: Força de Trabalho – composta por profissionais habilitados para exercer a profissão; Objeto de Trabalho – constituído pelos indivíduos e coletividade que necessitam dos cuidados de enfermagem e os Instrumentos de Trabalho – que são os equipamentos, materiais de consumo, máquinas e também os conhecimentos e técnicas que orientam as ações de enfermagem.

Na sociedade contemporânea, o trabalho ocupa um lugar central na vida das pessoas, e a importância do trabalho pode repercutir de maneira positiva ou negativa para o trabalhador (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018). E todas as mudanças ocorridas ao longo dos tempos, especialmente aquelas concernentes ao trabalho humano, têm sido referenciadas, historicamente, por fatores sociais, políticos e econômicos. Estão relacionadas principalmente à intensificação do trabalho, representando cada vez mais um mal-estar manifestado por problemas e agravos à saúde dos trabalhadores (PINA; STOTZ, 2015). E as práticas laborativas do trabalhador em saúde, para atender as demandas contemporâneas, passaram por um processo de evolução, e os profissionais de enfermagem encontram-se inseridos em todo esse contexto de transformações.

Desde a era industrial, segundo Antunes e Praun (2015), ocorreram diversas mudanças nos costumes e no processo e forma de organização do trabalho, e enfatiza que, na atualidade, a pessoa inserida no mundo globalizado está mais susceptível às pressões e aos estímulos do que em qualquer outra época. E em muitas situações, torna-se necessário o ajuste, as adaptações do profissional no seu dia-a-dia de produção laboral.

O mundo do trabalho está diretamente relacionado com a globalização, os modelos de gestão e as novas tecnologias, fatores esses que determinaram uma reestruturação produtiva que promoveu modificações no conteúdo e no significado do trabalho (ANTUNES; PRAUN, 2015).

As mudanças e a capacidade do ser humano em se ajustar podem gerar um descompasso, surgindo incertezas e insatisfação com o modo de vida, o que leva a sentimentos como tédio, angústia, ansiedade, prazer, sofrimento e frustração (SILVA; MATTOS, 2018). E essa constante adaptação poderá interferir diretamente na saúde do trabalhador, nos níveis físico, psicológico, emocional e espiritual.

As doenças e os agravos à saúde do trabalhador são considerados por Michaello et al. (2020) e Carvalho et al. (2017) como inerentes ao processo produtivo e estão diretamente relacionados com a exposição às diversas cargas de trabalho. Carvalho et al. (2017) complementam ainda que as cargas de trabalho na enfermagem estão relacionadas ao excesso de trabalho, estruturas físicas inadequadas, trabalhadores em quantidade insuficiente e as excessivas jornadas de trabalho. E que as cargas de trabalho são caracterizadas como cargas de materialidade externa (cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas) e as de materialidade interna (fisiológicas e psíquicas).

Torna-se premente destacarmos a influência do modelo neoliberal na organização e processo de trabalho dos trabalhadores em geral e também dos profissionais de enfermagem. Desde 1990, vivenciamos as transformações no mundo do trabalho oriundas da busca da maximização do lucro que traz como consequência a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, redução do número de recursos humanos, aumento da contratação de serviços terceirizados, incentivo ao trabalho precário e ampliação do desemprego estrutural (GONÇALVES et al., 2014; 2015).

O neoliberalismo para Antunes e Praun (2015) promoveu uma reestruturação produtiva, tendo como consequências a flexibilização, a informalidade e a profunda precarização das condições de trabalho e vida dos trabalhadores.

Estudo realizado por Gonçalves et al. (2014) com 34 trabalhadores da equipe de enfermagem mostra que o modelo neoliberal traz implicações para o processo saúde-doença desses trabalhadores, uma vez que esse modelo privilegia o capital e a produtividade em detrimento da qualidade de vida. Foi evidenciado pelo estudo que os trabalhadores apresentavam diversas manifestações/doenças como: taquicardia, sudorese, cefaleia, tontura, epigastralgia, hipertensão arterial sistêmica, entre outras. Estudo esse que comprova a inferência de Antunes e Praun (2015) quanto ao aumento dos indicadores de acidentes e doenças profissionais que estão ocorrendo em virtude das mudanças em curso das últimas décadas.

Merlo, Bottega e Perez (2014) descrevem que, a partir da experiência de atendimento ambulatorial de Doenças do Trabalho no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os profissionais costumam relatar diversos sintomas: gerais (insônia, dor nas costas, uso regular de bebidas alcoólicas, de maconha ou de tranquilizantes); físicos (astenia, dores abdominais, dores musculares, dores articulares, distúrbios do sono e do apetite); emocionais (irritabilidade,

angústia, ansiedade, excitação, tristeza); intelectuais (distúrbios de concentração, distúrbios de memória, dificuldades para tomar iniciativas ou decisões) e comportamentais (modificação dos hábitos alimentares, comportamentos violentos e agressivos, fechamento sobre si mesmo, dificuldades para cooperar).

A terceirização no modelo neoliberal é incentivada e vários estudos (ANTUNES; PRAUM, 2015; GONÇALVES et al., 2015; SOUZA et al., 2017) revelam o quanto os terceirizados são mais vulneráveis e estão mais expostos aos riscos de acidentes. Antunes e Praun (2015) enfatizam que a terceirização tornou-se um dos elementos centrais do atual processo de precarização do trabalho no Brasil e está presente em todos os ramos, setores e espaços de trabalho e que a terceirização flexibiliza os contratos, eximindo-os da proteção trabalhista.

Destaca-se que o cenário de estudo é hierarquicamente subordinado à Secretaria Estadual de Saúde, portanto, os servidores são estatutários e esse é o único vínculo empregatício existente na unidade. Fato esse que não inviabiliza a precarização do trabalho nessa unidade, tendo em vista que, de acordo com Santos et al. (2020), Campos (2018) e Druck (2016), a partir da Reforma do Aparelho do Estado no Brasil, os serviços públicos têm revelado a precarização do trabalho por meio da ausência de reajustes salariais dos servidores estatutários, sucateamento das estruturas de trabalho, fragmentação das tarefas, ambiguidade nos modelos administrativos, conflitos de poder, ausência de plano de cargos, carreiras e salários.

E mesmo não havendo ainda a contratação de serviços terceirizados de enfermagem, o estado realizou o último concurso público em 2017, quando houve a oferta de 336 vagas para técnicos de enfermagem (para suprir a necessidade dos municípios do interior e capital), 10 vagas para enfermeiro generalista, sendo uma para portador de necessidades especiais (vagas apenas para municípios do interior), uma vaga para enfermeiro do trabalho (capital), uma vaga para enfermeiro perfusionista (capital) e uma vaga para enfermeiro nefrologista (capital). Isso evidencia que, provavelmente, não foi suprida a necessidade de profissionais para todas as unidades de saúde do estado e caracterizando que esses trabalhadores permanecerão com carga horária excessiva e ritmo intenso de trabalho. Fato esse constatado pela contratação emergencial de profissionais no ano de 2020.

Infere-se, portanto, que os trabalhadores de enfermagem que fizeram parte do presente estudo estão duplamente expostos ao risco de adoecimento mental, tendo em vista que, no

trabalho desenvolvido por Leite e Monteiro (2017), evidenciou-se a presença do trabalho nos moldes taylorista, e, na atualidade, temos também a influência do modelo neoliberal. Segundo Souza et al. (2017), no cenário hospitalar o modelo neoliberal atinge negativamente o trabalhador e reflete na qualidade do trabalho prestado.

Sendo assim, as condições de trabalho e os riscos ocupacionais do enfermeiro podem ser analisados por diferentes abordagens e, tendo em vista toda a subjetividade que permeia as ações desse trabalhador, optou-se pela condução desse estudo à luz do referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho, entendendo que seus conceitos darão conta de explicar o fenômeno escolhido para o estudo. Cabe esclarecer que a Psicodinâmica do Trabalho trata principalmente de questões de trabalhadores de fábricas e construções civis, no entanto, seus conceitos podem ser aplicados aos trabalhadores da saúde e da enfermagem.

A Psicodinâmica do Trabalho aborda a inter-relação entre o sofrimento mental, proveniente dos conflitos entre o sujeito e a realidade do trabalho, bem como as estratégias de mediação utilizadas pelos trabalhadores para lidarem com o sofrimento, transformando, assim, o trabalho em fonte de prazer (BARROS; MENDES, 2003).

Em virtude da capacidade da Psicodinâmica do Trabalho em preencher lacunas epistemológicas do conhecimento em saúde mental e trabalho, esta abordagem encontrou repercussão entre pesquisadores e técnicos brasileiros que atuam na área da Saúde do Trabalhador (MERLO, 2002).

O percurso da Psicodinâmica do Trabalho foi caracterizado por três diferentes fases: o primeiro momento teve início na década de 80, onde se buscava compreender o sofrimento e os modos como os trabalhadores lidavam com ele; na década de 90, o enfoque da teoria passou a ser o estudo das vivências de prazer e de sofrimento no trabalho, considerando também a construção da identidade do trabalhador; no final da década de 90, a teoria passou a estudar as novas configurações das organizações de trabalho, as estratégias defensivas, as patologias sociais e o sentido das vivências de trabalho, tendo, nesse período, a consolidação da Psicodinâmica do Trabalho como abordagem científica (MENDES, 2007).

Entende-se, portanto, que, como a presente pesquisa apresenta uma abordagem sobre a saúde da equipe de enfermagem, torna-se imprescindível trazer as bases da psicodinâmica para análise e discussão das relações de saúde e sofrimento mental desses trabalhadores, tendo em vista as peculiaridades das atividades realizadas por esse profissional.

A repercussão do adoecimento da equipe de enfermagem envolve principalmente a qualidade da assistência prestada aos pacientes, porque há aumento no número de absenteísmo, de incapacidades temporárias ou permanentes e também fica comprometida a qualidade de vida desses profissionais. Para melhor entendimento quanto às características do adoecimento dos profissionais que se pretendem investigar, buscou-se maior esclarecimento quanto ao índice de absenteísmo nessa unidade hospitalar através dos setores de Recursos Humanos, Gerência de Enfermagem e no Serviço de Saúde do Trabalhador; no entanto, não existem registros fidedignos de absenteísmo nessa unidade.

Na Gerência de Enfermagem, foi possível localizar um livro de registros do quantitativo de atestados médicos apresentados pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e o pessoal do serviço de apoio). Os dados que constam nesse livro são: nome do servidor, período do afastamento e CID-10. Não especifica a categoria profissional, e os registros do CID-10 são incompletos. Como é um registro manual, por vezes, a caligrafia é ilegível e não constam os dados necessários para identificação exata da patologia que levou ao afastamento do servidor.

Contudo, foi possível verificar que, no ano de 2015, foram apresentados 1.164 atestados médicos; em 2016, 1.050 atestados, e até o dia 14 de dezembro de 2017, 819 atestados. O período de afastamento desses servidores gira em torno de 1 a 180 dias. Mesmo não havendo uma fidedignidade quanto ao registro do CID-10, foi possível observar que muitos atestados acontecem em virtude de doenças musculoesqueléticas e também de transtornos mentais. Tentou-se atualizar esses dados, no entanto, o livro de registros não está mais sendo preenchido pelo fato desses dados serem lançados desde 2018 no sistema digital que a unidade utiliza atualmente.

Sabe-se que o processo de trabalho da equipe de enfermagem tem algumas peculiaridades como prestação de assistência ininterrupta por 24 horas e o exercício de atividades diretamente relacionadas ao cuidado. Salienta-se também que a equipe de enfermagem tem os trabalhadores de saúde que mais entram em contato com os pacientes e são responsáveis pela execução da maior parte das ações de saúde, levando também em consideração a extensa jornada de trabalho, pois muitos profissionais possuem duplo ou triplo vínculo empregatício.

Ao longo dos anos, a enfermagem tem adquirido novos conhecimentos e assumido seu espaço perante a sociedade e demais categorias profissionais da equipe de saúde; no entanto, a prática diária ainda está muito voltada para o modelo taylorista de organização de trabalho e a crescente fragmentação do trabalho, com vistas à sua padronização e programação. Organização essa que leva à transformação da subjetividade e da autonomia, implicando perda de participação do trabalhador na concepção e execução do trabalho, levando à diminuição de possibilidades de criação na prática diária, bem como satisfação na realização do trabalho.

Envolta nesse processo saúde-doença do trabalhador de enfermagem, está a subjetividade que permeia o dia-a-dia das pessoas e, na maioria das vezes, elas não conseguem perceber a influência que exerce em suas vidas, em seus comportamentos e relacionamentos com o outro. A manifestação da subjetividade é representada pela forma como o indivíduo percebe e se relaciona com o mundo, e as organizações parecem não desejar a manifestação da subjetividade, tendo em vista que exaltam os indivíduos normatizados e articulados (PIVOTO et al., 2017).

No entanto, apesar de pouco percebido, sabe-se que o processo deflagrado pela negação da subjetividade, ou seja, da supressão do eu, gera impactos negativos e, em muitos casos, faz-se sentir, através do adoecimento físico e mental (BUSANELLO, 2012). É constante, no contexto hospitalar, que a subjetividade do ser seja frequentemente desconsiderada, o que leva a sentimentos conflituosos e à falta de entendimento do sentido do trabalho. Em muitas situações, não considerar o próprio eu tem relação direta com a forma de organização do trabalho e as normas impostas pela instituição.

Santos et al. (2019) enfatizam que, para o enfermeiro desenvolver plenamente suas atividades, é fundamental que ele assuma e se aproprie de sua identidade, e que tenha autonomia, aumentando, assim, sua capacidade de autodeterminação.

Destarte, portanto, a importância de os profissionais de enfermagem entenderem a influência de todos esses fatores no seu processo de adoecimento. Na maioria das vezes, o trabalhador de enfermagem está envolto em inúmeras atividades assistenciais e administrativas, que não percebe os condicionantes e determinantes do seu processo saúde-doença.

Dessa forma, pressupõe-se que o modelo de organização do trabalho e o processo de trabalho da equipe de enfermagem concorram com o adoecimento desses trabalhadores e eles necessitem se perceber como pessoas que enfrentam este processo com algumas limitações,

mudanças nas relações familiares, adesão ao tratamento e com realização da prevenção e promoção da saúde.

1.3 TESE

Considerando a complexidade das situações e dos contextos que envolvem os cuidados de enfermagem, e entendendo a subjetividade como um valor de poder criativo de novos dispositivos inovadores, além de uma intrincada e dialética produção de sentidos que o presente estudo traz, emergiu a seguinte tese: Os profissionais de enfermagem não relacionam a organização do trabalho como fator desencadeante e condicionante do sofrimento mental no ambiente hospitalar.

1.4 OBJETIVOS

- Caracterizar a equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas no aspecto socioeconômico;
- Descrever a rotina de trabalho da equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas;
- Identificar a relação entre trabalho prescrito e trabalho real da equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas;
- Analisar as situações geradoras de prazer e sofrimento da equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas.

1.5 JUSTIFICATIVA

Desde a pré-história aos dias atuais, o trabalho assume um importante papel na aquisição de uma identidade social. No entanto, na atualidade, as relações indivíduo-trabalho vêm se alterando em virtude das transformações socioeconômicas da sociedade. A exposição do trabalhador a certas situações no ambiente de trabalho pode desencadear sofrimento físico ou mental que afetam diretamente sua saúde.

Nesse contexto, enfatiza-se que a enfermagem sofre o impacto das políticas sociais e econômicas do país, como as más condições de trabalho, fato esse comprovado pelo

adoecimento do profissional, mas que não tem transparência nem visibilidade nas estatísticas oficiais (SILVA et al., 2016).

A equipe de enfermagem pode adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exerce ou pelas condições adversas em que seu trabalho é realizado, bem como pelo modo de organização do trabalho.

Brasil (2018) enfatizava que o trabalho exerce grande influência sobre a saúde, as condições de trabalho refletem valores e regras sociais e as doenças dos trabalhadores relacionam-se com diversas variáveis pessoais e institucionais. As formas de adoecimento podem ser causadas e/ou modificadas pela frequência, gravidade ou latência, dependendo do trabalho que exerce ou exerceu ao longo da vida. Clein, Tonello e Pessa (2014 p. 55) reforçam esse pensamento quando inferem que, “quando o trabalho é desgastante, com número de repetições além do que se pode suportar, provoca reações e danos na saúde física e psicológica”.

Os mesmos autores complementam que o corpo pode chegar ao seu limite pela constante exaustão, levando a complicações em virtude do desgaste físico com consequentes repercussões psicológicas, levando ao desequilíbrio emocional.

Na atualidade, percebe-se o crescente adoecimento mental dos profissionais, mas a ênfase dos estudos ainda está relacionada ao sofrimento físico, aos acidentes trabalhistas e outras patologias profissionais, com pouca consideração ao sofrimento mental, o que é péssimo para o trabalhador, que acaba por sentir os reflexos do sofrimento em sua vida pessoal e familiar. O próprio profissional, por vezes, nega essa situação ou nem sempre identifica seu sofrimento como sendo de ordem psíquica e relacionado ao trabalho.

Na apresentação da frequência de notificações de agravos relacionados ao trabalho, no período de 2010 a 2015, divulgados por Brasil (2017), mostra-se um total de 809.520 notificações em todo o território nacional, sendo mais frequentes os acidentes de trabalho grave, com 439.457 (54,3%) casos, seguidos pelos acidentes de trabalho com exposição a material biológico, com 276.699 (34,2%), e lesão por esforço repetitivo/doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (LER/DORT), com 47.152 (5,8%). Quando se comparam as notificações dos anos de 2010 e 2015, observa-se um aumento de 74,4% no número de registros, que passou de 90.207 em 2010, para 157.333 em 2015. O agravo com maior incremento de notificações, nesse período, foi o câncer relacionado ao trabalho, que apresentou uma elevação de 657,7%, seguido pela perda auditiva induzida pelo ruído (191,8%) e os transtornos mentais relacionados ao trabalho, com um incremento de 168,6%.

Cabe destacar que, em Rondônia, de acordo com o Relatório Anual de Gestão de 2017, as notificações relacionadas à saúde do Trabalhador apresentaram um total de 1.400 casos de agravos relacionados ao trabalho; no entanto, esses registros são relativos às notificações de acidente de trabalho grave, acidente de trabalho com material biológico e intoxicação exógena relacionada ao trabalho (AGEVISA, 2018). Não, existem, portanto, no estado de Rondônia, dados relacionados aos transtornos mentais relacionados ao trabalho no Relatório Anual de Gestão de 2017.

Estudo realizado por Pacheco e Schlindwein (2016) em hospital público no estado de Rondônia, com o objetivo de investigar os afastamentos do trabalho por atestado médico entre profissionais de enfermagem, teve como resultados que os enfermeiros são os profissionais que mais se afastam por adoecimento (69,56%), seguidos dos auxiliares de enfermagem (61,39%) e, por último, os técnicos de enfermagem com um percentual de 60,32%. O estudo não apresenta as causas dos afastamentos, mas já mostra fortes indícios de risco de adoecimento desses profissionais.

Considera-se também que as dimensões organizacionais do trabalho, a baixa remuneração, as jornadas de trabalho extenuantes, a reduzida autonomia, o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, o contato com a dor, o sofrimento e a morte afetam a saúde do profissional de enfermagem (MARTINEZ; FISCHER, 2019; WANDER, 2016).

Revisão integrativa realizada por Carvalho et al. (2017), com seleção de 50 estudos, evidenciou que as cargas de trabalho influenciam diretamente na saúde do trabalhador de enfermagem e que geram consequências, acarretando em absenteísmos, estresses, desgastes físicos e emocionais e riscos para acidentes de trabalho.

Atualmente, vem crescendo a preocupação com a saúde do trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar em virtude dos riscos oferecidos pelo ambiente e as características das atividades peculiares desse profissional, e muitos pesquisadores têm voltado sua atenção para essa questão.

Diante desta problemática, e tendo em vista a necessidade de identificar a produção científica acerca do objeto de estudo, foi realizada uma revisão integrativa utilizando a estratégia PICO através da questão: Quais as evidências científicas sobre o adoecimento mental da equipe de enfermagem relacionado ao trabalho em ambiente hospitalar?

A partir do sítio eletrônico Descritores em Ciências da Saúde (DECS), os seguintes descritores e seus sinônimos foram selecionados: Equipe de Enfermagem; Estresse psicológico (Sinônimos: sofrimento psíquico, sofrimento mental e estresse emocional); Trabalho; Condições de trabalho; Saúde do trabalhador (Sinônimo: saúde ocupacional) e Hospital (Sinônimos: Centro hospitalar, Centros hospitalares, Nosocômio e Nosocômios). Os termos adoecimento psíquico e Organização do trabalho foram adicionados para maximizar os achados e potencial de análise. Foram selecionados os termos no idioma inglês e seus sinônimos a partir de pesquisa no sítio eletrônico *Medical Subject Headings* – MeSH (APÊNDICE A). Apenas o descritor Condições de trabalho não faz parte do rol de descritores MeSH.

As buscas foram realizadas conforme estratégias específicas (APÊNDICE B), no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo as bases de dados científicas Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS). Nas bases de dados multidisciplinares do portal Periódicos da Capes: Scopus (Elsevier). Inclui-se o portal PubMed da NLM que contém a base de dados MEDLINE. Também foram feitas buscas manuais no *Google School*.

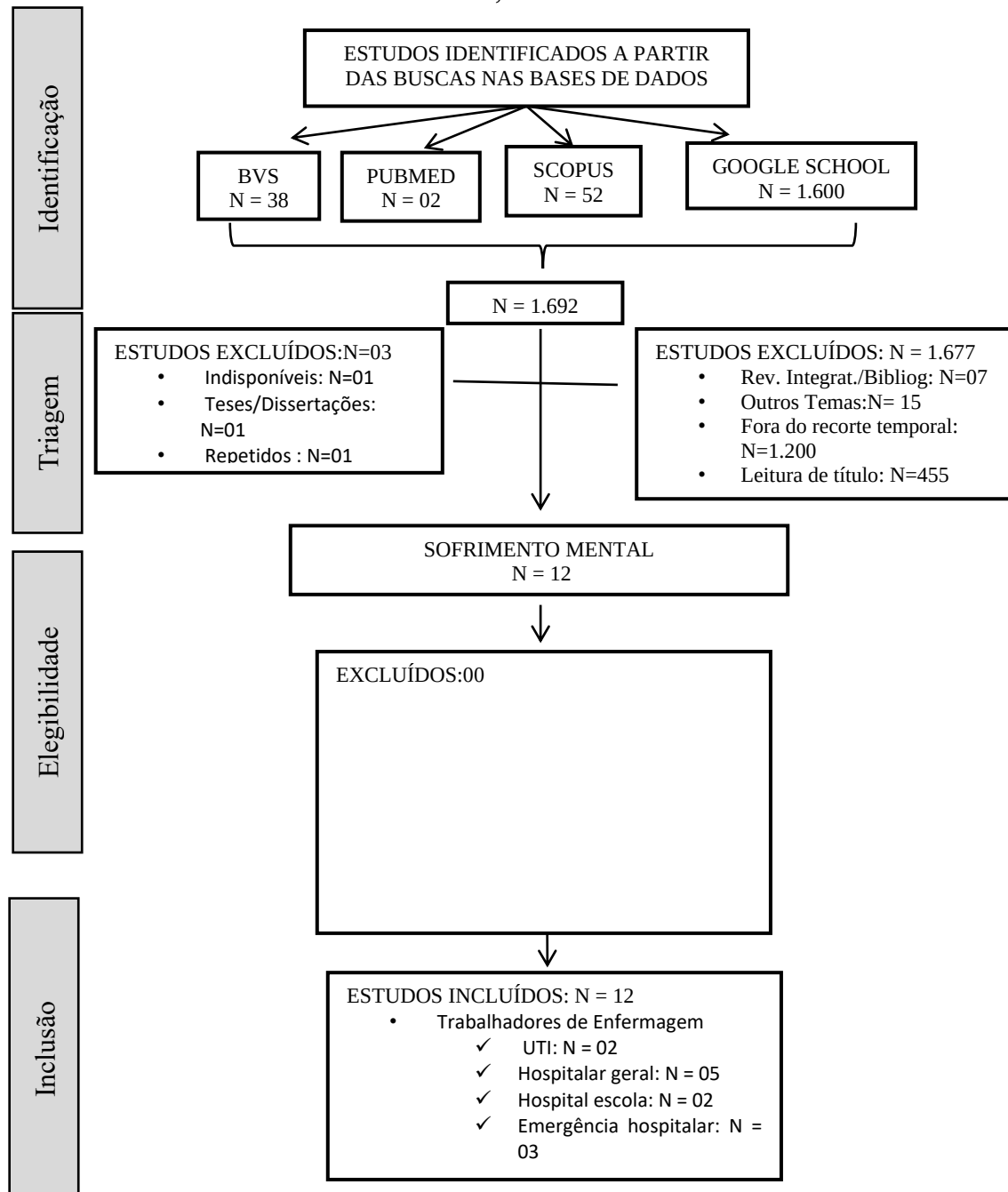
Foram critérios de inclusão dos estudos: artigos originais, completos e de domínio público, nos idiomas inglês, espanhol ou português, que tinham como população de estudo profissionais de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem). Não foram incluídos dissertações, teses, guias, manuais, diretrizes, editoriais e comentários. Foi estipulado recorte temporal de 2015 a 2020 por entender a importância em identificar a tendência dos estudos na atualidade.

A busca identificou 1.692 documentos, dentre estes, 38 na base de dados BVS (sendo 27 na LILACS, 7 na BDENF e 4 na IBECS), 2 na PubMed, 52 na SCOPUS e 1.600 no Google School. Após a identificação, procedeu-se à seleção dos estudos de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão definidos previamente. A seleção inicial foi realizada por meio da leitura dos títulos, quando necessário, dos resumos, e quando estes não se mostraram suficientes, procedeu-se à leitura dos artigos na íntegra.

Os artigos excluídos seguiram os seguintes critérios: referem-se a outros temas (n=15), repetidos (n=01), teses/dissertações (n=01), revisão integrativa/bibliográfica (n=07), indisponíveis (n=01), fora do recorte temporal (n= 1.200); leitura de título (n=455). Foram selecionados 12 artigos de interesse. No entanto, foi evidenciada apenas uma pesquisa com foco

na percepção da equipe de enfermagem quanto à relação entre o trabalho e saúde. Fluxograma da busca descrito na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma da busca: Bases de dados consultadas, referências recuperadas e selecionadas – Rio de Janeiro, 2021.



Fonte: A autora.

Na fase de triagem, ficou evidente que a maioria dos estudos está voltado para o adoecimento físico da equipe de enfermagem. Ressalta-se, portanto, a necessidade de ampliação

de estudos sobre o sofrimento mental dessa equipe, considerando que existe uma lacuna do conhecimento nessa área e tendo em vista que o sofrimento, que pode culminar com o adoecimento mental, segundo Dejours (1988) e Mendes (2007), surge quando não é possível a negociação entre o sujeito e a realidade imposta pela organização do trabalho, sobretudo em uma organização laboral inflexível.

Em relação aos estudos que focaram no sofrimento mental relacionado ao trabalho da equipe de enfermagem, as pesquisas encontradas foram realizadas com profissionais que atuam em unidades de terapia intensiva (02), hospital geral (05), hospital escola (02) e emergência hospitalar (03). Segue quadro com os artigos de interesse.

Quadro 1 – Artigos que focaram no sofrimento mental relacionado ao trabalho da equipe de enfermagem – Rio de Janeiro, 2021.

AUTOR/ANO	TÍTULO	ABORDAGEM METODOLÓGICA	POPULAÇÃO DO ESTUDO
MOURA et al. (2019)	Níveis de estresse da enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva	Quantitativa	77 profissionais de enfermagem
SILVA et al. (2019)	Autopercepção do estresse ocupacional na equipe de enfermagem de um serviço de emergência	Quantitativa	18 profissionais de enfermagem:
DUARTE, M. L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, P. P. (2018)	O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros	Qualitativa	18 enfermeiros
MIORIN et al. (2018)	Prazer e Sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro	Qualitativa	13 profissionais de enfermagem
SOUSA, C. V.; COSTA, P. B. (2017)	Prazer e sofrimento no trabalho: um estudo de caso com profissionais da enfermagem de um hospital privado de Belo Horizonte	Qualitativa	16 profissionais de enfermagem

Continua...

Continuação...

SILVA et al. (2017)	Estrés y factores psicossociales em el trabajo de enfermeiros intensivistas	Quantitativa	130 profissionais de enfermagem:
TOSTES et al. (2017)	Dualidade entre satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em centro cirúrgico	Qualitativa	23 profissionais de enfermagem
MORAIS et al. (2016)	Satisfação no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário	Qualitativa	15 enfermeiros
CUNHA et al. (2016)	O trabalho hospitalar da enfermagem: dialética presente na prática de adaptar e improvisar	Qualitativa	20 profissionais de enfermagem
KARINO, M. E. et al. (2015)	Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola	Quantitativa	1360 profissionais de enfermagem:
SENA et al. (2015)	Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar	Quantitativa	16 profissionais de enfermagem
BARROCAS; MACIEL; MAIA (2015)	Condições de trabalho de técnicas de enfermagem de um hospital particular	Qualitativa	09 técnicas de enfermagem

Fonte: A autora

Os doze estudos incluídos foram desenvolvidos no Brasil, a população variou de 09 a 1.360 trabalhadores de enfermagem, e o período de publicação variou de 2015 a 2020. Em relação à abordagem metodológica, cinco estudos eram quantitativos e sete, qualitativos. As sete pesquisas qualitativas utilizaram o método da análise de conteúdo, as cinco pesquisas que aplicaram métodos quantitativos utilizaram diferentes instrumentos de coleta de dados e, em alguns estudos, utilizaram mais de um instrumento. São eles: Escala de estresse no Trabalho (SSW); Bancos de Dados (dados secundários); Inventário de Sintomas *Job Stress Scale* (JSS – versão resumida); Questionário semiestruturado e Teste de Baccaro.

A partir da análise dos estudos, destaca-se que o sofrimento mental foi investigado na perspectiva de estabelecer correlações com o nível de estresse e organização do trabalho (SILVA et al., 2017); cargas de trabalho (KARINO et al., 2015; SOUSA; COSTA, 2017; SILVA et al., 2019); absenteísmo (MOURA et al., 2019); condições de trabalho (MIORIN et al., 2018; SENA et al., 2015; BARROCAS; MACIEL; MAIA, 2015); relação trabalho e saúde (TOSTES et al., 2017); uso de estratégias defensivas (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018) e fatores de satisfação no trabalho (MORAIS et al., 2016).

O estudo realizado por Silva et al. (2019) com a equipe de enfermagem em um setor de emergência teve como objetivo identificar o perfil e a auto percepção do estresse. Os autores identificaram que existe uma associação entre estresse e o ambiente de trabalho, a sobrecarga e o ritmo intenso, que levam esses profissionais a apresentarem alterações cognitivas, físicas, emocionais ou comportamentais que afetam a saúde desses profissionais. As manifestações causadas pelo estresse são de origem fisiológica e psicológica, como problemas de memória, falta de concentração, ansiedade, preocupação excessiva, dores na coluna, cefaleia, perda de libido, mau humor, agitação, tristeza e episódios de choro. Os autores concluíram que os participantes da pesquisa fazem a associação entre o estresse e o sofrimento mental com a organização do trabalho.

Moura et al. (2019) tiveram como objetivo descrever os níveis de estresse entre profissionais de enfermagem de nível médio nas unidades de terapia intensiva adulta de hospitais privados. Tiveram como resultado que esses profissionais, na sua maioria, apresentam estresse de grau moderado (70,8%) a intenso (18,1%). Assim como Silva et al. (2019), a associação dos altos níveis de estresse foi relacionada ao ambiente de trabalho que proporciona ao profissional o contato diário com situações tensiogênicas.

A pesquisa realizada por Silva et al. (2017) com enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva teve como objetivo analisar os aspectos referentes ao estresse relacionado às características do trabalho de intensivistas. Quanto às dimensões de estresse, verificaram que 30,8% dos trabalhadores encontram-se em alta exigência e que 71,7% apresentam o estresse autorreferido (médio estresse), tendo como desfechos os transtornos mentais, *Síndrome de Burnout* e alta exigência no trabalho.

Miorin et al. (2018) objetivaram, com seu estudo, identificar as situações de prazer e de sofrimento no dia-a-dia da equipe de enfermagem que atua em pronto socorro. Os resultados encontrados mostram que as situações geradoras de prazer estão associadas ao reconhecimento,

sucesso na recuperação dos pacientes, bom relacionamento da equipe, enquanto que as situações geradoras de sofrimento estão associadas à sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento, à vivência da morte dos pacientes e recursos materiais insuficientes para realização do trabalho.

O estudo de Sousa e Costa (2017), com o objetivo de identificar e analisar as fontes de prazer e sofrimento dos profissionais de enfermagem, obteve resultados semelhantes a Miorin et al. (2018), pois pontuam como geradora de prazer o reconhecimento, principalmente por parte do paciente, e concordam que a sobrecarga é uma fonte de sofrimento. Diferente de Duarte, Glanzner e Pereira (2018), as estratégias defensivas que utilizam são apenas a nível individual, pois se detêm ao desabafo com os colegas de trabalho e familiares e, em alguns casos extremos, o afastamento do trabalho por um pequeno período.

Duarte, Glanzner e Pereira (2018) também realizaram estudo voltado a profissionais de emergência hospitalar com o objetivo de analisar fatores de sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. Os autores evidenciaram que o sofrimento no trabalho está diretamente relacionado com a superlotação no serviço de emergência que leva à sobrecarga de trabalho, sentimento de frustração, insegurança e conflitos entre os profissionais da equipe, desencadeando, portanto, sobrecarga física e psíquica. Quanto às estratégias defensivas, ficou claro que elas acontecem a nível individual e coletivo. A nível coletivo, estão relacionadas à organização das atividades no setor de emergência, bem como a flexibilidade encontrada pelos trabalhadores no seu ambiente laboral, com a efetiva participação da chefia e do trabalho em equipe. A nível individual, as estratégias são encontradas fora do ambiente de trabalho, com o lazer e a prática de atividade física em parques e academias, música e terapias.

Tostes et al. (2017) buscaram apreender a percepção da equipe de enfermagem sobre a relação entre trabalho e saúde no centro cirúrgico, e evidenciaram uma dualidade de sentimentos que envolvem prazer e sofrimento e que corroboram os resultados de Duarte, Glanzner e Pereira (2018) quando pontuam a organização do processo de trabalho como fator de sofrimento e as relações interpessoais como fator de prazer.

Karino et al. (2015) relacionaram as cargas de trabalho e o processo de desgaste do adoecimento dos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola. Constataram que as cargas de trabalho que mais afetaram os trabalhadores foram as biológicas, mecânicas e psíquicas, sendo que, dentre as cargas psíquicas, a depressão apresentou um percentual de 17,4%.

O estudo de Barrocas, Maciel e Maia (2015) teve como objetivo identificar condições de trabalho de técnicas de enfermagem e o impacto para a saúde dessas profissionais. Os autores afirmam que as condições de trabalho interferem no nível de estresse e que algumas técnicas de enfermagem apresentam sinais de *Burnout*, o que foi evidenciado pela aplicação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI-SS).

No que diz respeito à relação sofrimento mental e absenteísmo, Sena et al. (2015) realizaram um estudo com profissionais de enfermagem que atuam em clínica médica, com o objetivo de identificar sintomas relacionados ao estresse e ansiedade e os resultados apontam que 88% consideram o trabalho estressante, 94% evidenciam ritmo de trabalho acelerado e 12% já tiveram afastamento do trabalho por motivo de estresse e ansiedade.

Cunha et al. (2016), na descrição das situações vivenciadas por enfermeiros em hospital geral sobre a adaptação e improvisação de materiais no trabalho, evidenciaram que essa prática é dialética e gera sentimentos de prazer e sofrimento, tendo em vista que a improvisação assegura o cuidado, mas coloca em risco a segurança dos pacientes e dos trabalhadores.

Dentre os estudos selecionados para compor essa amostra, o de Moraes et al. (2016) tinha como objetivo identificar fatores de satisfação no trabalho dos enfermeiros e os autores obtiveram um resultado que diverge dos outros autores, tendo em vista que evidenciou que, nesse cenário de estudo, os profissionais estão satisfeitos com sua remuneração salarial, com a carga horária de trabalho, que são reconhecidos pelo trabalho que realizam, que têm autonomia e existe resolubilidade para prestar assistência, e que existe o trabalho em equipe. Todas essas evidências levam à inferência de que essa instituição apresenta uma organização de trabalho que proporciona aos profissionais satisfação no trabalho.

Entre os estudos apresentados, 92% demonstram que há sofrimento mental relacionado ao trabalho do profissional de enfermagem em diferentes contextos. No entanto, a busca não evidenciou pesquisas realizadas em Clínicas Cirúrgicas (que foi o cenário da presente pesquisa), tampouco mostram que os profissionais relacionam o sofrimento com a organização do trabalho.

Justifica-se, portanto, a realização desta pesquisa, tendo em vista a necessidade de contribuir para a produção de conhecimentos na área da saúde do trabalhador, com foco nos trabalhadores da enfermagem, diante da lacuna apontada pela revisão integrativa disponível referente ao tema, tendo como *lócus* de investigação as clínicas cirúrgicas de um hospital geral.

Bem como a investigação ampliará o acervo da Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde do Trabalhador de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Núcleo de Pesquisa Enfermagem e Saúde do Trabalhador (NUPENST), do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública (DESP) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O presente estudo justifica-se também uma vez que a temática faz parte da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que tem como objetivo “identificar demandas de pesquisa cujos resultados possam prevenir e solucionar problemas de saúde pública, promover a melhoria da qualidade da atenção e contribuir para a implementação de políticas públicas de saúde mais efetivas” (BRASIL, 2018 p.11). Os itens contemplados na agenda são:

Eixo 1 – Ambiente, Trabalho e Saúde;

1.1 – Avaliação do impacto econômico para o SUS relativo a acidentes, doenças e agravos relacionados ao trabalho.

1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A presente pesquisa trouxe contribuições no âmbito da assistência, ensino e pesquisa. Na assistência, será de relevância, uma vez que fomentará reflexões acerca das repercussões da organização do trabalho no processo de adoecimento mental da equipe de enfermagem, pretendendo-se incentivar mudanças significativas na prática diária desses profissionais, bem como sugerir a criação de um programa com ações voltadas à prevenção e ao tratamento da saúde dos profissionais de enfermagem no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde. Tem-se também como pretensão que as evidências quanto ao sofrimento mental possam impactar e contribuir para alterações de leis e resoluções relacionadas ao trabalho de enfermagem principalmente no estado de Rondônia, onde a atuação do Programa de Saúde do Trabalhador ainda é incipiente, sobretudo na instituição cenário de pesquisa.

Pretende-se que os resultados impactem e contribuam para uma maior aproximação das experiências e vivências do próprio grupo de profissionais no seu ambiente de trabalho e leve os gestores a repensarem o modelo de organização do trabalho, possibilitando, assim, a esses profissionais, maior produção de criatividade na execução das atividades utilizando a subjetividade de forma que o sofrimento transforme-se em situações prazerosas e motivadoras

na execução do trabalho, e que estratégias possam ser elaboradas para o enfrentamento da problemática.

No ensino, a principal contribuição está voltada ao incentivo de docentes da graduação em enfermagem para problematizar conteúdos referentes à temática, uma vez que os futuros profissionais estarão envolvidos com a situação de organização do trabalho.

Na pesquisa, será possível despertar para uma maior discussão acerca da temática a níveis nacional e internacional, tendo em vista que ainda existe escassez de obras relacionadas à organização do trabalho como fator de sofrimento mental no trabalhador de enfermagem em clínicas cirúrgicas.

CAPÍTULO II – BASES TEÓRICO CONCEITUAIS

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 TRABALHO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A primeira ideia a que nos remete o termo trabalho é no sentido econômico, ou seja, trabalho é qualquer atividade exercida pelo homem para que se obtenha como resultado uma recompensa, que, em geral, apresenta-se de forma material. Entretanto, podemos observar que o termo é muito mais amplo, pois essa é uma atividade que está presente em toda a natureza.

Entretanto, apesar da importância do trabalho na vida das pessoas, a concepção de trabalho sempre esteve predominantemente ligada a uma visão negativa. Essa visão já é evidenciada na Bíblia, quando Adão e Eva são expulsos do paraíso e condenados ao trabalho.

O trabalho, ao mesmo tempo que transforma a natureza, altera também o próprio ser humano, significando, assim, que, pelo trabalho, o indivíduo se autoproduz, mudando as maneiras pelas quais age sobre o mundo, que alteram sua maneira de perceber, de pensar e de sentir.

Marx (1982) já nos traz essa percepção de que o indivíduo é diferenciado dos animais pelo trabalho, pois planeja a tarefa e prevê o resultado. Refere ainda que o trabalho humano seja resultante do dispêndio de energia física e mental, voltada direta ou indiretamente para a produção de bens e serviços, visando à reprodução da vida humana, individual e social. Podemos, portanto, dizer que, através do trabalho, são estabelecidas novas relações humanas, acumulando-se novas experiências, conhecimentos e também emoções. Além de que o trabalho é uma fonte de socialização que possibilita o contato com a comunidade no local de trabalho.

É por isso que os filósofos afirmam que o trabalho é uma das categorias fundamentais para se entender o que é o ser humano. Sem ele, as pessoas não desencadeariam o processo de sua auto-humanização.

Etimologicamente, a palavra *trabalho* vem do vocabulário latino *tripaliar*, do substantivo *tripalium*, aparelho de tortura formado por três paus, onde eram amarrados os condenados e que também servia para manter presos e animais difíceis de ferrar. Também por isso, a associação do trabalho com tortura, sofrimento, pena, labuta (ARANHA; MARTINS, 1993).

Na Grécia Antiga, todo trabalho manual é desvalorizado e é sinônimo de algo vergonhoso por ser feito por escravos. Também em Roma o trabalho era escravagista e desvalorizado. É significativo o fato de a palavra *negotium* indicar a negociação do ócio. Ao enfatizar o trabalho como “ausência de lazer”, distingue-se o ócio como prerrogativas de homens livres (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Na sociedade feudal, as características do trabalho não se distanciaram da antiguidade, pois se mantinham como características principais a economia rural e de subsistência, relação de servidão entre servos e nobres, e a permanência da alta religiosidade. O trabalho era visto como uma ocupação para livrar o indivíduo das possíveis tentações, pois estava relacionado aos valores religiosos da época (CARMO, 1992; GUARESCHI; GRISCI, 1993).

Na Idade Moderna, a situação começa a se alterar e o trabalho passa a ser visto como um estímulo para o desenvolvimento do indivíduo. O sentido do trabalho toma um novo rumo, justificado pela ascensão dos burgueses vindos de segmentos dos antigos servos que compravam sua liberdade e dedicavam-se ao comércio, portanto, tinham outra concepção a respeito do trabalho. Já se vislumbra um interesse pela totalidade do trabalho (CAMPOS, 2008).

A nova burguesia procura novos mercados e começa a estimular as navegações em virtude da descoberta do novo caminho para as Índias e das terras do Novo Mundo. A necessidade de domínio do tempo e do espaço faz com que se aprimorem os relógios e bússolas. Surgem outras grandes invenções como: a imprensa, a primeira máquina de calcular, a inauguração por Galileu do método das ciências da natureza, fazendo nascerem duas novas ciências, a física e a astronomia (FREITAS, 2006).

A máquina, nessa época, representou, e ainda representa, o grande fascínio do homem moderno, e em virtude desse fascínio que Descartes explicou o comportamento dos animais como se fossem máquinas e valeu-se do mecanismo do relógio para explicar o modelo característico do universo, onde colocava que Deus seria o grande relojoeiro (ARANHA; MARTINS, 1993).

Na vida social e econômica, ocorrem várias transformações que determinam a passagem do feudalismo ao capitalismo, onde, através do aperfeiçoamento das técnicas, dá-se o processo de acumulação de capital e a ampliação dos mercados (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006). Esse novo sistema societal possibilita a compra de matérias-primas e de máquinas, o que levou muitas famílias, que desenvolviam o trabalho em ambiente doméstico, a sobreviverem nesse

novo modo de produção através da venda de sua força de trabalho em troca de salário (FREITAS, 2006).

Nesse início do capitalismo, quem predomina é a manufatura, que criou bases para o desenvolvimento das indústrias e aperfeiçoamento dos instrumentos de trabalho (MERLO, 2002). O aumento da produção propicia o aparecimento de indústrias, onde os trabalhadores são submetidos a uma nova ordem, a da divisão do trabalho com ritmos e horários preestabelecidos. Surge, assim, a nova estrutura econômica da sociedade moderna que se configura pela exploração do trabalho operário para geração de capital (ANTUNES, 2009).

Com vistas ao desenvolvimento e à expansão do novo sistema econômico, foi produzido um discurso totalmente favorável ao trabalho que teve como suporte a religião, que pregava a aceitação do trabalho em condições de severa disciplina, repetição dos serviços e carga horária extensa (CAMPOS, 2008).

Segundo Antunes (2000), esse novo modo de produção determina uma hierarquia baseada em dominação e subordinação. Ocorre a alienação do trabalhador, que se separa dos meios de produção, e passa a depender do capital para garantia da sobrevivência.

Com a chegada da revolução industrial no século XIX, o capitalismo recebe novo impulso e as pessoas tem que se adaptar ao ritmo das máquinas. Inicia-se a organização do sistema de trabalho de maneira sistemática, o que permitiu o aumento da produtividade, do consumo e dos lucros (FREITAS, 2006).

O novo processo de produção passa a ser pensado de maneira científica para que ocorresse de forma satisfatória. Foi quando surgiu Frederick Taylor (1856-1915), primeiro engenheiro a pensar uma metodologia para o trabalho, estabelecendo os parâmetros do método científico de racionalização da produção, que visa ao aumento de produtividade com a economia de tempo, a supressão de gestos desnecessários e comportamentos supérfluos no interior do processo produtivo (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Os estudos de Taylor resultaram nos seguintes princípios: separação programada da concepção e planejamento das tarefas de execução; intensificação da divisão do trabalho; controle de tempo e movimentos. A esse modo de organizar o trabalho, deu-se o nome de Taylorismo (FREITAS, 2006). O Taylorismo tira das mãos do trabalhador a organização do trabalho, gerando dominação física, psíquica e social, onde o trabalhador é constantemente controlado e vigiado em suas atividades (CAMPOS, 2008).

Henry Ford, milionário industrial, pensou outro modo de organizar o trabalho. Seus princípios aplicados ao trabalho foram responsáveis pelo grande surto da indústria automobilística. Ford criou a linha de montagem para fabricação em massa de automóveis, o que reduziu significativamente a iniciativa e autonomia dos trabalhadores e aumentou o grau de mecanização do trabalho, e, segundo Cunha (2019), esse novo modo de organização permitiu a geração de produtos em massa e pouco diversificados.

Na indústria capitalista ao longo do século XX, houve o predomínio do Taylorismo e do Fordismo com suas características de controle do tempo e dos movimentos, separação entre elaboração e execução e o trabalho parcelado (FREITAS, 2006; CUNHA, 2019). O Fordismo também difundiu uma forma de organização rígida, fazendo com que, muitas vezes, os trabalhadores não suportassem por muito tempo a função que exerciam. Esse fato criou um processo de alta rotatividade nas indústrias.

Os dois modos de organização do trabalho descritos até então começam a entrar em crise na segunda metade do século XX, em virtude da reestruturação do capital, que possibilitou a flexibilização da mão-de-obra, desconcentração do espaço produtivo e o aumento da informatização (CUNHA, 2019).

Na década de 70, o taylorismo/fordismo começam a dar sinais de esgotamento e modelos ditos “mais flexíveis” começam a ser difundidos. Diante dessa crise, surge o modelo de produção japonês, que é marcado pela flexibilidade e requer um trabalhador polivalente e qualificado, com a finalidade de ampliar o consumo e a qualidade do produto. Essas mudanças surgiram a partir do grande salto tecnológico que tornou possível a automação, a robótica e a microeletrônica nas grandes indústrias. Esse modelo ficou conhecido como Toyotismo, cuja motivação gira em torno do aumento da lucratividade e a competitividade de mercado (CUNHA, 2019).

Fazendo um paralelo entre os dois últimos modelos, verificamos que, no Fordismo, o processo de controle dos trabalhadores ocorre a partir da gerência; no Toyotismo, o controle ocorre na ação do próprio trabalho em função da implantação do trabalho em equipe.

Cunha (2019) mostra-nos que, nesse contexto, a produção no estilo do Toyotismo apropria-se das atividades intelectuais do trabalhador, configurando, assim, uma exploração também subjetiva. Esse processo é o resultado da implementação das máquinas informatizadas no contexto de trabalho, além do ritmo de trabalho intensificado.

Na atualidade, temos a influência do neoliberalismo que impera desde a década de 1990. Chegam ao Brasil, nesse período, as receitas neoliberais de flexibilização do mercado de trabalho adotadas nos Estados Unidos e Reino Unido. Lá o resultado dessa política foi a ampliação da desigualdade e desemprego e aqui, adicionou-se a esses efeitos uma intensa regressão na qualidade do trabalho. Essa feição mais liberal no que se refere à desregulamentação do trabalho e bem-estar internalizou o processo de precarização nas relações de trabalho, inclusive no setor saúde (COSTA; TAMBELLINI, 2009).

Ideologia neoliberal é a concepção de mundo constituída pelos valores liberais resgatados, tais como: o individualismo, a prevalência da liberdade sobre a igualdade e a dos direitos civis sobre os sociais, a propriedade privada como um direito superior e absoluto, a competição como fator de desenvolvimento, o livre-comércio, a autorregulação do mercado e o Estado mínimo (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

Souza et al. (2017) ressaltam que o neoliberalismo, além de uma filosofia econômica, é também um modo de viver social que transforma a vida na sociedade, e influência nas relações de trabalho. Destacam que, atualmente, a organização do trabalho é configurada por carga horária excessiva, ritmo intenso de trabalho, controle rigoroso das atividades, profissionais polivalentes e multifuncionais e que esse contexto repercute negativamente na saúde do trabalhador.

Gonçalves et al. (2015) complementam que o neoliberalismo, por meio da busca pela maximização do lucro, vem gerando a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas, aumento da terceirização dos serviços, redução de número de funcionários, incentivo ao trabalho precário e parcial e ampliação do desemprego estrutural.

O estudo de Gonçalves et al. (2015) com 17 trabalhadores de enfermagem, tendo como objetivo descrever e analisar as implicações do modelo neoliberal na dinâmica do trabalho hospitalar, evidenciou que o neoliberalismo traz impactos negativos para enfermagem, pois incidem na inadequada distribuição de recursos materiais, alta rotatividade de trabalhadores (em virtude dos baixos salários) e a precarização das condições de trabalho.

Resultado semelhante foi obtido por Souza et al. (2017), em estudo realizado com 34 trabalhadores de enfermagem, mostrando inadequação de estrutura física, de recursos humanos e materiais, perdas salariais significativas que levam os trabalhadores à dupla jornada e à sobrecarga de trabalho. Resultados esses que evidenciam a influência negativa do neoliberalismo sobre o trabalho da enfermagem em unidade hospitalar.

No bojo de todas essas transformações nos modelos de organização do trabalho, em 14 de novembro de 2017, entra em vigor a Lei 13.467, de 13 de julho de 2017, que alterou diversos dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dentre as mudanças aprovadas, podem-se destacar: a prevalência do negociado sobre o legislado; a valorização dos acordos individuais entre patrões e empregados; a possibilidade de novas formas de contratação, como, por exemplo, o contrato de trabalho intermitente; a criação de regras para o teletrabalho; o fim das horas *in itinere*; a terceirização da atividade meio e fim; a utilização da arbitragem para os trabalhadores cuja remuneração seja superior a duas vezes o limite máximo estabelecido para os benefícios da Previdência Social; a representação dos trabalhadores no local de trabalho nas empresas com mais de 200 empregados; a duração de dois anos de convenção ou acordo coletivo de trabalho com vedação da ultratividade; e a criação do termo de quitação anual de obrigações trabalhistas (BRASIL, 2017; SEBRAE, 2017).

As repercussões oriundas das novas leis trabalhistas para o trabalhador de enfermagem ainda não são possíveis de mensurar; no entanto, já existe uma preocupação crescente em relação ao Regime Parcial e Terceirização de serviços, por ser essa, segundo Antunes e Praun (2015), uma prática de gestão, organização e controle da força de trabalho.

Importante ressaltar que todos os modelos de organização de trabalho apresentados têm como foco o acúmulo de capital. Para garantia e manutenção desse sistema econômico, fica evidente a exploração da mão de obra, tendo em vista que o trabalhador não detém os meios de produção e precisa garantir sua sobrevivência.

Diante disso, fica claro que o trabalhador necessitará criar estratégias defensivas para lidar com as várias organizações de trabalho ao qual é submetido, pois o mesmo enfrenta o sofrimento e o risco de adoecer em função da atividade exercida nascendo, portanto, a preocupação com a qualidade do trabalho, assim como com a qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida no trabalho requer que as organizações ofereçam um trabalho qualificado, em vez de tarefas, e de juntar novamente o trabalho ao indivíduo e sua existência (FORNO; FINGER, 2015).

Nesse contexto, a organização do trabalho é compreendida como a divisão do trabalho e a divisão do indivíduo. A divisão do trabalho compreende a divisão das tarefas, repartição, cadência e tempo prescrito, e a divisão do indivíduo compreende a responsabilidade, hierarquia, comando e controle. Portanto, a organização do trabalho que especifica o conteúdo das tarefas e das relações de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELLI, 1994). Aguiar (2011)

corroborar Dejours e Abdouchelli (1994), quando infere que a organização do trabalho compreende a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder.

A relação conflituosa do trabalhador com a organização do trabalho é a origem da carga psíquica do trabalho, e essa carga, quando se acumula, reflete no sofrimento mental (PAGLIARI et al., 2008). De acordo com Dejours, Abdouchelli e Jayet (2012), no trabalho, a mesma atividade que produz sofrimento para alguns pode ser fonte de realização para outros. Essa realização está relacionada com o reconhecimento pelo coletivo, o que leva o trabalhador a perceber o sentido do seu trabalho.

2.1.1 O Trabalho de Enfermagem

O trabalho da enfermagem na atualidade ainda está envolto em uma historicidade, na sua constituição e seu estabelecimento enquanto ofício no âmbito profissional. Oguisso e Campos (2013) enfatizam que recuperar a memória da história da enfermagem capacita o saber ser enfermeiro, e a aproximação entre história e enfermagem permite-nos problematizar o passado dessa profissão, com seus diversos percursos e personagens.

A enfermagem tem como principal função o “cuidar”. De acordo com Oguisso (2014 p. 6), “cuidar é um ato que tem como fim primeiro permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte – morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.”.

Os cuidados, por milhares de anos, não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão, pois qualquer pessoa que ajudasse outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida seria denominada de cuidadora (OGUISSO, 2014).

A enfermagem, durante muito tempo foi praticada por religiosos. Nasceu nos primórdios do cristianismo e coexistia com a prática do cuidado no interior dos lares (FONSECA, 2014). Em algumas culturas, certos aspectos do cuidar eram atividades realizadas por pessoas que não pertenciam ao grupo familiar, normalmente eram religiosos ou pessoas que pertenciam a grupos caritativos (OGUISSO; CAMPOS, 2013).

A enfermagem como profissão está intimamente atrelada ao progresso e à prática da medicina, à evolução dos hospitais e, de forma indireta, à revolução industrial e à emancipação feminina. Segundo Oguisso (2014), é importante estabelecer a diferença entre enfermagem propriamente dita e a enfermagem profissional. A primeira diz respeito à realização de cuidados

de pessoas doentes no seio da família ou no círculo de amigos, enquanto que a segunda reflete a evolução de um grupo que se organizou dentro da sociedade, que recebeu preparação adequada e que recebe uma remuneração, como qualquer outra profissão.

No século XIX é que a enfermagem profissional surge. A figura de Florence Nightingale, hoje considerada a precursora da enfermagem, trouxe grande destaque para a profissão pelo fato de ter diminuído o quantitativo de mortes dos combatentes da guerra da Criméia (1854-1856) por meio da implementação de medidas sanitárias (OLIVEIRA, 2018; FONSECA, 2014).

A enfermagem moderna surgiu inicialmente na Alemanha, depois na Inglaterra, França, Estados Unidos e Canadá, no Hemisfério Norte. A industrialização e urbanização foram fatores que favoreceram as práticas da enfermagem nos moldes tal como é conhecida na atualidade (OGUISSO; CAMPOS, 2013). O cuidado realizado nos hospitais pelas enfermeiras americanas no século XIX consistia de prover a alimentação, cuidados de higiene pessoal e do ambiente e administração de medicamentos, além de terem criado rotinas hospitalares que facilitavam a execução das atividades.

A partir de 1860 que a enfermagem ganha características de profissão, por meio da construção, por Florence Nightingale, de um modelo de formação prática assistencial. No Brasil, a enfermagem moderna vem seis décadas depois de seu surgimento na Inglaterra e se consolida em virtude de uma série de eventos políticos e sociais que ocorreram na década de 20 e que levaram à criação da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (FONSECA, 2014), que existe até a atualidade com o nome de Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), hoje incorporada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Os vestígios da história ainda hoje refletem no exercício da enfermagem. No cotidiano das organizações hospitalares, ainda existe a tensão na relação com a categoria médica, a disciplina quase militar no que diz respeito à submissão a as próprias regras organizacionais, bem como a associação sempre de que a enfermagem deve ser um trabalho caritativo de dedicação e abnegação, embora já seja um trabalho remunerado.

Fatos esses que podem refletir diretamente na saúde dos profissionais de enfermagem, pois, mesmo se tratando de uma profissão com um valor extraordinário, essa categoria ainda não ocupou seu lugar de destaque.

Portanto, faz-se necessária uma metamorfose nos processos de enfermagem, que está diante da crescente complexidade das organizações e dos serviços de saúde. Oliveira (2018) pontua que a forma tradicional de organização dos serviços de enfermagem limita a iniciativa e a criatividade do profissional, gerando insatisfação, descompromisso e baixa produtividade. Assim como não contribui para uma boa formação de profissionais politicamente conscientes, reflexivos e críticos que sejam capazes de enfrentar os problemas emergentes e de inovar em propostas de gestão em saúde e de serviços de enfermagem que promovam saúde e bem-estar aos trabalhadores.

A enfermagem é uma profissão em ascensão e com profissionais que buscam capacitações para atender as exigências atuais do mercado de trabalho. Essa busca pela qualificação é notória também nos técnicos de enfermagem, pois se estima que 30% dos profissionais dessa categoria já concluíram o curso de bacharelado em Enfermagem (OGUISSO; SCHMIDT, 2019).

Atualmente, a equipe de enfermagem é constituída majoritariamente por técnicos e auxiliares de enfermagem (77%), com vigoroso crescimento também no número de enfermeiros, o que demonstra uma tendência à expansão, representando cerca de 23% da força de trabalho. No entanto, mesmo com esse evidente crescimento ainda existe uma carência de proporção de enfermeiros por número de habitantes no Brasil (OGUISSO; SCHMIDT, 2019).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza a proporção de um a quatro enfermeiros para cada 1.000 habitantes, e os dados mostram o coeficiente de 1,43/1.000 habitantes no Brasil. Portanto, ainda existe espaço para crescimento (OMS, 2018). A pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada em 2015, evidencia que a maior concentração de enfermeiros está no eixo Sudeste e Sul do país (MACHADO, 2015).

Importante destacar que ainda existem diversas dificuldades no exercício da profissão, e a pesquisa Perfil da Enfermagem/2015 revelou que os fatores que geram insatisfação ou descontentamento dos profissionais estão relacionados com política e administração, supervisão técnica, salário, supervisão de pessoal e sobrecarga de jornadas (OGUISSO; SCHMIDT, 2019).

De acordo com a pesquisa, considerando-se a renda mensal de todos os empregos e atividades que a equipe de enfermagem exerce, constata-se que 1,8% dos profissionais (em torno de 27 mil pessoas) recebe menos de um salário mínimo por mês. A dificuldade em

conseguir emprego também foi apontada, em virtude da precarização do trabalho na enfermagem. O aumento do número de profissionais de enfermagem em condições de trabalho precário é preocupante nos últimos anos.

Apesar dos avanços do SUS, a precarização ainda constitui um problema relevante para a maior parte dos municípios brasileiros. Não sendo rigorosamente uma novidade, o problema é que o trabalho vem se tornando cada vez mais precário no mundo inteiro, invadindo esferas e setores antes relativamente protegidos.

De acordo com Oguisso e Schmidt (2019), outros fatores de insatisfação da equipe de enfermagem na realização de suas atividades são: falta de integração entre os membros da equipe, sobrecarga de trabalho, baixos salários, desvalorização profissional, falta e/ou insuficiência de material e equipamentos, normas e rotinas fora da realidade do serviço, ausência de incentivo, interação insuficiente com outras unidades, pouco estímulo para o trabalho e falta de comunicação com a população quanto aos conhecimentos da profissão. Essas insatisfações levam ao adoecimento dos profissionais, pois essa categoria, em seu cotidiano, está exposta a muitos riscos, e a maioria dos profissionais nem sempre tem consciência sobre os riscos no processo de cuidar.

A partir do exposto, torna-se importante uma reflexão quanto às perspectivas para essa categoria nas próximas décadas. Ressaltamos que existem enormes desafios a serem vencidos. Um deles é a luta pela regulamentação da jornada de trabalho em, no máximo, 30 horas semanais e o estabelecimento do piso salarial.

As lideranças da enfermagem precisam desenvolver uma postura proativa, no sentido de atenção a oportunidades, criação de espaços e mecanismos de inserção nas várias áreas do conhecimento e apresentação de demandas por meio de projetos, em sintonia com as políticas públicas, voltadas às necessidades sociais.

É importante consolidar a imagem de humanidade, tecnicidade, modernidade, intelectualidade e cientificidade que Florence trouxe à profissão (OGUISSO; SCHMIDT, 2019). E as organizações de classe dessa categoria profissional devem manter vigilância sobre novos projetos de lei que possam vir a afetar o exercício da atividade assistencial, a pesquisa e o ensino. É preciso lutar contra projetos que possam vir a prejudicar a qualidade da assistência à saúde da coletividade ou dificultar os avanços da ciência da enfermagem.

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.2.1 Psicodinâmica do Trabalho

O ponto de partida da Psicodinâmica do Trabalho é compreender que a saúde não é um completo bem-estar físico, mental e social, mas, antes de tudo, um fim, um objetivo a ser atingido, um estado do qual procuramos nos aproximar, pois o bem-estar social e o psíquico, e até mesmo o físico, não são estáveis e, se uma vez atingidos, não existe a garantia de que serão mantidos para sempre, pois a saúde é instável, muda o tempo todo (DEJOURS, 1986).

Christophe Dejours, médico psiquiatra, é o precursor da Psicodinâmica do Trabalho. Ele iniciou os estudos nessa área na década de 1980, fazendo pesquisas sobre o sofrimento mental, na busca pela sua origem e as transformações decorrentes do confronto entre o psíquico do trabalhador e a organização do trabalho (FREITAS, 2006).

Essa corrente de pensamento era inicialmente centrada no estudo das dinâmicas que, em situações de trabalho, conduziam ora ao prazer, ora ao sofrimento, e a maneira como este podia levar a diferentes desdobramentos, inclusive aqueles que culminavam em patologia mental ou psicossomática. Ao longo do tempo, essa escola ampliou seu enfoque, transpondo as fronteiras dos estudos da dinâmica saúde e doença, e, atualmente, denomina-se Psicodinâmica do Trabalho para o campo a que se dedica (DEJOURS; MELLO NETO, 2012).

A fase inicial do modelo desenvolvido por Dejours (1988) foi caracterizada pela preocupação que os sindicatos e instituições de saúde tinham com as patologias mentais resultantes do trabalho, no final da década de 60. As pesquisas realizadas na primeira fase tiveram a atenção voltada para a organização do trabalho baseada no princípio taylorista.

Segundo Dejours (1992), a perda de estabilidade da saúde mental dos trabalhadores ocorre em decorrência da organização do trabalho, que apresentava como característica a rigidez, o trabalho repetitivo, racionalizado e muita pressão para o exercício das atividades. A abordagem da psicodinâmica está preocupada com a dinâmica mais abrangente, que se refere à gênese e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho (DEJOURS; MELLO NETO, 2012).

Nessa fase, o sofrimento foi descrito como medo, frustração e ansiedade, e o prazer não foi estudado. Ocorreram também estudos relacionados aos tipos de defesas individuais e

coletivas. As investigações nessa fase evidenciaram que os trabalhadores não apresentavam doenças mentais, mas, sim, estratégias defensivas contra o sofrimento que era evidenciado por comportamentos estranhos, insólitos ou paradoxais e característicos de cada categoria profissional.

Diante dessa constatação, Dejours (1992) considera que não só as patologias deveriam ser estudadas, e volta sua atenção para o estudo das estratégias de defesas contra o sofrimento, considerado, portanto, fator desencadeante de adoecimento do trabalhador.

Esse sofrimento não se apresenta como doença psicopatológica porque os trabalhadores buscam constantemente se proteger e se defender, lançando mão de mecanismos de defesa ou estratégias de defesa coletiva. Contudo, a patologia surge quando o equilíbrio se rompe e já não se consegue contornar o sofrimento (SZNELWAR; UCHIDA, 2004).

O segundo momento dessa abordagem acontece quando o prazer, e não apenas o sofrimento, também começa a fazer parte do trabalho. Inicia-se um direcionamento para a saúde através de estudos sobre o prazer no trabalho. Mendes (2007) infere que a transformação do trabalho em um lugar gerador de prazer dependerá de uma organização do trabalho que propicie ao trabalhador maior liberdade e o uso de sua inteligência e criatividade, vivenciando, assim, o prazer em suas ações.

O foco central da psicodinâmica permaneceu, portanto, na análise do trabalho real como espaço de construção de identidade, possibilitando ao sujeito a aquisição da identidade no campo social e de seu papel frente às experiências de prazer e sofrimento e a influência dessas novas organizações de trabalho na compreensão dessas experiências (MENDES, 2007).

A terceira fase da psicodinâmica, que permanece até a atualidade, teve início no final da década de 90, e enfatiza a subjetividade do trabalhador nas experiências de prazer-sofrimento e o uso de estratégias defensivas, estudando também as patologias sociais (MENDES, 2007). De acordo com Traesel e Merlo (2009), a proposta da psicodinâmica está centrada no estudo da inter-relação trabalho e saúde com base na análise da dinâmica peculiar de determinados contextos de trabalho, que constam de forças visíveis ou não, objetivas e subjetivas, sociais, políticas, psíquicas e econômicas, que podem influenciar esse contexto de diversas maneiras, e transformá-lo em ambiente de saúde e/ou adoecimento.

2.2.1.1 Categorias teóricas da Psicodinâmica do Trabalho

As categorias teóricas da Psicodinâmica do Trabalho elencadas por Dejours (1992) são: organização do trabalho, trabalho prescrito e trabalho real, condições de trabalho, relações de trabalho, prazer e sofrimento – criativo e patogênico e estratégias defensivas.

Organização do trabalho é o principal conceito da Psicodinâmica do Trabalho. Para Dejours (2008), a organização do trabalho institui a divisão das tarefas e dos homens no mundo do trabalho. Enfatiza que:

A organização do trabalho não é só a divisão do trabalho, isto é, a divisão de tarefas entre os operadores, os ritmos impostos, e os modos operários prescritos, mas também, é, sobretudo, a divisão dos homens para garantir essa divisão de tarefas, representada pela hierarquia, as repartições de responsabilidades e os sistemas de controle (DEJOURS, 1992, p.10).

Ainda complementando esse conceito, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) descrevem que a organização do trabalho é, de certa forma, a vontade de outro. Recortando, assim, de uma só vez, o conteúdo da tarefa e as relações humanas de trabalho. Ficando o trabalhador despossuído de seu corpo físico e psíquico, domesticado e forçado a agir conforme a vontade de outro.

Para Mendes (2008), a organização do trabalho apresenta contradições existentes entre os desejos dos trabalhadores e a realidade de trabalho, concretizando, assim, a relação entre trabalho prescrito e real.

O trabalho prescrito é ditado por regras e normas. As prescrições estão relacionadas com as representações sobre a divisão do trabalho, as normas, o tempo e o controle exigido para o desempenho da tarefa. Importante ressaltar que a prescrição nem sempre corresponde ao trabalho real. O trabalho prescrito corresponde ao que antecede à execução da tarefa. Enquanto que o trabalho real refere-se ao momento da execução, onde os trabalhadores vivenciam circunstâncias variáveis ou imprevistas (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

De acordo com Dejours (1992), trabalhar é ocupar o espaço que existe nessa relação entre o prescrito e o real, sendo caracterizado pelo conteúdo acrescentado pelo trabalhador ao que lhe foi designado, a fim de atingir os objetivos determinados, ou ainda, o que ele acrescenta de si mesmo quando não é possível alterar o modo de execução prescrito. Porque não é o prescrito que realiza o trabalho, mas a ação real do trabalhador (DEJOURS, 2004). Mendes

(2007) acrescenta que existe uma grande lacuna entre o que foi prescrito e o que foi realizado na íntegra.

Nessa lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real, encontram-se as contradições, os conflitos, as incoerências e as inconsistências do trabalho, que são chamados de constrangimentos, pois impõem dificuldades aos trabalhadores. E a maneira como o trabalhador relaciona-se com esses constrangimentos está ligada às suas formações pessoal e profissional que determinarão as maneiras que esse trabalhador irá criar para desenvolver e lidar com as situações reais de trabalho, também chamadas de estratégias de mediação individuais e/ou coletivas (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

Quanto às condições de trabalho, Dejours (1992) considera que constituem um conjunto de fatores que evidenciam a carga de trabalho à qual a equipe está exposta. Mendes e Ferreira (2008) definem-nas como elementos estruturais que expressam as condições de trabalho presentes no *lócus* de produção e caracterizam sua infraestrutura, apoio institucional e práticas administrativas. Inferem ainda que as condições de trabalho integram os seguintes elementos: ambiente físico (sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som); instrumentos (ferramentas, máquinas, documentação); equipamentos (materiais arquitetônicos, aparelhagem, mobiliário); matéria prima (objetos materiais/simbólicos, informacionais); suporte organizacional (informações, suprimentos, tecnologias) e práticas de remuneração, desenvolvimento de pessoal e benefícios.

No que tange as relações de trabalho, o conceito estabelecido por Dejours (1992, p.75) é que “são todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores – e que são às vezes desagradáveis, até insuportáveis”.

O desencadeamento de sofrimento e prazer no trabalho, de acordo com Dejours (1992), está diretamente relacionado com a organização do trabalho que pode causar efeitos positivos e negativos sobre o funcionamento psíquico do trabalhador, sendo responsável pela alteração no seu quadro de saúde, que é traduzido ora por sofrimento e ora por prazer.

O sofrimento patológico aparece quando o trabalhador já utilizou todas as formas ou possibilidades de transformar, gerir e aperfeiçoar a organização do trabalho e, no entanto, nessa organização, só existem pressões, frustrações, aborrecimentos, medo e sentimento de impotência que podem culminar em patologias mentais ou psicossomáticas (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 2012).

A sensação de fracasso coloca em risco a identidade do trabalhador, sua competência, seu saber fazer. E para ultrapassar essa situação penosa, o sujeito necessita agir, o que inclui a capacidade de tolerar o sofrimento e investir em novas tentativas, até encontrar ou criar uma solução. E é exatamente nesse processo que o trabalhador mobilizará seus recursos internos e colocará sua criatividade em ação. Manifesta-se uma inteligência que é guiada pelo sofrimento (inteligência prática), pois é a partir daí que se chega à intuição de solução (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013). E é nesse sentido que o sofrimento gera o trabalho (DEJOURS, 1993).

O sofrimento criativo é a alavanca do processo produtivo e impulsiona o trabalhador a modificar aquela realidade e a organização do trabalho e a produzir o prazer no trabalho, enquanto que o sofrimento patogênico surge quando se esgotaram todos os recursos defensivos mobilizados, acarretando no indivíduo um sentimento de incapacidade, que, se não for tratado, culminará em doença mental (DEJOURS; ABDOUCHELLI; JAYET, 2012).

O sofrimento torna-se criativo quando o sujeito consegue subvertê-lo em prazer a partir da “inteligência prática”, que é astuciosa, criativa e subverte a prescrição para acrescentar a contribuição do sujeito para a organização do trabalho. E esse tipo de inteligência parte exatamente da experiência, é arraigada nas sensações que guiam na intuição da solução do problema (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

No entanto, quando os trabalhadores não conseguem transformar o sofrimento a partir do investimento na criatividade, constroem estratégias defensivas para não sucumbir à doença. E para Dejours (1994), essas estratégias defensivas são caracterizadas pelas adaptações às pressões laborais, permitindo o equilíbrio psíquico diante dos desgastes emocionais, propiciando, portanto, proteção contra o sofrimento patogênico e minimizando o adoecimento.

CAPÍTULO III

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa apresenta um delineamento qualitativo, descritivo, do tipo exploratório. A opção pelo estudo qualitativo deu-se por ser uma metodologia que permite considerar os aspectos subjetivos, visando a compreender as questões da subjetividade captadas nas falas dos indivíduos.

A pesquisa qualitativa, segundo Richardson (2017), é fundamentalmente interpretativa. O pesquisador faz uma interpretação dos dados, o que inclui desenvolvimento da descrição de uma pessoa ou de um cenário. Os dados são filtrados através de uma lente pessoal situada em um momento sociopolítico e histórico específico. Infere ainda que não é possível evitar as interpretações pessoais na análise de dados qualitativos e que os fenômenos sociais são vistos holisticamente. Tendo, portanto, a pesquisa qualitativa visões amplas em vez de microanálises.

Segundo Lakatos e Marconi (2017), a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de uma população ou identificar relações entre variáveis. E a pesquisa exploratória visa a proporcionar maior familiaridade com um problema, favorecendo a identificação dos fatores que determinam ou contribuem para a ocorrência do fenômeno em estudo (GIL, 2008).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), que é referência em alta complexidade no estado de Rondônia. O HBAP é uma Unidade Pública de Saúde, subordinada hierarquicamente à Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), e seus serviços são voltados à população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A unidade realiza atendimento de média e alta complexidade, ininterruptamente, durante 24 horas, em sistema de plantões diurnos e noturnos, nas diversas especialidades médicas disponíveis no Estado, com serviços diagnósticos, laboratoriais e radiológicos.

O HBAP é um hospital geral, de grande porte, de assistência terciária, que realiza atendimento em regime de internação hospitalar, por demanda espontânea e referenciada, e conta com um total de 460 leitos distribuídos nas seguintes áreas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ortopédica, alojamento conjunto, berçário, clínica psiquiátrica, unidade de terapia intensiva adulto e neonatal, centro obstétrico, centro cirúrgico e central de material e esterilização.

Os setores escolhidos para realização do estudo foram as clínicas cirúrgicas: Clínica cirúrgica I, III e IV. Importante esclarecer que não existe a Clínica Cirúrgica II, pois ocorreu, previamente à coleta de dados, a junção das Clínicas Cirúrgicas I e II no mesmo espaço físico.

Na Clínica Cirúrgica I, a equipe de enfermagem presta assistência a pacientes das seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Urologia e Cirurgias Oncológicas. A Clínica Cirúrgica III compreende as especialidades de Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Bucomaxilofacial, e, nesse mesmo espaço, existem enfermarias destinadas a pacientes oncológicos clínicos, que, na sua maioria, estão em cuidados paliativos. A Clínica Cirúrgica IV é destinada a pacientes da Cirurgia Plástica e Cirurgias Oftalmológicas.

A escolha pelas clínicas cirúrgicas ocorreu em virtude de serem setores que apresentam um alto nível de complexidade de cuidado bem como carga de trabalho aumentada em função da característica da clientela. Essas unidades recebem pacientes em pré- e pós-operatório, o que pode ocasionar sobrecarga aos profissionais de enfermagem desses setores.

A escolha pelo cenário deu-se também em virtude de a dissertação de mestrado já ter sido realizada nos referidos locais, proporcionando uma continuidade do estudo e pelo fato de a equipe de enfermagem estar adoecendo no exercício profissional (LEITE; MONTEIRO, 2017).

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 30 profissionais de enfermagem, sendo nove enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem lotados nas Clínicas cirúrgicas do HBAP. Os participantes foram todos os profissionais lotados nas referidas unidades que obedeceram aos critérios de inclusão da pesquisa e com base no processo de amostragem por saturação teórica dos dados, que consiste na interrupção da coleta quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada não são mais depreendidos a partir do campo de observação

(FONTANELLA et al., 2011). Ressalta-se que, mesmo após a constatação de saturação de dados, foram realizadas mais duas entrevistas para certificação de que realmente as respostas dos participantes já não mais forneciam elementos para balizar ou aprofundar a discussão teórica.

De acordo com Minayo (2017), o número de participantes na pesquisa qualitativa deve ser considerado até que a amostra reflita, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno e das interações em todo o decorrer do processo.

Os participantes do estudo estão inseridos no contexto de trabalhadores da saúde do estado de Rondônia, onde o maior empregador é o Sistema Único de Saúde. Ressalta-se que a situação da enfermagem dentro desse contexto é extremamente delicada tendo em vista que o último concurso aconteceu em 2017, portanto, existe um dimensionamento inadequado de recursos humanos nas escalas de trabalho. Em virtude da pandemia de COVID-19, em 2020 aconteceu contratação emergencial para atendimento específico dos pacientes infectados e a maioria desses profissionais já foram desvinculados do estado.

A equipe de enfermagem no estado de Rondônia ainda não tem o seu reconhecimento em termos de remuneração salarial e carga horária semanal, situação que os levam a dupla ou tripla jornada de trabalho. A maioria dos profissionais de enfermagem do município de Porto Velho possuem vínculo com estado e município, sendo contrato de 40 horas com a Secretaria Estadual de Saúde e de 30 horas com a Secretaria Municipal de Saúde. Essa situação também acontece nos demais municípios.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na pesquisa profissionais de enfermagem que possuíam mais de um ano de atuação em clínica cirúrgica, tendo em vista que profissionais com tempo de atuação menor que um ano podem não ter ainda a real compreensão do modelo de organização de trabalho das clínicas cirúrgicas.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os profissionais de enfermagem que não estavam atuando durante o período da pesquisa, ou seja, que se encontravam de licenças prêmio ou férias e

aqueles que estavam atuando apenas na cobertura de escala de férias, tendo sua lotação original em outros setores que não compreendiam o estipulado como local do estudo.

3.4 PRODUÇÃO DE DADOS

A produção de dados deu-se por meio de entrevista semiestruturada no período de abril a novembro de 2019. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa através de convite formal. Nesse convite, foram apresentados os objetivos da pesquisa e a metodologia. As entrevistas aconteceram em local escolhido pelos participantes. Cabe esclarecer que a maioria dos participantes preferiram a realização da entrevista no próprio local de trabalho e a pesquisadora garantiu que o ambiente assegurasse a privacidade dos mesmos. Como a pesquisadora foi servidora dessa unidade hospitalar durante 14 anos, não encontrou dificuldades em liberação de local adequado para realização das entrevistas.

Tendo em vista que as equipes trabalham em escalas de plantão, a produção de dados aconteceu nos três turnos (matutino, vespertino e noturno) para captação do maior número de profissionais. Foi realizada a gravação em áudio através de gravador digital para registrar as falas e permitir fidedignidade no momento da transcrição.

A produção de dados seguiu algumas etapas:

1ª etapa – foi realizada uma visita a Gerência de Enfermagem do HBAP para informar sobre o início da coleta de dados e, nesse, mesmo momento foi realizada uma conversa com as enfermeiras coordenadoras das Clínicas Cirúrgicas, que, na ocasião, eram duas. Uma ficava responsável pela Clínica Cirúrgica I e a outra, pelas Clínicas Cirúrgicas III e IV. Solicitou-se que as mesmas informassem aos servidores sobre sua responsabilidade que a pesquisadora estaria nas unidades para realização da coleta de dados.

2ª etapa – a pesquisadora iniciou as visitas nas clínicas para um primeiro contato com os participantes a fim de realizar os convites para participação no estudo. Esclareceu que os encontros poderiam acontecer de segunda a domingo, de acordo com a disponibilidade de cada um. Houve uma tentativa em realizar as entrevistas fora do local de trabalho, no entanto, apenas dois participantes aceitaram. Então, ficou acertado que a pesquisadora realizaria as entrevistas nas respectivas clínicas, sendo que, no turno matutino, ficou definido que a pesquisadora deveria comparecer no horário compreendido entre 10 e 13 horas; no vespertino, entre 14 e 16 horas; e no noturno, entre 20 e 22 horas. Esses horários foram estabelecidos pelos participantes

que justificaram que a demanda no serviço estaria menor e que possibilitaria a ausência temporária de pelo menos um membro da equipe.

3ª etapa – Uma vez agendado o encontro e por ser no local de trabalho, a pesquisadora selecionava um ambiente propício a garantir a privacidade dos participantes bem como uma atmosfera tranquila, agradável e acolhedora para que o participante pudesse se expressar livremente. Nestas ocasiões, a pesquisadora apresentava-se, explicava os objetivos da pesquisa, as etapas em que o participante estaria participando da pesquisa, esclarecia as dúvidas e apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE E). Diante do aceite em participar da pesquisa, o participante lia e assinava o TCLE em duas vias. Uma via ficou de posse da pesquisadora, e a outra via foi fornecida ao participante da pesquisa. Antes da assinatura do TCLE, foi solicitado o consentimento do participante para a utilização do gravador MP3 para que as falas da entrevista fossem posteriormente transcritas na íntegra pela pesquisadora.

4ª etapa – Momento no qual foi realizada a produção de dados propriamente dita. Inicialmente, o participante preenchia o instrumento relacionado aos dados sociodemográficos, e, em seguida, procedia-se à entrevista por meio do roteiro pré-determinado.

O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 minutos, sendo que a de menor duração de 20 minutos e de maior duração de 51 minutos. Para garantia do anonimato dos participantes, a produção dos dados foi realizada individualmente, e os dados, coletados e analisados unicamente pela pesquisadora, que utilizou um processo de codificação (Enf 01, Tec Enf 01).

3.5 INSTRUMENTO PARA PRODUÇÃO DOS DADOS

A produção dos dados aconteceu por meio de entrevista semiestruturada, mediante um roteiro com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE C). A entrevista semiestruturada propicia o estreitamento dos laços e a confiabilidade entre entrevistador e entrevistado, revertendo, assim, na captação de informações relevantes ao desenvolvimento do estudo (MINAYO, 2006).

Para Lakatos e Marconi (2017), a entrevista permite a compreensão das perspectivas e experiências, bem como o conhecimento dado ao fenômeno em estudo e eventos da vida cotidiana do entrevistado.

O instrumento foi composto por duas partes, a primeira, que teve como objetivo a caracterização dos participantes da pesquisa para auxiliar a compreender melhor a problemática estudada e traçar um perfil dos participantes. Conhecer o perfil dos participantes torna-se importante para verificação do nível de correlação com o sofrimento mental. São dados que podem ser elucidativos durante a análise e elucidação do fenômeno em questão. A segunda parte do instrumento foi composta por questões abertas que possibilitaram ao entrevistado discorrer acerca do objeto de estudo. O instrumento foi elaborado pela pesquisadora.

Foi realizado um teste piloto com uma pequena amostra da mesma população dos participantes que se pretendia investigar e os componentes dessa amostra foram convidados a expressar quaisquer dúvidas ou indagações que tivessem em relação à entrevista. Essa amostra foi composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem, e cabe esclarecer que esses participantes não fizeram parte do final do estudo, tendo em vista que foram necessárias algumas adequações do instrumento de produção de dados. As adequações realizadas foram no sentido de deixar o instrumento mais claro para os participantes a fim de obter as respostas pertinentes aos objetivos do estudo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados sociodemográficos foi realizada a partir de estatística simples descritiva, para conhecer os percentuais referentes às características: idade, sexo, gênero, cor, estado civil, número de filhos, categoria profissional, escolaridade, Clínica cirúrgica que atua, tempo de trabalho na enfermagem, tempo de trabalho na instituição, tempo de trabalho na clínica onde atua, número de vínculos empregatícios, carga horária semanal, renda mensal, número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano.

A apresentação desses dados torna-se importante para caracterização dos participantes da pesquisa, bem como favorece a apresentação de algumas particularidades do grupo estudado, que possibilitará a correlação com os dados coletados nas entrevistas levando à compreensão do objeto de estudo. Sob esta perspectiva, optou-se por uma apresentação preliminar destes dados e, posteriormente, pelo aprofundamento do debate relacionado a eles na interface com as produções feitas pelos participantes sobre o fenômeno estudado.

As entrevistas, realizadas e armazenadas em áudio, foram transcritas integralmente em formato de texto eletrônico e seus dados foram processados pelo software IRaMuTeQ (*Interface*

de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que fez a análise lexical automática das palavras presentes nos discursos dos entrevistados.

O software IRaMuTeQ é gratuito, foi desenvolvido de acordo com a lógica *open source* e está licenciado pela *General Public Licence* (GPLv2). Seu fundamento estatístico ancora-se no software R e na linguagem Python. Foi utilizada a versão 0.7 alpha 2, licença 2008/2014, disponível no site responsável pela divulgação do software (<http://www.iramuteq.org/>). O IRaMuTeQ constitui-se como importante ferramenta para os diferentes processamentos e análises estatísticas de textos produzidos, visto que permite empregar cálculos estatísticos sobre dados qualitativos, permitindo um olhar criterioso sobre o material coletado, qualificando o processo de categorização e, conseqüentemente, dos resultados do estudo, potencializando a pesquisa qualitativa (KAMI et al, 2016).

Foram consideradas três etapas para que os dados fossem processados pelo IRaMuTeQ: a preparação do corpus, o processamento dos dados mediante as análises do software e o tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação.

Na primeira etapa, foi necessário o preparo do corpus segundo as recomendações do manual do software. Cada entrevista passou a caracterizar um texto e o conjunto desses textos constituiu o corpus de análise da pesquisa. Desse modo, a partir das palavras mais frequentes fornecidas nos segmentos de texto, foi realizada a análise lexical. Essa análise supera a dicotomia entre a pesquisa quantitativa e qualitativa, pois permite empregar cálculos estatísticos sobre dados qualitativos (LAHLOU, 2012).

Para o processamento do corpus no IRaMuTeQ, realizou-se a correção e revisão das palavras transcritas, retiraram-se os vícios de linguagem e as letras maiúsculas presentes no meio das frases, utilizou-se *underline* (_) nas palavras cujo sentido é construído em composição, a exemplo de: técnico_de_enfermagem, plantões_extras, gerência_de_enfermagem. As perguntas e o material verbal produzido pela pesquisadora foram suprimidos considerando-se apenas as respostas dos participantes; evitou-se o uso de diminutivos, as siglas foram padronizadas, os números foram mantidos na forma de algarismos.

Definiram-se, ainda, as variáveis que seriam inseridas nas linhas de comando, e assim, gerou-se um arquivo de texto (Word) com 109 páginas, empregando-se a fonte Times New Roman, tamanho 12. Posteriormente, o arquivo foi salvo utilizando-se a opção sem formatação, padrão UTF-8, conforme recomenda o manual de utilização do software.

Cada entrevista (texto) foi separada por uma linha de comando composta por códigos específicos para reconhecimento do software. As linhas de comando iniciaram-se por quatro asteriscos, (****), espaço, mais um asterisco (*) com a identificação do participante da pesquisa (enf_01 até enf_09 e tec_enf_01 até tec_enf_25 conforme ordem das entrevistas) e os códigos para as variáveis utilizadas, conforme exemplo:

**** *enf_01 *sex_01

**** *tec_enf_01 *sex_01

Para variável sexo, utilizou-se a codificação Sex_01 e sex_02, cuja classificação é 01 masculino e 02 feminino.

Na segunda etapa, o IRaMuTeQ possibilita cinco tipos de análises: estatísticas textuais clássicas - lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras); pesquisa de especificidades de grupos; análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente - CHD, análises de similitude) e nuvem de palavras. Optou-se, no decorrer deste estudo, por explorar a análise através da CHD.

Na terceira etapa, a partir dos resultados brutos apresentados pelo software, a pesquisadora procurou torná-los significativos e válidos. Nesta fase, ocorreu a dedução de maneira lógica, a descrição e análise das diferentes classes encontradas pelo software. Foi neste momento que a pesquisadora extraiu os significados dos dados sustentada no referencial teórico e por meio de sua interpretação pessoal.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa obedeceu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Reguladoras das Pesquisas envolvendo Seres Humanos e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP-EEAN/HESFA/UFRJ) e aprovada pelo Parecer nº 2.831.101 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética em Pesquisa (CAAE) sob o nº 91504818.2.0000.5238 (ANEXO 1). A participação da equipe de enfermagem no estudo foi formalizada a partir da assinatura no TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E), que foi entregue no primeiro encontro em duas vias de igual teor, uma destinada à pesquisadora e a outra, ao participante, assinadas por ambos e rubricadas em todas as páginas.

Foi enfatizado ao profissional que a participação não era obrigatória, e, a qualquer momento, este poderia desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da participação na pesquisa não acarretaria em prejuízo, bem como não teria nenhuma despesa e nem remuneração.

Os riscos desta pesquisa foram mínimos e estavam associados à possibilidade de constrangimento ao responder questões relacionadas ao contexto e organização do trabalho. A pesquisadora estava ciente que, caso acontecesse esse tipo de situação, a entrevista seria interrompida até que o participante se sentisse à vontade para dar continuidade. Foram asseguradas medidas de proteção à privacidade e confidencialidade. Todo material produzido foi armazenado em local de acesso restrito à pesquisadora. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e nos artigos que dela derivarem, assim como em apresentações de eventos científicos, sendo mantidos em arquivo físico e/ou digital sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

CAPÍTULO IV

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A seguir, apresentaremos a descrição dos resultados obtidos através da utilização do instrumento de produção de dados. Iniciando-se pelo perfil sócio demográfico dos profissionais que atuam nas Clínicas cirúrgicas do HBAP. Em seguida, apresentaremos os resultados da análise pelo software IRaMuTeQ.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A caracterização dos participantes do estudo torna-se necessária para enriquecer os dados que surgiram das entrevistas realizadas. Essa caracterização favorece a apresentação com clareza e objetividade de algumas particularidades do grupo estudado e que auxiliarão na compreensão do objeto de estudo.

Participaram do estudo 30 profissionais de enfermagem, sendo nove enfermeiros e 21 técnicos de enfermagem. Sendo que sete (23,33%) exercem suas atividades na Clínica cirúrgica I, 13 (43,33%) na Clínica Cirúrgica III e 10 (33,33%) na Clínica Cirúrgica IV. Desses, 19 (63,33%) consideram-se pardos, seguidos de sete (23,33%) que se consideram brancos, três (10%) consideram-se de cor amarela e um (3,33%) que se considera de cor preta.

A maior adesão ao estudo pelos técnicos deu-se em virtude de termos uma quantidade maior de profissionais de nível médio nas escalas de trabalho (Tabela 1). O que se percebeu durante as visitas nas clínicas cirúrgicas é que a quantidade de enfermeiros por plantão normalmente é de um enfermeiro responsável por uma média de 30 leitos/clínica.

Acredita-se que, em virtude da grande demanda de trabalho, tanto administrativo quanto assistencial, é que muitos enfermeiros recusaram-se a participar do estudo.

Tabela 1 – Distribuição das frequências relativas quanto à categoria profissional

Variável	N	(%)
Enfermeiro	9	30
Técnico em enfermagem	21	70

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Dos 30 profissionais, quatro (13,33%) são do sexo masculino e 26 (86,66%) são do sexo feminino (Tabela 2). Dado esse que reflete que a enfermagem é uma profissão onde o sexo feminino predomina e essa é uma característica marcante dessa categoria profissional. Esses dados vão ao encontro dos encontrados pela pesquisa realizada pelo Fiocruz/COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) para traçar o perfil da enfermagem brasileira, onde 85,1% são do sexo feminino e 14,4% são do sexo masculino (MACHADO, 2017). A predominância do sexo feminino é marcante também em outros países. No Canadá, em 2012, a predominância do sexo feminino era de 93.3% (OPS, 2012) e, nos Estados Unidos, esse percentual é de 83% (KFF, 2020).

No entanto, já é possível evidenciar uma nova tendência do crescimento do contingente masculino (MACHADO, 2017). Essa masculinização teve início em 2005 (PERSEGONA; OLIVEIRA; PANTOJA, 2016) em serviços onde existe a maior necessidade do uso da força, como em atendimentos de urgência e emergência, psiquiatria e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (SANTOS et al., 2020).

Tabela 2 – Distribuição das frequências relativas quanto ao sexo/gênero

Variável	N	(%)
Masculino	4	13,33
Feminino	26	86,66

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A faixa etária dos participantes (Tabela 3) variou de 20 a 60 anos, com predominância da faixa etária de 31 a 40 anos (33,3%). Segundo Machado et al. (2016), a enfermagem brasileira é composta de adultos jovens, o que nos mostra uma profissão com caráter de rejuvenescimento.

No entanto, ainda existe um percentual expressivo de profissionais na faixa etária de 51 a 60 anos (16,6%) na população estudada, o que retrata uma característica do próprio hospital, que apresenta, no seu quadro de recursos humanos, profissionais que foram admitidos desde a fundação do hospital. Esse é um dado preocupante do ponto de vista da saúde do trabalhador, principalmente com a aprovação da Emenda Constitucional nº 103 (BRASIL, 2019) que estabelece idade mínima para aposentadoria de 65 anos para homens e 60 anos para mulheres com tempo mínimo de contribuição de 15 anos. De acordo com Silva e Mattos (2018), o processo de envelhecimento gera uma diminuição da autonomia e independência do indivíduo,

mesmo sendo um processo natural, envolve alterações inevitáveis e progressivas, além de transformações sociais, culturais e emocionais, bem como o aumento da prevalência de doenças crônicas, além de impactos no estado físico, psíquico e mental.

Inferre-se, portanto, que esses trabalhadores na faixa etária de 51 a 60 anos estão mais susceptíveis ao adoecimento, tanto por fatores fisiológicos quanto laborais.

Tabela 3 – Distribuição das frequências relativas à faixa etária

Variável	N	(%)
20 a 30 anos	6	20
31 a 40 anos	10	33,3
41 a 50 anos	9	30
51 a 60 anos	5	16,66

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Na variável estado civil, houve um predomínio de profissionais solteiros, 16 (53,33%), com um percentual também significativo de profissionais casados/união estável, oito (26,66%), e seis (20%) são divorciados/separados (Tabela 4). Os participantes com filhos são a maioria (20). A relevância desses dados aparece quando são analisados conjuntamente com as falas das entrevistas, tendo em vista que conciliar mais de um vínculo empregatício com as atividades domésticas e o cuidado dos filhos torna-se desgastante, principalmente quando fazemos a associação com o percentual de solteiros, subtendendo-se que esses participantes não dispõem de uma rede familiar de apoio.

Tabela 4 – Distribuição das frequências relativas a estado civil

Variável	N	(%)
Solteiro	16	53,33
Casado/União Estável	8	26,66
Divorciado/Separado	6	20

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Quando questionados quanto à quantidade de vínculos empregatícios, 17 (56,66%) informaram possuir apenas um vínculo, 12 (40%) possuem dois vínculos e um (3,33%) possui três vínculos empregatícios (Tabela 5). Cabe esclarecer que, no HBAP, existe a realização de plantões-extras para garantir a qualidade da assistência e suprir a demanda de profissionais nos

setores, e desses 17 participantes que informaram possuir apenas um vínculo empregatício, apenas um relatou não fazer plantão-extra. Os outros 16 participantes realizam uma média de 6 a 10 plantões extras por mês.

Tabela 5 – Distribuição das frequências relativas ao número de vínculos empregatícios

Variável	N	(%)
1 vínculo	17	56,66
2 vínculos	12	40
3 vínculos	1	3,33

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

No que se refere à carga horária semanal, 18 (60%) informaram realizar 40 horas semanais, seis (20%) realizam 80 horas semanais, cinco (16,66%) realizam 70 horas semanais (são trabalhadores com vínculo estadual e municipal que cumprem 40 horas no estado e 30 horas no município) e um (3,33%) realiza 60 horas semanais (Tabela 6). Ressaltando que provavelmente os que informaram realizar 40 horas semanais estejam fazendo referência à sua carga horária contratual, tendo em vista que aqueles que informaram ter apenas um vínculo empregatício, na sua maioria, cumprem escalas de plantões-extras, portanto, fica evidente que os participantes do estudo perfazem, na sua maioria, mais de 40 horas semanais.

Esses dados corroboram o estudo apresentado por Machado et al. (2017) a nível nacional que apresenta carga horária semanal realizada por profissionais de enfermagem de setores públicos, onde 61,2% cumprem de 31 a 60 horas semanais; 7,7% cumprem de 61 a 80 horas semanais e 1,6% cumprem mais de 80 horas semanais.

Tabela 6 – Distribuição das frequências relativas à carga horária semanal

Variável	N	(%)
40 horas	18	60
60 horas	1	3,33
70 horas	5	16,66
80 horas	6	20

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A dupla jornada de trabalho evidenciada pela correlação das variáveis de número de vínculos e carga horária semanal podem resultar em exaustão e fadiga que, como consequência,

interferem na qualidade da assistência e segurança do paciente, bem como reduzem o tempo disponível dos profissionais para outras atividades e aumentam a exposição a demanda e riscos do trabalho (SILVA NETO et al., 2015).

Como já mostrado anteriormente, esse grupo de profissionais estudados são, na sua maioria, do sexo feminino, e Machado et al. (2017 p. 45) enfatizam que: “uma maior carga de trabalho, em se tratando de um contingente majoritariamente feminino, acaba interferindo ainda mais na qualidade de vida dela e de sua família, quase sempre”.

Dado relevante é que, dos 21 técnicos de enfermagem, seis (28,57%) possuem nível superior completo, sendo cinco enfermeiros e um assistente social e cinco (23,8%) possuem nível superior incompleto (são estudantes de enfermagem). A busca pela graduação indica a necessidade de ampliação de conhecimentos científicos bem como a melhoria salarial. Os dados aqui encontrados corroboram os resultados apresentados pela pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, que destaca que 34,3% dos trabalhadores técnicos de enfermagem estão cursando ou já concluíram o nível superior de ensino (WERMELINGER; LIMA; VIEIRA, 2016).

No entanto, esses profissionais permanecem exercendo a função de técnico de enfermagem pelo fato de terem realizado um concurso público para esse cargo e por não existir um Plano de Cargos e Salários no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde. O que evidencia que o estímulo à qualificação dos trabalhadores que acontece desde os anos 2000 com o fenômeno da superqualificação, caracterizado pela ampliação do acesso ao ensino superior, não foi acompanhado pela expansão de oferta de postos de trabalho qualificados (WERMELINGER; LIMA; VIEIRA, 2016). O que pode gerar nesses trabalhadores uma desmotivação, e até mesmo repercussões negativas sob o ponto de vista da sua saúde mental.

Dos cinco que ainda estão cursando a graduação, redobra-se a preocupação com a saúde desses trabalhadores, pois conciliam dois vínculos empregatícios e uma faculdade. Ficou evidente em fala de uma participante que as mesmas conseguem conciliar trabalho com estudo porque realizam trocas de plantões durante a semana e trabalham aos sábados e domingos em plantões ininterruptos e, por vezes, perfazem um total de 48 horas de trabalho, não obedecendo aos períodos de descanso necessários e estabelecidos por lei.

Estudo realizado por Molzof et al. (2019) com enfermeiras norte americanas avaliou a influência do ciclo circadiano sobre o desempenho cognitivo e teve como resultado que a interrupção do sono é prejudicial à memória e influenciam negativamente a aquisição e

recuperação dos comportamentos aprendidos. Complementam ainda que trabalho por turnos representa desalinhamento circadiano, que leva a implicações fisiológicas.

Fazendo um paralelo dos dados acima com o rendimento salarial relatado, evidenciamos que o rendimento dos enfermeiros está entre três a oito salários mínimos e os técnicos de enfermagem com rendimento de um a cinco salários mínimos (Tabela 7). Esses valores justificam a necessidade da dupla jornada de trabalho. É sabido que a dupla jornada de trabalho na enfermagem faz-se necessária devido à situação econômica da saúde, aos baixos salários, que levam os profissionais ao enfrentamento da dupla atividade para garantir o sustento da família.

Infelizmente, não existe um dispositivo legal que regule a jornada de trabalho do profissional de enfermagem, e não é da competência do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) tratar desse assunto e sim dos estados por meio das secretarias estaduais. No estado de Rondônia, temos a Lei Complementar nº 116/2016 que altera um artigo da Lei do Servidor Público (Lei 68/92), e estabelece que a jornada de trabalho dos profissionais de saúde poderá ser compreendida pela acumulação de dois vínculos, desde que não haja incompatibilidade de horário e não ultrapasse 80 horas semanais, bem como trabalhem em regime de plantão em pelo menos um dos vínculos (RONDÔNIA, 2017).

Estudo realizado por Dias-Silveira et al. (2017), com a equipe de enfermagem de um hospital privado, evidenciou que o atributo salário foi o item de maior expressividade para sua satisfação no trabalho, talvez porque o salário permite não só a satisfação de necessidades fisiológicas e de segurança, mas também as sociais, de estima e auto realização.

Tabela 7 – Distribuição das frequências relativas à remuneração salarial

Variável	Enf		Tec. De Enf	
	N	(%)	N	(%)
1 a 2 salários mínimos	-	-	11	52,38
3 a 5 salários mínimos	7	77,77	10	47,61
6 a 8 salários mínimos	2	22,22	-	-

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Os participantes da pesquisa possuem um percentual de sete (23,33%) com experiência de até cinco anos na enfermagem e a grande maioria 23 (76,66%) possuem de 6 a 21 anos de experiência (Tabela 8).

O tempo de serviço contribui para o aperfeiçoamento técnico dos trabalhadores; no entanto, dependendo do setor onde atua, e das condições de trabalho às quais esse profissional está exposto, o comprometimento de sua saúde estará em risco.

Tabela 8 – Distribuição das frequências relativas ao tempo de atuação na enfermagem, na instituição e no setor atual.

Variável	Período	N	(%)
Tempo de atuação na área de enfermagem	Até 5 anos	7	23,33
	de 6 a 10 anos	10	33,33
	de 11 a 20 anos	12	40
	acima de 21 anos	1	3,33
Tempo de atuação na instituição	Até 5 anos	12	40
	de 6 a 10 anos	8	26,66
	de 11 a 20 anos	9	30
	acima de 21 anos	1	3,33
Tempo de atuação no setor atual	Até 5 anos	18	60
	de 6 a 10 anos	5	16,66
	de 11 a 20 anos	6	20
	acima de 21 anos	1	3,33

Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Quando questionados quanto ao número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano, oito (26,66%) informaram não ter apresentado nenhum tipo de problema, 14 (46,66%) apresentaram de um a três problemas de saúde e oito (26,66%) apresentaram três ou mais problemas de saúde. Para aqueles que responderam ter apresentado problemas de saúde, foi solicitado que enumerassem esses problemas, e obtivemos o seguinte resultado conforme o quadro abaixo:

Quadro 2 – Número de problemas relacionados ao trabalho apresentados pela equipe de enfermagem no último ano.

PROBLEMAS	QUANTIDADE	PROBLEMAS	QUANTIDADE
Hipertensão arterial	2	Esgotamento Físico	1
Obesidade	1	Instabilidade emocional	1
Insônia	2	Ansiedade	4
Neuroma	1	Auto estima baixa	1
Esporão de calcâneo	2	Irritabilidade	1
Fascite bilateral	1	Desânimo	1
Estresse	3	Síndrome do Pânico	2
Depressão	3	Hérnia	2

Continua...

Continuação...

Escoliose	1	Labirintite	1
Dor na coluna	7	Gastrite	1
Dores articulares	1	Enxaqueca	1
Rompimento de ligamento	1		

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

Importante destacar que, entre os problemas relatados, 16 profissionais informaram problemas relacionados a sofrimento mental como depressão, estresse, instabilidade emocional, ansiedade, auto estima baixa, irritabilidade, desânimo e síndrome do pânico. Evidenciando que, embora ainda pouco visíveis, os problemas de saúde mental são comuns nos serviços de saúde e a equipe de enfermagem está exposta a inúmeros fatores que contribuem para a carga mental e psíquica (SENA, et. al., 2015).

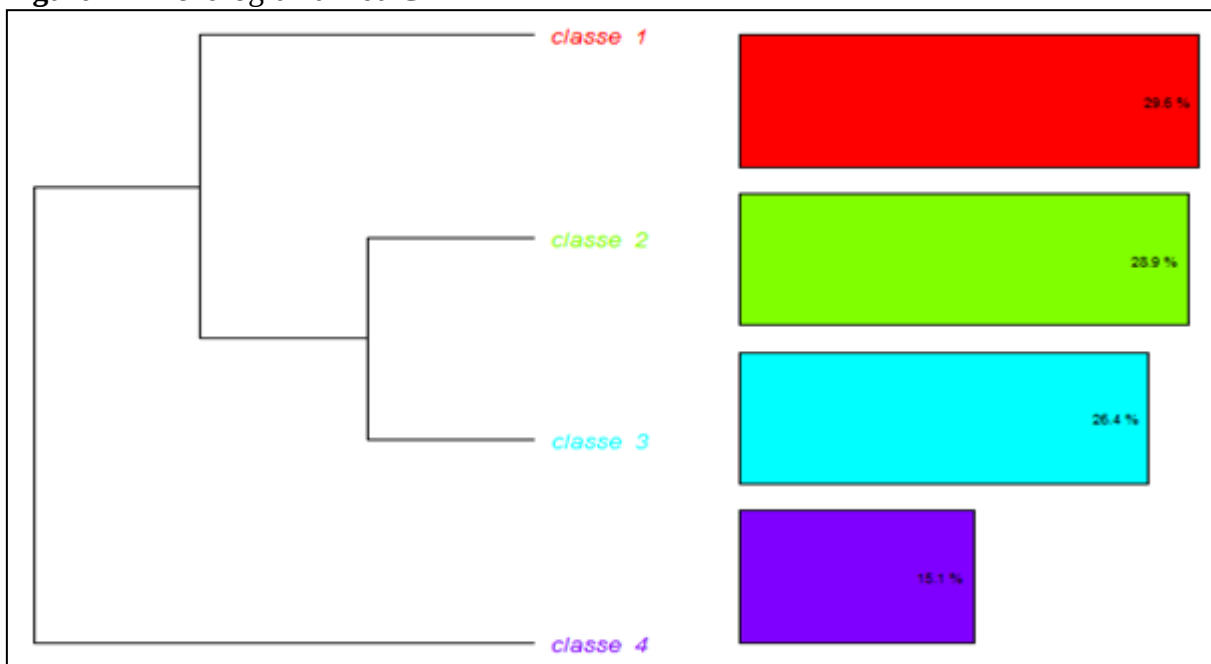
4.2 CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE - CHD

As entrevistas foram tratadas pelo software IRaMuTeQ, que possibilitou conhecer as palavras do corpus com significado ao contexto do estudo. Na descrição dos resultados analisados, as principais características encontradas foram: o corpus geral foi constituído por 30 textos, separados em 1.619 segmentos de texto (ST), com 1.373 ST aproveitados. Apresentando, portanto, um aproveitamento de 84,81% do material analisado. Considera-se um bom aproveitamento de ST o índice de 75% ou mais (SOUZA et al., 2018). Emergiram 57.405 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3.022 palavras distintas e 1.303 palavras com uma única ocorrência (hápax). O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes, a partir da classificação hierárquica descendente (CHD): classe 1, com 407 de ST (29.64%); classe 2, com 397 de ST (28.91%), classe 3, com 362 ST (26,37%) e classe 4, com 207 ST (15.08%).

A CHD possibilita analisar os perfis propostos pelo IRaMuTeQ e como suas classes são agrupadas em conformidade com as variáveis, que são: o Type- classe gramatical das palavras; o chi2- X^2 de associação da palavra com a classe; P- identifica o nível de significância da associação da palavra com a classe; a Porcentagem- percentagem de ocorrências da palavra nos segmentos de textos de cada classe; eff.st – número de segmentos de texto que contém a palavra em cada classe e eff.total - que é o número de segmentos de texto no corpus que contém a palavra citada pelo menos uma vez.

O software, pela CHD, possibilita a divisão das classes, representando-as graficamente por meio de um Dendrograma, ou seja, por uma representação diagramática ramificada da inter-relação de um grupo de itens que participam de alguns fatores comuns.

Figura 2 – Dendrograma 1 da CHD



Fonte: Software IRaMuTeQ 7.2

A leitura da relação entre as classes apresentadas no Dendrograma na forma horizontal, é feita da esquerda para a direita conforme a afinidade entre elas. Ele apresenta as partições ou interações que foram executadas na classificação dos ST do corpus. Estas partições geram subcorpus que correspondem às classes.

Primeiramente, a divisão do corpus deu-se em dois subgrupos, separando a classe 4 do restante do material (1ª partição). Num segundo momento, aconteceu uma nova divisão do corpus, originando a classe 1 (2ª partição) e, por último, ocorreu a repartição (3ª partição) do material que deu origem às classes 2 e 3. A CHD cessou as divisões, pois as quatro classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de unidades de ST com vocabulário semelhante.

O dendrograma de CHD, gerado a partir do corpus, possibilitou a análise de forma a agrupar as classes em dois blocos temáticos. Para nomear as classes, as mesmas foram submetidas a uma análise qualitativa de acordo com o conteúdo retratado. E para análise e discussão das classes, acompanhou-se a partição, e as mesmas foram nomeadas e discutidas conforme seus significados. O primeiro bloco temático refere-se à Rotina de Trabalho nas

Clínicas Cirúrgicas e é composto pela classe 4. O segundo bloco refere-se à Organização do Trabalho, composto por: Trabalho Prescrito e Trabalho Real, e foi constituído pela classe 1; Prazer e sofrimento no trabalho é constituído pelas classes 2 e 3.

Os dois blocos temáticos, as quatro categorias discursivas (classes), suas denominações e subtemas que emergiram de cada classe estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Blocos temáticos

BLOCO 1 ROTINA DE TRABALHO NAS CLÍNICAS CIRÚRGICAS		BLOCO 2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	
Classe 4 Rotina de Trabalho		Classe 1 Trabalho Prescrito e Trabalho Real	Classe 2 e Classe 3 Prazer e sofrimento no trabalho
Subtemas Rotina de Trabalho do Enfermeiro nas clínicas cirúrgicas Rotina de Trabalho do Técnico de Enfermagem nas clínicas cirúrgicas		Subtemas Condições inadequadas de trabalho: • Dimensionamento inadequado de recursos humanos • Falta de estrutura física adequada e recursos materiais	Subtemas Situações geradoras de sofrimento no trabalho Situações geradoras de prazer no trabalho

Fonte: Dados da pesquisa, 2021

O IRaMuTeQ possibilita a apresentação do dendrograma na forma vertical, cuja leitura é de cima para baixo. Nessa modalidade de apresentação, são indicadas as formas ativas e suplementares contidas nos segmentos de textos associados a cada classe. Sendo que as palavras de maior representatividade e ocorrência em cada classe estão identificadas no Dendrograma 2 (Figura 3).

Figura 3 - Dendrograma 2 da CHD

Fonte: Software IRaMuTeQ 7.2

A seguir, será apresentada a análise do IRaMuTeQ pelos blocos temáticos e classes individualmente, para facilitar a organização e melhor entendimento do leitor.

4.3 BLOCO 1: ROTINA DE TRABALHO NAS CLÍNICAS CIRÚRGICAS

O Bloco 1 apresenta o cotidiano laboral dos profissionais de enfermagem e as discussões baseiam-se nos resultados da Classe 4. Essa classe emergiu a partir de questionamento realizado aos participantes da pesquisa quanto ao seu dia-a-dia de trabalho, onde os mesmos descreveram como eram desenvolvidas suas atividades laborais. Foram apresentadas as atividades sem descrição de significados, sentimentos e valores, o que justifica a partição da classe 4 pelo IRaMuTeQ completamente distanciada das outras.

A seguir, será apresentada a rotina de trabalho dos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem nas clínicas cirúrgicas com foco de discussão na base conceitual de Dejours e objetivos do estudo.

4.3.1 Classe 4: Rotina de trabalho nas clínicas cirúrgicas de enfermeiros e técnicos de enfermagem

A Classe 4 foi a primeira a se formar segundo a CHD e apresentou 207 ST correspondendo a 15.08% do material classificado para análise e está relacionada ao tema

Rotina de trabalho nas Clínicas Cirúrgicas. Nessa classe, não houve associação significativa entre as variáveis. Os participantes com maior expressividade foram os entrevistados 30, 22, 29, 05 e 28. As palavras mais evidenciadas foram: hora (χ^2 - 189.42), aparecendo 139 vezes; acordo (χ^2 - 169.38) aparecendo 36 vezes, prescrição (χ^2 - 112.82) aparecendo 22 vezes, banho (χ^2 - 111.6), manhã (χ^2 - 111.6), horário (χ^2 - 100.97), tomar (χ^2 - 100.13), arrumar (χ^2 - 94.69), medicação (χ^2 - 86.43) e plantão (χ^2 - 65.56). Essas palavras demonstram um contexto de atividades diárias realizadas por enfermeiros e técnicos de enfermagem. Dentre os participantes com maior expressividade, destacam-se os técnicos de enfermagem, evidenciando que as atividades assistenciais estão mais voltadas a esses profissionais.

Salientando que as rotinas de enfermeiro e técnico de enfermagem diferenciam-se, tendo em vista que o enfermeiro está mais voltado à parte administrativa do serviço, em virtude de quantidade insuficiente de enfermeiros por plantão e os técnicos de enfermagem estão voltados para assistência direta ao paciente.

Os enfermeiros trabalham em plantões de 24 horas (corresponde a um plantão semanal de 24 horas, com realização de complementação da carga horária mensal em finais de semana e feriados), por opção dos mesmos, tendo em vista que, dessa forma, torna-se possível conciliar mais de um vínculo empregatício.

“o plantão é de 24 horas, então tenho que realizar algumas trocas para conseguir conciliar os dois vínculos, aí normalmente eu sempre estou saindo de um plantão para outro” (Enf 02).

“eu faço plantão de 24 horas aqui e folgo um dia e vou para o plantão de 24 horas na maternidade que é outro local que trabalho [...]” (Enf 05).

Na Clínica Cirúrgica III, no momento da produção de dados, existia a figura do enfermeiro diarista, nas demais clínicas o trabalho, era executado apenas por enfermeiros plantonistas. A presença do enfermeiro diarista na clínica possibilita que o enfermeiro plantonista fique mais voltado à assistência direta ao paciente, tendo em vista que o enfermeiro diarista assume a responsabilidade da gestão da unidade. Essa divisão do trabalho entre os enfermeiros, um voltado mais para gestão da unidade e outro, para a assistência do paciente, possibilita uma organização de atividades que são realizadas com cooperação para que haja uma harmonia no local de trabalho. No entanto, apenas uma das clínicas contava com a presença desse enfermeiro diarista. As demais, conseqüentemente, levavam o enfermeiro plantonista a uma sobrecarga maior, tendo em vista que o mesmo assumiria a gestão da unidade e do cuidado.

O dia-a-dia dos enfermeiros consiste em planejar, organizar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem do turno sob sua responsabilidade; receber o plantão, realizar a divisão da equipe de enfermagem, realizar visita beira leito nas enfermarias, encaminhar pacientes com cirurgia agendada para o centro cirúrgico, encaminhar pacientes para exames, realizar alguns procedimentos invasivos (sondagem gástrica, cateterismo vesical) quando necessário, aprazar prescrições médicas, prover e administrar os recursos humanos e materiais necessários para realização da assistência; assessorar técnicos e auxiliares sob sua responsabilidade; realizar a evolução de enfermagem (no momento da coleta de dados, a pesquisadora identificou que, nas clínicas cirúrgicas, a Sistematização da Assistência de Enfermagem não acontecia em todas as suas etapas) dos pacientes mais graves; e atender as intercorrências que por ventura aconteçam no plantão.

Já os técnicos de enfermagem têm várias configurações de escalas, alguns realizam plantões de 24 horas, outros trabalham 12 por 24 horas (trabalham 12 horas e folgam 24 horas), outros trabalham apenas no turno matutino de segunda à sexta-feira. Ficou evidente que essa grande variedade de escalas dá-se, assim como na escala dos enfermeiros, para possibilitar a conciliação de mais de um vínculo empregatício.

“eu faço plantão de 24 horas aqui e folgo um dia e vou para o plantão de 24 horas em outro local que trabalho” (Tec Enf 18).

“a grande maioria da equipe aqui tem dois vínculos, então a escala de 24 horas facilita a manutenção dos dois vínculos” (Tec Enf 28).

A rotina de trabalho dos técnicos é semelhante nas três clínicas cirúrgicas. Eles recebem o plantão, verificam a divisão de serviço realizada pelos enfermeiros, verificam quais os pacientes sob sua responsabilidade que necessitam de banho no leito e já providenciam o material necessário, preparam e administram medicamentos, verificam sinais vitais, coleta de sangue para realização de prova cruzada (em pacientes que irão receber hemocomponentes), levam os pacientes para realização de exames e para o centro cirúrgico, realizam curativos e, assim como os enfermeiros, atendem as intercorrências que acontecem durante o plantão.

“verifico qual enfermaria estou, aí distribui os lençóis para os pacientes, dá algumas orientações, vê quem necessita de banho no leito, verifica se os acessos venosos necessitam ser trocados, se tiver algum banho no leito tem que preparar o material e já realiza o banho no paciente” (Tec Enf 30).

“vêm as prescrições e tiro a medicação identificando enfermagem, leito, nome do paciente, a medicação, via e horário” (Tec Enf 12).

A dupla jornada de trabalho tem se tornado cada vez mais constante nas equipes de enfermagem. Essa necessidade da dupla jornada está relacionada a diversos fatores, entre eles a questão de rendimentos salariais. Para Marx (1982), a jornada de trabalho é o tempo que o trabalhador disponibiliza a sua força de trabalho ao empregador. E sendo a enfermagem uma categoria com a peculiaridade de realizar um trabalho ininterrupto durante as 24 horas, manter uma dupla jornada certamente trará sérias consequências físicas e psicológicas para esse trabalhador, em virtude da força de trabalho que será dispendida para o atendimento de qualidade. O que certamente levará à diminuição da produtividade desse trabalhador.

Estudo realizado com 604 profissionais de enfermagem de ambulatórios universitários em 11 unidades no Rio de Janeiro evidenciou que 45,2% possuíam dupla jornada (SANTOS et al., 2020). Corroborando esses dados, Moura et al. (2019), em estudo realizado com 72 profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem que trabalham em unidades de terapias intensivas, constatou que 62,5% desses profissionais possuem dois vínculos empregatícios.

Os profissionais de enfermagem estão inseridos em um mercado de economia capitalista que permite, por meio de flexibilidade das escalas de trabalho, a conciliação de dois ou mais vínculos empregatícios. Essa flexibilização leva esse trabalhador a optar pelo trabalho em turnos (diurnos e noturnos), gerando a necessidade de adaptação e desgastes que comprometem a capacidade produtiva e provoca perturbações nas funções orgânicas e físicas desse profissional (SOARES et al., 2021a). Os mesmos autores ainda inferem que isso pode levar a prejuízos para instituição e segurança do paciente devido ao déficit na capacidade de atenção e concentração.

Acredita-se que o modelo neoliberal e a crise econômica que se instalou nas últimas três décadas do século XX agravaram essa situação de dupla jornada em virtude de salários cada vez mais baixos, a falta de um piso salarial digno, a fragilidade dos vínculos, bem como a falta de valorização da categoria. E mesmo a unidade estudada sendo um serviço público, fica muito evidente a presença do neoliberalismo pelo fato de as escalas serem complementadas por plantões extras. Dessa forma, a Secretaria Estadual de Saúde não assume encargos trabalhistas sob essa carga horária cumprida, precarizando, assim, as atividades desses profissionais.

De acordo com Soares et al. (2021b), a dupla jornada leva a repercussões negativas à saúde física, mental e social dos trabalhadores no que diz respeito à presença de insônia, má

alimentação, sedentarismo e falta de tempo para se relacionar com familiares e amigos. Repercussões essas que, em longo prazo, podem implicar em adoecimento do trabalhador.

Importante destacar que, nas Clínicas Cirúrgicas, existe uma divisão de trabalho quanto à realização de curativos e ao preparo de medicamentos durante os plantões diurnos.

“eu trabalho só dia, no tratamento de feridas, então é assim, são dois dias seguidos com duas folgas” (Tec Enf 27)

“curativo tem uma pessoa específica para isso” (Tec Enf 19)

“eu sou da escala do curativo, eu fico responsável por todos os curativos durante todo o plantão” (Tec Enf 13)

“eu abro os horários, já identifico, separo as medicações e entrego para colega executar” (Tec Enf 12)

A equipe de enfermagem ainda na atualidade realiza um trabalho normatizado, fragmentado em razão da divisão de tarefas e também é um trabalho rotativo, pela mudança de turnos. Percebemos pelos segmentos de textos que os profissionais da enfermagem que laboram nas clínicas cirúrgicas do HBAP sofrem problemas relacionados ao modelo taylorista que ainda vigora nas unidades hospitalares. Essa modalidade de divisão de tarefas fragmenta e aumenta o ritmo de trabalho, além de dificultar a interação entre os sujeitos, impedindo também uma participação mais ativa e criativa do profissional até mesmo no desenvolvimento de procedimentos técnicos.

De acordo com Praun (2016), esse é um modelo que aprisiona e que distancia o trabalhador de sua potencialidade criativa e humanizadora. O mesmo autor reforça ainda que: “a rotina destrói lentamente a saúde porque esvazia o trabalho de sua essência humana” (p. 149).

O modelo taylorista implica em fragmentação do trabalho, com especialização dos trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas, hierarquia rígida, controle gerencial do processo de produção, desequilíbrio nas cargas de trabalho, separação entre concepção e execução, levando à desmotivação e alienação do trabalhador.

Dejours (1992, p. 133) refere que o sofrimento do trabalhador “começa quando o homem no trabalho já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme suas necessidades fisiológicas e seus desejos psicológicos, isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada”.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) complementam que a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, significa a existência de divisão de indivíduos. A divisão de tarefas interfere no sentido do trabalho e nos desejos. E a divisão hierárquica interfere nas relações sociais e no modo de dominação dos trabalhadores. Dejours (2015) afirma ainda que o trabalho taylorizado leva à desapropriação do saber-fazer da coletividade e quebra da adaptação entre o homem e a organização do trabalho.

Torna-se importante ressaltar que o trabalhador não é uma máquina, não sendo possível inseri-lo no contexto laboral sem levar em consideração o seu contexto social, cultural, suas experiências e vivências. O trabalho de enfermagem deve ser embasado na Sistematização da Assistência de Enfermagem, que envolve responsabilidade ética e uma atenção contínua ao paciente. Portanto, atender ao modelo taylorista pode levar o profissional ao adoecimento e implicar na qualidade da assistência prestada ao paciente.

As evocações apresentadas pelos participantes mostram um trabalho fragmentado e normatizado e com hierarquia rígida. O que nos leva à reflexão de que a subjetividade do trabalhador fica reprimida, e, de acordo com Dejours (2004), é exatamente a mobilização subjetiva que permite a transformação do sofrimento por meio do resgate do sentido e do coletivo do trabalho.

Ainda nessa linha de raciocínio, Dejours (2004) enfatiza duas dimensões da mobilização subjetiva: a inteligência prática e a cooperação enquanto condição para o coletivo de trabalho. É por meio da inteligência prática que o trabalhador resiste ao que está prescrito e com isso adquire uma invenção própria, por meio do seu próprio corpo, do sentir e de sua capacidade de imaginação.

A cooperação necessita estar presente no coletivo de trabalho e caracteriza-se por existir visibilidade de ações, confiança, discussão, consenso, deliberações, arbitragem, participação nas decisões, construção de acordos e de regras de trabalho, com a finalidade de gerir a organização do trabalho (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

A colaboração é fruto da convergência das contribuições dos trabalhadores e surge das relações de interdependência entre eles, fazendo a integração das diferenças e articulação das habilidades específicas de cada um, possibilitando a minimização de erros e a maximização do desempenho coletivo.

Desse modo, é viabilizada a mobilização subjetiva ao passo que a colaboração é construída e faz com que o trabalho seja reconhecido por pares e chefias. A dinâmica do

reconhecimento é exatamente a retribuição moral e simbólica ao esforço e investimento do trabalhador na organização do trabalho.

Portanto, podemos inferir que os participantes do estudo certamente ainda desenvolvem suas atividades sem expressar toda a sua subjetividade, o que nos remete à evidência de uma mobilização subjetiva ainda incipiente. A mobilização subjetiva está sujeita à dinâmica do reconhecimento. É o modo de o trabalhador se engajar no trabalho, fazer uso de sua inteligência prática e do coletivo de trabalho viabilizada pela dinâmica do reconhecimento que permite a transformação do sofrimento em prazer.

4.4 BLOCO 2 – ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Esse bloco é constituído pelas classes 1, 2 e 3 e se refere aos conteúdos acerca da organização do trabalho nas Clínicas Cirúrgicas. No capítulo II, o conceito de organização do trabalho foi amplamente discutido, mas cabe enfatizar que, para a Psicodinâmica do Trabalho, a organização do trabalho institui a divisão das tarefas e dos homens no mundo do trabalho (DEJOURS, 2008).

Faz isso estabelecendo o prescrito e os meios de controle como fiscalização, hierarquia, procedimentos. As prescrições expressam as representações sobre a divisão do trabalho, normas, o tempo e o controle exigido para o desempenho da tarefa. E essa divisão organiza subjetivamente o indivíduo por meio das vivências de prazer e de sofrimento e que ajuda ou atrapalha sua mobilização subjetiva, seu engajamento afetivo-emocional no compromisso com o trabalho (VIEIRA; MENDES; MERLO, 2013).

A Classe 1 foi nomeada por trabalho prescrito e trabalho real tendo em vista que, dependendo das condições de trabalho que a equipe de enfermagem tenha para realização das atividades profissionais, por vezes, seja necessário utilizar de estratégias para realização dessas atividades, alterando, assim, toda a dinâmica de trabalho do setor. As Classes 2 e 3 foram agrupadas e nomeadas de Prazer e sofrimento no trabalho e descreverão as situações geradoras de prazer e sofrimento para os profissionais que laboram nas clínicas cirúrgicas.

4.4.1 Classe 1: Trabalho Prescrito e Trabalho Real

Essa classe conta com 407 ST, que corresponde a 29,64% do material classificado para análise e está relacionada ao trabalho prescrito e trabalho real que está diretamente estabelecido

pelas condições de trabalho nas clínicas cirúrgicas. Foi a segunda classe a se formar na CHD e possui o maior número de ST. As variáveis de maior associação com essa classe foram: categoria profissional enfermeiro (χ^2 - 39,13) e sexo masculino (χ^2 - 14,61). Os participantes com maior expressividade nessa classe foram 05, 02, 08, 30, 20 e 07. As palavras com maior evidência foram: clínica (χ^2 - 77,49), aparecendo 93 vezes; técnicos de enfermagem (χ^2 - 59,8), aparecendo 73 vezes; paciente (χ^2 - 59,74), aparecendo 400 vezes; falta (χ^2 - 55,26), aparecendo 59 vezes; precisar (χ^2 - 46,02), aparecendo 70 vezes; material (χ^2 - 36,28) aparecendo 40 vezes; adequado (χ^2 - 36,0) aparecendo 15 vezes e dificuldade (χ^2 - 34,64), aparecendo 49 vezes. A partir dessas palavras, evidenciou-se que os conteúdos agrupam-se ao redor das condições de trabalho. Dessa forma, pode-se encontrar seguimentos de textos que englobam toda a problemática relacionada ao dimensionamento inadequado de pessoal, falta de estrutura física e recursos materiais que podem interferir na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Analizando a associação das variáveis enfermeiro e sexo masculino com essa classe, pode-se inferir que o enfermeiro, por ser o coordenador da equipe, é o profissional que tem que gerenciar todas as situações de condições de trabalho inadequadas, é quem toma as decisões e orienta a equipe de técnicos de enfermagem na realização das atividades cotidianas, justificando, assim, essa associação com essa categoria profissional.

No que diz respeito à associação com o sexo masculino, durante as entrevistas, foi possível perceber que, em virtude da ausência de camas adequadas, cadeiras de rodas, macas, entre outros materiais e equipamentos, os profissionais do sexo masculino acabam assumindo a responsabilidade pela realização de tarefas onde é necessário imprimir força física.

4.4.1.1 Dimensionamento inadequado de recursos humanos

Os 30 participantes (100%) relataram que não existe um quantitativo de profissionais que supra a necessidade do serviço e que isso leva a uma sobrecarga de trabalho e à necessidade da realização de plantões extras para tentar suprir o dimensionamento de profissionais a cada plantão, o que foi evidenciado pelos seguintes ST:

“tem dia que a gente trabalha de quatro técnicos de enfermagem e tem dia que fica de cinco, por exemplo, provavelmente hoje a noite só teremos três técnicos de enfermagem na escala e a clínica está lotada” (Tec. Enf. 29)

“... os plantões extras são necessários devido ao déficit de pessoal de enfermagem, como trabalhamos com pacientes críticos, pelo dimensionamento eu deveria ter pelo menos sete técnicos de enfermagem por equipe e nas escalas eu tenho de quatro a cinco técnicos de enfermagem e complemento com plantões extras” (Enf. 01)

“quando eu assumi o cargo cheguei a trabalhar só com três técnicos de enfermagem e sem enfermeiro, pois não tinha na escala” (Tec. Enf. 30)

Ficou evidente que a quantidade reduzida de profissionais não acontece apenas com os técnicos de enfermagem, mas também com os enfermeiros:

“uma clínica dessa aqui tinha que ter dois enfermeiros, um diarista e um plantonista. E só tem uma, ela não vai conseguir ajudar a equipe, pois não consegue fazer nem a parte dela...” (Tec. Enf. 26)

“lá na clínica cirúrgica nós só temos um enfermeiro por plantão, é muito ruim, pois a clínica tem 30 pacientes e apenas um enfermeiro, fica difícil! Aí os técnicos de enfermagem precisam colaborar” (Tec. Enf. 10)

O dimensionamento para trabalhadores de enfermagem está amparado na Resolução COFEN 543/17, e tem como base a carga de trabalho estabelecida por meio dos cuidados diretos e indiretos que o paciente necessita, associado ao tempo que o profissional irá gastar para realização da tarefa. Silva et al. (2019) inferem que o dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ser analisado como um todo, utilizando metodologias e critérios que possibilitem a adequação de recursos humanos do ponto de vista tanto quantitativo, quanto qualitativamente.

Um dos principais complicadores para que a equipe de enfermagem preste uma assistência de qualidade é exatamente o número reduzido de profissionais, pois teremos como consequência a fragmentação, a intensificação e a sobrecarga de trabalho. Desta forma, propicia possibilidades de erros e iatrogenias que afetam tanto a segurança do paciente, como a saúde do trabalhador e podem, inclusive, implicar em questões éticas no exercício da profissão (PIMENTA et al., 2018).

Chamou a atenção nos ST da pesquisa a dimensão do trabalho prescrito e trabalho real que perpassa tanto pela dimensão da organização quanto pelas condições de trabalho. Para Dejours (2015), o trabalho prescrito (tarefa) é o conjunto de atividades previamente planejadas e organizadas, indicando aquilo que se deve fazer em determinado processo de trabalho. São as regras e objetivos impostos pela organização do trabalho. E o trabalho real (atividade) são as circunstâncias variáveis ou imprevistas que vão além do domínio técnico, gerando a

necessidade de adaptação diante da realidade. Ou seja, aquilo que é posto em jogo pelos trabalhadores para realizar o trabalho prescrito.

A partir das falas apresentadas pelos profissionais, torna-se evidente que, nas clínicas estudadas, não existe essa análise adequada com relação ao dimensionamento de pessoal, tendo em vista a grande quantidade de plantões extras que esses profissionais realizam para suprir a necessidade de recursos humanos por plantão. O trabalho torna-se mais estressante quando o número de profissionais é insuficiente. Como consequência disso, haverá períodos de descanso inadequados, o que gerará desgaste gradativo do trabalhador que poderá implicar no surgimento de doenças mentais e físicas (ALMEIDA, 2018).

Esse fato deixa claro que, nas clínicas cirúrgicas, os trabalhadores estão enfrentando lacunas entre o trabalho prescrito e o trabalho real, o que leva à inferência de que, por vezes, esses profissionais tenham que recorrer a dimensões do saber e do agir que podem fugir dos direcionamentos e das técnicas mais rígidas exigidas para realização das atividades diárias.

Estudo realizado por Gasparino et al. (2019), com o objetivo de avaliar o ambiente hospitalar onde a enfermagem exerce suas atividades profissionais por meio da comparação entre hospitais públicos e privados, utilizando a versão brasileira do instrumento PES - *Practice Environment Scale* (avalia o ambiente da prática profissional da enfermagem por meio de 24 itens distribuídos em cinco subescalas), foi evidenciado que a subescala referente à adequação da equipe e recursos, contemplada com os itens: equipe de enfermagem com número suficiente para proporcionar aos pacientes um cuidado de qualidade e equipe de enfermagem suficiente para realizar o trabalho, foi a subescala com a avaliação mais desfavorável. Demonstrando que a sobrecarga de trabalho faz-se presente também em unidades hospitalares de outras regiões brasileiras.

Corroborando os resultados apresentados, o estudo realizado por Topçu et al. (2016) em hospitais da região de Istambul, na Turquia, e Nantsupawat et al. (2017), com estudo realizado na Tailândia, utilizando também o PES, ficou evidenciado que um ambiente de práticas inadequadas favorece o adoecimento de enfermeiros, levando-os ao esgotamento relacionado à exaustão emocional, e aumenta o desejo desse profissional de sair do trabalho.

4.4.1.2 Estrutura física e Recursos materiais

A falta de material e estrutura física adequada para realização do trabalho, são fatores pontuados pelos participantes da pesquisa. Cabe ressaltar que, dos 30 participantes da pesquisa,

23 (76,6%) destacaram a falta de material como fator complicador para realização do seu trabalho.

“falta de material a gente sofre muito pois não tem esfigmomanômetro, não tem termômetro, falta medicação, hoje mesmo não tem termômetro, é um esfigmomanômetro para clínica toda” (Enf. 08)

“a gente foi levar uma paciente e não tinha maca, aí você anda o dobro do que precisava para pegar uma maca emprestada em outra clínica” (Tec. Enf. 14)

“...é só ir lá na clínica e verificar como é o repouso do enfermeiro que não é decente, não tem um banheiro, e lá que ficamos” (Enf. 02)

“...andamos muito porque a clínica é no final do hospital e não temos telefone, então tudo que se precisa resolver é necessário se deslocar até o outro setor” (Enf. 02)

“temos classificações diferentes de pacientes na mesma clínica, o que dificulta bastante, seria mais fácil pontuar as dificuldades, porque além do déficit de pessoal, temos também o déficit de materiais” (Enf. 01)

“e aí tem também a questão do material que as vezes não temos e aí vem a improvisação” (Tec. Enf. 10)

Estudo de Marques et al. (2020) corrobora os resultados da presente pesquisa. Os autores, ao avaliarem os fatores de satisfação e insatisfação no trabalho de enfermeiros de Pronto Socorro de um hospital universitário, foram evidenciadas como motivo de insatisfação a falta de material, equipamentos e estrutura física inadequada, bem como a quantidade insuficiente de recursos humanos que certamente trará impactos na qualidade da assistência e na saúde física e mental dos trabalhadores.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) pontuam que o trabalho não é neutro em relação à saúde, pois ele tanto pode levar à promoção da saúde dos trabalhadores, como ao seu adoecimento. O mesmo autor enfatiza que a Organização do Trabalho e as condições de trabalho veladamente passam a dominar a vida do trabalhador, o que leva à ausência da liberdade psíquica, tendo em vista que os pensamentos permanecem nas preocupações do trabalho, o que resulta em sofrimento mental (DEJOURS, 2015).

De acordo com Mendes (2007), a sobrecarga de trabalho para Dejours é de ordem social, sendo determinada pela organização do trabalho e não definida pelo trabalhador. A sobrecarga aparece, sobretudo, na relação estabelecida entre as exigências prescritas e a liberdade de escolha para executá-las. Pelas evocações apresentadas pelos participantes do estudo, fica evidente que a liberdade tem sido bastante restringida pelas múltiplas exigências do trabalho. Tem existido uma imposição de ritmo, de produção, de qualidade, e a soma destas imposições influencia no funcionamento psíquico, no pensamento e na liberdade de escolha.

O excesso de atividades tem demandado em demasia os trabalhadores, que têm sentido que não conseguem dar conta de realizar as atividades prescritas. E fazendo aqui a correlação do aumento de jornada desses trabalhadores, uma vez que muitos têm mais de um vínculo empregatício ou realizam inúmeros plantões extras, certamente esses são fatores que dificultam a liberdade de escolha e a flexibilidade. Está evidente também a necessidade de realização de tarefas fora do horário de trabalho, nas horas que seriam destinadas ao descanso e lazer, em função das demandas apresentadas aos trabalhadores.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) destacam que as Condições de trabalho, bem como a Organização do Trabalho, são fontes de carga psíquica para o trabalhador. Pois existirá o confronto entre a história de vida desse trabalhador, seus desejos e expectativas, com as condições e organização prescrita pela instituição. O que levará à redução do espaço de liberdade e ao aumento das pressões no trabalho, surgindo sentimentos de insatisfação, angústia e frustração. A presença desses sentimentos denuncia um sofrimento latente do trabalhador.

Toda essa problemática apresentada a partir de condições de trabalho inadequadas, implicam também na qualidade da assistência ao usuário e esse é outro fator de preocupação dos enfermeiros e técnicos das Clínicas Cirúrgicas.

“eu não sei como é o fornecimento de material para o estado, mas tem época que realmente faltam as coisas, a gente tem que substituir, correr atrás, ligar, pedir, pegar emprestado para dar a melhor assistência possível” (Enf. 02)

“então tem situações que a gente tem que utilizar uma certa artimanha, mas sem infringir nenhum princípio científico, mas realmente a gente não tem o material adequado para trabalhar. Me sinto impotente” (Enf 01)

“aqui não tem o material, então a gente tem que fazer do jeito que dá” (Tec. Enf. 18)

“se fala muito durante o ensino na tal da humanização, mas você cuidando de 11 pacientes, sem o material, com a equipe reduzida, é desgastante, é estressante. E não tem como oferecer essa humanização para o paciente”. (Tec. Enf. 30)

“a falta de material e estrutura também me fazem sofrer, infelizmente a gente não pode atender como se deve o paciente por falta de alguns materiais” (Tec. Enf. 20)

“você tem muitas vezes que improvisar, se virar para dar a assistência ao paciente dentro das condições...” (Tec. Enf. 19)

Mendes (2007) diz que, entre o que foi prescrito e o que de fato foi desenvolvido, existe uma diferença. Pois a prescrição leva em consideração objetivos, metas, ferramentas, arranjo físico, tipos de produtos e de serviços. No entanto, no momento do trabalho real, muitas vezes

o trabalhador depara-se com situações externas que o leva à execução da tarefa de forma contrária à prescrição.

Dejours, Abdouchelli e Jayet (2012) afirmam que as características da organização e das condições do trabalho, dependendo de como é atribuído o trabalho prescrito e da autonomia que o trabalhador possui para aproximar o prescrito do real, apresenta um grande potencial para gerar sofrimento ao trabalhador. E o sofrimento surge quando esse trabalhador fracassa nas suas possibilidades de adaptação ou de ajustamento à organização do trabalho, ou seja, o conflito entre o prescrito e o real.

Tudo aquilo que não será prescrito constitui em trabalho real no momento de sua execução. A prescrição não consegue prever o que acontecerá no cotidiano do trabalho e é exatamente por isso que existe uma grande distância entre o planejado e o executado (DIAS et al., 2018).

Nas falas dos participantes fica evidente que o trabalho prescrito diverge do trabalho real no seu dia-a-dia, tendo em vista as inúmeras improvisações que se faz necessária em virtude de um quantitativo de profissionais que não supre a demanda das clínicas cirúrgicas, bem como a falta de material para realização de uma assistência de qualidade. Pode-se comprovar, através da quantidade expressiva que a palavra “falta” (χ^2 - 55,26), aparece no dendrograma da CHD (59 vezes). Desta forma gerando nessa equipe de enfermagem sentimentos de frustração, impotência e ansiedade, podendo comprometer a sua saúde mental.

Por outro lado, é importante analisar que, em virtude desse distanciamento entre o prescrito e o real alguns trabalhadores poderão ser estimulados na sua capacidade criativa, o que pode ser um potencializador para a transformação de situações de sofrimento em prazer, uma vez que esse trabalhador será desafiado a resolver problemas a partir da sua capacidade inventiva. No entanto, não se pode deixar de levar em consideração que alguns trabalhadores, ao se depararem com situações mais complexas e de difícil resolução, poderão enredar-se por situações patológicas, pois não conseguem ser criativos diante de problemas onde, por vezes, é necessário modificar o seu modo de fazer diário.

Por isso, Dejours (2008 p.39) afirma que “trabalhar é fracassar” diante do real, constringendo-se física, cognitiva e emocionalmente, pois “é sempre afetivamente que o real do mundo revela-se ao sujeito”.

E quando nos reportamos ao quadro 2, que apresenta problemas de saúde relatados pelos participantes da pesquisa, fica evidente que os mesmos estão sendo afetados na sua saúde

mental, pois apresentam distúrbios como: estresse, depressão, insônia, instabilidade emocional, ansiedade, baixa autoestima, irritabilidade, desânimo e síndrome do pânico.

4.4.2 Classe 2 e 3: Prazer e Sofrimento no Trabalho

As Classes 2 e 3 caracterizam situações geradoras de sofrimento e prazer no processo de trabalho. Para Dejours e Melo Neto (2012), são indissociáveis do trabalho o sofrimento e o prazer. O sofrimento começa quando o trabalhador não consegue dar conta da tarefa e o prazer advém de a possibilidade do trabalhador inventar soluções convenientes para realização da sua tarefa.

Para os mesmos autores:

Trabalhar é primeiro fracassar. Mas é, em seguida, mostrar-se capaz de suportar o fracasso, de tentar outros modos operatórios, de fracassar ainda, de voltar à obra, de não abandoná-la, de pensa-la fora do trabalho, de aceitar certa invasão pela preocupação com o real e com a sua resistência, até mesmo no espaço privado, a ponto de não dormir a noite, de sonhar com isso (DEJOURS; MELO NETO (2012) p.365.

A seguir, serão apresentadas as situações geradoras de sofrimento e prazer no trabalho diário dos profissionais das clínicas cirúrgicas.

4.4.2.1 Classe 2 – Situações geradoras de sofrimento no trabalho

A Classe 2 conta com 397 ST (28,91%) e está relacionada às situações geradoras de sofrimento no trabalho, sendo a segunda classe mais significativa do estudo. Nessa classe, não houve associação significativa entre as variáveis. Os participantes de maior expressividade foram o 14 e 23. As palavras de maior associação a essa classe foram: pensar (χ^2 - 62,19), aparecendo 35 vezes; vida (χ^2 - 51,47), aparecendo 33 vezes; casa (χ^2 - 46,3), aparecendo 67 vezes; problema (χ^2 - 40,78), aparecendo 91 vezes; pessoa (χ^2 - 37,62), aparecendo 118 vezes; trabalho (χ^2 - 33,45), aparecendo 175 vezes; acabar (χ^2 - 30,42), aparecendo 78 vezes; conhecer (χ^2 - 28,14), aparecendo 14 vezes e morrer (χ^2 - 19,26), aparecendo 15 vezes.

Os segmentos de textos destacados nessa classe demonstram que os profissionais de enfermagem sofrem em virtude de condições inadequadas de trabalho, pelo quadro clínico e morte dos pacientes, pela ausência de uma vida social e pela necessidade de fazer escolhas entre a família e o trabalho.

Dentre as situações geradoras de sofrimento, ficou evidente, pelas falas dos participantes da pesquisa, que a falta de condições de trabalho fazem-nos sofrer, tanto física quanto psicologicamente, principalmente por entenderem que não conseguirão prestar os cuidados aos pacientes com a qualidade que gostariam e que os mesmos têm direito.

“quando você chega e olha que não tem os materiais para trabalhar... pois a gente pensa na qualidade, quando você leva um paciente para fazer exame e chega e às vezes não dá para realizar o exame e terá que voltar para fazer depois...” (Tec. Enf 26)

“eu vejo assim, que a sobrecarga nos leva a um estresse tão grande que a gente acaba levando isso para fora do ambiente de trabalho, chega em casa mais cansado, mais estressado” (Enf 03).

Os ST apresentados trazem novamente a situação da falta de condições de trabalho, a discussão que trouxemos anteriormente quanto à grande distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, bem como o sofrimento que causa nos trabalhadores essa vivência, principalmente pelo fato de entenderem que o paciente será o mais penalizado, pois não haverá uma assistência de qualidade.

Dejours e Melo Neto (2012) explicam que esse sofrimento do trabalhador desencadeia-se quando ele não consegue dar conta da tarefa apesar de todo o seu zelo. Para Dejours (2015), o zelo refere-se ao engajamento afetivo do trabalhador, à sua subjetividade impressa na execução das demandas. E é exatamente a partir da subjetividade do trabalhador que o prazer começa, porque, a partir do seu zelo, ele encontrará soluções convenientes, exercendo, assim, sua autonomia.

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) complementam que o sofrimento pode ser saudável ou patológico. O que determinará isso será a forma como o trabalhador irá lidar com a situação geradora de conflito. Para o sofrimento tornar-se criativo, é primordial que o trabalhador dê um novo significado a esse trabalho, principalmente por meio da inovação, enquanto que o sofrimento pode se tornar patológico quando não existem mais possibilidades de acordos entre a organização do trabalho e o trabalhador.

Corroborando o presente estudo, Glanzner et al. (2017) obtiveram resultados semelhantes quanto aos fatores que levam os profissionais de saúde ao sofrimento. Os autores realizaram estudo com 153 trabalhadores da estratégia saúde da família, em Porto Alegre. Quando avaliado o item esgotamento profissional através da Escala de Indicadores de Prazer e

Sofrimento no Trabalho (EIPST), a sobrecarga de trabalho foi evidenciada como fator de sofrimento.

Resultados semelhantes foram apresentados por Pimenta et al. (2020), onde, utilizando a mesma escala, constataram níveis críticos dos fatores de sofrimento entre enfermeiros de uma unidade hospitalar, destacando a falta de materiais como um desses fatores.

O lidar com o diagnóstico, quadro clínico e morte dos pacientes é outra causa de muito sofrimento para as equipes das Clínicas Cirúrgicas:

“aqui a gente está lidando com vidas, e a gente escolheu essa profissão para salvar vidas e não para perder, então isso me deixa muito triste” (Tec. Enf. 24)

“acho que a situação do paciente é a coisa que me comove demais, são pessoas que ficam muito tempo internadas, mudanças bruscas de vidas, de rotinas, ter que lidar com pessoas totalmente diferentes, que ele nunca viu na vida...” (Tec. Enf. 27)

“a morte do paciente eu acredito que isso deixa a gente de alguma forma debilitada, nesse momento de fragilidade, e as pessoas dizem que você vai aprender a conviver com isso, vai se tornar um coração gelado, mas isso não existe” (Tec. Enf. 12)

“quando a gente pega os prontuários dos pacientes e conversando com o doutor ele diz que não há mais o que ser feito, se parar parou, isso é um problema, aí você sabe que em algum momento vai ter que lidar com aquele sofrimento” (Tec. Enf. 12)

“se você é humano e tem amor pelo próximo, você vai sentir a dor da perda, seja ele quem for porque você cuidou, conheceu a história dele” (Tec. Enf. 15)

A morte, mesmo para os profissionais de saúde, ainda não é algo que se saiba lidar. Esse fato não nos surpreende pois ainda temos pouca compreensão quanto ao processo de morte e morrer. Procuramos sempre deixar a morte de lado, como se ela nunca fosse acontecer, evitamos inclusive falar sobre ela. Normalmente, celebramos a vida e banalizamos a morte, uma vez que ela traz dor e sofrimento, sentimentos de insatisfação, de negação, de tristeza, de raiva e, principalmente, o sentimento de impotência (FREITAS et al., 2016).

Vasconcelos et al. (2019); Miorin et al. (2018) e Barboza et al. (2018), em estudos realizados em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPED), Pronto Socorro e Unidades Clínicas, respectivamente, obtiveram resultados semelhantes ao presente estudo, pois detectaram como fatores de sofrimento da equipe de enfermagem a falta de material e a morte do paciente, sendo a morte muito mais destacada pelos profissionais da UTIPED.

E quando analisamos que os profissionais do presente estudo sofrem pelo fato da quantidade de material insuficiente e pela perda do paciente, esse sentimento de impotência pode vir associado a uma culpabilização por não terem conseguido realizar uma assistência de

qualidade. Não conseguir satisfazer as necessidades dos pacientes aumenta significativamente essa sensação de impotência. Porém, os profissionais esbarram aqui nas barreiras organizacionais e isso nos remete ao que Dejours (1993) enfatiza quando descreve que os sofrimentos estão associados a diversos fatores, como históricos, laborativos e até mesmo associados à própria vida desse trabalhador.

Na academia, os profissionais de enfermagem não são preparados para lidar com a morte, e, por vezes, a equipe de enfermagem distancia-se dela como mecanismo de defesa (FREITAS et al., 2016). No entanto, manter esse distanciamento torna-se quase que impossível, pois a equipe de enfermagem é quem prestará os cuidados integrais ao paciente e família. E diante desse fato, é primordial que o profissional mantenha o equilíbrio. Para Dejours (1994), essa manutenção do equilíbrio dá-se por uma regulação que requer estratégias defensivas que os próprios profissionais elaboram.

O sofrimento no lidar com a morte é mais evidente nos profissionais lotados na Clínica Cirúrgica 3 pelo fato de terem, nesse setor, pacientes oncológicos em estágio terminal, não conseguindo lidar com o processo de finitude e não se sentindo capacitados para a assistência paliativa. Durante a produção de dados, ficou evidente que não existem dispositivos protetores institucionalizados para esses profissionais, levando-os, portanto, a um intenso sofrimento mental.

A falta de lazer e de uma vida social também foi pontuada como fator de sofrimento para os profissionais:

“até comecei uma academia, em duas semanas desisti por causa dos plantões, então minha vida hoje só gira em torno do trabalho, eu não tenho vida pessoal” (Tec. Enf 23)

“às vezes eu percebo que quando fico muitas horas de plantão, interfere na minha vida social, porque assim, por mais que eu procure interagir, estou sempre cansada e isso acaba com minha vida social” (Enf 05)

O lazer tem sido amplamente reconhecido como estratégia da promoção da saúde (BACHELADENSKI; MATIELLO JÚNIOR, 2010). Os mesmos autores referem que lazer é:

Um conjunto de ocupações as quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para desenvolver sua formação desinteressada, sua participação social voluntária, ou sua livre capacidade criadora, após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais (p. 2572)

Foram encontrados, neste estudo, profissionais com duplo e até mesmo triplo vínculo empregatício, o que leva a pensar que os mesmos provavelmente não realizam as atividades de lazer, pois saem de um local de trabalho para outro, ou do local de trabalho para faculdade, não restando horas que possam ser dedicadas a uma atividade recreativa. Isso mostra que os participantes colocam o trabalho como algo central em suas vidas, deixando de dar a devida importância a outras funções importantes, como o lazer.

Entretanto, vale considerar que, ao se fazer um paralelo entre a remuneração salarial desses profissionais, 52,38% recebem de um a dois salários mínimos, o que possivelmente justifica o duplo vínculo empregatício, com longas jornadas de trabalho e a ausência de lazer.

Tendo em vista que a maioria dos participantes da pesquisa é do sexo feminino (86,6%), e que, dos 30 participantes, 20 têm filhos, outro fator de sofrimento muito evidente é o fato de ter que fazer escolhas entre trabalhar e cuidar da família:

“querendo, ou não, a vida é feita de escolhas e quando eu escolho trabalhar mais eu deixo ele (o filho) menos e isso me provoca um sentimento de culpa porque ou eu trabalho ou fico com meu filho e isso acaba sendo um problema” (Enf 05)

“pode ser que gere conflitos, até hoje comigo não, mas sei de muitos colegas, pessoas que principalmente por serem casados, chegam em casa mais cansados e isso acaba refletindo talvez numa vida conjugal” (Enf 03)

O trabalho e a família apresentam influências de forma recíproca e que podem causar conflitos interpessoais e intergrupos, podendo levar ao adoecimento do trabalhador (FEIJÓ et al., 2017). Para o profissional de enfermagem, manter o equilíbrio entre o trabalho e a família é um grande desafio. Por um lado, existe a necessidade de gerar renda para garantir o sustento; por outro, a necessidade de realização de cuidados domésticos. Para as mulheres, essa situação torna-se ainda mais motivo de tensão, pois geralmente recai sobre elas os cuidados com a casa e filhos.

4.4.2.2 Classe 3 - Situações geradoras de prazer no trabalho

A Classe 3, onde aparecem 362 ST (26,37%), está relacionada às situações geradoras de prazer no trabalho. Nessa classe, não houve associação significativa entre as variáveis. Os participantes de maior expressividade foram o 17 e 12. As palavras de maior associação à essa classe foram: dizer (χ^2 - 99,38), aparecendo 142 vezes; reconhecimento (χ^2 - 40,13), aparecendo 28 vezes; gerência de enfermagem (χ^2 - 39,29), aparecendo 47 vezes; elogiar (χ^2

- 36,65), aparecendo 13 vezes; errado (χ^2 - 35,03), aparecendo 15 vezes; entender (χ^2 - 32,8), aparecendo 46 vezes; profissão (χ^2 - 30,08), aparecendo 30 vezes; e agradecer (χ^2 - 30,07), aparecendo 20 vezes.

O agrupamento nessa classe dessas palavras destacadas demonstra que os profissionais de enfermagem sentem prazer no trabalho quando são reconhecidos pelos pacientes e pela própria equipe, quando os pacientes recebem alta hospitalar, bem como pela convivência e colaboração que existe entre os colegas.

Pode-se destacar que as situações que geram prazer nos participantes da pesquisa estão diretamente relacionadas com o reconhecimento dos pacientes pelo trabalho realizado, bem como pela própria equipe.

“desde que eu cheguei aqui que os técnicos de enfermagem que são mais antigos dizem que eu fui um dos que mais me destaquei entre os novatos que assumiram no último concurso, e assim, eu fico feliz com isso” (Tec. Enf. 30)

“o paciente vai na ouvidoria e faz elogio, e isso é uma forma de mostrar o nosso trabalho, não só o meu mas de toda a equipe, é tanto que o próprio diretor já veio aqui e disse que recebeu muitos elogios da ouvidoria e ele veio aqui para elogiar a gente” (Tec. Enf. 30)

“nós escutamos os pacientes dizerem que eu só não estou pior porque os enfermeiros cuidam, então eu sinto o meu trabalho reconhecido” (Enf. 02)

“então, assim, um elogio, um reconhecimento do nosso trabalho, isso não tem preço, isso realmente é bem gratificante” (Enf. 01)

O reconhecimento no trabalho emerge como uma compensação e se torna fundamental para que o trabalhador enfrente o sofrimento e o transforme em prazer (DEJOURS, 2015). Para os profissionais, o reconhecimento do paciente, pelo cuidado prestado, é o que mais traz prazer, pois ele percebe que seu trabalho é reconhecido socialmente. O reconhecimento torna-se estímulo para os trabalhadores principalmente no que se refere à prestação de cuidados.

O reconhecimento que emerge da chefia e dos próprios colegas é importante, mas não acontece com muita frequência, e muitos relataram que nem esperam por esse reconhecimento, pois sabem que não virá. Alguns técnicos de enfermagem frisaram que alguns enfermeiros plantonistas e a chefia imediata atual das clínicas cirúrgicas, em algumas ocasiões, elogiam-nos e os estimulam; no entanto, a gerência geral de enfermagem, infelizmente, não mantém um relacionamento direto com os mesmos, inclusive, alguns relataram que não conhecem a gerente geral. Cabe esclarecer que, no momento da produção de dados, tinha havido uma mudança de

gerência há pouco tempo, portanto, infere-se que esse possa ser o motivo para o desconhecimento dos profissionais quanto à nova gerente geral.

A Psicodinâmica do Trabalho chama a atenção para a relação entre reconhecimento e não reconhecimento do trabalho, uma vez que a falta de reconhecimento é fator de adoecimento. Já o reconhecimento impacta diretamente na transformação do sofrimento em prazer (GLANZNER et. al., 2017).

Estudos realizados por Glanzner et al. (2017) e Almeida (2018) tiveram como resultados também o reconhecimento como fonte de prazer. O primeiro realizou o estudo sobre prazer e sofrimento com profissionais da Estratégia Saúde da Família, enquanto o segundo estudou profissionais da área hospitalar, evidenciando que, independentemente do nível de complexidade que os profissionais exerçam seu trabalho, o reconhecimento será fonte de prazer e satisfação, motivando esse trabalhador a continuar suas atividades laborais, mesmo que, em muitas situações, sem as devidas condições de trabalho.

O reconhecimento é a forma de retribuição simbólica advinda da contribuição dada pelo trabalhador, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência no trabalho. Para Dejours (2008), essa retribuição apresenta-se em duas dimensões: reconhecimento no sentido de constatação, que representa a realidade da contribuição individual à organização do trabalho, e o reconhecimento no sentido de gratidão pela contribuição dos trabalhadores dada à organização do trabalho.

Os ST apresentados demonstram que esse reconhecimento está diretamente relacionado ao registro do fazer, do trabalho em si e, depois, destina-se para o registro do ser, da realização do eu e, nesse momento, encontra-se a possibilidade de fortalecimento da identidade. Além disso, é nessa dinâmica do reconhecimento que se pode construir o sentimento de pertencimento a uma coletividade, a um grupo profissional.

Mesmo sendo constatado que a organização do trabalho na unidade em questão ainda adota modelo normativo, o reconhecimento, para esses trabalhadores, é mola propulsora para transformação de sofrimento em prazer.

Outro motivo de prazer relatado pelos participantes da pesquisa é quando os pacientes recebem alta e retornam para suas casas. A equipe sente-se feliz:

“eu gosto de trabalhar e ver como a gente interage com o paciente e acompanhante, aí quando ele vai embora de alta é só alegria, ele agradece e entendo o motivo dessa alegria” (Enf. 08)

“é tão satisfatório você cuidar de um paciente e ver ele saindo com vida, isso é bom para a profissão” (Tec. Enf. 12)

“a gente se sente o máximo pois ele fez parada cardiorrespiratória e conseguimos reanimar, a gente fica feliz com a certeza de não ter feito nada errado, depois ele volta para casa” (Tec. Enf. 29)

Vivenciar a alta do paciente e vê-lo retornando a sua casa gera prazer e até mesmo um sentimento de narcisismo no profissional, pois ele tem um sentimento de pertencimento pela participação no processo de cura. As expressões “eu cuidei”, “eu participei” e “eu ajudei” revelaram isso.

Fonseca e Sá (2020) destacam que existe um grande desafio do trabalho do cuidado e sua dimensão patogênica; no entanto, enfatizam que a existência de uma dimensão criativa por parte dos trabalhadores gera prazer no exercício do cuidar.

Os resultados do estudo de Lamb et al. (2019) com profissionais de um pronto socorro pediátrico evidenciaram o prazer relacionado à melhora da criança, os profissionais expressam um sentimento de realização profissional por entenderem que existe resolutividade na assistência prestada às crianças.

Barboza et. al. (2018) corroboram esses resultados, em pesquisa realizada com profissionais de Unidades Clínicas. Os participantes da pesquisa destacaram como fonte de prazer a contribuição com o bem-estar do paciente, bem como a relevância e reconhecimento social do seu trabalho. Os autores destacam que o objetivo do trabalho consiste na transformação do objeto e do homem e isso irá se reverter em recompensa material ou simbólica, a partir do momento em que o trabalhador imprime sua subjetividade na realização do trabalho.

Foi destaque nos ST como motivos de prazer a boa convivência e colaboração entre os colegas de trabalho:

“tem os colegas que são divertidos, fazem palhaçadas, aí você ri, quando o paciente sai de alta e agradece, isso significa que você está fazendo um bom trabalho” (Tec. Enf. 10)

“nessa clínica aqui a equipe de enfermagem é muito unida” (Enf. 05)

“quando um está precisando de ajuda o outro já se oferece para ajudar, o que facilita mesmo é o coleguismo entre a equipe” (Tec. Enf. 03)

“a equipe trabalha unida nesse processo é uma relação muito boa” (Tec. Enf. 27)

Um bom relacionamento interpessoal é motivo de prazer para os profissionais, pois a equipe é colaborativa e desenvolve um trabalho coletivo. Existem, portanto, diálogo, união e solidariedade entre os profissionais (VASCONCELOS, et. al., 2019).

Cordero-Maldonado et al. (2019) destacam que, quando a equipe não estabelece boas relações, cria-se um ambiente tenso que refletirá na assistência prestada ao paciente. Barboza et al. (2018) e Lamb et. al. (2019) corroboram os resultados do presente estudo pela evidência de fator de prazer da equipe ser o trabalho colaborativo e as boas relações interpessoais e o convívio diário com os colegas.

Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), a cooperação acontece de forma horizontal e vertical, sendo a cooperação horizontal realizada entre os componentes da equipe e a cooperação vertical entre subordinados e chefes. A cooperação só se efetiva quando existe o desejo e a vontade da cooperação coletiva, ficando claro que não se trata de uma colaboração prescritiva, mas, sim, de adaptações dos profissionais à organização do trabalho.

Ficou evidente que, em virtude do número insuficiente de profissionais, a colaboração entre os membros da equipe é primordial para que consigam prestar uma assistência com maior qualidade. Essa colaboração dá-se muito mais entre os técnicos de enfermagem e eles mesmos justificam que é muito difícil para o enfermeiro colaborar amplamente porque fica responsável por clínicas com grande quantidade de pacientes e com muitas atribuições administrativas.

O convívio harmonioso com os colegas de trabalho gera uma melhor comunicação, respeito mútuo, uma relação de confiança e pode ser caracterizado como um espaço de transformação do sofrimento em prazer. Essa boa convivência proporciona, inclusive, um suporte psicoemocional.

Importante a reflexão de que a cooperação existente entre os profissionais é algo que não está prescrito; na verdade, trata-se da vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza do trabalho ou da essência da sua organização. Portanto, a cooperação não é imposta. Ela exige relações subjetivas de confiança entre esses profissionais e a possibilidade de minimizar, contornar erros e falhas para que o desempenho do coletivo alcance resultados superiores à soma dos desempenhos individuais.

CAPÍTULO V

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes da pesquisa são predominantemente do sexo feminino, com idade média de 31 a 40 anos, 40% possui dois vínculos empregatícios, com carga horária semanal variando de 40 a 80 horas.

Nas análises dos Blocos Temáticos construídos a partir das Classes estabelecidas pela CHD, é possível inferir que, no que se refere à Organização do Trabalho, as equipes das Clínicas Cirúrgicas realizam um trabalho fragmentado, voltado ao modelo taylorista. As condições de trabalho interferem de maneira significativa no trabalho prescrito e real principalmente no dimensionamento inadequado de recursos humanos e na falta de recursos materiais e estrutura física, interferindo na qualidade da assistência prestada.

O trabalho nas Clínicas Cirúrgicas proporciona tanto prazer quanto sofrimento aos profissionais. As situações geradoras de sofrimento estão relacionadas às condições inadequadas de trabalho; ao quadro clínico e à morte dos pacientes; à ausência de uma vida social e à necessidade de, em muitas ocasiões, ter que fazer escolhas entre o trabalho e a família. Enquanto que as situações geradoras de prazer estão relacionadas ao reconhecimento por parte da equipe e pacientes; quando os pacientes recebem alta hospitalar e a convivência harmoniosa e colaborativa entre os colegas.

Fica evidente, a partir da discussão apresentada, que os participantes do estudo não têm clareza quanto ao conceito de organização do trabalho, uma vez que a correlacionam simplesmente a rotina de trabalho, o que justifica a partição da classe 4 pelo IRaMuTeQ completamente distanciada das outras. Esse fato torna-se preocupante, pois os profissionais não entendem o quanto essa organização interfere no seu processo saúde-doença.

Inicialmente a tese desse estudo pressupunha que os profissionais fariam a correlação do seu processo de adoecimento com a organização do trabalho, no entanto, a partir da análise dos segmentos de textos e interpretação dos mesmos a tese acabou sendo confirmada no negativo, tendo em vista que foi percebido que o conceito de organização de trabalho não é muito claro para os participantes do estudo.

Teve-se como limitações do estudo a recusa de alguns enfermeiros em participar e os dados insuficientes relacionados aos atestados médicos apresentados pelos profissionais da unidade cenário da pesquisa.

A partir dos resultados recomenda-se que seja implementado um serviço de assistência psicológica aos trabalhadores e que as ações sejam contínuas e não pontuais. E que a Gerência de Enfermagem reveja os processos de trabalho das Clínicas Cirúrgicas, na perspectiva de mudanças no modelo de trabalho fragmentado para um trabalho integral, sem divisão de tarefas, tendo em vista que existe a necessidade de mudanças coletivas de trabalho e não aos indivíduos isoladamente. O presente estudo realizou um diagnóstico da situação de saúde mental dos trabalhadores que vislumbra necessidade de alterações significativas na organização do trabalho e implementação de medidas preventivas que possibilitem mais situações de prazer do que sofrimento no trabalho.

Espera-se que os resultados impactem diretamente na melhoria da situação de saúde desses trabalhadores de forma coletiva, e que os mesmos possam refletir sobre a organização do trabalho existente nas clínicas cirúrgicas e participem efetivamente da tomada de decisões imprimindo sua subjetividade de forma a minimizar o adoecimento mental, com consequente melhoria da qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Governo do Estado de Rondônia. Secretaria de Estado de Rondônia. **Relatório Anual de Gestão 2017**. Rondônia: SESAU, 2018. Disponível em: <https://rondonia.ro.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/RAG-AGEVISA-2017.pdf>.
- AGUIAR, Z. N. Transformações no processo e organização do trabalho e algumas implicações para saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALMEIDA, M. R. A. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Nursing**, v. 21, n. 246, p. 2482 – 2488, 2018. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/247/pg36.pdf>.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boi Tempo Editorial, 2000.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Boi Tempo Editorial, 2009.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre as metamorfoses e centralidades do mundo do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A Sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul/set 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cbc3JDzDvxTqK6SDTQzJJLP/?lang=pt&format=pdf>.
- ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando: introdução à filosofia**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1993.
- BACHELADENSKI, M. S.; MATIELLO JÚNIOR, E. Contribuições do campo crítico do lazer para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/D7Lrrtk9BcN6kzBCQgQNZ4r/?format=pdf&lang=pt>.
- BARBOZA, P. C. et al. The meaning of work: perspectives of nursing professionals who work in clinical units. **Rev Rene**, v. 18, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32819>.
- BARROCAS, P. H. N.; MACIEL, R. H.; MAIA, L. M. Condições de trabalho de técnicas de enfermagem de um hospital particular. **O público e o privado**, n. 25, jan/jun 2015. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/opublicoeoprivado/article/download/2668/2246/9249>.
- BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**. Brasília, v. 8, n. 1,

p. 63-70, jan/jun 2003. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/pusf/a/z5G86bTKZvNdSbHBnqnShrj/abstract/?lang=pt>.

BOARETTO, F. et al. Contexto de ambiente de trabalho entre enfermeiras assistenciais em hospital universitário. **Cogitare Enferm**, v. 21, n. 2, p. 1-10, abr/jun, 2016. Disponível em <https://www.redalyc.org/journal/4836/483653650020/html/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_4imp.pdf.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019**. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Brasília: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113467.htm.

BUSANELLO, J. **Produção de subjetividade do enfermeiro para tomada de decisões no processo de cuidar em enfermagem**. 2012. 136 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/5983>.

CAMPOS, A. G. **Terceirização do Trabalho no Brasil**: novas e distintas perspectivas para o debate. Brasília: IPEA, 2018.

CAMPOS, J. F. **Trabalho em Terapia Intensiva**: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro. 2008. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/11324>.

CARMO, P. S. **A Ideologia do Trabalho**. São Paulo: Moderna, 1992.

CARVALHO, D. P. et al. Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 1, p. 01-11, jan/mar 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/10/859848/46569-194206-2-pb.pdf>.

CLEIN, C.; TONELLO, R.; PESSA, S. L. R. Influência do ambiente de trabalho na saúde física e emocional do trabalhador: estudo ergonômico em uma fábrica de máquinas industriais. **Rev. ADMpg Gestão Estratégica**, Ponta Grossa, v. 7, n. 1, p. 53-59, 2014. Disponível em:

http://www.admpg.com.br/revista2014_1/Artigos/Artigo%206%20%20v.7%20n.1%20on%20line.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 543 de 18 de abril de 2017**. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: CNS, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

CORDERO-MALDONADO, E. *et al.* Dimensiones de la relación interpersonal del profesional de enfermeira em uma unidade de segundo nível. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.**, v. 27, n. 2, p. 89-96, 2019. Disponível em: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/908/1024.

COSTA, D. O.; TAMBELLINI, A. T. A visibilidade dos escondidos. **Physis Rev. de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 19, v. 4, p. 953-968, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ZCSsTp4hmnBR9vgyVDcrm4C/?format=pdf&lang=pt>.

CUNHA, F. M. **A abordagem da questão do trabalho no campo da saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde: limites e desafios**. 2019. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.dmttemdebate.com.br/a-abordagem-da-questao-do-trabalho-no-campo-da-saude-coletiva-e-no-sistema-unico-de-saude-limites-e-desafios/>.

CUNHA, L. S. *et al.* O trabalho hospitalar da enfermagem: dialética presente na prática de adaptar e improvisar. **Rev. Enferm UERJ**, v. 24, n. 5, p. 1-6, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18835>.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015. 222 p.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: um estudo de psicopatologia do trabalho**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora/Obori, 1988.

DEJOURS, C. **Avaliação do Trabalho submetido à prova real** – crítica aos fundamentos da avaliação. In: SZNELAR, L. I.; MASCIA, F. L. Trabalho, Tecnologia e Organização. São Paulo: Blucher, 2008.

DEJOURS, C. **Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Brasília: Paralelo 15, São Paulo: FIOCRUZ, 2004.

DEJOURS, C. *et al.* (Coord.) **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2012.

DEJOURS, C. Por um novo conceito em saúde. **Rev. Bras. De Saúde Ocupacional**. São Paulo, n. 54, v. 14, p. 7-11, abr/jun 1986. Disponível em: https://edisdisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5817635/mod_resource/content/2/%5BDejours%5D_Por%20um%20novo%20conceito%20de%20Sa%C3%BAde.pdf.

DEJOURS, C. Trabalhe Hoje: Novas Formas de Sofrimento e Ação Coletiva. In: WLOSKO, M.; ROS, C. O. **Trabalho entre o Prazer e o Sofrimento**. 1. ed. Remédios para escalada: UNLa – Universidade Nacional de Lanús, 2019.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C.; MELLO NETO, G. A. R. Psicodinâmica do Trabalho e teoria da sedução. **Psicologia em Estudo**, v. 17, n. 3, p. 363-371, jul/set 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ZCGmnvttLdFqdzFb3tdZ3zt/?format=pdf&lang=pt>.

DIAS, R. *et al.* Trabalho prescrito, trabalho real e mediação do sofrimento: estudo de caso em jornalismo público. **Rev. Latino Americana de Jornalismo Público**, v. 5, n. 1, p.12-30, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ancora/article/view/42010>.

DIAS-SILVEIRA, C. *et al.* Gerenciamento da equipe de enfermagem: fatores associados à satisfação do trabalho. **Enfermería Global**, v. 47, p. 208-223, julho 2017. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00193.pdf.

DRUCK, G. A Terceirização na Saúde Pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, supl.1, p. 15-43, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjjhRgk/abstract/?lang=pt>.

DUARTE, M. L. C.; GLANZNER, C. H.; PEREIRA, L. P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 39, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/CrLLmhv7GcJknQtDSYzw8ZN/?lang=pt>.

FEIJÓ, M. R. *et al.* Conflito trabalho-família: um estudo sobre a temática no âmbito brasileiro. **Pensando fam**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v21n1/v21n1a09.pdf>.

FERNANDES, L. E. M. *et al.* Recursos Humanos em Hospitais Estaduais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde: a lógica do privado. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de

Janeiro, v. 16, n. 3, p. 955-973, set/dez, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tes/a/n7RtCS58n8dDsw39qmWRRBy/?format=pdf&lang=pt>.

FONSECA, M. L. G. **Da prescrição à criação:** inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. 2014. 251 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18015>.

FONSECA, M. L. G.; SÁ, M. C. The intangible in the production of care: the exercise of practical intelligence in an oncology ward. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31859864/>.

FONTANELLA, J. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/3bsWNzMMdvYthrNCXmY9kJQ/?lang=pt>.

FORNO, C. D.; FINGER, I. R. Qualidade de Vida no Trabalho: conceito, histórico e relevância para a gestão de pessoas. **Rev. Bras. Qual. Vida**. Ponta Grossa, v. 7, n.2, p.103-112, abr/jun 2015. Disponível em:
<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/3015>.

FORTE, E. C. N. *et al.* Processo de Trabalho: fundamentação para compreender os erros de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**, v.53, 2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hmRXckTx5zy67vHJ7GQcSpD/?format=pdf&lang=pt>.

FREITAS, L. G. de. **Saúde e Processo de Adoecimento no Trabalho dos Professores em Ambiente Virtual**. 2006. 235 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de Brasília (UNB), Brasília, 2006. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6489>.

FREITAS, T. L. L. *et al.* O olhar da enfermagem diante do processo de morte e morrer de pacientes críticos: uma revisão integrativa. **Enfermeria Global**, n. 41, jan. 2016. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/pt_revision2.pdf.

GASPARINO, R. C. *et al.* Evaluation of the professional practice environment of nursing in health institutions. **Acta Paul Enferm**, v. 32, n. 4, p. 449-55. 2019. Disponível em: https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-32-04-0449/1982-0194-ape-32-04-0449-en.x16677.pdf.

GIL, A. C. **Metodologia do ensino superior**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GLANZNER, C. H. *et al.* Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 38, n. 4, 2017. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rngen/a/LDTNfhK56yLtwm6tSDb8dXM/?format=pdf&lang=pt>.

- GONÇALVES, F. G. A. *et al.* Impactos do neoliberalismo no trabalho hospitalar de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 24, v. 3, p. 646-53, jul/set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WrZGvYsVMxpRpzDJ65C88wf/abstract/?lang=pt>.
- GONÇALVES, F. G. A. *et al.* Modelo Neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 519-25, jul/ago 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/15395/11644>.
- GUARESCHI, P.; GRISCI, C. L. I. **A fala do trabalhador**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.
- KAISER FAMILY FOUNDATION. **Total number of nurse practitioners, by Gender**, 2021. Disponível em: <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-number-of-nurse-practitioners-by-gender/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>.
- KAMI, M.T.M. *et al.* Trabalho no consultório na rua: uso do *software* IRAMUTEQ no apoio à pesquisa qualitativa. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, jul-set 2016. doi: 10.5935/1414-8145.20160069. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/DhLnCPmsfvdTLs68XPP64qQ/?lang=pt>.
- KARINO, M. E. *et al.* Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. **Cienc. Cuid. Saúde**. v.14, n.02, p.1011-1018, abr/jun. 2015. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21603>.
- LAHLOU, S. Text mining methods: An answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v.20, n.38, p. 1-7, 2012. Disponível em: [http://eprints.lse.ac.uk/46728/1/Text%20mining%20methods\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/46728/1/Text%20mining%20methods(lsero).pdf).
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- LAMB, F. A. *et al.* Nursing work in a pediatric emergency service: between pleasure and pain. **Cogitare Enferm**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/59396>.
- LEITE, J. C. R. A. P.; MONTEIRO, J. C. Trabalho e o risco de adoecimento: um estudo na equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas. In: CAVALCANTE, D. F. B.; CORREIA, L. P. F. (Org.). **Formação, educação e saúde na Amazônia: (re)significando os sentidos e práticas de saúde**. Ed. Scienza, 2017.
- LHUILIER, D. Trabalho. **Psicol. Soc**, Belo Horizonte, v. 25, n. 3, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/vQWnZ39cZTfCWFLnNF5Lzcs/?lang=pt>.
- LUCCA, S. R.; RODRIGUES, M. S. D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Med Trab.**, v. 12. n. 2,

p. 76-82, 2015. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/7/pt-BR/absenteismo-dos-profissionais-de-enfermagem-de-um-hospital-universitario-do-estado-de-sao-paulo--brasil>.

MACHADO, M. H. *et al.* (Coord.). **Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP; Brasília, DF: COFEN, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. **Enfermagem foco**, Brasília, p. 35-53, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691>.

MARQUES, C. R. *et al.* Satisfaction and dissatisfaction factors in the work of nurses. **Rev enferm UFPE on line**, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/244966/35390>.

MARTINEZ, M. C.; FISCHER, F. M. Fatores Psicossociais no Trabalho Hospitalar: Situações vivenciadas para desgaste no trabalho e desequilíbrio entre esforço e recompensa. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 44, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/Kp4NtZgSyf8SHZkjvyQVdTM/?lang=pt>.

MARX, K. **O Capital**: crítica a economia política. 8. ed. São Paulo: Difusão Editorial, 1982.

MENDES, A. M. Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho. In.: MENDES, A. M. (Org.). **Trabalho e saúde**: o sujeito entre emancipação e servidão. 1 ed. Curitiba: Juruá, 2008.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Contexto de Trabalho. In: MIRLENE, M. S. (Org.). **Medidas do Comportamento Organizacional**: Ferramentas de Diagnóstico e Gestão. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.111-123.

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do Trabalho. In: CODO, W. **Saúde Mental & Trabalho**: leituras. Petrópolis: Vozes, 2002.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. **Atenção à saúde mental do trabalhador**: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MICHAELLO, R. S. *et al.* Percepção dos Trabalhadores de Enfermagem acerca das cargas de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. pesq. Cuid. Fundam. Online**, v. 12, p. 54-61, jan/dez 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6983/pdf_1.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Abrasco/Hucitec, 2006.

MIORIN, J. D. *et al.* Pleasure and pain of nursing workers at a first aid service. **Texto & Contexto Enferm**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4NXfbYnVZKzGtBsbkBPGgMJ/?format=pdf&lang=en>.

MOLZOF, H. E. *et al.* Misaligned core body temperature rhythms impact cognitive performance of hospital shift work nurses. **Neurobiol Learn Mem.**, v. 160, p. 151-159, abril 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1074742719300012?via%3Dihub>.

MORAIS, M. P. *et al.* Satisfação no trabalho de enfermeiros em um Hospital Universitário. **Rev. Enferm UFSM**, v. 6, n.1, p.1-9, jan/mar, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17766/0>.

MOURA, R. S. *et al.* Estrés, burnout y depresión em los profesionales de enfermeira de las unidades de cuidados intensivos. **Enferm. Global**, v. 1, n. 54, abril 2019. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/337321>.

NANTSUPAWAT, A. *et al.* Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. **Int Nurs Rev**, v. 64, n. 1, p. 1-98, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27882573/>.

OGUISSO, T. **Trajetória histórica da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2014.

OGUISSO, T.; CAMPOS, P. F. S. Por que e para que estudar história da enfermagem? **Enfermagem em foco**, v. 4, n. 1, p. 49-53, 2013. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/503>.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. **O Exercício da Enfermagem: uma abordagem ético-legal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

OLIVEIRA, E. F. S. **Representação Social da Profissão Enfermagem: reconhecimento e notoriedade**. Barueri, SP: Manole, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Nursing and midwifery personnel density (per 1000 population)**, 2018. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-density-\(per-1000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-density-(per-1000-population)).

ORNELLAS, T. C. F.; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 4 p. 552-555, jul/ago 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HqyzDDq4GTJRvYmjJkMwqcq/?lang=pt>.

PACHECO, T. P.; SCHLINDWEIN, V. L. C. Afastamentos do trabalho por motivos de saúde entre trabalhadores da enfermagem de um hospital público da Amazônia. **Ciência Amazonida**, v.1 p.1-13, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/amazonida/article/view/2117>.

PERSEGONA, M. F. M.; OLIVEIRA, E. S.; PANTOJA, V. J. C. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 21-25, 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf.

PIMENTA, C. J. L. *et al.* Pleasure and suffering among hospital nurses. **Rev Bras. Enferm**, v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zrXMf3wn4Qx4TWfPffPqFwn/?lang=en>.

PIMENTA, G. F. *et al.* Influência da Precarização no Processo de Trabalho e na Saúde do Trabalhador de Enfermagem. **Rev. Enferm UFSM**, v. 8, n. 4, p. 758-768, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30180>.

PINA, J. A.; STOTZ, E. N. Intensificação do trabalho e saúde dos trabalhadores: um estudo na Mercedes Benz do Brasil, São Bernardo do Campo, São Paulo. **Saúde Soc**, São Paulo, v.24, n. 3, p. 826-840, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/hh7X5rsMQPCPkFDVVsgjL3F/?lang=pt>.

PIVOTO, F. L. *et al.* Organization of work and the production of subjectivity of the nurse related to the nursing process. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/b6WJbkmFP55HbXP86QvsTPs/?lang=en&format=pdf>.

PRAUN, L. A solidão dos trabalhadores: sociabilidade contemporânea e degradação do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 19, n.2, p. 147-160, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/140593>.

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho**: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores 2.ed. São Paulo: Martinari, 2011.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

RONDÔNIA. Assembleia Legislativa Do Estado De Rondônia. Projeto de **Lei Complementar nº 116/2016**. Altera o caput do art. 56 e acrescenta o art. 56-A, na lei Complementar n.º 68, de 9 de dezembro de 1992, e dá outras providências. Porto Velho: ALE-RO, 2017. Disponível em: https://sapl.al.ro.leg.br/media/sapl/public/materialegislativa/2016/11684/11684_texto_integral.pdf.

SANTOS, C. P. *et al.* Nexos e Reflexos da adaptação do enfermeiro à cultura organizacional. **Rev. Enferm. UFSM, Santa Maria**, v.9, n.21, p.1-14, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30699/html>.

SANTOS, M. *et al.* Perfil da enfermagem de unidades ambulatoriais: considerações para a saúde do trabalhador. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5Z5dvJZ35gpwkQwFSWF9jQm/?format=pdf&lang=pt>.

SEBRAE. Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo. **A reforma trabalhista: a nova consolidação das leis do trabalho**. Brasília: CNC, 2017. Disponível em: https://m.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/CNC_-_Cartilha_Reforma_Trabalhista_Interativa.pdf.

SENA, A. F. J. *et al.* Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar. **J Nurs Health**, v. 5, n. 1, p. 27-37, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/5089/4298>.

SILVA NETO, J. A. *et al.* Legal aspects of work shift in nursing: theoretical reflection. **Rev. Enferm UFPI**, v. 4, n.3, p. 95-98, jul/set 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/301>.

SILVA, A. F.; MATTOS, G. G. Fatores desmotivacionais na contemporaneidade: os agravos na qualidade de vida do trabalhador. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, v.31, n.1. Novembro, 2018. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/qbthx1YD5rdU20V_2019-3-8-17-26-39.pdf.

SILVA, G. O. *et al.* Repercussões do adoecimento crônico na saúde mental de pessoas idosas. **Rev. Enferm UFPE**, v. 12, n. 11, p. 2923-32, nov 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234540>.

SILVA, J. L. L. *et al.* Estrés y factores psicosociales em el trabajo de enfermeros intensivistas. **Enfermería Global**, n. 48, p. 94-107, out. 2017. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n48/1695-6141-eg-16-48-00080.pdf>.

SILVA, L. C. *et al.* Personnel dimensioning and its interference in the quality of care. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 1, p. 41-48, jan 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236551/31368>.

SILVA, P. N. *et al.* Auto percepção do estresse ocupacional na equipe de enfermagem de um serviço de emergência. **Journal Health NPEPS**, v. 4, n. 2, p. 357-369, jul/dez 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1047668/3696-14880-1-pb-1.pdf#:~:text=Este%20estudo%20demonstrou%20que%20a,escassez%20de%20recursos%20e%20materiais>.

- SILVA, R. M. *et al.* Efeitos do trabalho na saúde de enfermeiros que atuam em clínica cirúrgica de hospitais universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2743, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/tWqWZVd9Dm8z3YGjGGZJs9L/?format=pdf&lang=pt>.
- SOARES, S. S. S. *et al.* Dupla jornada de trabalho na enfermagem: paradigma da prosperidade ou reflexo do modelo neoliberal? **Rev. baiana enferm**, v. 35, 2021a. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/38745/23453>.
- SOARES, S. S. S. *et al.* Dupla jornada de trabalho na enfermagem: dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho e cotidiano laboral. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 3, p. 1-7. 2021b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/P8kxXv48XtSj4Kgm9tKLNGC/abstract/?lang=pt>.
- SOUSA, C. V.; COSTA, P. B. Prazer e sofrimento no trabalho: um estudo de caso com profissionais de enfermagem de um hospital privado de Belo Horizonte. **Revista de Administração do Unifatea**, v. 14, n. 14, p. 52-76, jan/jun 2017. Disponível em: <http://unifatea.com.br/seer3/index.php/RAF/article/view/769>.
- SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do *software* IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/abstract/?lang=pt>.
- SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization. **Rev. Bras. Enferm**, v. 5, n. 70, p.961-969, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FrjNK4sQtBQdGdGLPGgDs6d/?lang=en#:~:text=Results%3A,second%20jobs%20and%20work%20overload>.
- SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Produção**, v. 14, n. 3, p. 87-98, set-dez 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prod/a/cCkBdLvC7xwRVH5JPZGgc9p/abstract/?lang=pt>.
- TOPÇU, I. *et al.* Relationship between nurses' practice environments and nursing outcomes in Turkey. **Int Nurs Rev**, v. 63, n. 2, p. 242-9. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26840883/>.
- TOSTES, M. F. P. *et al.* Dualidade entre satisfação e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem em Centro Cirúrgico. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 22, n.1, jan/mar 2017. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/123>.
- TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico**, v. 40, n. 1, p. 102-109, 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/3594>.
- VASCONCELOS, L. S. *et al.* Prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Min Enferm**, v. 23, p. e-1165, 2019. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1307>.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. Adoecimento Psíquico na Sociedade Contemporânea: notas conceituais da teoria de determinação social do processo saúde-doença. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 175-186, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>.

VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A.R.C. **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

WANDER, D. C. **O Sofrimento Psíquico relacionado ao trabalho do enfermeiro em ambiente hospitalar**. 2016. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unisc.br/jspui/handle/11624/1364>.

WERMELINGER, M.; LIMA, J. C. F.; VIEIRA, M. A Formação do auxiliar e técnico em enfermagem: a ‘era SUS’. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n.56 p.36-53, 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2016/12/Divulga%C3%A7%C3%A3o_56_Cofen.pdf

APÊNDICE A - Descritores Mesh

- Nursing, team OR Team Nursing
- Psychological Stresses OR Stresses, Psychological OR Stress, Psychologic OR Psychologic Stress OR Mental Suffering OR Suffering, Mental OR Emotional Stress OR Stress, Emotional
- Work
- Health, Occupational
- Occupational Health Nursing OR Health Nursings, Occupational
- Hospitals

APÊNDICE B - Chaves de Busca

1. Chave de busca realizada na base BVS (BIREME)

1ª Estratégia

(tw:(Equipe de enfermagem)) AND (tw:(Estresse psicológico)) OR (tw:(Sofrimento psíquico))
OR (tw:(Sofrimento mental)) OR (tw:(Estresse emocional)) AND (tw:(Trabalho)) AND
(tw:(Condições de trabalho)) AND (tw:(Saúde do trabalhador)) OR (tw:(Saúde ocupacional))
AND (tw:(hospital)) OR (tw:(Centro hospitalar)) OR (tw:(Centros hospitalares)) OR
(tw:(Nosocômio)) OR (tw:(Nosocômios))

N = 18 resultados

2ª Estratégia

(tw:(Equipe de enfermagem)) AND (tw:(adoecimento psíquico))

N = 20 resultados

2. Chave de busca realizada no Portal Scopus

(TITLE-ABS-KEY ("Nursing,team") AND TITLE-ABS-KEY ("Stresses,
Psychological"))

N = 52 resultados

3. Chave de busca realizada no portal PubMed

(“Nursing, team”) AND “Occupational Health Nursing”

N = 02 resultados

4. Chave de busca realizada no Google School

(tw:(Equipe de enfermagem)) AND (tw:(Estresse psicológico)) OR (tw:(Sofrimento
psíquico)) OR (tw:(Sofrimento mental)) OR (tw:(Estresse emocional)) AND (tw:(Trabalho))
AND (tw:(Condições de trabalho)) AND (tw:(Saúde do trabalhador)) OR (tw:(Saúde
ocupacional)) AND (tw:(hospital)) OR (tw:(Centro hospitalar)) OR (tw:(Centros
hospitalares)) OR (tw:(Nosocômio)) OR (tw:(Nosocômios))

N = 1600 resultados

Total geral de resultados = 1.692

APÊNDICE C - Instrumento de Produção de Dados**Questionário para caracterização sociodemográfica**

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () Masculino () Feminino () Outro _____

Raça/cor: () Preta () Parda () Branca () Amarela () Indígena

Estado Civil: () Solteiro () Casado/União Estável () Divorciado/Separado () Viúvo

Possui filhos? () Não () Sim.

Categoria profissional:

() Auxiliar de enfermagem () Técnico de Enfermagem () Enfermeira(o)

Escolaridade

() Até Ensino Médio () Superior Incompleto () Superior Completo

() Pós-Graduação. Que tipo? () Especialização () Mestrado () Doutorado

Clínica cirúrgica que atua: _____

Quando iniciou o trabalho na enfermagem? Ano: _____

Quando iniciou o trabalho na instituição? Ano: _____

Quando iniciou o trabalho no setor atual? Ano: _____

Quantidade de vínculos profissionais

() 1 vínculo () 2 vínculos () 3 vínculos () 4 ou mais vínculos

Carga horária semanal de trabalho

() 40 horas () 60 horas () 80 horas () Acima de 80 horas

Renda mensal:

() 1 a 2 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos () 6 a 8 salários mínimos

() 9 a 11 salários mínimos () Acima de 11 salários mínimos

Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano

() Nenhum () 1 ou 2 () 3 ou mais

Caso positivo, quais são esses problemas?

1 - Fale-me sobre sua experiência de trabalho e como é o seu dia-a-dia na clínica cirúrgica.

Descreva um dia de trabalho para mim.

- 2 – Descreva suas tarefas/atividades laborais.
- 3 - Quais são as facilidades para desenvolvimento do seu trabalho?
- 4 - Quais são as dificuldades para execução do seu trabalho?
- 5 - Você realiza tarefas/atividades no seu trabalho diferentes da forma como aprendeu ou como você acha que deveria fazer?
- 6 – Fale o que lhe faz sofrer no trabalho
- 7- Descreva sobre o que lhe confere prazer no trabalho
- 8 – Percebe alguma repercussão no seu processo saúde-doença relacionado à vivência no trabalho?
- 9 – Você se sente reconhecida pelo trabalho que realiza? Por quem? Como é feita essa demonstração de reconhecimento?

APÊNDICE D - Carta de Anuência



5

GOVERNO DO ESTADO DE RONDÔNIA
HOSPITAL DE BASE Dr. ARY PINHEIRO
GABINETE - DIRETOR GERAL

Av. Gov. Jorge Teixeira, nº 3766, Setor Industrial - CEP. 76.821-092 – CNPJ. 04287.520/0002-69
 Tel: 3216-5734 (GAB. / Assessoria) 3216-5724 (GAB. / Secretária)

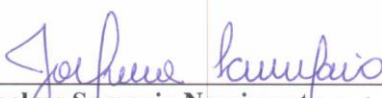
CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Joelma Sampaio Nascimento, Diretora Adjunta do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, autorizo a aluna de pós-graduação Jandra Cibele R. de A. P. Leite, sob orientação do Profa. Dr^a. Márcia Tereza Luz Lisboa, docente da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ na realização da pesquisa intitulada: **Sofrimento Psíquico pelo trabalho: percepção da equipe de enfermagem. De acordo com os informados a referida pesquisa** tem como objetivos: Descrever o processo de trabalho da equipe de enfermagem em unidade hospitalar; Analisar a percepção da equipe de enfermagem quanto aos efeitos do trabalho sobre sua saúde mental em unidade hospitalar, Discutir a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador da equipe de enfermagem e a organização do trabalho hospitalar.

Declaro ainda, ter ciência e concordar com a coleta de dados junto aos profissionais de enfermagem que atuam nas enfermarias de clínicas cirúrgicas desta unidade de saúde. Ao mesmo tempo, permito que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressalto que, a aceitação do estudo está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da **Resolução 466/12 e suas complementares**, bem como, à apresentação ao Núcleo de Educação Permanente deste hospital, da carta de aprovação da referida pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Porto Velho, 28 de Maio de 2018.



Joelma Sampaio Nascimento *Joelma Sampaio do Nascimento*
Diretora Adjunta – HBAP/RO *Diretora Adjunta*
Carimbo *HBAP*



APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada: **Sofrimento Psíquico pelo trabalho: percepção da equipe de enfermagem**, que tem como objetivos: Traçar perfil sociodemográfico da equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas; Descrever o processo de trabalho da equipe de enfermagem em unidade hospitalar; Analisar a percepção da equipe de enfermagem quanto aos efeitos do trabalho sobre seu sofrimento psíquico em unidade hospitalar e Discutir a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador da equipe de enfermagem e a organização do trabalho hospitalar.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a um questionário contendo seus dados sociodemográficos e uma entrevista com perguntas relacionadas ao objetivo do estudo e suas respostas serão gravadas. Esses dados coletados serão arquivados por cinco anos, atendendo assim, a resolução nº 466/2012.

A qualquer momento você pode desistir de participar, retirando seu consentimento. A recusa, desistência ou suspensão da sua participação na pesquisa não acarretará em prejuízo. O (A) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os riscos desta pesquisa são mínimos e estão associados à possibilidade de constrangimento ao responder questões relacionadas ao contexto e organização do trabalho. Caso ocorra o constrangimento a entrevista será interrompida até que se sinta à vontade para reiniciar. E serão asseguradas medidas de proteção à sua privacidade e confidencialidade. A pesquisa terá duração de 4 (quatro) anos, com o término previsto para 2020. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a produção de conhecimentos na área da saúde do trabalhador, com foco nos trabalhadores da enfermagem, sendo os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas, além de possibilitar, a partir dos dados gerados na pesquisa, a contextualização do sofrimento psíquico a que estão expostos os trabalhadores da enfermagem atuantes nas clínicas cirúrgicas do HBAP, permitindo a construção de diagnóstico organizacional a ser divulgado institucionalmente, que pode servir de ponto de partida para intervenções institucionais nas condições e na organização dos processos de trabalho.

Você receberá uma via deste termo onde consta os contatos do CEP e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

Jandra Cibeles Rodrigues de Abrantes Pereira Leite

Pesquisador responsável

E-mail: jandra13cibeles@gmail.com Cel: (69) 98402 3605

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel: 21-2293-8048 R: 200

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com

Rubrica do Participante: _____

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma via assinada deste formulário de consentimento.

Porto Velho, ____ de _____ de 201 ____.

Assinatura do(a) Participante

Nome em letra de forma do Participante

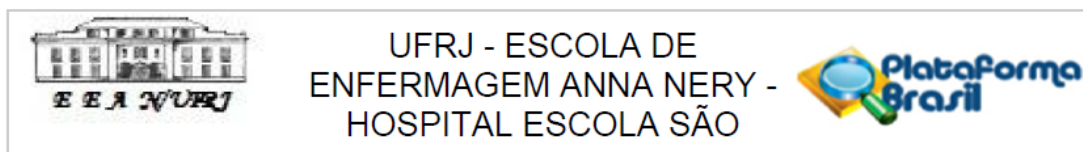
Assinatura do(a) Pesquisadora

Nome em letra de forma do Pesquisador

Rubrica do Participante: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 275 – Cidade Nova/Rio de Janeiro/RJ – Brasil. CEP: 20.211-110. Tel: 2293-8048/2293-8899.

ANEXO 1 - Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOFRIMENTO PSÍQUICO PELO TRABALHO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 91504818.2.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.831.101

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de doutorado.

A pesquisa apresentará um delineamento qualitativo, descritivo, do tipo exploratório, será realizada em um hospital geral que é referência em alta complexidade no estado de Rondônia. Os setores escolhidos para realização do estudo serão as clínicas cirúrgicas: Clínica cirúrgica feminina, Clínica Cirúrgica masculina, Clínica cirúrgica II, Clínica ortopédica I, II e III. Os participantes da pesquisa serão os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) lotados nas Clínicas cirúrgicas. Estima-se um universo de aproximadamente 170 profissionais. A amostra será constituída por todos os profissionais lotados nas referidas unidades que obedeçam aos critérios de inclusão da pesquisa e com base na saturação teórica dos dados. A coleta de dados se dará por meio de entrevista semiestruturada mediante um roteiro com perguntas abertas e fechadas. A análise de dados será a partir da técnica de análise de conteúdo temático-categorial proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

- Descrever o processo de trabalho da equipe de enfermagem nesta unidade hospitalar;
- Analisar a percepção da equipe de enfermagem quanto aos efeitos do trabalho sobre seu sofrimento psíquico em unidade hospitalar;

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

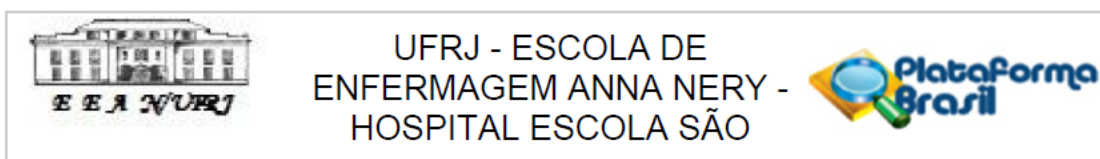
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.831.101

- Discutir a relação entre o sofrimento psíquico do trabalhador de enfermagem e a organização do trabalho hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos desta pesquisa são mínimos e estão associados à possibilidade de constrangimento ao responder questões relacionadas ao contexto e organização do trabalho. Caso aconteça esse tipo de situação a entrevista será interrompida até que o participante se sinta à vontade para dar continuidade. Serão asseguradas medidas de proteção à privacidade e confidencialidade.

Os Benefícios declarados foram: Em caso de aceite em participar da pesquisa, será explicitado que o profissional estará contribuindo para a produção de conhecimentos na área da saúde do trabalhador, com foco nos trabalhadores da enfermagem, sendo os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas, além de possibilitar, a partir dos dados gerados na pesquisa, a contextualização do sofrimento psíquico a que estão expostos os trabalhadores da enfermagem atuantes nas clínicas cirúrgicas do HBAP, permitirá também a construção de diagnóstico organizacional a ser divulgado institucionalmente, que pode servir de ponto de partida para intervenções institucionais nas condições e na organização dos processos de trabalho, sendo portanto, esse o principal benefício da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto exequível, após o atendimento as pendências do último parecer do CEP, considero aprovado.

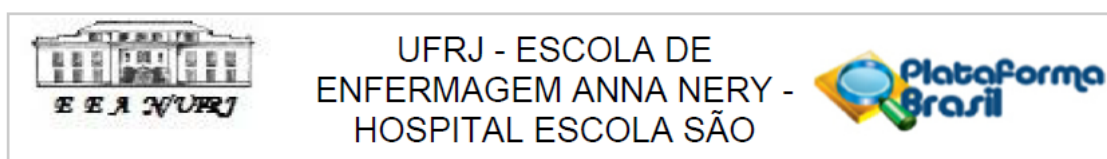
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Anuência da Instituição cenário: Adequado
- 7) Instrumentos de coleta de dados: Adequado
- 8) Termo de confidencialidade: Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência atendida pela pesquisadora.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275	
Bairro: Cidade Nova	CEP: 20.211-110
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962	E-mail: cepeeanhesa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.831.101

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU O PROTOCOLO DE PESQUISA APÓS ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIA ad referendum em 20 de agosto de 2018. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1146180.pdf	15/08/2018 11:15:09		Aceito
Outros	FormularioderespostaaspendenciasdoCEPEEAN_HESFA_UFRJMODIFICADO.doc	15/08/2018 11:11:09	Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMODIFICADO.doc	15/08/2018 11:09:22	Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOFINALMODIFICADO.doc	15/08/2018 11:08:57	Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite	Aceito
Outros	CARTAANUENCIA.pdf	14/06/2018 19:35:29	Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	14/06/2018 19:30:56	Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

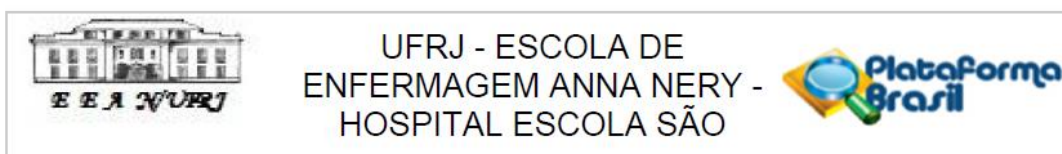
CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeenhesfa@eean.ufrj.br



Continuação do Parecer: 2.831.101

RIO DE JANEIRO, 20 de Agosto de 2018

Assinado por:
REGINA CÉLIA GOLLNER ZEITOUNE
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhessa@eean.ufrj.br