

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS, ADMINISTRATIVAS E CONTÁBEIS
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO
CAMPUS CARAZINHO
ESTAGIO SUPERVISIONADO

JÉSSICA CRISTINA DOS SANTOS

RELAÇÃO DE PRAZER-SOFRIMENTO E SAÚDE NO TRABALHO:
ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO COM OS
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE ENFERMAGEM

CARAZINHO

2014

JÉSSICA CRISTINA DOS SANTOS

**RELAÇÃO DE PRAZER-SOFRIMENTO E SAÚDE NO TRABALHO:
ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO COM OS
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE ENFERMAGEM**

Estágio Supervisionado apresentado ao Curso de Administração da Universidade de Passo Fundo, campus Carazinho, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Administração.

Orientadora: Prof. Ms. Carmem Sayão Lobato

CARAZINHO

2014

**RELAÇÃO DE PRAZER-SOFRIMENTO E SAÚDE NO TRABALHO:
ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO COM OS
PROFISSIONAIS DA ÁREA DE ENFERMAGEM**

Estágio Supervisionado aprovado em 06 de dezembro de 2014, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Administração no curso de Administração da Universidade de Passo Fundo, campus Carazinho, pela Banca Examinadora formada pelos professores:

Prof.^a Ms. Carmem Sayão Lobato
UPF – Orientadora

Prof. Ms Nelson Germano Beck
UPF - Examinador

AGRADECIMENTOS

Momentos especiais como estes são momentos de lembrar aqueles que foram companheiros de jornada e que contribuíram de uma forma ou de outra, para o êxito.

Primeiro e acima de tudo e de todos, Deus, sempre inspirador nos momentos mais difíceis da jornada e por me dar força e motivação para tornar tudo possível!

À minha família, que sempre mostrou orgulho pelas minhas conquistas, em especial a minha mãe, pela formação para a vida que me deixou e que complementa a minha formação acadêmica.

À Universidade de Passo Fundo, especialmente à Coordenação do Curso, que sempre estiveram prontos para atender as demandas e necessidades.

À equipe de professores que sempre esteve disposta a dar tudo de si e foi tolerante com atrasos e omissões, sem nunca deixar de exigir o que era essencial para o aprendizado.

Um agradecimento todo especial precisa ser feito a minha atenciosa Orientadora, Prof. Ms. Carmem Sayão Lobato, que desde a concepção do projeto de pesquisa até os ajustes finais foi não só competente, mas também parceira das aflições e das alegrias.

À direção e aos funcionários que foram extremamente prestativos na contribuição ao aprendizado.

Por fim, colegas de turma, especialmente aos eternos companheiros de grupos de trabalho, o exemplo de amizade e de apoio mútuo e certamente uma valiosa lição para toda a vida.

A todos, muitíssimo obrigada!

"As emoções positivas e negativas não podem ocupar a mente ao mesmo tempo. Uma tem de dominar. Compete-lhe a si fazer com que as emoções positivas constituam a influência dominante na sua mente."

Napolean Hill(1883-1970)

RESUMO

SANTOS, Jéssica Cristina dos. **Relação Prazer-Sofrimento e Saúde no Trabalho:** um estudo de caso no Hospital de Caridade de Carazinho com os Profissionais da Área de Enfermagem. Carazinho, 2014. 97 f. Estágio Supervisionado (Curso de Administração). FEAC, UPF, 2014.

A pesquisa foi realizada com a área de enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho. O estudo de caso aqui apresentado foi uma pesquisa de cunho quali-quantitativa, de caráter exploratório e descritivo. O objetivo geral foi analisar a relação prazer-sofrimento no trabalho dos funcionários da área de enfermagem, bem como os danos na saúde global dos mesmos originados pelo trabalho, tendo como objetivos específicos identificar as principais causas dos afastamentos e dos atestados, relatar os danos na saúde global; levantar os indicadores de prazer e sofrimento e estabelecer qual a relação existente entre os motivos relatados nos atestados e afastamentos com os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e com os danos na saúde global originados pelo trabalho. Este trabalho fundamentou-se nos princípios e conceitos sobre trabalho e saúde e na abordagem da psicodinâmica do trabalho. Primeiramente, foi feito o levantamento dos atestados e afastamentos e seus motivos. Em segundo, como instrumento para coleta de dados, foi aplicada a Escala de Indicadores de Prazer-Sofrimento no Trabalho (EIPST) e a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados do Trabalho (EADRT). Em terceiro foi feita uma entrevista com o responsável pela área de Recursos Humanos, e se utilizou análise de conteúdo para interpretar os resultados. A técnica utilizada para análise dos dados foi o levantamento das médias, desvio padrão e moda dos indicadores de prazer e sofrimentos e dos danos relacionados ao trabalho. Foi aplicado, também, um teste estatístico (Teste t) para investigar as diferenças entre a relação de prazer e sofrimento. O resultado desta pesquisa apontou que a área de enfermagem vivencia situações de prazer e sofrimento e que já desenvolveu doenças relacionadas ao trabalho, justificadas pelo levantamento dos atestados e afastamentos fornecidos pela instituição. Conforme as informações da entrevista constatou-se que a instituição disponibiliza cinco sessões gratuitas com um psicólogo para os funcionários que possuem atestados por depressão. Porém, para diminuir o número de atestados por problemas na coluna não é realizada nenhuma ação.

Palavras-chave: Prazer-sofrimento no trabalho. Saúde e doença no trabalho. Área de enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Tabela1 - Frequência e percentual de distribuição da população quanto ao gênero.....	56
Tabela2 - Frequência e percentual de distribuição da população segundo a idade.....	57
Tabela3 - Frequência e percentual de distribuição da população de acordo como estado civil.....	57
Tabela4 - Frequência e percentual de distribuição da população de acordo com a quantidade de filhos.....	58
Tabela5 - Frequência e percentual de distribuição da população conforme a escolaridade.....	58
Tabela6 - Frequência e percentual de distribuição da população de acordo com seu tempo de empresa.....	59
Tabela7 - Frequência e percentual de distribuição da população segundo a quantidade de afastamento nos últimos 12 meses.....	59
Tabela8 - Frequência e percentual dos atestados da área da enfermagem com as demais áreas do HCC.....	60
Tabela9 - Frequência e percentual dos motivos conforme CID dos atestados da área da enfermagem.....	61
Tabela10 - Frequência e percentual dos afastamentos da área da enfermagem com as demais áreas do HCC.....	61
Tabela11 - Frequência e percentual dos motivos conforme CID dos afastamentos da área da enfermagem de filhos.....	62
Tabela12 - Estatística descritiva e avaliação do fator de Liberdade de Expressão.....	63
Tabela13 - Estatística descritiva e avaliação do fator de Realização Profissional.....	64
Tabela14 - Estatística descritiva e avaliação do fator de Esgotamento Profissional.....	65
Tabela15 - Média dos mais velhos (M1) X Média dos mais novos (M2) X Média Geral (MG) do fator Esgotamento Profissional.....	66
Tabela16 - Estatística descritiva e avaliação do fator de Falta de Reconhecimento.....	67
Tabela17 -Média dos mais velhos (M1) X Média dos mais novos (M2) X Média Geral (MG) do fator de Falta de Reconhecimento.....	68
Tabela18 - Médias e Desvio-Padrão da população para os fatores, realização, liberdade, esgotamento profissional e falta de reconhecimento.....	68
Tabela19 - Médias e teste estatístico (teste t) dos indicadores de prazer e sofrimento no trabalho.....	69
Tabela20 - Estatística descritiva e avaliação do fator Danos Físicos	70
Tabela21 - Média dos mais velhos (M1) X Média dos mais novos (M2) X Média Geral (MG) do fator de Danos Físicos.....	71
Tabela22 - Estatística descritiva e avaliação do fator Danos Sociais.....	72
Tabela23 - Estatística descritiva e avaliação do fator Danos Psicológicos	73

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DP – Desvio Padrão

EADRT – Escala de Avaliação dos Danos Relacionado ao Trabalho

EIPST – Escala dos Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

F.41 – Problemas depressão

HCC – Hospital de Caridade de Carazinho

M.54 – Problemas na coluna

M1 – Média dos acima de 36 anos

M2 – Média abaixo de 37 anos

ME – Média

MG – Média Geral

MO – Moda

N – Número

N.92 – Problemas no útero

O.62 – Gestação

OCT – Organização Científica do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ASSUNTO.....	11
1.2	OBJETIVOS.....	12
1.2.1	Objetivos Geral	12
1.2.2	Objetivos Específicos	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1	TRABALHO SAÚDE.....	14
2.1.1	Relação Homem - Trabalho	18
2.1.2	Evolução histórica do conceito de saúde	21
2.1.3	Saúde do trabalhador	22
2.1.4	Saúde psíquica e trabalho	25
2.1.5	Trabalho no hospital	29
2.1.6	Trabalho na área de enfermagem	30
2.2	PSICODINÂMICA DO TRABALHO.....	33
2.2.1	Prazer-sofrimento no trabalho	36
2.2.2	Reconhecimento e identidade	41
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	44
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	44
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	45
3.3	PROCEDIMENTO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS.....	49
3.4	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	52
3.5	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	53
4	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
4.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DA INSTUIÇÃO.....	54
4.2	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	56
4.2.1	Caracterização da população	56
4.2.2	Atestados e Afastamentos	60
4.2.3	Escala de Indicadores de Prazer-Sufrimento no trabalho (EIPST)	62
4.2.4	Escala de avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)	69
4.2.5	Entrevista	73
4.2.6	Análise dinâmica da relação entre os atestados e afastamentos, as escalas de prazer e sofrimento/doença no trabalho e as informações prestadas na entrevista	74
4.3	SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES.....	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A	87
	APÊNDICE B	89
	APÊNDICE C	91

ANEXO 1.....	93
ANEXO 2.....	96

1 INTRODUÇÃO

O Século XIX foi marcado pelo desenvolvimento do capitalismo industrial e caracterizou-se pelo crescimento da produção, pelo êxodo rural e pela concentração de novas populações urbanas. A relação homem X trabalho, em decorrência das mudanças socioeconômicas e do avanço do conhecimento entre a população, fez emergir uma consciência sobre o significado do trabalho na vida das pessoas. Nesse tempo, destacam-se algumas condições lamentáveis de existências, sendo marcante a duração do trabalho, que atingia de 12, 14 ou até mesmo 16 horas por dia, e a triste realidade de certas fábricas que utilizava a mão-de-obra infantil, algumas vezes sendo crianças de 3 anos e, o mais frequente, as de 7 anos ou mais.

Um período difícil, onde os salários eram muito baixos e frequentemente insuficientes para assegurar as necessidades básicas de sobrevivência, com altos índices de desemprego e de acidentes, devido à grande intensidade exigida pelo trabalho. A luta pela saúde, naquela época, identificava-se com *a luta pela sobrevivência*: “viver, para o operário, [era] não morrer” (DEJOURS, 2009, p.14).

Entretanto, Mendes e Morrone (2002) dizem que o trabalho constitui a forma de construção da sociedade e dos homens. O trabalho faz parte da condição humana e, como tal, é indissociável de sua existência.

A luta para redução do tempo de trabalho e para melhores condições de vida, a proteção às mulheres, o repouso semanal, o limite e idade para o trabalho, entre outros, ainda levou uma batalha de mais de cinquenta anos. Demorou-se muito tempo para aprovação de leis, e foi a primeira Guerra Mundial que favoreceu os movimentos operários para adquirirem mais forças e conquistarem seus direitos, bem como melhores condições de trabalho.

Neste mesmo período, revelou-se o corpo como sendo o ponto principal do impacto da exploração e do prejuízo causado pelo trabalho: “salvar o corpo dos acidentes, prevenir as

doenças profissionais e as intoxicações [...], dos quais se beneficiavam até então, sobretudo, as classes abastadas, foi o eixo em torno do qual se desenvolveram as lutas na frente pela saúde” (DEJOURS, 2009, p. 18).

O trabalho, como atividade estruturante do ser social, repercute no modo de vida das pessoas e, conseqüentemente, na sua saúde física e mental. Entretanto, ele não é, por si só, fator de adoecimento, mas determinadas condições de trabalho e seus contextos podem causar prazer e/ou desgaste no trabalhador.

Somente após 1968 é que vieram os conceitos de Saúde Mental relacionados ao sofrimento oriundo das condições e da organização do trabalho e, a partir deste ponto, outras contribuições puderam aprimorar as condições de trabalho para as pessoas.

Em relação ao trabalho em enfermagem, foco deste estudo, a ação que identifica a enfermagem como profissão da saúde é o ato do cuidado. Entretanto, é sabido que a atividade laboral coloca a equipe de enfermagem diuturnamente sob tensão e à mercê de riscos físicos, químicos, biológicos, emocionais, psicossociais e ergonômicos. Esse trabalho, ao mesmo tempo em que dignifica e traz prazer a esses trabalhadores, pode também causar sofrimento e desgaste.

Esta pesquisa teve como objetivo verificar a relação de prazer-sofrimento e saúde no trabalho dos colaboradores da área de enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho. Inicialmente, foi feita uma revisão bibliográfica buscando referências de publicações a respeito da análise psicodinâmica do trabalho e da relação do trabalho com a saúde. Após, foi explicitada a metodologia aplicada neste estudo e, por fim, os dados empíricos relativos aos resultados da pesquisa de campo efetuada naquela instituição.

1.1 IDENTIFICAÇÃO E JUSTIFICATIVA DO ASSUNTO

O Hospital de Caridade de Carazinho atua no ramo da saúde, atendendo quase seis mil pessoas por mês e efetuando mais de 700 internações, e está em atividade há 82 anos, contando atualmente com 495 funcionários, sendo 248 da enfermagem (50%). Em contato com o responsável pela área de Recursos Humanos identificou-se que 10% dos colaboradores, tomando como base o período de um ano (agosto de 2013 a julho de 2014), estão afastados de suas atividades e que, durante este período a instituição registrou três mil e duzentos atestados, o quê, por consequência, dificulta o andamento das atividades do hospital e a qualidade de vida no trabalho. Desses três mil e duzentos, 92% são da área de enfermagem.

Diante deste problema, a pesquisa buscou compreender a relação de prazer – sofrimento e saúde no trabalho da área de enfermagem, na instituição foco desse estudo.

Segundo Mendes (2004), o prazer–sofrimento é um construto único originado das mediações utilizadas pelos trabalhadores para a manutenção da saúde, evitando o sofrimento e buscando alternativas para obter prazer. Já para Dejours (2009), o sofrimento configura-se como uma vivência de experiências dolorosas, como angústias, medo e inseguranças, provenientes de conflitos e de contradições originados do confronto entre desejos e necessidades do trabalhador e as características de determinado contexto de produção. Assim, o sofrimento instala-se quando a realidade não oferece possibilidades de gratificação dos desejos do trabalhador. O que fica reforçado pelo percentual de atestados apresentados pelo grupo da área de enfermagem em um ano.

Este estudo teve como pergunta norteadora: **Qual a relação prazer–sofrimento no trabalho e os danos causados por ele nos funcionários da área de enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar a relação prazer-sofrimento no trabalho dos funcionários da área de enfermagem, bem como os danos na saúde global dos mesmos, originados pelo trabalho.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar as principais causas dos afastamentos e dos atestados dos colaboradores da área de enfermagem.
- Relatar os danos na saúde global do colaborador originados pelo trabalho.
- Levantar os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho no grupo de enfermagem.

- Estabelecer qual a relação existente entre os motivos relatados nos atestados e afastamentos com os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e com os danos na saúde global originados pelo trabalho.
- Desenvolver um conjunto de sugestões e recomendações que favoreçam a melhoria das condições geradoras do sofrimento e dos danos à saúde dos colaboradores.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a revisão de literatura, referenciando o tema e possibilitando sua compreensão. Tal revisão teve como objetivo contextualizar a relação de sofrimento-prazer e saúde mental no trabalho da área de enfermagem.

2.1 TRABALHO E SAÚDE

O trabalho, ao longo da história, vem passando por transformações que afetam tanto os sistemas econômico, quanto o social. A partir do advento do capitalismo, com o desenvolvimento da indústria, a organização do trabalho ganhou novos contornos, visando ao aumento da produtividade, à redução dos preços e ao aumento do consumo e dos lucros. O surgimento de novas formas de organizar o trabalho, como o taylorismo, o fordismo e toyotismo, provocou mudanças no modo como o trabalho é compreendido e vivenciado pela classe trabalhadora (VILELA, 2010).

O taylorismo surgiu em 1911, com os princípios científicos aplicados no trabalho para aumentar a produtividade, evitando o desperdício de tempo, por meio de estudos sobre tempo e movimentos, com a utilização de planilhas e cronômetro. Os princípios de Taylor são aplicados até hoje tanto nas fábricas como nos escritórios. O efeito direto da aplicação destes princípios foi a configuração de uma nova força de trabalho, marcada pela perda das habilidades genéricas manuais e pelo aumento brutal da produtividade (WOOD JR., 1992).

O fordismo resultou das ideias divulgadas por Henry Ford, fabricante de automóveis, que na sua busca por maior produtividade, criou a linha de montagem para fabricação em massa de automóveis. Essa forma de organização do trabalho intensificou o seu ritmo e conferiu maior padronização da mão de obra. O surgimento das grandes fábricas e das linhas contínuas alterou radicalmente o modo de produção. Em contraste com o que ocorria na

produção manual, o trabalhador da linha de montagem tinha apenas uma função. Ele não comandava componentes, não preparava ou reparava equipamentos. O trabalhador nem mesmo entendia o que seu vizinho fazia. Neste novo sistema, o operário não tinha perspectiva de carreira e tendia a uma desabilitação total (VILELA, 2010).

Com a crise do Fordismo nos anos de 1970, surgiu o Toyotismo, como referência ao modelo japonês de produção, particularmente da indústria Toyota, abrangendo o desenvolvimento da tecnologia e o implemento nas grandes indústrias da informática, a partir da automação, da robótica e da microeletrônica (ANTUNES,1999). O modelo de organização do trabalho ditado pelo Toyotismo passou a exigir um trabalhador polivalente, multifuncional, buscando a qualidade total e a satisfação do cliente para manter ou ampliar a participação da empresa no mercado e aumentar a qualidade de seus produtos (VILELA, 2010).

Na visão de Moraes (2008) as novas formas de organização do trabalho estão inseridas em um contexto de mutação do trabalho, integrante da teia de elementos que constituem a complexidade social contemporânea, em que a informatização modifica a estrutura produtiva a um ponto em que tudo parece se dar pela negação do trabalho, em uma espécie de “virtualidade do capital”.

Dejours (2004) afirma que a evolução contemporânea das formas de organização do trabalho, de gestão e de administração repousa sobre os princípios que sugerem sacrificar a subjetividade em nome da rentabilidade e da competitividade. As consequências disso são, de um lado, o crescimento extraordinário da produtividade e da riqueza e, de outro, a erosão do lugar acordado à subjetividade e à vida do trabalhador no trabalho.

De acordo com Moraes (2008) o trabalho é uma atividade que desempenha papel central na vida humana, o que justifica sua importância na produção da saúde-doença. Uma vez que a maior parte da vida de um adulto é dedicada ao trabalho, sua importância se relaciona ao significado psicossocial que desempenha nas sociedades ocidentais contemporâneas, visto ser uma das mais abrangentes formas de expressão e afirmação do homem no mundo físico e social, sendo a principal de suas atividades.

A organização do trabalho é de fundamental questão, pois tem influência sobre a subjetividade humana e conseqüentemente sobre a saúde mental, podendo gerar prazer ou sofrimento.

O ato de trabalhar, o convívio com o mundo do trabalho será sempre gerador de sofrimento, na medida em que confronta as pessoas com os desafios externos, com relações sociais, com relações de poder, com relações contraditórias, etc. Por outro lado, o trabalho, além de fonte de renda, é a oportunidade central de crescimento e desenvolvimento psíquico. Ou seja, o sofrimento gerado pelo trabalho, quando excessivo, pode levar ao adoecimento, mas também pode gerar prazer e o desenvolvimento psíquico dos indivíduos (LANCMAN, 2004, p. 57).

Para definir o que é trabalho, Dejours (2004, p. 65) afirma que “é uma atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho”. O trabalho seria, então, a criação do inédito, do incomum, a partir do ajuste da empresa às situações reais, exigindo criatividade, iniciativa, além de formas de inteligências específicas análogas à engenhosidade. Ainda para Dejours (2009, p. 98) “o trabalho se revela essencialmente ambivalente. Pode causar infelicidade, alienação e doença mental, mas pode também ser mediador da auto realização, da sublimação e da saúde”.

Heloani e Lancmann (2004) acreditam que o trabalho é mais que a relação de troca entre a força de trabalho e remuneração; constitui fator de pertencimento a grupos e a direitos sociais, bem como é constituinte da identidade do sujeito e de sua rede de significados.

Na compreensão de Moraes (2008), o trabalho não é o emprego, não é o salário, nem ainda o conjunto de tarefas prescritas formalmente para determinado posto, o que se suponha que constituía o cerne do trabalho. O trabalho é precisamente o que a pessoa precisa fazer para preencher a defasagem entre a organização prescrita e o real, ao realizar sua tarefa.

De acordo com Codo (1989), o trabalho pode ser compreendido de formas diferentes, até mesmo opostas. Uma delas consiste no trabalho como um fator que interfere em outros aspectos da vida do ser humano. Por outro lado, pode ser concebido como uma instituição estranha, independente do indivíduo que trabalha. Perante essas possibilidades, o autor escolhe a primeira, por considerar o trabalho como categoria central na constituição da natureza humana.

Freud (1974, p.91) argumenta que o trabalho é uma atividade que proporciona certa direção à vida, noção de realidade e, também, representa uma possibilidade de vínculo entre as pessoas. Em sua teoria, pode-se identificar ideias que traduzem a importância do trabalho para humanidade:

[...] quando numa pessoa não existe disposição especial que prescreve imperativamente a direção que seus interesses na vida tomarão, o trabalho profissional comum, aberto a todos, pode desempenhar o papel a eles atribuído [...]. Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão fortemente à realidade quanto à ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou eróticos, para o trabalho profissional, e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de se gozar como algo indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade. A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida (FREUD, 1974, p.91).

O trabalho na vida das pessoas ocupa um lugar central, não somente no sentido de prover as condições materiais de sobrevivência, mas também como articulador da identidade e da subjetividade. Na compreensão de Oliveira (2011), a saúde não é um ponto fixo que se atinge, mas a direção em que se empreende a caminhada, uma constante melhoria que deve ser perseguida sempre.

Antloga e Mendes (2009) entendem que a saúde é resultante de conflitos intra e intersubjetivos entre o desejo do trabalhador e a realidade do trabalho, o contexto de produção. A dinâmica prazer-sofrimento fica, então, reforçada como inerente ao trabalho e ao processo psíquico do indivíduo e à consecução da utilização da sua energia na relação indivíduo-trabalho.

O trabalho é elemento central na compreensão do processo saúde-doença, não apenas porque gera riscos à saúde, mas principalmente porque o trabalho – como categoria social – é que estrutura a organização da sociedade (LAURELL *apud* ROCHA; NUNES, 1993). Conclui-se, ainda, que o processo de trabalho evolui historicamente dando origem a relações de produção concretas e específicas a cada formação social (NAVARRO *apud* ROCHA; NUNES, 1993), em estreita relação com o processo saúde-doença.

As normas jurídico-trabalhistas que, a princípio, visavam proteger apenas a integridade física do empregado, segundo Oliveira (2011) passaram a contemplar os fatores psicossociais, especialmente com relação à saúde mental do trabalhador. Reforçando o conceito de que saúde deixou de ser apenas a ausência de doenças para representar o completo bem-estar físico, mental e social.

2.1.1 Relação homem – trabalho

A acumulação flexível do capital e a reestruturação produtiva dos anos 1990, articuladas às características da pós-modernidade, têm gerado ao mundo do trabalho inúmeras mudanças. A lógica da racionalidade econômica passa a inspirar novas formas de organização do trabalho refletindo na relação homem-trabalho (MENDES, 2007).

Ao longo da história, o ser humano valorizou o trabalho a partir de estratégias de sobrevivência que o instigaram a criar instrumentos, transformando e dominando a natureza (OLIVEIRA, 2011). O processo de organização do trabalho pode ser definido em três momentos distintos no tempo:

I) O primeiro momento foi caracterizado pela cooperação simples, ou seja, o trabalhador executava várias tarefas e, para isso, utilizava suas próprias ferramentas; II) O segundo momento foi representado pela manufatura. Ocorre a divisão de trabalho em tarefas parcializadas, ou seja, várias atividades são desenvolvidas por distintos trabalhadores, separando a concepção da execução do trabalho; III) Por fim, o terceiro momento, a maquinaria, ou seja, as máquinas substituem as ferramentas, e a divisão do trabalho é mais acentuada (MARX, *apud* OLIVEIRA, 2011, p. 21).

Desta forma o trabalho faz parte do ciclo vital da espécie humana. O trabalho é considerado uma dimensão essencial da existência humana, pois, conforme Kosik (*apud* FREITAS, 2006), no trabalho o homem deixa algo permanentemente, que existe independentemente da consciência individual. Há, portanto, uma relação entre o ato de trabalhar e o homem com suas necessidades de sobrevivência trabalha para ser “Ser Humano” e dar sentido àquilo que realiza.

Para Andreta e Gomes (2010), o trabalho é constituinte do sujeito não só por estar ligado ao sustento, mas por envolver questões muito maiores como a realização, auto-estima, segurança, entre outros. Desse modo, por incitar à autonomia pessoal, trabalhar torna-se condição fundamental para a produção do sujeito, pois, através dele, há a possibilidade do sujeito participar das trocas sociais.

De acordo com Borges (1998) o trabalho está relacionado com o processo de socialização que o sujeito trabalhador realiza ao se apropriar e recombina os elementos da realidade social e material, assim como das concepções de trabalho dominantes no seu tempo histórico, de uma maneira ativa e criativa.

Moraes (2008) trata o trabalho como sendo uma atividade ontológica que desempenha um papel essencial na estruturação e reconfiguração da identidade na vida adulta. Trabalhar

não é só produzir: é também se transformar a si mesmo; o sujeito se transforma no e pelo trabalho.

A reestruturação das tarefas pós Organização Científica do Trabalho (OCT), tem oportunizando discussões sobre o objetivo do trabalho, a relação homem-tarefa e acentuado a dimensão mental do trabalho. As lutas marcam a eclosão de temas novos, dentre eles, um olhar diferenciado para a vida do trabalhador. De um lado a luta pela sobrevivência, ou seja, a duração do trabalho, a saúde do corpo e as condições de trabalho. De outro, a luta contra o sofrimento mental oriundo de aspectos como a organização/divisão do trabalho, os conteúdos das tarefas, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidades (DEJOURS, 2009).

[...] antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza... Ela põe em movimento as forças naturais à sua corporeidade, braços e pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural numa forma útil para sua própria vida (MARX, 1980, p.149).

Na psicodinâmica, a compreensão de trabalho remonta à percepção marxiana, em que o trabalho do operário é o “(...) trabalho vivo, sangue e vida do capital” (MARX, 1980, p. 61). O trabalho vivo é desta forma, aquele realizado pelas pessoas, em contraste com o trabalho morto, realizado pelas máquinas, que só funcionam mediante o comando de um operador, cuja capacidade, vontade e ação são indispensáveis ao funcionamento dos autômatos (MORAES, 2008).

O processo de trabalho se realiza com o consumo da força de trabalho (trabalhador). O trabalho do trabalhador não pertence a ele e o produto também não. Ele vende sua força de trabalho e, desta forma,

[...] constatamos que o trabalho baixa à condição de mercadoria e à de mais miserável mercadoria, que a miséria do trabalhador põe em relação inversa à potência e à grandeza da sua produção, que o resultado necessário da concorrência é a acumulação de capital em poucas mãos. Portanto, a mais tremenda restauração do monopólio, que no fim a diferença entre o capitalista e o rentista fundiário desaparece, assim como entre o agricultor e o trabalhador em manufatura, e que no final das contas, toda sociedade tem de decompor-se nas duas classes dos proprietários e dos trabalhadores sem propriedade (MARX, 2004, p.79).

À medida que o trabalhador produz mercadorias se torna uma mercadoria cada vez mais desvalorizada. A valorização do mundo das coisas aumenta em proporção direta à

desvalorização do homem. O trabalho produz mercadorias ao mesmo tempo em que transforma o trabalhador em mercadoria também. Quanto mais objetos o trabalhador produz, menos objetos ele pode consumir. “O trabalhador encerra sua vida no objeto; mas agora ela não pertence mais a ele, mas sim ao objeto” (MARX, 2004, p. 81).

O trabalho e a relação com o homem é definida por Alves como possuindo

[...] um significado histórico-ontológico. Nesse caso, trabalho significa intercâmbio entre homem e natureza. Eis o pressuposto estrutural e (estruturante) da atividade humano-social. O princípio ontológico constitutivo do ser social. É um traço distintivo primordial da espécie *homo sapiens* diante dos demais animais superiores. Apenas o animal homem tornou-se capaz de constituir um intercâmbio orgânico com a natureza, no sentido de mudar as formas da matéria, constituindo objetivações (que aparecem como “segunda natureza”) em sua busca pela satisfação das necessidades vitais (ALVES, 2007, p.71).

A relação homem-trabalho, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009, p. 24) é tratada como questão preliminar de três fatos:

- O organismo do trabalhador não é um “motor humano”, na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas.
- O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.
- O trabalhador, enfim, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que denominamos estrutura da personalidade.

As transformações ocorridas na trajetória histórica do trabalho apontam para uma nova perspectiva de vida do homem contemporâneo, onde novas necessidades são evidenciadas e postas em primeiro plano, tal como reconhecimento e prestígio social (OLIVEIRA, 2011).

Portanto, sabe-se que o homem trabalha para satisfazer suas necessidades, para sobreviver, sustentar sua família, buscar *status*, reconhecimento e qualidade de vida. Neste sentido, assume o direito, como cidadão, de produzir e receber pela produção, embora esse trabalho possa assumir facetas ora de prazer, ora de sofrimento (OLIVEIRA, 2011).

2.1.2 Evolução histórica do conceito de saúde

Dada sua centralização na vida, o trabalho sempre foi um elemento essencial nos processos de saúde-doença. Entretanto, a investigação sistemática da relação entre trabalho e doença iniciou na modernidade. O primeiro dentre os estudos que estabeleceu uma relação entre determinados tipos de trabalho e determinadas doenças data de 1700, quando o médico italiano Bernardino Ramazzini publicou a obra intitulada “As Doenças dos Trabalhadores”, em que apresentou o estudo de patologias de quarenta e uma categorias profissionais, enfatizando a importância de considerar o tipo de trabalho do paciente para melhor compreender sua doença: “quando estiver na cabeceira da cama de seu paciente, não esqueça de perguntar-lhe onde trabalha, para saber se na fonte de seu sustento não se encontra a causa de sua enfermidade” (RAMAZZINI, *apud* MORAES, 2008, p. 94).

Em 1945, Stapar (*apud* MORAES, 2008) propôs a seguinte definição de saúde: “Completo bem-estar físico, psíquico e social, e não somente ausência de enfermidade”. Esta definição apresenta um caráter utópico e uma visão estática, que são suas principais limitações. O “completo bem estar” é um ideal, válido enquanto meta, porém inatingível enquanto realidade; concretamente, as pessoas apresentam limitações da saúde física, psíquica e social. Por isso é difícil definir e alcançar o completo bem estar, pois este é definido pelos parâmetros de normalidade, por comparação com os que estão próximos, embora o “normal” não signifique “saudável”. Além disso, o próprio sofrimento e a busca de superação do mesmo podem ser considerados inerentes à condição humana.

Outro elemento a ser questionado nesta definição de saúde, é a separação entre os aspectos físico, mental e social. Os estudos psicanalíticos destacaram a inexistência de uma separação entre *psique e soma*, sendo o social também interagente na produção de saúde e doenças (SEGRE; FERRAZ, *apud* MORAES, 2008, p. 96).

A dimensão social das questões de saúde e doença, desde os estudos do século XVIII, demonstra as relações entre fatores sociais e doença fortemente estabelecida, seja nos estudos da situação de pobreza, das populações, da desorganização do espaço urbano ou das condições de trabalho. Pesquisas realizadas na primeira metade do século XIX mostram as inter-relações entre saúde-doenças e as condições de vida, decorrentes da Revolução Industrial. Como a aglomeração em centros urbanos, que favoreceu a proliferação de epidemias relacionadas às condições precárias de higiene e saneamento (MORAES, 2008).

Na segunda metade do século XIX, a medicina social que emergiu na Europa demonstrou a relevância da condição social para a saúde e para a doença, já que esta última

tem nas condições materiais de vida e de trabalho as causas mais relevantes. A orientação deste movimento estava correta, conforme demonstram estudos contemporâneos, nos quais há evidências de melhorias mais significativas na saúde da população a partir da elevação dos níveis de qualidade de vida e das melhorias sociais (MINAYO, 2001).

Nos anos oitenta ampliaram-se os estudos antropológicos em saúde, analisando pormenorizadamente fatores culturais e psicossociais, mostrando a importância da dimensão simbólica na constituição cultural da doença. As pesquisas em antropologia da saúde mostram a importância de analisar a relação e justaposição de categorias como doenças e sofrimento, para apreender dimensões culturais e psicológicas fundamentais que foram ofuscadas pelo pesado reducionismo do paradigma biomédico (MORAES, 2008).

Atualmente coexistem diferentes leituras de saúde-doença, originárias de distintas matrizes disciplinares. Contudo, a Psicodinâmica, que é uma abordagem teórico-metodológica situada como uma Teoria Crítica do Trabalho propõe o estudo da relação saúde-doença no trabalho a partir da análise da organização do trabalho e das vivências de prazer e sofrimento, na perspectiva de indicar as condições que contribuem para a promoção de saúde (MORAES, 2008).

Portanto, o conceito de saúde deixou de ser apenas a ausência de doenças para representar o completo bem-estar físico, mental e social. As normas jurídica-trabalhistas, que a princípio visavam proteger apenas a integridade física do empregado, passaram a contemplar os fatores psicossociais, especialmente com relação à saúde mental do trabalhador (OLIVEIRA, 1998).

2.1.3 Saúde do trabalhador

A saúde do trabalhador consiste numa especialidade da área de saúde que se encontra em expansão e abarcam atividades nos níveis primário, secundário e terciário, envolvendo a promoção, prevenção, levantamento, investigação e reabilitação da saúde e controle da doença dos trabalhadores, nos mais diversos tipos de estabelecimentos (MAISSIAT, 2013).

Os estudos na área de saúde do trabalhador partiram da tradição biomédica, abordando o seu oposto, a doença, tratada como entidade, tomando a base biológica como causa única da doença. As relações entre o trabalho e doenças foram apontadas desde a antiguidade. Nos últimos séculos, diversos estudos abordaram diferentes condições de trabalho e sua relação com o adoecimento (FRANCO, *apud* MORAES, 2008).

A partir da Revolução Industrial tornaram-se mais evidentes as relações entre saúde e trabalho, porque esta trouxe profundas modificações socioeconômicas, como o processo acelerado de urbanização e a mudança estrutural da organização do trabalho. O surgimento das intervenções em saúde motivou-se pela necessidade de conter a perda da mão de obra treinada para postos industriais, onde o cenário de produção possuía condições de trabalho absolutamente precárias e as jornadas extenuantes, fazendo emergir a intensificação do adoecimento nas classes trabalhadoras (MORAES, 2008).

Desde essa época a saúde no trabalho vem sendo discutida e mostra-se em crescente evolução, pois inúmeros acidentes de trabalho e a dificuldade em diagnosticar doenças de origem ocupacional incentivaram a preocupação com os trabalhadores e motivaram os movimentos sociais, podendo ser inferida a reivindicação da população por um trabalho mais humano e com ambiente de trabalho organizado, saudável e com qualidade de vida ocupacional, o que fomentou a criação de legislações trabalhistas que regulamentam as atividades a serem desenvolvidas na área da saúde do trabalhador (MAISSIAT, 2013).

Um importante elemento que afeta a saúde do trabalhador está relacionado à transformação das classes técnicas da sociedade e dos ambientes produtivos (DOWBOR, 2004), contrariando o discurso que afirma que as novas tecnologias eliminam o sofrimento no trabalho. Lancmann (2004, p. 31) resume que “o avanço tecnológico e as novas formas de organização do trabalho não trouxeram o fim do trabalho penoso; ao contrário, intensificaram as desigualdades e trouxeram novas formas de sofrimento qualitativamente mais complexas e sutis”.

Desvendar a natureza do impacto do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores ainda hoje é um processo em construção, sendo elaborado diariamente. Ele é feito procurando ver a saúde-doença não apenas como ela se comporta em cada indivíduo - olhar clínico, mas também como ela se distribui entre os trabalhadores, enquanto coletividade, categoria ou classe social (SUZIN, 2005).

A saúde ou doença seria o resultado da conjugação de fatores originados do corpo, da mente e da interação de ambos entre si e com o ambiente e o meio social. E doença pode ser entendida como uma perturbação não resolvida no equilíbrio interior do ser vivo e em sua interação com o ambiente que o cerca (DIAS DA SILVA, 1994).

Para Vieira (*apud* OLIVEIRA, 2011), gozar de condições de saúde, prevenir doenças e acidentes de trabalho é um direito de todo ser humano, independentemente de sua raça, religião, orientação política ou condição social e econômica. Assim, o Estado, a Empresa e próprio Trabalhador têm a responsabilidade pela vida e saúde dos trabalhadores.

Soratto (2000) ainda coloca o trabalho como elemento importante para definição da saúde mental, estabelecendo a possibilidade de bem estar ou sofrimento psicológico, dependendo das condições e as características em que é realizado.

A inter-relação entre o homem e sua atividade laboral embute a consideração dos efeitos negativos e positivos que resultam do desempenho de uma tarefa. Ou seja, o corpo físico e mental é quem recebe todo impacto da organização do trabalho, podendo afetar o equilíbrio mental dos trabalhadores (SUZIN, 2005).

Facchini (1993) reforça que, entendendo melhor as causas das doenças, ampliam-se as possibilidades de enfrentá-las com êxito. A partir desta clareza têm-se melhores condições de escolher recursos, ações, métodos, instrumentos e técnicas efetivas no combate às doenças e na preservação da saúde. Outra vertente importante nesta relação é compreender que o desgaste do corpo durante o processo produtivo gera patologias específicas para cada tipo de atividade ocupacional (POSSAS, 1981).

Assim, entende-se como relação com o trabalho: todos os laços humanos criados na organização do trabalho, ou seja: as relações com a hierarquia, com suas chefias, com a supervisão, com os outros colegas trabalhadoras sendo estas às vezes desagradáveis, até insuportáveis. Então, se o corpo físico e mental é quem recebe o impacto da organização do trabalho, o trabalho coloca o indivíduo em risco através dos riscos de acidentes, aumento do índice de morbidade, doenças de caráter profissional, diminuição do período de vida e doenças psicossomáticas. Ainda dá para ressaltar que a desorganização dos investimentos afetivos provocados pela organização do trabalho pode afetar o equilíbrio mental dos trabalhadores (DEJOURS, 2009).

A saúde do trabalhador busca, logo, a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho, dos conjuntos de valores, crenças e ideias, as representações sociais, e a possibilidade de consumo de bens e serviço, na civilização urbano-industrial (MENDES; DIAS, 1993).

Portanto, Mendes (1995) determina como objetivos da saúde do trabalho, o prolongamento da expectativa de vida e minimização da incidência de incapacidade, o melhoramento das habilidades em relação à idade, gênero e realização pessoal, fazendo com que as pessoas sejam sujeitos criativos, melhorando as capacidades mentais e físicas e a adaptação às situações novas no trabalho. Ou seja, de acordo com o autor entende-se que se deve primar pelo trabalho sem adoecer e morrer em decorrência deste, combinando esforços com atuação multiprofissional, juntamente com os trabalhadores e a organização do trabalho,

na tentativa de resgatar o sentido maior do trabalho, isto é, sem sofrimento, sem dor, doença ou morte.

2.1.4 Saúde psíquica e trabalho

O estudo das relações entre saúde psíquica e trabalho se constituiu nos últimos cinquenta anos, quando se distinguiu que as demandas dos trabalhadores ultrapassavam os limites biomédicos. Este campo de estudo originou-se na França, entre a primeira e a segunda Guerra Mundial e se firmou nos anos 50 como Psicopatologia do Trabalho (DEJOURS, 2009).

Neste estudo foi identificado que uma organização laboral rígida tem consequência para o aparelho mental, pois este tipo de organização impede o livre funcionamento da mente. De acordo com Dejours (2009, p.24),

[...] o trabalho torna-se perigoso para o aparelho psíquico quando ele se opõe a sua livre atividade. O bem estar, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de funcionamento, mas, pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa, expresso por sua vez, na própria tarefa e revigorando por ela. Em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga da energia psíquica que a tarefa autoriza.

Moraes (2006) afirma que a saúde mental foi ameaçada a partir do momento em que o homem não podia mais expressar sua criatividade, sentindo-se alienado, vigiado e sem condições de acompanhar um ritmo de trabalho acima de suas capacidades.

Desta forma, a Psicopatologia do Trabalho dividiu-se em duas correntes: a Organogênese, que partiu de uma concepção organicista e dinâmica da doença mental, e a Sociogênese, que buscava situar a origem da doença mental nos determinantes sociais (LIMA, 2002).

Segundo Lima (2002), a busca de Le Guillant, em 1956, era delinear uma psicopatologia social, pretendendo enfatizar a importância do ambiente de trabalho no surgimento e no desaparecimento dos distúrbios mentais. Estabeleceu uma correlação entre determinados tipos de ambientes laborais e o surgimento, frequente e grave das doenças mentais. Em sua abordagem propôs buscar a explicação de fatos concretos relativos às

condições de vida do trabalho dos pacientes, conjugados no universo subjetivo e das relações interpessoais. Segundo Dejours (2009, p.133),

[...] a organização do trabalho exerce, sobre o homem, uma ação específica, cujo impacto é no aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza metal, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos – isto é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

Em 1994, Seligmann-Silva (*apud* MORAES, 2008) propõe uma analogia entre o conceito de desgaste físico e desgaste mental, tendo como base a concepção de que o trabalho produz um desgaste da identidade, envolvendo os valores e as crenças, tendo o potencial de ferir a dignidade e esperança dos seres humanos. Em suas pesquisas em ambiente industrial identificou que o desgaste pode se manifestar em sintomas como cansaço crônico, fadiga, irritação, perturbação do sono, medo de sofrer acidentes e desânimo que precedem, em muitos casos, as manifestações de doenças mentais.

Pode-se definir doença psíquica, então, como

[...] a ruptura entre a subjetividade e a objetividade, um divórcio entre o eu e o mundo, entre o eu e o outro, já consubstanciado intrasubjetivamente, entre eu e eu, e nas tentativas de superar o divórcio (CODÓ; HITOMI; SAMPAIO, 1998, p. 254).

Dejours (2009, p. 101), por sua vez, faz uma centralização da relação da saúde mental com o trabalho na vida do ser humano, postulando uma continuidade entre o funcionamento psíquico no trabalho e fora dele: “a relação subjetiva com o trabalho leva seus tentáculos para além do espaço da fábrica ou do escritório, e coloniza profundamente o espaço fora do trabalho”.

Portanto, o papel do trabalho como mediador da saúde pode ser exemplificado na vida de muitas pessoas que, graças a essa atividade, podem estar desfrutando de melhores condições de saúde do que se não trabalhassem. Quando as outras esferas da vida, como a afetiva e familiar estão em crise, e a identidade no trabalho está preservada, a relação com o trabalho pode se constituir uma viga mestra para a saúde (MORAES, 2008). Por isso, Dejours (2009) considera o trabalho como uma segunda chance para a saúde psíquica; a primeira

esfera é a busca do amor, cuja importância é fartamente documentada nos estudos psicanalíticos; e a segunda é o campo social, no qual o trabalho tem uma importância central.

2.1.5 Trabalho em instituições hospitalares

Gonçalves (1983) traz uma definição para a palavra hospital, afirmando que ela vem do latim *hospitale*, que significa “hospedaria” (estabelecimento onde se trata doentes, pessoas acidentadas, internados ou não; nosocômio). A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz que hospital é:

Parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais (GONÇALVES, 1983, p.3).

A instituição hospitalar é definida por Carvalho (1984) como aquela devidamente aparelhada em material e pessoal, que se destina ao diagnóstico e tratamento de pessoas que carecem de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação.

Segundo Ribeiro (1993), o primeiro hospital teve origem na Grécia de Esculápio e na Roma Antiga, e os templos que foram criados para homenagear o sábio Deus serviram de abrigo aos velhos, pobres e enfermos. Na China e no Egito, mesmo antes de Cristo, há registros de hospedarias e hospitais. Gonçalves (1983) afirma que, entretanto, houve um momento em que a finalidade do hospital era mais social do que terapêutica.

Até o século XVIII, a principal função do hospital era separar e excluir os mais pobres e enfermos da sociedade, minorando possíveis riscos sociais e epidemiológicos, não se separando os doentes dos loucos, prostitutas, etc., não havendo, portanto, a função médica (FOUCAULT, 1979, p. 102). A instituição, desta maneira, trazia perigo à saúde da sociedade e impacto negativo às dimensões econômicas de seu funcionamento. Com isso, veio o delineamento da função do hospital e o aproveitamento dos saberes médicos para tal função (REGO, 2009).

Conforme Campos (1974, p.22), nos últimos séculos, a instituição hospitalar cresceu conservando uma característica básica em sua evolução: “o reconhecimento formal, pela comunidade, da necessidade de sua existência”.

Segundo Meyer (2006, p. 97),

[...] o hospital passou a funcionar não só como uma instituição de disciplinamento, controle e/ou cura de certos tipos de desordens reconhecidas e nomeadas como patológicas, mas, também, como uma instância de acúmulo, registro, produção e veiculação de um tipo específico de saber: a medicina clínica.

Ao examinar a realidade de um hospital, Senhoras (2007) afirma que este se constitui em uma das estruturas mais complexas da sociedade moderna, pois possui especificidades incontornáveis do setor, por ter que desempenhar funções cada vez mais complexas ao longo da história, como recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos. Essas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos (SENHORAS, 2007, p. 45).

Atualmente, o serviço nos hospitais, de maneira em geral, é atender a uma demanda de saúde, bem como atender bem o paciente e seus familiares, nas necessidades físicas, orgânicas e psicológicas. Um hospital é composto por várias especialidades, ou melhor, unidades que têm seus próprios objetivos em termos de tratamento (REGO, 2009).

O processo de trabalho hospitalar é parcelado e reproduz as características da organização do trabalho industrial, o que produz trabalhadores ora compromissados, ora desesperançados. Ele frequentemente repete a lógica do trabalho taylorizado, muitas vezes oculto pelo discurso do 'trabalho em equipe' (ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 519).

Para Celestino (2002), as instituições hospitalares estão entre as organizações mais complexas de serem administradas. Nelas encontram-se reunidos vários serviços e situações simultâneas: serviço médicos, de enfermagem, transporte, restaurante, hotel, recursos humanos, limpeza, lavanderia, vigilância e relacionamento com o usuário.

A atividade em ambiente hospitalar abrange uma série de fatores geradores de insalubridade e penosidade, produzindo agravos à saúde do trabalhador. Dificilmente existe nesse tipo de instituição, a preocupação em proteger, promover e manter a saúde de seus colaboradores. Trata-se de uma situação paradoxal, porque, ao mesmo tempo em que tem como missão salvar vidas e recuperar a saúde dos indivíduos enfermos, favorece o adoecimento das pessoas que nela trabalham (ÉSTHER; JUNIOR, 2001).

Vasconcelos e Vasconcelos (2004, p.5) definem paradoxo como:

[...] a representação, pelo indivíduo ou grupo, de sua experiência, sentimentos, crenças e interações através de dois estados aparentemente inconsistente, de duas realidades opostas e aparentemente inconciliáveis. O indivíduo percebe realidade por meio de uma preposição 'A e não-A'. Para esse indivíduo ou grupo, a fim de caracterizar-se como um paradoxo, deve haver o sentimento de que essas dimensões opostas são mutuamente excludentes e não podem coexistir ou serem conciliadas.

As organizações hospitalares podem ainda ter a função de oferecer um local de trabalho para os médicos ou servir à própria instituição por meio da perpetuação, crescimento e prestígio para a instituição, seu pessoal e a comunidade. Assim, os hospitais devem oferecer:

Serviços de saúde pública, como controle de doenças transmissíveis; saneamento; saúde materno-infantil; enfermagem de saúde pública; educação de saúde pública; estatísticas vitais; formulação de política e planejamento em saúde; conservação de saúde; avaliação continuada dos recursos e da ecologia da comunidade; redução dos riscos em saúde; pesquisa; serviços de saúde individual: promoção da saúde; prevenção de acidentes e doenças; serviços de diagnóstico, tratamento e cura; atenção restauradora ou reabilitação e atenção de proteção (GOUVÊA; KUYA, 1999, p. 4).

Para Fernandes (2002) a função essencial do hospital é a recuperação da saúde. Desta forma, da admissão do paciente até sua alta, decorre uma série de etapas que exigem cuidadosas e acertadas intervenções dos profissionais que, em sucessivas etapas, assumem a responsabilidade correspondente, não se podendo determinar qual seja mais significativa, onde toda a equipe multidisciplinar envolvida na cura ou tratamento da patologia que causou a internação, empenha seus conhecimentos na fase mais sofisticada da assistência de saúde.

De acordo com Gonçalves (1983) existem quatro funções que cabem ao hospital desenvolver: I) prestação de atendimento médico; II) desenvolvimento de atividades de natureza preventiva; III) participação de programas de natureza comunitária; IV) integração ativa no sistema de saúde.

As atividades regulamentadoras no país são classificadas em três graduações, seguindo critérios de riscos no trabalho (PITTA, 1999). Os hospitais estão enquadrados como graduação 3 de risco, a máxima, por causa dos riscos de acidentes e doenças de ordem física, aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos. O sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos aqueles trabalhadores, tanto no trabalho quanto fora dele. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão (ELIAS; NAVARRO, 2006).

2.1.6 Trabalho na área de enfermagem

O trabalho na área de enfermagem está ligado, desde suas origens, à noção de caridade e devotamento, sendo seus primeiros executores as pessoas ligadas à igreja, ou leigos praticando a caridade. A ideologia que perpassa a profissão desde sua origem significa abnegação, obediência e dedicação (ELIAS; NAVARRO, 2006).

A área de enfermagem tem como seu objetivo principal a assistência e o cuidado ao paciente. Bergamini (2008) define que cuidar vai além do zelo; é, antes de tudo, uma atitude geradora de responsabilidade e de aproximação, possibilitando a empatia com o outro e vendo-o como sujeito dotado de necessidades físicas, orgânicas e psicológicas.

Domingues (2004) esclarece que a ação da enfermagem em prestar auxílio ao paciente tem duas instâncias: uma na qual o enfermeiro detém conhecimento que lhe dá o poder de prestar o auxílio devido ao paciente; e a segunda, na qual o próprio enfermeiro se vê preso a este comportamento como forma de não entrar em contato com as vontades e valores do paciente.

A enfermagem passa por um processo de crise que existe já na captação de novos “recrutados”. As péssimas condições de trabalho e a baixa remuneração têm sido os principais fatores que dificultam a formação de novos profissionais da área (BULHÕES, 1994). A autora critica o mau funcionamento da equipe (o que inclui médicos, nutricionistas, fisioterapeutas) – esta que não é fonte de reconhecimento, pelo contrário, a constante imposição da profissão como meio burocrático do atendimento e é a categoria profissional que fica na frente de combate à doença, ou seja, serve de anteparo às críticas ao sistema hospitalar como um todo, assim como ao sofrimento alheio pela situação que se encontra em hospitais.

No que diz respeito aos médicos, a crítica feita às suas competências dentro da equipe devido ao engessamento de seu ensino, permite o entendimento da adesão a um comportamento cartesiano, no qual o paciente torna-se uma máquina, dificultando a valorização do todo. O mesmo tipo de concepção serve para a equipe que atende em conjunto a este profissional, tornando o relacionamento entre eles desagradável (BERGAMINI, 2008).

Bulhões (1994) salienta a fundamental importância que tem o serviço de enfermagem e, assim, tornam-se especialmente vulneráveis devido a cinco fatores intrínsecos de sua organização do trabalho: I) é o maior grupo individualizado de profissionais de saúde; II) é a equipe prestadora de assistência ininterrupta, 24 horas por dia; III) tem responsabilidade de cerca de 60% das ações de saúde; IV) é a categoria que mais entra em contato físico com os doentes; V) sua formação tem várias ramificações que acabam por dispensar suas atuações.

Ao enfermeiro são atribuídas as competências de consultar o paciente; prestar assistência direta; registrar observações, solicitar exames, cuidados nos procedimentos prestados; realizar atividades de gerência da unidade, como estabelecer metas, normas para uso dos equipamentos; realizar a evolução clínica dos pacientes; promover melhorias do setor e de desenvolvimento da equipe (REGO, 2009).

A profissão do Técnico de Enfermagem existe desde 1966, porém a regulamentação para o exercício de suas atividades aconteceu somente em 1986, com a Lei nº 7.498/86. Nesta, postula-se que o Técnico de Enfermagem exerça atividades de nível médio, participando no acompanhamento do trabalho do enfermeiro e assistindo-o no planejamento e programação de assistência prestada. Além disso, este profissional atua em cirurgias instrumentadas, em terapias prestando assistência ao paciente, organização do ambiente de trabalho e elaboram alguns materiais técnicos nos prontuários do paciente, como os materiais e técnicas utilizadas (REGO, 2009).

Bueno e Queiroz (2006) ressaltam sobre a autonomia perdida da enfermagem. O processo de trabalho da área de enfermagem pressupõe uma divisão de trabalho baseado em princípios tayloristas. Essa divisão é percebida na prática, ao ver que o enfermeiro fica incumbido do trabalho intelectual e o técnico, do manual. Tal situação gera conflitos, pois o enfermeiro se afasta das ações cuidadoras, perdendo sua autonomia perante a equipe.

O profissional de enfermagem vivencia bastante à falta de reconhecimento por não haver visibilidade do trabalho de cuidar. Ele se preocupa em manter a saúde do paciente e evitar sua piora clínica, tornando-se visível somente quando acontece dano ao paciente (REGO, 2009).

Em estudos relativos à saúde dos trabalhadores da área de enfermagem, percebe-se que o mesmo está voltado para assistência, o que faz surgir o interesse acerca da relação trabalho – saúde – doença, priorizando a satisfação no trabalho da equipe de enfermagem. De acordo com Lemos, Rennó e Passos (2012) a equipe de enfermagem sofre influências do seu ambiente laboral que pode afetar seu desempenho no trabalho, e podem estar relacionados à própria instituição, fatores individuais e profissionais. A harmonia e o equilíbrio psicológico dentro do local de trabalho podem ser afetados pelo grau de satisfação da enfermagem.

Lunardi *et al.* (*apud* REGO, 2009) estudou o sofrimento moral dos profissionais da área de enfermagem a partir da cultura do silêncio, que tem em seu objetivo a harmonia imposta, favorecendo a convivência dos trabalhadores com o erro e negligência, com o sentimento de medo e impotência, diante do reconhecimento da necessidade de denúncias, mas preferem defender a instituição e negar a sua realidade.

Barboza e Soler (2003) destacam os afastamentos por acidentes de trabalho da área de enfermagem caracterizados em doenças infecciosas parasitárias, doenças do sistema respiratório e do sistema digestório e os distúrbios osteomusculares. Murofuse e Marziale (2005) acrescentam as lesões nos ombros e coluna como as mais recorrentes. Moreira e Mendes (2005) descrevem que tais distúrbios se fazem presentes porque os profissionais ficam a maior parte do tempo em pé, sem pausas para o descanso e manuseiam muitos equipamentos pesados.

Nos estudos de Paschoalini *et al* (2008) percebem-se aspectos psicossociais a partir da mensuração do estresse nos profissionais da área de enfermagem. Além de evidências de profissionais bastante estressados, foram encontrados altos escores de depressão relacionados à profissão.

Em pesquisas nacionais observam-se temáticas que abordam a relação trabalho de enfermagem e o sentimento de prazer e sofrimento. Gonzales (*apud* LOPES, 2009) estudou enfermeiros de uma cidade do Rio Grande do Sul e identificou que os funcionários da enfermagem podem ter dificuldade em identificar as fontes de prazer e sofrimento no trabalho. No entendimento da autora a ausência de distinção entre o que proporciona prazer e sofrimento dificulta a percepção dos momentos de satisfação, alegria e contentamento, tanto na vida profissional quanto na vida social.

O fato de não conseguir identificar fontes de prazer e sofrimento no trabalho pode estar relacionado ao próprio processo do trabalho da área de enfermagem. Para Lopes (2009) o trabalhador da área de enfermagem está muito próximo ao sofrimento que é inerente ao seu processo de trabalho, como enfrentar situações de morte e doenças crônicas, o que é uma ameaça a sua qualidade de vida. De acordo com Gomes, Lunardi e Erdman (2006, p. 92)

[...] o prazer e o sofrimento no trabalho da enfermagem não existem como entidades absolutas, isoladas e independentes de sua forma de expressão e manifestações, mas entrelaçados às experiências de cada profissional, nas suas vivências, no seu entendimento da relação trabalho, prazer, sofrimento como processo histórico. Processo este no qual o psicológico, o social e o organizacional mesclam-se, interconstituindo-se e interferindo no entendimento do profissional como sujeito deste mesmo processo, na sua contextualização como norteador das práticas e nas relações dos trabalhadores com o seu objeto de trabalho.

Assim, o processo de trabalho da enfermagem envolve, segundo Lemos, Rennó e Passos (2012), os seguintes elementos: pessoas – indivíduos doentes ou indivíduos/grupos

sadios, os quais constituem seu objeto de trabalho; os instrumentos - as condutas técnicas e administrativas próprias destas áreas de conhecimento.

De acordo com Martins (2008) para os trabalhadores da área de enfermagem é comum a manutenção de uma relação superficial com o paciente, o parcelamento da tarefa para reduzir o tempo de contato, a despersonalização e negação do indivíduo/paciente; o distanciamento e a negação de sentimentos, controlando-os; a eliminação de decisões por meio de ritual de desempenho de tarefas, buscando rotinas e padronização, a busca de cooperação entre colegas, a valorização individual e coletiva do trabalho, dentre outros.

As atividades desenvolvidas pelos profissionais da área de enfermagem têm por finalidade o assistir (o fazer – cuidado), que determinam o produto final do trabalho da equipe. Ainda Gomes, Lunardi e Erdman (2006, p.93) afirmam que

[...] o processo de trabalho em saúde tem imposto aos trabalhadores da enfermagem intenso uso de seu corpo e mente como instrumentos de seu trabalho. Verifica-se que tanto o absenteísmo como o elevado *turnover* (rotatividade) podem estar fortemente relacionados a sentimentos de insatisfação no ambiente de trabalho.

Portanto, a equipe de enfermagem entra no grupo das profissões desgastantes, devido ao constante contato com doenças, expondo o colaborador, do ponto de vista etimológico, a fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica. O grau de responsabilidade em tomar de decisões, a falta de profissionais do gênero masculino, os acidentes de trabalho por turno, aumentam a angústia e ansiedade dos profissionais de enfermagem, principalmente nos serviços de urgências e emergências, desencadeando frequentemente situações de estresse (CORONETTI *et al*, 2006). Porém, há satisfação por parte destes profissionais quando se trata sobre a prestação do cuidado (PIRES, 2005).

2.2 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A abordagem Psicodinâmica do Trabalho fundamenta-se na teoria psicodinâmica, cujos princípios são oriundos da Psicanálise. Segundo Brener (1987, p.17) “aquilo que chamamos de teoria psicanalítica é, portanto, um corpo de hipóteses a respeito do desenvolvimento da mente do homem”. Dentro desta perspectiva, a Psicanálise pode ser entendida como uma “ciência” que congrega princípios e conceitos voltados para a

compreensão da pessoa no aspecto mais profundo de seu ser, ou seja, a compreensão de seus desejos, impulsos e, sobretudo, vivências inconscientes de prazer e desprazer.

Já como análise da psicodinâmica entende-se “o estudo dos movimentos psicoafetivos gerados pela evolução dos conflitos intersubjetivos” (DEJOURS, 1994, p.18-9), sendo aplicado tanto no contexto clínico quanto na relação de trabalho. Portanto, a abordagem da psicodinâmica do trabalho atua com uma teoria própria, com suas pesquisas, sua fundamentação teórica, sua metodologia de trabalho, mas partindo sempre dos princípios da Psicanálise e contribuindo para a ampliação da compreensão do ser humano nos seus aspectos não só psíquicos, mas sociais e relacionais (HERNANDES, 2003).

A Psicodinâmica do Trabalho possibilita uma compreensão contemporânea sobre a subjetividade no trabalho. Essa abordagem trouxe um novo olhar às ciências do trabalho ao propor a criação de discussões onde os trabalhadores puderam expressar sua voz, seus sentimentos e as contradições do contexto do trabalho, que respondem pela maioria das causas geradoras de prazer e sofrimento (DEJOURS, 2009).

Ela se mantém aberta ao diálogo interdisciplinar e articulada às demandas recentes do mundo da produção, dentre as quais se ressalta a análise das patologias sociais relacionadas às novas formas de organização do trabalho, decorrentes da acumulação flexível do capital (MORAES, 2008).

A Psicodinâmica do Trabalho tem como seu referencial histórico as tematizações nos estudos relacionados ao trabalho dos anos 1970, onde ainda se limitavam à relação entre trabalho e saúde mental, segundo um modelo casualista advindo da patologia somática de origem profissional, sem abandonar a esperança de encontrar evidências de doenças mentais desencadeada pelo trabalho. Inicialmente, as pesquisas de Dejours revelavam que as pressões surgiam em decorrência da organização do trabalho, tendo por alvo principal o corpo dos trabalhadores, ocasionando desgaste, envelhecimento e doenças somáticas (DEJOURS, 2009).

Nas pesquisas feitas posteriormente, a preocupação estava em compreender as “motivações subjetivas da dominação”, ou seja, pretendia-se entender os motivos pelos quais “uns consentem em padecer sofrimento, enquanto outros consentem em infligir tais sofrimentos aos primeiros” (DEJOURS, 1999, p.17). A atenção estava voltada não só para as consequências do sofrimento no corpo do trabalhador, mas para também para sua vida mental (HERNANDES, 2003).

De acordo com Dejours (1994), a teoria psicodinâmica do trabalho surgiu na década de 1980, como resultado de seus estudos e pesquisas.

A psicodinâmica do trabalho é uma abordagem científica, desenvolvida nos anos 1980, na França, por Christophe Dejours. Inicialmente, é constituída com referências teóricas da Psicopatologia, evoluindo para a construção própria, em função do avanço das pesquisas, tornando-se uma abordagem autônoma com objeto, princípios, conceitos e métodos particulares (MENDES, 2007, p. 29).

Nas pesquisas feitas em 1999, a ênfase passou a ser a questão das defesas coletivas, demonstrando que, assim como a pessoa lança mão dos mecanismos de defesa diante de situações em que não consegue enfrentar um determinado conflito psíquico, os trabalhadores, de forma coletiva, na organização, se utilizam também de “estratégias de defesa” contra o sofrimento (HERNANDES, 2003).

As estratégias coletivas de defesa contribuem de maneira decisiva para coesão do coletivo de trabalho, pois trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também viver, viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento (DEJOURS, 2009, p. 103).

A psicodinâmica do trabalho indica que o sofrimento pode ser um mobilizador para a mudança ou, por outro lado, pode ser ocultado no contexto de trabalho, por estratégias de defesa individuais e coletivas, o que possibilita aos trabalhadores permanecerem no contexto de normalidade, ainda que seja uma “normalidade sofredora” (DEJOURS, 2009).

É objetivo da psicodinâmica do trabalho o estudo das relações dinâmicas entre a organização do trabalho, que se manifestam nas vivências de prazer-sofrimento, nas estratégias de ação para mediar contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento (MENDES, 2007, p. 30).

Conforme Moliner (2004), essa teoria possui como tema central a análise da relação saúde e trabalho e advém, segundo Assis e Macedo (2008), de um movimento da década de 1950 que visava pesquisar e explicar os transtornos mentais dos trabalhadores decorrentes de um modelo de gestão baseado no Taylorismo. Assim, a Psicodinâmica do Trabalho busca compreender os aspectos psíquicos subjetivos que são mobilizados a partir das relações e da organização do trabalho. Busca estudar os aspectos menos visíveis que são vivenciados pelos trabalhadores ao longo do processo produtivo, como mecanismos de cooperação, reconhecimento, sofrimento, mobilização da inteligência, vontade e motivação e estratégias defensivas que se desenvolvem e se estabelecem a partir das situações de trabalho (HELOANI; LACMAN, 2004).

De acordo com Mendes (2007, p.34):

[...] a psicodinâmica enfoca nas vivências de prazer-sofrimento como dialéticos e inerentes a todo contexto de trabalho, bem como as estratégias usadas pelos trabalhadores para confrontar a organização do trabalho, para manter a saúde, evitar o adoecimento e assegurar a produtividade.

Resumidamente, a psicodinâmica do trabalho pode ser dividida em três momentos históricos distintos.

O primeiro momento iniciou na década de 1980, tendo como enfoque o sofrimento psíquico, sua gênese e transformação derivadas do confronto entre o psiquismo e a organização do trabalho. Pesquisas empíricas concentradas na análise dinâmica do sofrimento e das estratégias defensivas suscitadas por esse sofrimento. O segundo momento teve como enfoque a saúde, abordando o estudo do prazer e dos mecanismos utilizados pelos trabalhadores para tornar o trabalho saudável, buscaram aprofundar a análise do papel do trabalho na construção da identidade pela investigação da dinâmica do reconhecimento. E a terceira etapa se dá após a década de 1990, onde se privilegiou o processo de subjetivação e as patologias sociopsíquicas, buscando aprofundar a análise nos processos relacionados à saúde dos trabalhadores (MENDES; MORRONE, 2010).

Para a psicodinâmica do trabalho, o que importa é conseguir compreender como os trabalhadores conseguem manter certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetidos a condições de trabalho desestruturantes (DEJOURS, 2009), identificando suas vivências de prazer-sofrimento, e as estratégias utilizadas para mediar as contradições da organização do trabalho, nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento. (MENDES, 2010).

2.2.1 Prazer-sofrimento no trabalho

O prazer, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de funcionamento, mas, pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa, expresso, por sua vez, na própria tarefa e revigorado por ela. Em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica (DEJOURS, 2009). Desta forma, o trabalho pode ser vivenciado quando favorece a valorização e reconhecimento, especialmente, pela realização de uma tarefa significativa e importante para a organização e a sociedade (HERNANDES, 2003).

Freud (1920) inicialmente afirmou que existia uma dominância do princípio do prazer na vida mental, pois o aparelho mental se esforça por manter a quantidade de excitação nele presente tão baixa quanto possível ou, pelo menos, mantê-la constante. Entretanto, com o passar dos anos e em função de suas experiências clínicas, Freud chegou à conclusão de que o “máximo que se pode dizer é que existe na mente uma forte tendência no sentido do princípio do prazer, embora essa tendência seja contrariada por certas outras forças ou circunstâncias” (FREUD, 1920, p. 20).

Existem algumas circunstâncias que podem impedir o princípio do prazer de ser levado a cabo. Freud (1920) afirma que, por influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio do prazer é substituído pelo princípio de realidade, ou seja, que exige e efetua o adiamento da satisfação, travando-se assim uma luta entre o que se deseja e o que a realidade apresenta ao trabalhador.

Dejours (2009) tratou da possibilidade de o trabalho ser favorável ao equilíbrio mental e à saúde do corpo do trabalhador. Segundo ele, o equilíbrio pode se dar quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é favorável, ou seja, quando “as exigências intelectuais, motoras ou psicossensoriais da tarefa estão, especialmente, de acordo com as necessidades do trabalhador” e quando ainda, “o conteúdo do trabalho é fonte de uma satisfação sublimatória” (DEJOURS, 2009, p.134).

Portanto, o prazer está relacionado à satisfação de necessidades representadas em alto grau pelo sujeito, tornando-se desta forma, uma manifestação episódica, tendo em vista as contrariedades impostas pela civilização. A esse conceito, acrescenta-se a afirmação de Dejours (1994), de que o prazer do trabalho resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza (MENDES, 2007, p.35). Para Ferreira e Mendes (2003, p. 54),

[...] o prazer é uma vivência, individual e/ou compartilhamento por um grupo de trabalhadores de experiências de gratificações provenientes da satisfação dos desejos e de necessidades do trabalhador, quando da mediação bem-sucedida dos conflitos e contradições gerados em determinado Contexto de Produção de Bens e Serviços.

O prazer pode ser definido como vivências de gratificações resultantes das ressonâncias simbólicas que aproxima o sujeito das oportunidades de satisfação que a organização do trabalho oferece (GHIZONI; MENDES, 2010). Sentimentos de reconhecimento, liberdade, identificação e orgulho pelas atividades realizadas também podem ser consideradas vivências de prazer (MENDES; MORRONE, 2010).

Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2000, p. 29)

[...] quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Mendes e Tamayo (2001, p.39) afirmam que

[...] as vivências de prazer-sofrimento formam um único constructo composto por três fatores: valorização e reconhecimento, que definem o prazer; e desgaste com o trabalho, que define o sofrimento. O prazer é vivenciado quando são experimentados sentimentos de valorização e reconhecimento no trabalho. A valorização é o sentimento de que o trabalho tem sentido e valor por si mesmo, é importante e significativo para a organização e a sociedade. O reconhecimento é o sentimento de ser aceito e admirado no trabalho e ter liberdade para expressar sua individualidade. O sofrimento é vivenciado quando experimentado o desgaste em relação ao trabalho, que significa a sensação de cansaço, desânimo e descontentamento com o trabalho. Assim sendo, prazer-sofrimento são vivências de sentimentos de valorização, reconhecimento e/ou desgaste no trabalho.

Moraes (2010) explica que inicialmente o sofrimento é passivo, causa desânimo e inibe a ação, mas exige alívio e por isso impele o sujeito para buscar superação, a uma reação para ultrapassá-lo; então, o trabalhador mobiliza todos os seus recursos subjetivos para superar as dificuldades, incluindo a inteligência do corpo, a experiência, a intuição, que constituem a inteligência prática.

Para Dejours (2009), o trabalho também pode ser gerador de sofrimento e este começa quando a relação entre a pessoa e a organização esta bloqueada, ou seja, quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psico-afetivas, de aprendizagem e de adaptação, passando a sentir-se desgastado e sem possibilidades de ver sua realidade de forma a promover prazer.

O sofrimento pode levar tanto à paralisação, inviabilizando qualquer atitude no sentido de questionamento da organização do trabalho, quanto à mobilização: ele “assume um papel fundamental que articula ao mesmo tempo a saúde e a patologia” (MENDES, 2007, p.33).

Quando o trabalhador percebe que não há possibilidade de utilizar suas habilidades, suas potencialidades, sua capacidade criativa, que não existe condição de expansão de si mesmo, entra em um processo de automação, passando a realizar seu trabalho de forma externa a si próprio, ou seja, evitando o envolvimento com aquilo que faz parte de suas atribuições (HERNANDES, 2003).

Quando a organização do trabalho oferece liberdade suficiente para tal, ele pode resultar em realização e prazer, nos casos em que serve como fator de motivação para o trabalhador na busca de novas soluções e estratégias para realização de suas atividades. Existem, contudo, casos em que a organização do trabalho é demasiado restrita ou contraditória, havendo uma tendência para que o sofrimento se torne patogênico e favoreça o aparecimento de descompensações psíquicas somáticas (MORAES, 2008). Desta forma, quanto mais à organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo, correlativamente, o sofrimento aumenta.

Portanto, para Dejours (2009), o sofrimento no trabalho está relacionado a três fatores, quando vivenciados de forma inadequada: ao conteúdo significativo do trabalho; ao conteúdo simbólico; e ao conteúdo ergonômico. Isto significa dizer que o trabalho precisa ser significativo para o trabalhador, para representar algo que conheça, não só em partes, mas no todo. Por isso que as condições físicas ambientais, ou seja, ergonômicas, devem ser adequadas à saúde, dando condições ao trabalhador de ter como produção algo que se realize e se reconheça.

Para Seligmann-Silva (1994, p. 14):

Entre o homem e a organização prescrita para realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenção e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com o seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida ao seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento – e da luta contra sofrimento.

Para Dejours (*apud* MORAES; ROSA, 2011) o sofrimento no trabalho está relacionado também às infrações das leis trabalhistas, aos enfrentamentos de riscos e ao sentimento de não estar à altura das imposições do trabalho. Ao analisar melhor este sofrimento pode-se resumi-lo em quatro pontos fundamentais:

I) O medo da incompetência seria o enfrentamento da defasagem irredutível entre o trabalho prescrito e o real; II) A pressão para trabalhar mal levaria ao constrangimento em executar mal o seu trabalho; III) A falta de esperança de reconhecimento mostra-se decisiva na dinâmica de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho (motivação). Do reconhecimento depende o sentido do sofrimento; IV) A normalidade não implicaria ausência de sofrimento, mas sim a utilização de estratégias defensivas que atuariam como armadilha que insensibiliza contra o que faz sofrer (DEJOURS, *apud* MORAES; ROSA, 2011, p.226).

Assim, o sofrimento pode ser patogênico ou criativo. No criativo, o trabalhador mobiliza-se na transformação do seu sofrimento em algo benéfico para ele. Para isto, deve encontrar certa liberdade na organização do trabalho que ofereça margem de negociação entre as imposições organizacionais e o desejo do trabalhador. No sofrimento patogênico a pessoa demonstra um esgotamento de seus recursos internos para transformar o seu sofrimento, o que compromete seu equilíbrio psíquico, podendo acarretar a doença mental ou psicossomática (DEJOURS, *apud* MORAES; ROSA, 2011).

Gernet (2011, p. 62) expõe que quando o sofrimento se manifesta, primeiramente, no encontro com o trabalho, este não é patogênico. O sofrimento no trabalho pode originar-se dos esforços dispensados pelo indivíduo com o objetivo de ultrapassar as dificuldades apresentadas. O sofrimento pode então, transformar-se em prazer em duas condições: quando o trabalho não é um obstáculo à invenção do indivíduo; e a outra condição é quando a contribuição pode ser reconhecida pelo outros. “A transformação do sofrimento em prazer se torna possível pela interpretação do sentido da tarefa”.

De acordo com Dejours (2009) o sofrimento pode levar ao adoecimento e também projetar o sujeito enquanto profissional, já que este constrói mecanismos de defesa para se proteger do sofrimento. O sofrimento pode ao mesmo tempo assumir a função de mobilizador de saúde e de instrumentos para obtenção da produtividade. Neste sentido, “o trabalho não causa o sofrimento, é o próprio sofrimento que produz o trabalho” (DEJOURS, 2009 p.103).

Apesar de o sofrimento estar presente nas situações de trabalho, ele é negado pelas organizações políticas e sindicais com o objetivo de ocultação da realidade e para a promoção de comportamentos cada vez mais comprometidos com os defeitos organizacionais. (FLEURY; MACÊDO, 2012, p. 228).

Merlo (2002) afirma que o interesse da psicodinâmica do trabalho não é eliminar o sofrimento e sim impedir que ele seja transformado em adoecimento. O sofrimento pode representar um meio de o sujeito conferir uma nova significação ao trabalho à medida que, quando levado à resolução de problemas dentro da organização, o sujeito tem a chance de

alcançar o reconhecimento social de seu trabalho e se tornar capaz de dominar suas angústias e, conseqüentemente, controlar seu sofrimento salvando seu equilíbrio mental.

2.2.2 Reconhecimento e identidade

Dentro da perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho “a retribuição esperada pelo sujeito deve ser fundamentalmente de natureza simbólica, isto é, reconhecimento da realidade que está representada na construção individual, no sentido de gratidão” (ASSIS; MACEDO, 2008, p.120). Para Traesel (2007) esta retribuição esperada advém da contribuição individual à organização por meio do trabalho o que contribui com o reconhecimento.

A busca do trabalhador pela construção de sua existência, o trabalhador, o que fazer, o produzir algo reconhecido e utilizado pela sociedade permitem o reconhecimento de si, como alguém que existe e tem importância para a existência dos outros, transformando o trabalho em um meio para esta construção (HERNANDES, 2003).

O reconhecimento e a confiança são fatores que possibilitam sentimentos de prazer no trabalho. Para Dejours

[...] o reconhecimento é a forma específica da retribuição moral-simbólica dada ao ego, como compensação por sua contribuição à eficácia da organização do trabalho. [...] A confiança decorre do respeito e uma promessa de um julgamento equitativo sobre o fazer, onde o ego gerencia sua relação com o real da tarefa (2009 p.55-6).

“Para que haja o reconhecimento é necessária uma reconstrução dos julgamentos acerca do trabalho realizado, isto é, será destinado ao trabalho feito, e não à pessoa enquanto sujeito” (CASTRO; MERLO, 2011, p. 475). Para Dejours (2009), podem existir dois tipos de julgamento: o de utilidade, relacionado à linha vertical da organização de trabalho através dos níveis hierárquicos, sendo um julgamento sobre a utilidade social, econômica ou técnica realizada pelo sujeito; e o de estética, vindo de uma linha horizontal, isto é, dos colegas de equipe, entre os pares. Traesel e Merlo (2011) expõem que, se esse reconhecimento não ocorrer, o trabalho perde sua razão de ser. Para Mendes (2007, p. 44):

O reconhecimento é processo de valorização de esforço e de sofrimento investido para realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida afetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo.

Conforme afirma Dejours (1994), quando a pessoa constrói o verdadeiro significado no trabalho, percebe nela sua identidade; possui autonomia e liberdade de expressar seus sentimentos e ideias; tem condições de experimentar mais vivências de prazer, com a minimização do sofrimento.

Para Mendes (1999) o trabalho, além de propiciar o atendimento às necessidades materiais da pessoa, também conduz a sentimentos de prazer. O trabalhador se percebe reconhecido e valorizado pelo resultado de sua produção e isso faz com que ele crie uma identidade social com o seu trabalho. Essa identidade é observada quando a pessoa, ao se apresentar, fala o nome e o local onde trabalha. As pessoas são identificadas pelo que fazem e pela organização onde estão atuando. Nesse sentido, para Mendes (1999, p. 33), “o homem deve dominar seu trabalho e não ser dominado por ele”.

“A validação do trabalho pelo reconhecimento atribuído pelos outros é um elemento principal do sentido do trabalho que participa da construção da identidade” (GERNET, 2011, p.64). Sendo que a maioria dos indivíduos não consegue obter sua identidade somente a partir de si mesmo, necessitando, através do olhar do outro, da confirmação do seu trabalho. É através do trabalho que o sujeito, segundo Dejours (2009), considera a identidade uma armadura para a saúde psíquica e, como tal, ao ser fortalecida, protege o sujeito de descompensações psíquicas e constrói sua identidade social. Para a construção da identidade no campo social, é preciso ter a relação com o real, relação estabelecida no trabalho.

O trabalho, por ser algo fundamental para o sujeito, é investimento pelas pessoas através da possibilidade da construção de sua identidade no social, que em uma consequência ontológica vem logo a seguir do reconhecimento do fazer. A identidade não pode ser construída fora do social, em espaço privado, sendo através da sublimação que o sujeito busca executar uma atividade socialmente valorizada (CASTRO; MERLO, 2011, p.476).

Na compreensão de Dejours (2009), o homem deseja que o seu investimento no trabalho não seja frustrado, isto é, não quer ser apenas mais um dentro da organização. Caso o reconhecimento seja ausente, o autor expõe que a tendência do trabalhador é desmobilizar-se. Dessa forma, o reconhecimento, na visão de Dejours (2009), produz sentido ao sofrimento no trabalho, promovendo assim a realização, emancipação e saúde.

Pode-se entender, então, que a psicodinâmica do reconhecimento é um conceito central, pois é a chave que possibilita encontrar sentido, realização e saúde no trabalho e que sua ausência é fator preponderante no desencadeamento de problemas psíquicos e somáticos, ou seja, é um dos principais fatores de adoecimento no trabalho (TRAESSEL, 2007, p.44).

Para Dejours (*apud* MORAES, 2008) a identidade se consolida pelo olhar do outro. O ponto de partida para entendimento da mobilização subjetiva no trabalho é a expectativa do reconhecimento, essencial para a saúde, porque a maioria das pessoas apresenta fatores de vulnerabilidade no registro da identidade. O reconhecimento do trabalho possibilita a transformação do sofrimento em prazer e o fortalecimento da identidade.

Logo, o reconhecimento é algo fundamental para que se consiga desenvolver o trabalho e permanecer em normalidade diante da organização deste, pois como mostra Mendes (2007), a busca pelo prazer no trabalho e a fuga do desprazer compõem um desejo constante para o trabalhador frente às exigências no processo, nas relações e na organização do trabalho. O reconhecimento, portanto, tem um significado em relação às expectativas subjetivas e a realização de si mesmo, o que nesse caso, possibilita um ganho à identidade no campo pessoal (DEJOURS, 2009).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo expõe sobre a escolha do método de investigação, a classificação da pesquisa quanto aos seus objetivos, sua abordagem, procedimentos técnicos, variáveis de estudo, população e como foi feita a análise e interpretação dos dados levantados por este estudo.

De acordo com Diehl e Tatim (2004), a metodologia pode ser definida como o estudo e avaliação dos diversos métodos com o propósito de identificar limitações e possibilidades no âmbito de sua aplicação no processo científico, cujo objetivo é proporcionar respostas aos problemas propostos.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa realizada foi um estudo quantitativo e qualitativo. De acordo com Martins (2008), denomina-se uma pesquisa quantitativa onde há mensurações estatísticas, em contrapartida à avaliação qualitativa, que é caracterizada pela descrição, compreensão e interpretação de fatos e fenômenos.

Segundo Lima (2008, p. 27), uma abordagem quantitativa deseja verificar hipóteses previamente formuladas e identificar a existência ou não de relações entre variáveis privilegiadas. Já a pesquisa qualitativa rejeita o pressuposto que reconhece a existência de um único método de investigação, válido para todas as ciências, sejam elas físicas ou culturais (Id. Ibid., p.32).

A classificação da pesquisa quanto aos seus objetivos foi exploratória e descritiva. Exploratória porque procurou identificar as variáveis que se revelaram independentes e as que se revelam dependentes do âmbito do fenômeno em análise (LIMA, 2008, p. 30). E referente à investigação descritiva, o autor alega que esta se preocupa em identificar quais situações,

eventos, atitudes ou opiniões estão manifestos em determinada população ou descrever situações ocorridas com determinado grupo.

Na compreensão de Diehl e Tatim (2004) a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses. Já a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

A estratégia utilizada como procedimento técnico foi o estudo de caso com levantamento documental, sendo que o primeiro pode ser descrito da seguinte forma:

[...] uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro de seu contexto real (pesquisa naturalística), onde o pesquisador não tem controle sobre eventos e variáveis, buscando apreender a totalidade de uma situação e, criativamente, descrever, compreender e interpretar a complexidade de um caso concreto. Mediante um mergulho profundo e exaustivo em um objeto delimitado – problema de pesquisa - o Estudo de Caso possibilita a penetração na realidade social, não conseguida plenamente pela avaliação quantitativa (MARTINS, 2008, p. 11).

Para definir o procedimento documental, Lima (2008, p.56) cita os termos propostos pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), quando afirma que

[...] um procedimento documental pressupõe o exame e reexame de matérias que ainda não receberam qualquer tratamento analítico, no objetivo de fundamentar interpretações novas ou complementares sobre o que esta sendo estudado.

Já Diehl e Tatim (2004, p. 59) consideram a pesquisa documental como um processo que se vale de materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com o objetivo do trabalho. No caso deste trabalho, foram as informações recebidas da instituição sobre atestados, afastamentos e demais informações pertinentes ao estudo.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A escolha de uma instituição do segmento hospitalar justifica-se pelo fato de exigir de seus colaboradores, principalmente da área de enfermagem, um total envolvimento, interesse, simpatia, cordialidade e dedicação, com um alto nível de atenção com os pacientes. A

instituição foco desse estudo é uma instituição que funciona 24 horas por dia, ininterruptamente, com os colaboradores atuando em turnos diversificados e rotativos.

Assim, o ambiente de estudo foi o Hospital de Caridade de Carazinho, com os colaboradores da área de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). A instituição possui 495 funcionários; destes, 248 trabalham na área de enfermagem, porém, apenas 217 colaboradores estão em atividades, pois 23 colaboradores estão afastados do trabalho e 8 estão de férias.

Para responder aos questionários e fornecer os dados necessários para a pesquisa, foi utilizada uma amostragem probabilística aleatória simples que, para Diehl e Tatim, (2004, p. 64), pode ser submetida a tratamento estatístico, o que facilita a análise dos dados e fornece maior segurança ao generalizar resultados da amostra da população (BARBETTA, 2002, p. 41).

Quanto ao número de integrantes da amostra, o critério foi estatístico. Conforme Appolinário (2006, p. 127), critério estatístico é a “utilização de fórmulas estatísticas, que levam em consideração, por exemplo, o grau de confiabilidade da estimativa [...]”. Para calcular o número de colaboradores da área de enfermagem que iriam responder ao instrumento de coleta de dados, tomou-se a população de 217 colaboradores em atividade e com margem de erro amostral de 5 %, foi utilizada a seguinte fórmula (BARBETTA, 2002, p. 60):

$$n_0 = 1 \div 0,05^2 = 400$$

$$n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$$

$$n = \frac{217 \times 400}{217 + 400} = 140,68$$

Onde:

n = primeira aproximação amostral
 n0= tamanho da amostra
 e = margem de erro admitida
 N = População total

Barbetta (2002, p. 60) explica que esta é “uma fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra”, considerando “N – tamanho (número de elementos) da população; n – tamanho (número de elementos da amostra); n0 – uma primeira aproximação para o tamanho da amostra; e E0 – erro amostral tolerável”. Ele (2002, p. 59) ainda explica que “chamamos de erro amostral a diferença entre o valor que a estatística pode acusar e o verdadeiro valor do

parâmetro que se deseja estimar”. Assim, o valor da estatística pode conter um erro amostral de 5% em relação ao verdadeiro resultado do parâmetro que se deseja estimar.

De acordo com a fórmula proposta por ele, deveriam ser entrevistados, no mínimo, 140,68 (141) colaboradores da área de enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho. Entretanto, na coleta dos dados, 17 colaboradores não devolveram os questionários porque haviam esquecido em casa ou não tinham respondido e a amostra ficou composta, no final, por 124 colaboradores.

Para escolher os colaboradores que iriam responder ao instrumento separou-se por função e eles foram numerados de 1 a 217. Utilizou-se a amostragem aleatória do *Microsoft Excel versão 2007*, com número de participantes de 141, onde se obteve os nomes dos sorteados. Para os que se repetiam era escolhido o colaborador subsequente não selecionado.

Para o levantamento de dados sobre os atestados e afastamentos entrou-se em contato com o responsável pela área de recursos humanos, que forneceu as informações através de e-mail.

3.3 PROCEDIMENTO E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Os dados para elaboração desse projeto foram coletados da seguinte forma:

Pesquisa bibliográfica: realizada em livros, dicionários, periódicos especializados, além de outras publicações, com dados relacionados ao assunto em estudo;

Pesquisa de campo: realizada por meio de entrevista semi estruturada e duas escalas, aplicadas na amostra dos 124 respondentes da área de enfermagem.

Entregou-se junto à instituição uma carta de apresentação com o tema da pesquisa, bem como os seus objetivos para aprovação. A carta passou pela diretoria do Hospital, que aprovou e aceitou a realização da pesquisa no mesmo (APÊNDICE A). Logo após deu-se início à coleta de dados, que ocorreu em três etapas:

Primeira etapa: Em contato com o responsável da área de Recursos Humanos solicitou-se o histórico da instituição, número de atendimento por mês, quantos colaboradores por função, quantos afastamentos e atestados possuía. Logo após estas informações serem aprovadas pela supervisão, foi definido que a área de estudo seria a da enfermagem, e com isso solicitou-se quais atestados e afastamentos eram da área de enfermagem e quais os principais motivos das mesmas e relação de nomes dos colaboradores.

Segunda etapa: Nesta etapa, após aprovação da supervisão, foi aplicado o questionário com os colaboradores sorteados da área de enfermagem. Porém, no dia da aplicação ocorreu que alguns colaboradores estavam de folga e devido a isso foi aplicado com outros colaboradores que estavam presentes e que não tinham sido sorteados. A aplicação dos questionários ocorreu em duas manhãs e uma tarde, onde foi passado em cada setor acompanhado de uma responsável do RH e entregue aos pesquisados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), onde explicava a pesquisa, e eles assinavam e respondiam ao questionário, o que demorava em torno de 15 a 20 min. e entregavam. Já a aplicação dos questionários para o turno da noite ocorreu em duas noites: foi passado em cada setor junto com a enfermeira chefe da noite e explicado e deixado o questionário junto com o Termo de Consentimento para ser respondido e devolvido para a enfermeira chefe no final da noite, a qual deixou no outro dia no RH para serem recolhidos pela pesquisadora. Porém, 17 colaboradores não responderam ao questionário, totalizando apenas 124 pesquisados.

Terceira Etapa: Na última etapa foi feita uma entrevista composta de nove questões (APÊNDICE C), com a pessoa responsável pelo RH, buscando revelar sua visão sobre a relação prazer-sofrimento e saúde global dos respondentes, bem como levantar as ações empreitadas pelo hospital para gerenciar essas variáveis.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado duas escalas validadas por Mendes e Ferreira (2007, p.120-4): A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) (ANEXO 1) e a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) (ANEXO 2). Para fazer o levantamento demográfico da amostra, anexou-se à primeira escala questões que os identificassem.

3.3.1 Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho foi construída e validada por Mendes e Ferreira (2007), tendo por base a teoria psicodinâmica do trabalho, sendo fundamentada nos estudos de prazer-sofrimento realizados, principalmente, por Dejours, a partir do final da década de 1980. Ao longo da trajetória essa escala teve alterações, pois havia dificuldade de estruturar um instrumento para o estudo do prazer-sofrimento, tendo em vista a dinâmica e as especificações das vivências nos diferentes contextos de trabalho, aos quais só a fala permite acesso.

No entanto, isso não invalida o papel dessa escala como representante de alguns indicadores que podem ser considerados universais das vivências, dada a sua consistência em mais de um processo de validação e a sua coerência com os conceitos propostos pela teoria.

A EIPST(MENDES; FERREIRA, 2007, p. 120-2) é composta por quatro fatores: dois para avaliar o prazer – realização profissional e liberdade de expressão – e dois para avaliar o sofrimento no trabalho – falta de reconhecimento e esgotamento profissional.

É uma escala de 7 pontos e tem por objetivo avaliar nos últimos seis meses a ocorrência das vivências dos indicadores de prazer-sofrimento. Assim, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, 6= seis ou mais vezes.

Para os fatores do prazer considerando que estes itens são positivos utiliza-se a escala de 7 pontos, para melhor especificação e qualificação da frequência como é experimentada a vivência, deve ser classificada em três níveis diferentes, com um desvio padrão para cada um. Assim, consideram-se como resultados para vivencia de prazer:

- Acima de 4,0 = avaliação mais positiva, satisfatória;
- Entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico;
- Abaixo de 2,0 = avaliação para raramente, grave.

Para os fatores do sofrimento, considerando que os itens são negativos, a análise deve ser feita com base nos seguintes níveis:

- Acima de 4,0 = avaliação mais negativa, grave;
- Entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico;
- Abaixo de 2,0 = avaliação menos negativa, satisfatório.

O primeiro fator é a Realização Profissional, conceituada como a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz. É composto por 9 itens, com confiabilidade de 0,93. Os itens do fator são:

- satisfação;
- motivação; orgulho pelo que faço;
- bem-estar;
- realização profissional;
- valorização;
- reconhecimento;
- identificação com as minhas tarefas;
- gratificação pessoal com as minhas atividades.

O segundo fator é a Liberdade de Expressão, vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho. Composto por 8 itens, apresenta confiabilidade de 0,80.

São itens do fator:

- liberdade com chefia para negociar o que precisa;
- liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas;
- solidariedade entre os colegas;
- confiança entre os colegas;
- liberdade para usar a minha criatividade;
- liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias;
- cooperação entre os colegas.

O terceiro fator avalia a vivência de sofrimento, sendo denominado Esgotamento Profissional, que é a vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho. Tem 7 itens, com confiabilidade de 0,89. São os fatores:

- esgotamento emocional;
- estresse;
- insatisfação;
- sobrecarga;
- insegurança;
- medo.

O quarto fator é a Falta de Reconhecimento, vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do trabalho. O número de itens é 8, com confiabilidade de 0,87. São itens do fator:

- falta de reconhecimento do meu esforço;
- falta de reconhecimento do meu desempenho;
- desvalorização;
- indignação;
- inutilidade;
- desqualificação;
- Injustiça;
- discriminação.

3.3.2 Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)

A Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho é composta por três fatores: danos físicos, psicológicos e sociais, e ela foi construída e validada por Mendes e Ferreira (2007, p. 124-6).

A escala é de 7 pontos e objetiva avaliar nos últimos três meses os danos provocados pelo trabalho. Assim, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, 6= seis ou mais vezes.

A análise dessa escala deve ser realizada do modo diferente da anterior. Os itens propostos retratam situações muito graves relacionados à saúde: a sua aparição e repetição num nível moderado já significando adoecimento. Por essa razão, o ponto médio dessa escala embora matematicamente seja 3,0, para fins desta análise é desdobrado em dois intervalos com variação de um desvio padrão. Assim, os resultados devem ser classificados em quatro níveis:

- Acima de 4,1 = avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais;
- Entre 3,1 e 4,0 = avaliação para frequente, grave (adoecimento);
- Entre 2,0 e 3,0 = avaliação moderada, crítico;
- Abaixo de 1,9 = avaliação mais positiva, suportável.

O primeiro fator é Danos Físicos, definido como dores no corpo e distúrbios biológicos. Tem 12 itens, com confiabilidade de 0,88. São itens do fator:

- dores no corpo;
- dores nos braços;
- dor de cabeça;
- distúrbios respiratórios;
- distúrbios digestivos;
- dores nas costas;
- distúrbios auditivos;
- alteração do apetite;
- distúrbios de visão;
- alteração no sono
- dores nas pernas;
- distúrbios circulatórios.

O segundo fator é Danos Sociais, definido como isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais. Tem 7 itens, com confiabilidade de 0,89. São itens do fator:

- insensibilidade em relação aos colegas;
- dificuldade nas relações fora do trabalho;

- vontade de ficar sozinho;
- conflitos nas relações familiares;
- agressividade com os outros;
- dificuldade com os amigos,
- impaciência com as pessoas em geral.

O terceiro fator é Danos Psicológicos, sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida em geral. Tem 10 itens, com confiabilidade de 0,93. São itens do fator:

- amargura;
- sensação de vazio;
- sentimento de desamparo;
- mau-humor;
- vontade de desistir de tudo;
- tristeza;
- irritação com tudo;
- sensação de abandono;
- dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas;
- solidão.

3.4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a coleta dos dados foram feitas as análises das informações obtidas nos e-mails e pela entrevista com a responsável dos recursos humanos, e foram enumerados de 1 a 124 os questionários aplicados com os colaboradores da área de enfermagem. Segundo Lakatos e Marconi (2006, p. 35) a “análise e interpretação são duas atividades distintas, mas estreitamente relacionadas”.

Os dados coletados nos questionários foram tabulados por meio da planilha eletrônica *Microsoft Excel – versão 2007*, o que de acordo com Gil (2006), “é o processo de agrupar e contar os casos que estão nas várias categorias de análises” de onde foram obtidas as médias, o desvio padrão (que mostra o quanto de variação ou "dispersão" existe em relação à média. Um baixo desvio padrão indica que os dados tendem a estar próximos da média; um desvio padrão alto indica que os dados estão espalhados por uma gama de valores); e a moda dos itens de cada escala, que indicam as frequências das respostas.

Também foi utilizada como técnica de análise o Teste estatístico t de Student. De acordo com Pereira (*apud* HERNANDES, 2003) o Teste t de Student analisa sob um determinado nível de significância e um grau de liberdade específico, o quanto duas médias amostrais são significativamente diferentes. Sendo assim, este teste verificou se havia diferenças entre as médias dos indicadores de prazer com as de sofrimento e se essas eram significativas.

Nesse contexto, as técnicas utilizadas possibilitaram uma maior compreensão das variáveis existentes nesta pesquisa, além de ajudar nas análises dos dados e, por conseguinte, nas conclusões obtidas com o presente estudo.

Apresentados os procedimentos metodológicos, a etapa seguinte consiste em descrever os resultados da pesquisa relativa ao estudo de caso na área de enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho.

3.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Objetivando buscar estabelecer a relação prazer-sofrimento e saúde no trabalho dos colaboradores da área de enfermagem, foram estudadas, mensuradas e analisadas as seguintes variáveis de estudo:

a) Prazer-sofrimento no trabalho: Segundo Mendes (2007) o prazer é vivenciado quando o trabalho favorece a valorização e reconhecimento, especialmente, pela realização de uma tarefa significativa sendo importante para a organização e para a sociedade. Já o sofrimento é definido como vivências de angústias, medo e insegurança que mobilizam o sujeito a buscar soluções frente às contradições entre o trabalho (GHIZON; MENDES, 2010). Ou seja, prazer e sofrimento coexistem em um equilíbrio precário, necessitando ser desvelados para que se assegurem condutas organizacionais do trabalho adequadas e bom funcionamento de uma instituição (GODOY, 2009).

b) Saúde no trabalho: No entendimento de Antloga e Mendes (2009) a saúde é resultante de conflitos intra e intersubjetivos entre o desejo do trabalhador e a realidade de trabalho. De acordo com Haang e Lopes (*apud* MARTINS, 2001) a saúde no trabalho é o resultado da complexa e dinâmica interação das relações do trabalho, do processo deste e do controle que os próprios trabalhadores colocam em ação para interferirem nas suas próprias condições.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo consta o breve histórico da instituição estudada, a caracterização da população pesquisada, apresentação e análise dos dados obtidos, as sugestões e recomendações para melhorias.

4.1 Contextualização da instituição

Em 27 de janeiro de 1935, um grupo de pessoas reuniu-se para organizar uma entidade hospitalar que atendesse às necessidades da população. Em 12 de fevereiro de 1935, em decisiva reunião para a criação do Hospital de Caridade de Carazinho, foi eleita a primeira Diretoria, ficando a presidência da entidade a cargo do Sr. Teodoro Rodrigues Figueiredo que liderou a busca de recursos para a construção da entidade.

Na gestão de 1938 o foi lançada a pedra fundamental da entidade e providenciado o projeto do hospital. Estava dado um passo decisivo para a concretização do Hospital de Caridade de Carazinho. Coube à nova Diretoria, presidida pelo Sr. Platão Motta, componente da equipe anterior e eleito em 1939, encaminhar solicitação de novos recursos para entidade ao Exmo. Sr. Presidente da República.

Iniciaram-se as escavações e o nivelamento com auxílio da Prefeitura Municipal. Coube a esta Diretoria, além de adquirir materiais, labutar por recursos financeiros para concluir a primeira etapa da obra. Inúmeras dificuldades se apresentavam neste período sem, contudo, esmorecer o ânimo dos consócios mais atuantes que, à vista das conquistas já realizadas, sentiam-se mais e mais estimulados a concluir o empreendimento.

Em novembro de 1940 o Hospital de Caridade de Carazinho deixava de ser um sonho, pois adquiria um instrumental médico e outros materiais do Dr. Décio Henrique Zago. O ano de 1941, com a reeleição do Sr. Ernesto José Annoni foi decisivo para o futuro do Hospital, pois numa reforma dos estatutos, criou-se um Conselho Financeiro que examinaria a escrita,

papeis e documentos de contabilidade, além de exercer o direito de voto nas deliberações da Diretoria.

Em 09 de agosto de 1942, às 10h 30min, foi inaugurada oficialmente a ala ou Pavilhão Central do Hospital de Caridade de Carazinho. No ano de 1943 foi novamente reeleito o Sr. Ernesto José Annoni para a presidência da entidade. O hospital já funcionava apresentando, ao longo do ano de 1943, um total de 559 internações. Este dado mostra a importância do Hospital de Caridade de Carazinho para o município, que crescia em todos os segmentos.

Estes anos foram de lutas que eram superadas pelo denodo demonstrado pela diretoria, principalmente no encaminhamento de solicitação de recursos ao Governo. Nesta época, começaram a chegar os auxílios financeiros oriundos primeiramente do Governo Estadual e, a seguir, da União. Estes, intermediados pelo Dr. Nicolau Vergueiro, na época Deputado Federal, foram dando prosseguimento gradativo às obras.

A nova ala foi inaugurada em 1970, elevando a capacidade do Hospital para 200 (duzentos) leitos, juntamente com salas para administração, salão nobre, auditório, biblioteca técnica, clínica médica e cirúrgica, berçário, lactário, unidade de reidratação e centro de recuperação pós-anestésico.

No período que abrangeu os próximos dez anos, o Hospital de Caridade de Carazinho (HCC) manteve suas atividades rotineiras de atendimento à população, sem maiores investimentos devido às dificuldades internas enfrentadas pelo Hospital. A Diretoria optou por entregar a administração do mesmo à Sociedade Beneficente São Camilo, entidade civil, filantrópica e religiosa de direito privado.

O ano de 1994 caracterizou-se pela busca de soluções de questões trabalhistas pendentes desde 1982. A busca de desenvolvimento tecnológico foi acompanhada de investimentos nos recursos humanos que compõe o quadro hospitalar, ampliando o número de servidores e proporcionando aperfeiçoamento profissional a todas as áreas.

A qualificação profissional na área da saúde vem-se refletindo, sobremaneira, na qualidade dos serviços hospitalares, através da criação, organização e normatização dos serviços, o que oferece maior segurança aos usuários.

Intensificaram-se a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), reduzindo drasticamente o índice de infecção, comparando o HCC aos melhores do país e da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), garantindo maior segurança a funcionários e pacientes.

Nesses sessenta anos de existência do HCC pode-se vislumbrar, através de suas conquistas, a imensa força que é a vontade dos homens, capaz de transformar uma

necessidade em sonho, um sonho em criação e a criação em novos desafios. O HCC existe e se solidifica cada vez mais, porque homens do passado, do presente e dos dias que estão por vir, acreditam que “as flores do futuro estão nas sementes de hoje” (SITE DA INSTITUIÇÃO, 2014).

4.2 Apresentação e análise dos dados

A apresentação dos resultados foi realizada através de tabelas, e a análise dos dados foi fundamentada através dos autores tratados na revisão de literatura.

4.2.1 Caracterização da população

A pesquisa foi aplicada numa população de 124 funcionários da área de enfermagem, sendo caracterizados conforme as Tabelas 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7.

TABELA 1: Frequência e percentual de distribuição da população quanto ao gênero

GÊNERO	N	%
Feminino	118	95,16
Masculino	6	4,84
TOTAL	124	100%

Fonte: Dados primários (out./2014).

Na Tabela 1 ficou explicitada a presença majoritária do grupo do gênero feminino (98,16%) em relação ao gênero masculino (4,84%), que tem pouca representatividade nesta área de enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho.

Sabe-se que as atividades realizadas pela enfermagem estão diretamente relacionadas ao cuidar. Cuidar de outras pessoas, mas antes de tudo, uma atitude geradora de responsabilidade e de aproximação, possibilitando a empatia com o outro (BERGAMINI, 2008).

Na Tabela 2, a população foi caracterizada de acordo com sua faixa etária.

TABELA 2: Frequência e percentual de distribuição da população segundo a idade

IDADE	N	%
Até 23	8	6,45
De 24 a 29	23	18,55
De 30 a 36	31	25,00
De 37 a 42	20	16,13
Acima de 43	42	33,87
TOTAL	124	100%

Fonte: Dados primários (out./2014).

Na Tabela 2 têm-se o período com idade acima de 43 anos e que representa a maior população, com 33,87% de respondentes; seguindo de 25% dos que possuem entre 30 e 36 anos; logo, 18,55% são os que possuem de 24 a 29 anos; com 16,13% os que possuem idade entre 30 a 36 anos e apenas 6,45% possuem idade até 23 anos.

Observa-se que entre os que têm menos de 23 até 36 anos representa 50% da população, ou seja, são trabalhadores jovens. E entre os que têm acima de 37 anos, também representa 50%, que são os trabalhadores mais velhos. Isto significa que há uma igualdade entre a variação das idades dos mais jovens e dos mais velhos, possibilitando, portanto, uma maior troca de experiência e de conhecimento entre os colaboradores, uma vez que os mais velhos podem repassar aos mais jovens aquilo que aprenderam ao longo de sua trajetória, não só profissional como também pessoal.

Na Tabela 3 são apresentadas as frequências e percentuais de distribuição da população segundo o estado civil.

TABELA 3: Frequência e percentual de distribuição da população de acordo com o estado civil

ESTADO CÍVIL	N	%
Solteiro	27	21,77
Casado	57	45,97
Divorciado	10	8,06
União estável	30	24,19
TOTAL	124	100%

Fonte: Dados primários (out./2014).

Na Tabela 3 os casados representam a maior população com 45,97% de respondentes; seguido pelos que estão em união estável com 24,19%; a população dos solteiros representa

21,77% e os que estão divorciados 8,06%. Ou seja, há uma predominância dos que estão casados ou em uma união estável, representando 70% da área de enfermagem.

Na Tabela 4 são apresentadas as frequências e percentuais de distribuição da população segundo a quantidade de filhos.

TABELA 4: Frequência e percentual de distribuição da população de acordo com a quantidade de filhos

FILHOS	N	%
Não	31	25,00
De 1 a 2	80	64,52
De 3 a 4	12	9,68
Mais que 5	1	0,81
TOTAL	124	100%

Fonte: Dados primários (out./2014).

Nesta Tabela 4 verifica-se que 64,52% da população possuem de 1 a 2 filhos, seguido de 25% que não possuem filhos; já o percentual de quem tem de 3 a 4 filhos diminui para 9,68%; e os que possuem mais do que 5 filhos representa apenas 0,81%. Ou seja, 74,19% da população estudada possuem filhos.

Na Tabela 5 a população foi classificada conforme sua escolaridade.

TABELA 5: Frequência e percentual de distribuição da população conforme a escolaridade

ESCOLARIDADE	N	%
Ensino Fundamental Incompleto	2	1,61
Ensino Fundamental Completo	3	2,42
Ensino Médio Incompleto	3	2,42
Ensino Médio Completo	6	4,84
Ensino Superior Incompleto	7	5,65
Ensino Superior Completo	4	3,23
Pós Graduação	14	11,29
Técnico de Enfermagem	85	68,55
TOTAL	124	100%

Fonte: Dados primários (out./2014).

Na Tabela 5 fica claro que, dentre os trabalhadores da área de enfermagem, há uma predominância do grupo de Técnico em Enfermagem, representando 68,55% da população; seguido de 11,29% dos que possuem pós-graduação; 5,65% possuem o Ensino Superior

incompleto; 4,84 possuem o Ensino Médio completo; 3,23% possuem o Ensino Superior completo; 2,42% possuem o Ensino Fundamental completo; e outros 2,42% possuem Ensino Médio incompleto; e apenas 1,61% possuem o Ensino Fundamental incompleto.

Na Tabela 6 estão às frequências e percentuais de distribuição da população segundo o seu tempo de empresa.

TABELA 6: Frequência e percentual de distribuição da população de acordo com seu tempo de empresa

TEMPO DE EMPRESA	N	%
Menos de 2	28	22,58
De 3 a 8	49	39,52
De 9 a 14	20	16,13
De 15 a 20	9	7,26
Acima de 21	18	14,52
TOTAL	124	100%

Fonte: Dados primários (out./2014).

Percebe-se que na Tabela 6, os colaboradores da área de enfermagem que estão de 3 a 8 anos representa a maior população com 39,52%; seguido dos que estão a menos de 2 anos na instituição representa 22,58%; logo, os que estão de 9 a 14 anos há uma diminuição para 16,13%; já os que estão acima de 21 anos são 14,52% e os que estão de 15 a 20 anos possuem o menor percentual com 7,26%. Conclui-se que 62,10% estão a menos de 8 anos na instituição. O menor percentual, 37,90%, ficou, portanto, com os funcionários que estão a mais de 9 anos.

Na Tabela 7 são apresentadas às frequências e percentuais de distribuição da população, segundo a quantidade de afastamentos nos últimos 12 meses.

TABELA 7: Frequência e percentual de distribuição da população segundo a quantidade de afastamento nos últimos 12 meses

AFASTAMENTOS (últimos 12 meses)	N	%
Não	100	80,65
Entre 1 a 3	20	16,13
Mais que 3	4	3,23
TOTAL	124	100%

Fonte: Dados primários (out./2014).

Nesta Tabela 7 analisou-se que 80,65% dos colaboradores da área de enfermagem não estiveram afastados nos últimos 12 mês; já 16,13% estiveram afastados de 1 a 2 vezes no último ano; e que os que estiveram 3 vezes ou mais afastados representaram o percentual de 3,23%.

Através destes dados, pode-se observar que 19,35% dos funcionários da área de enfermagem já estiveram afastados durante os últimos 12 meses, um número muito alto. Conforme comenta Éster e Junior (2001), o ambiente do hospital abrange muitos fatores que acabam sendo geradores de insalubridade, penosidade, produzindo à saúde do trabalhador agravos que, por consequência, gera afastamentos do funcionário de suas atividades.

4.2.2 Atestados e Afastamentos

Nas Tabelas 8, 9,10 e 11 constam os levantamentos obtidos através da área de recursos humanos do Hospital de Caridade de Carazinho, referentes aos registros dos atestados e afastamentos dos últimos 12 meses, ocorridos no período de agosto de 2013 a julho de 2014.

TABELA 8: Frequência e percentual dos atestados da área da enfermagem relacionados com as demais áreas do HCC

ATESTADOS	N	%
Área de Enfermagem	2959	92,47
Demais áreas do HCC	241	7,53
TOTAL DE ATESTADO HCC	3200	100%

Fonte: Documentos do HCC

Na Tabela 8, a área de enfermagem possui 92,47% dos atestados e as demais áreas somente 7,53%. Ou seja, fica explícita a presença majoritária da área de enfermagem com os atestados totais do hospital.

Elias e Navarro (2006) tratam o processo de trabalho hospitalar como sendo uma reprodução das características da organização do trabalho industrial, que repete a lógica do trabalho taylorizado, produzindo uma serie de agravamentos tanto físicos quanto mental dos funcionários, gerando um alto número de atestados.

Na Tabela 9 apresentam-se os principais motivos dos atestados da área de enfermagem.

TABELA 9: Frequência e percentual dos motivos conforme CID dos atestados da área da enfermagem

MOTIVOS	N	%
M. 54 (Coluna)	1172	39,58
F. 41 (Depressão)	1519	51,30
O. 62 (Gestante)	180	6,08
N. 92 (Útero)	88	2,97
TOTAL	2959	100%

Fonte: Documentos do HCC

Na Tabela 9 observa-se que o maior percentual são os atestados devido à depressão que representam 51,30% seguido de 39,58% dos atestados por problemas na coluna; 6,08% referente aos atestados por gestação e 2,97% em questões de problemas no útero.

Os estudos de Paschoalini *et al* (2008) confirmam o alto índice de atestados por depressão, pois em suas pesquisas eles perceberam aspectos psicossomáticos a partir da mensuração do estresse nos profissionais da área de enfermagem. Além de evidências de funcionários altamente estressados, foram encontrados altos escores de depressão relacionados à profissão.

Na Tabela seguinte será tratado sobre os percentuais de afastamentos da área de enfermagem e das demais áreas do HCC durante o ano base da pesquisa.

TABELA 10: Frequência e percentual dos afastamentos da área da enfermagem comparados com as demais áreas do HCC

AFASTAMENTOS	N	%
Área de Enfermagem	23	46,94
Demais área do HCC	26	53,06
TOTAL DE ATESTADO HCC	49	100%

Fonte: Documentos do HCC

Nesta Tabela 10, observou-se que 46,94% dos afastamentos são da área de enfermagem e 53,06 são das demais áreas do Hospital de Caridade de Carazinho.

A Tabela 11 demonstra os motivos dos afastamentos da área de enfermagem.

TABELA 11: Frequência e percentual dos motivos conforme CID dos afastamentos da área da enfermagem

MOTIVOS	N	%
M. 54 (Coluna)	14	60,87
F. 41 (Depressão)	3	13,04
N. 92 (Útero)	2	8,70
Licença Maternidade	4	17,39
TOTAL	23	100%

Fonte: Documentos do HCC

Nesta Tabela, o maior percentual de afastamentos é por causa de problemas na coluna, representando 60,87%; depressão 13,04%, problemas no útero 8,70% e licença maternidade 17,39% dos atestados da área de enfermagem.

Murofuse e Marziale (2005) destacam os afastamentos da área de enfermagem por lesões nos ombros e coluna como as mais decorrentes. Morreira e Mendes (2005) afirmam que tais distúrbios se fazem presentes porque os profissionais ficam a maior parte do tempo em pé, sem pausas para o descanso e manuseiam muitos equipamentos pesados.

4.2.3 Escala de Indicadores de Prazer-Sofrimento no trabalho (EIPST)

A EIPST (MENDES; FERREIRA, 2007, p. 120-2) é composta por quatro fatores: dois para avaliar o prazer – *liberdade de expressão e realização profissional*– e dois para avaliar o sofrimento no trabalho – *esgotamento profissional e falta de reconhecimento*.

É uma escala de 7 pontos e tem por objetivo avaliar nos últimos seis meses a ocorrência das vivências dos indicadores de prazer-sofrimento. Assim, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, 6= seis ou mais vezes. Assim, consideram-se as médias (M) como resultados para vivência de prazer:

- Acima de 4,0 = avaliação mais positiva, satisfatória;
- Entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico;
- Abaixo de 2,0 = avaliação para raramente, grave.

Foi usado o Desvio Padrão (DP) para mostrar o quanto de variação ou dispersão existe em relação à média, e a Moda (MO) para indicar o número com mais frequência de respostas.

TABELA 12: Estatística descritiva e avaliação do fator de Liberdade de Expressão
Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)

ITEM	M	DP	MO	AVALIACÃO
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	4,51	1,81	6	Satisfatório
Liberdade p/ falar sobre o meu trabalho com os colegas	4,43	1,74	6	Satisfatório
Solidariedade entre os colegas	4,56	1,49	6	Satisfatório
Confiança entre os colegas	4,02	1,66	6	Satisfatório
Liberdade p/ expressar minhas opiniões no local de trabalho	3,89	1,86	6	Crítico
Liberdade p/ usar a minha criatividade	3,96	1,98	6	Crítico
Liberdade p/ falar sobre o meu trabalho com as chefias	4,03	2,02	6	Satisfatório
Cooperação entre os colegas	4,15	1,59	4	Satisfatório
Resultado Geral	4,19	0,19		Satisfatório

Fonte: Dados primários (out./2014).

O fator Liberdade de Expressão está relacionado ao fator indicador de prazer; nele, é possível verificar que a maioria dos itens indica uma avaliação mais positiva. A maior média é representada pelos itens *solidariedade entre os colegas e liberdade com a chefia para negociar o que precisa* e com média respectivamente $M= 4,56$ e $M= 4,51$ sendo considerados satisfatórios também esses itens aparecem como sendo um dos mais citados $MO= 6$; e possuem uma variação entre as médias $DP= 1,66$ e $1,81$ simultaneamente, isto é, devido ao fato da área de enfermagem necessitar de liberdade para agir em sua profissão, principalmente em momentos de emergências.

De acordo com Ghizoni e Mendes (2010), o prazer pode ser definido como a vivência de gratificações resultantes das ressonâncias simbólicas que aproximam o sujeito das oportunidades de satisfação que a organização do trabalho oferece. Sentimentos de reconhecimento, liberdade, identificação e orgulho de suas atividades realizadas também podem ser consideradas vivências de prazer (MENDES; MORRONE, 2010).

Por outro lado, ocorreram dois itens que foram considerados críticos: o de *liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho*, com média $3,89$ e de *liberdade para usar minha criatividade* que obteve média $3,96$.

Lunardi *et al.* (apud REGO, 2009) estudaram o sofrimento moral dos profissionais da área de enfermagem a partir da cultura do silêncio, que tem em seu objetivo a harmonia imposta, favorecendo a convivência dos trabalhadores com o erro e negligência, com o sentimento de medo e impotência, diante do reconhecimento da necessidade de denúncias, mas preferem defender a instituição e negar a sua realidade. Assim pode ser explicado,

portanto, o sentimento presente nos funcionários da enfermagem de não poderem expressar suas opiniões e de não poderem usar sua criatividade.

A Tabela 13 apresenta os itens do fator Realização Profissional.

TABELA 13: Estatística descritiva e avaliação do fator de Realização Profissional

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)				
ITEM	M	DP	MO	AVALIAÇÃO
Satisfação	4,26	1,71	6	Satisfatório
Motivação	3,87	1,87	5	Crítico
Orgulho pelo que faço	5,44	1,29	6	Satisfatório
Bem-estar	4,53	1,68	6	Satisfatório
Realização profissional	5,06	1,44	6	Satisfatório
Valorização	3,38	1,88	4	Crítico
Reconhecimento	3,25	1,91	5	Crítico
Identificação com as minhas tarefas	4,91	1,44	6	Satisfatório
Gratificação pessoal com as minhas atividades	4,60	1,71	6	Satisfatório
Resultado Geral	4,37	0,24		Satisfatório

Fonte: Dados primários (out./2014).

Este fator também está relacionado aos fatores indicadores de prazer. É possível identificar que a maioria dos itens possui uma avaliação satisfatória, sendo *orgulho pelo que faço* com a maior média 5,44; esse item aparece como sendo um dos mais citados MO= 6; e possuem uma variação entre as médias DP= 1,29. Supõe-se que esta satisfação se dê pelo fato da área de enfermagem encontrar sentido no que faz e perceber a importância de seu trabalho. Porém, os itens *motivação*, *valorização* e *reconhecimento* tiveram avaliação crítica, identificando que precisam melhorar. Sobre o item *orgulho do que faço*, Pires (2005) comenta que há muita satisfação dos profissionais da área de enfermagem quando se trata sobre o cuidar.

Porém, de acordo com Rego (2009), o profissional de enfermagem vivencia bastante a falta de reconhecimento, de valorização, pelo fato de não haver visibilidade do trabalho de cuidar. O profissional de enfermagem se preocupa em manter a saúde do paciente e evitar sua piora clínica, tornando-se visível somente quando acontece dano ao paciente, ou seja, desmotiva-o para continuar sua missão de cuidar e zelar.

As Tabelas 14, 15, 16 e 17 avaliam as vivências de sofrimento, que considera que os itens são negativos. A escala possui 7 pontos, onde 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 3= três

vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, 6= seis ou mais vezes. A análise deve ser feita com base nos seguintes níveis de médias (M):

- Acima de 4,0 = avaliação mais negativa, grave;
- Entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico;
- Abaixo de 2,0 = avaliação menos negativa, satisfatório.

Foi usado o Desvio Padrão (DP) para mostrar o quanto de variação ou dispersão existe em relação à média, e a Moda (MO) para indicar o número com mais frequência de respostas.

TABELA 14: Estatística descritiva e avaliação do fator de Esgotamento Profissional

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)				
ITEM	M	DP	MO	AVALIAÇÃO
Esgotamento emocional	3,15	1,87	4	Crítico
Estresse	3,18	1,90	4	Crítico
Insatisfação	2,29	1,86	0	Crítico
Sobrecarga	3,28	2,18	6	Crítico
Frustração	2,24	1,96	0	Crítico
Insegurança	1,61	1,74	0	Satisfatório
Medo	1,40	1,76	0	Satisfatório
Resultado Geral	2,45	0,15		Crítico

Fonte: Dados primários (out./2014).

Neste fator a maioria dos itens foi considerada crítica, pois *estresse* com média 3,18; *esgotamento emocional* com média 3,15, e *sobrecarga* com média 3,28; também esses itens aparecem como sendo os mais citados (MO 4 e 6, respectivamente), e possuem uma variação entre as médias DP= 1,90; 1,87 e 2,18 simultaneamente, identificando que as pessoas da área de enfermagem encontram-se em esgotamento profissional, devido ao motivo de estarem muito em contato com o sofrimento dos pacientes e isso exigir muito equilíbrio emocional para a realização de suas tarefas, bem como terem uma sobrecarga de trabalho, devido a realizarem plantões em mais de uma instituição de saúde, em função dos baixos salários.

A enfermagem passa por um processo de crise que existe já na captação de novos “recrutas”. As péssimas condições de trabalho e a baixa remuneração têm sido os principais fatores que dificultam a formação de novos profissionais da área (BULHÕES, 1994).

Coronettiet al (2006) afirmam que o grau de responsabilidade em tomar decisões, a falta de profissionais do gênero masculino, os acidentes de trabalho por turno, aumentam a angústia e ansiedade dos profissionais de enfermagem, principalmente nos serviços de

urgências e emergências, desencadeando frequentemente situações de estresse e esgotamento emocional, o que foi confirmado pelos achados.

Porém, os itens *insegurança* e *medo* foram considerados satisfatórios.

Na Tabela 15 é apresentada a comparação de Médias dos funcionários mais velhos (M1) com a Média dos funcionários mais novos (M2) comparando-os com a Média Geral (MG) do fator Esgotamento Profissional.

TABELA 15: Média dos mais velhos (M1) X Média dos mais novos (M2) X Média Geral (MG) do fator Esgotamento Profissional

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)			
ITEM	M1	M2	MG
Esgotamento emocional	2,88	3,41	3,15
Estresse	2,90	3,45	3,18
Insatisfação	2,25	2,32	2,29
Sobrecarga	3,08	3,50	3,28
Frustração	2,14	2,33	2,24
Insegurança	1,33	1,88	1,61
Medo	1,29	1,50	1,40
Resultado Geral	2,27	2,63	2,45

Fonte: Dados primários (out./2014).

Comparando as médias dos que possuem 37 anos ou mais, com os que possuem menos de 37 anos, fica claro que os funcionários mais novos da área de enfermagem estão com o esgotamento profissional mais elevado dos que os mais velhos, ficando a sua média (M2=2,63) superior até em relação à média geral. Essa diferenciação pode ocorrer pelo fato de que os funcionários mais novos ainda não criaram suas estratégias de defesas para suportar o sofrimento do dia-a-dia; já os mais velhos, pelo fato de já terem feito uma longa caminhada e com mais experiência de vida, podem já ter desenvolvido estratégias para minimizar seus sofrimentos o que, por sua vez, pode dificultar aos mais velhos o reconhecimento de vivências de prazer e sofrimento.

Conforme pesquisas feitas no Rio Grande do Sul por Gonzales (*apud* LOPES, 2009), foi identificado que os funcionários da enfermagem podem ter dificuldades em identificar fontes de prazer e sofrimento no trabalho, pois, a ausência de distinção entre o que proporcionam prazer e sofrimento dificulta a percepção dos momentos de satisfação, alegria, e contentamento, tanto na vida profissional quanto na vida social.

A Tabela 16 apresenta os itens do fator Falta de Reconhecimento.

TABELA 16: Estatística descritiva e avaliação do fator de Falta de Reconhecimento

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)				
ITEM	M	DP	MO	AVALIAÇÃO
Falta de reconhecimento de meu esforço	2,76	2,17	0	Crítico
Falta de reconhecimento de meu desempenho	2,71	2,11	0	Crítico
Desvalorização	2,59	2,10	0	Crítico
Indignação	2,56	2,17	0	Crítico
Inutilidade	1,37	1,97	0	Satisfatório
Desqualificação	1,44	1,90	0	Satisfatório
Injustiça	2,09	1,99	0	Crítico
Discriminação	1,44	1,81	0	Satisfatório
Resultado Geral	2,12	0,13		Crítico

Fonte: Dados primários (out./2014).

O fator falta de reconhecimento foi avaliado no geral como crítico. Sendo a *falta de reconhecimento de meu esforço* com 2,76 de média e *falta de reconhecimento de meu desempenho* com 2,71, as maiores médias. Isso identifica que os trabalhadores da área de enfermagem não se sentem reconhecidos nas atividades que desempenham. Este itens possuem como sendo um dos mais citados MO= 0; e possuem uma variação entre as médias DP= 2,17 e 2,11 respectivamente.

De acordo com Lemos, Rennó e Passos (2012) a equipe de enfermagem sofre grande influência do seu ambiente laboral que afeta seu desempenho no trabalho, e podem estar relacionados à própria instituição, fatores individuais e profissionais. A harmonia e o equilíbrio psicológico dentro do local de trabalho podem ser afetados pelo grau de satisfação da enfermagem.

Bulhões (1994) critica o mau funcionamento da equipe (o que inclui médicos, nutricionistas, fisioterapeutas) – esta que não é fonte de reconhecimento. Pelo contrário, a constante imposição da profissão como meio burocrático do atendimento e ser a equipe que serve de anteparo às críticas ao sistema hospitalar como um todo, assim como ao sofrimento alheio pela situação que se encontra em hospitais, faça com que surjam os sentimentos de desvalorização (M 2,59) e indignação (M 2,56), bem como sentir-se injustiçados (M 2,09) frente ao trabalho que realizam.

Na Tabela 17 é apresentada a comparação de Médias dos mais velhos (M1) com a Média dos mais novos (M2) X Média Geral (MG) do fator Falta de Reconhecimento.

TABELA 17: Média dos mais velhos (M1) X Média dos mais novos (M2) X Média Geral (MG) do fator de Falta de Reconhecimento

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST)			
ITEM	M1	M2	MG
Falta de reconhecimento de meu esforço	2,56	2,90	2,76
Falta de reconhecimento de meu desempenho	2,43	2,98	2,71
Desvalorização	2,41	2,75	2,59
Indignação	2,56	2,54	2,56
Inutilidade	1,04	1,69	1,37
Desqualificação	1,30	1,56	1,44
Injustiça	2,06	2,11	2,09
Discriminação	1,27	1,59	1,44
	1,95	2,27	2,12

Fonte: Dados primários (out./2014).

Comparando as médias dos que possuem 37 ou mais anos, com os que possuem menos de 37 anos, fica claro que os funcionários mais novos da área de enfermagem se sentem menos reconhecidos do que os mais velhos, ficando a sua média superior até em relação com a média geral. Conforme Dejours (*apud* MORAES, 2008), o que pode explicar essa diferenciação é o fato pelo qual a identidade se consolida pelo olhar do outro. A expectativa do reconhecimento é essencial para a saúde, porque a maioria das pessoas apresenta fatores de vulnerabilidade (conforme mostrou essa Tabela) no registro da identidade. O reconhecimento do trabalho é, portanto, a transformação do sofrimento em prazer e o fortalecimento da identidade.

Na Tabela 18 são apresentadas as Médias e Desvio Padrão dos quatros fatores da EIPST.

TABELA 18: Médias e Desvio-Padrão da população para os fatores realização, liberdade, esgotamento profissional e falta de reconhecimento

FATORES	M	DP
Realização	4,19	0,19
Liberdade	4,37	0,24
Esgotamento Profissional	2,45	0,15
Falta de Reconhecimento	2,12	0,13

Fonte: Dados primários (out./2014).

Conforme os resultados da Tabela 18 existem diferenças entre as médias, visto que os dados são populacionais, sendo a maioria nos indicadores de prazer, cujos fatores são

realização (M=4,19) e liberdade (M=4,37); e as menores nos indicadores de sofrimento, cujos fatores são esgotamento profissional (M=2,45) e falta de reconhecimento (M=2,12).

Para verificar se as diferenças entre as médias das relações entre o prazer e sofrimento eram significativas, foi aplicado o teste t com $p < 0,01$ ¹, obtendo o resultado que será apresentado na Tabela 19.

TABELA 19: Médias e teste estatístico (teste t) dos indicadores de prazer e sofrimento no trabalho

Prazer		Sofrimento		Teste Estatístico	
M	M	T	Gl	p<	
4,28	2,28	9,51	29	0,01	

Fonte: Dados primários (out./2014).

Os dados da Tabela 19 revelam que existe diferença significativa entre as médias dos indicadores de prazer e sofrimento, com predomínio das vivências de prazer sem, contudo, desconsiderar a presença das vivências de sofrimento. Prazer e o sofrimento no trabalho da enfermagem não existem como entidades absolutas, isoladas e independentes de sua forma de expressão e manifestações, mas entrelaçadas às experiências de cada profissional (GOMES; LUNARDI; ERDMAN; 2006). E esse não reconhecimento de situações de sofrimento é contraditório ao verificar-se o grande número de atestados e afastamentos existentes no grupo de trabalho da área de enfermagem, indicadores, por si só, de sofrimento.

4.2.4 Escala de avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)

A escala é de 7 ponto se objetiva avaliar nos últimos três meses os danos provocados pelo trabalho, tanto os danos físicos, como os sociais e psicológicos. Assim, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 3= três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, 6= seis ou mais vezes. Esta escala é avaliada de forma diferente das demais, pelo fato que trata de situações muito graves relacionadas à saúde: a sua aparição e repetição num nível moderado já significa adoecimento

¹Em cada seção de linhas, as médias que não compartilham o mesmo subscrito representam diferenças significativas com $p < 0,01$ no teste t.

(MENDES, 2007). Por essa razão, é acrescentada mais uma classificação, e os resultados devem ser classificados em quatro níveis de médias (M):

- Acima de 4,1 = avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais;
- Entre 3,1 e 4,0 = avaliação para frequente, grave (adoecimento);
- Entre 2,0 e 3,0 = avaliação moderada, crítico;
- Abaixo de 1,9 = avaliação mais positiva, suportável.

Foi usado também o Desvio Padrão (DP) para mostrar o quanto de variação ou dispersão existe em relação à média, e a Moda (MO) para indicar o número com mais frequência nas respostas.

TABELA20: Estatística descritiva e avaliação do fator Danos Físicos

Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)				
ITEM	M	DP	MO	AVALIAÇÃO
Dores no corpo	3,51	1,88	6	Grave
Dores nos braços	3,06	1,97	3	Grave
Dor de cabeça	3,12	2,10	6	Grave
Distúrbios respiratórios	1,15	1,94	0	Suportável
Distúrbios digestivos	1,41	1,80	0	Suportável
Dores nas costas	3,52	2,02	6	Grave
Distúrbios auditivos	0,81	1,60	0	Suportável
Alterações do apetite	1,89	2,10	0	Suportável
Distúrbios na visão	1,56	2,01	0	Suportável
Alterações no sono	2,64	2,32	0	Crítico
Dores nas pernas	3,73	2,06	6	Grave
Distúrbios circulatórios	1,65	2,11	0	Suportável
Resultado Geral	2,15	0,22		Crítico

Fonte: Dados primários (out./2014).

O fator Danos Físicos foi avaliado com cinco itens como graves, sendo *dores nas pernas* (M= 3,73 e MO= 6; DP= 2,06), seguido de *dores nas costas* (M= 3,52; MO= 6 e DP = 2,02), de *dores no corpo* (M= 3,51; MO= 6 e DP =1,88), de *dor de cabeça* (M= 3,12; MO= 6 e DP= 2,10) e *dores nos braços* (M= 3,12; MO= 3 e DP= 2,02). Estes já são considerados adoecimento do trabalhador no trabalho, e isto se dá pelo fato que o trabalho da área de enfermagem exige muito condicionamento físico, pois uma das tarefas é dar banho e auxiliar o paciente a levantar-se, o que envolve dar sustentação ao mesmo. O item *alteração no sono* (M= 2,64) foi considerado crítico, talvez relacionado ao fato de que uma boa parte da área de enfermagem trabalha no turno da noite com 12 horas seguidas e folga de 24 horas e sabe-se

que alguns fazem mais plantões em outras instituições de saúde, em função dos baixos salários.

Gomes, Lunardi e Edman (2006) afirmam que o processo de trabalho em saúde tem imposto aos trabalhadores da enfermagem intensos uso de seu corpo e mente como instrumento de seu trabalho. Ocorrendo, portanto, adoecimentos e afastamentos por motivos físicos.

Na Tabela 21 é apresentada a comparação entre as médias dos colaboradores mais velhos com os mais novos referente aos Danos Físicos.

TABELA 21: Média dos mais velhos (M1) X Média dos mais novos (M2) X Média Geral (MG) do fator de Danos Físicos

Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)			
ITEM	M1	M2	MG
Dores no corpo	3,70	3,30	3,51
Dores nos braços	3,24	2,88	3,06
Dor de cabeça	3,00	3,24	3,12
Distúrbios respiratórios	1,17	1,12	1,15
Distúrbios digestivos	1,69	1,12	1,41
Dores nas costas	3,70	3,32	3,52
Distúrbios auditivos	0,87	0,74	0,81
Alterações do apetite	1,90	1,82	1,89
Distúrbios na visão	1,87	1,25	1,56
Alterações no sono	2,74	2,53	2,64
Dores nas pernas	4,06	3,37	3,73
Distúrbios circulatórios	1,75	1,54	1,65
Resultado Geral	2,47	2,19	2,34

Fonte: Dados primários (out./2014).

Nesta Tabela há a comparação entre as médias dos que possuem acima de 37 anos e os que possuem menos de 37 anos, ficando claro que, na maioria dos itens, a média é maior para os mais velhos, mostrando que eles sofrem mais com as questões de danos físicos do que os mais novos, revelando que o único item em que os mais novos foram superiores foi o de *dor de cabeça* (M2= 3,24) contra (M1= 3,00) dos mais velhos. Outro item que chama atenção é o de *dores das pernas*, onde os mais velhos possuem a média 4,06, contra a média geral 3,73, ou seja, conforme a classificação de Mendes (2007) já há presença de doença ocupacional.

Nota-se que nesta tabela há a inversão das médias em relação à Tabela 15, já que naquela o esgotamento profissional se faz maior nos mais novos, por talvez ainda não terem desenvolvido estratégias defensivas adequadas para suportar o volume, intensidade e

complexidade do trabalho, o que pressupõem-se já ter ocorrido com os mais velhos. Já na Tabela 21, em contrapartida, os mais velhos encontram-se mais comprometidos fisicamente talvez por estarem mais tempo trabalhando em pé, causando mais dores nas costas e nas pernas.

As pesquisas de Dejours (2009) revelaram que as pressões surgem em decorrência da organização do trabalho, tendo por alvo principal o corpo dos trabalhadores, ocasionando desgaste, envelhecimento e doenças somáticas.

Na Tabela 22 são apresentados os fatores de Danos Sociais.

TABELA 22: Estatística descritiva e avaliação do fator Danos Sociais

Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)				
ITEM	M	DP	MO	AVALIAÇÃO
Insensibilidade em relação aos colegas	1,02	1,52	0	Suportável
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0,78	1,46	0	Suportável
Vontade de ficar sozinho	1,61	2,00	0	Suportável
Conflitos nas relações familiares	1,31	1,74	0	Suportável
Agressividade com os outros	0,52	1,00	0	Suportável
Dificuldade com os amigos	0,49	0,93	0	Suportável
Impaciência com as pessoas em geral	0,98	1,50	0	Suportável
Resultado Geral	0,96	0,38		Suportável

Fonte: Dados primários (out./2014).

Todos os itens do Fator Danos Sociais foram avaliados como suportáveis, portanto o fator foi considerado de forma positiva, satisfatória. Os itens deste fator possuem como sendo o mais citado $MO=0$; e possuem uma variação entre as médias do resultado geral $DP=0,38$.

Na Tabela 23 são apresentados os fatores de Danos Psicológicos.

TABELA 23: Estatística descritiva e avaliação do fator Danos Psicológicos

Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT)				
ITEM	M	DP	MO	AVALIAÇÃO
Amargura	0,64	1,34	0	Suportável
Sensação de vazio	1,07	1,66	0	Suportável
Sentimento de desamparo	1,10	1,58	0	Suportável
Mau-humor	1,24	1,55	0	Suportável
Vontade de desistir de tudo	1,27	1,75	0	Suportável
Tristeza	1,46	1,75	0	Suportável
Irritação com tudo	1,12	1,60	0	Suportável
Sensação de abandono	1,07	1,73	0	Suportável
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0,72	1,17	0	Suportável
Solidão	0,75	1,50	0	Suportável
Resultado Geral	1,04	0,19		Suportável

Fonte: Dados primários (out./2014).

Os itens do Fator Danos Psicológicos foram considerados suportáveis, representando, também, uma avaliação positiva, satisfatória. Os itens de fator possuem como sendo o mais citado MO= 0; e possuem uma variação entre as médias do resultado geral DP= 0,19.

4.2.5 Entrevista

O último instrumento de coleta de dados foi a entrevista estruturada com nove questões, aplicada com o responsável da área de Recursos Humanos, com o intuito de identificar quais ações são feitas para minimizar o elevado número de atestados e afastamentos da área de enfermagem.

O responsável da área de recursos humanos é formado em Gestão de Recursos Humanos e está na instituição a 2 anos e 6 meses. É responsável pela supervisão dos Recursos Humanos e SESMT (Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho).

Conforme confirmado pelo responsável, a instituição percebe sim, a relação existente entre o trabalho da área de enfermagem com o sofrimento que esse pode originar.

R: - “Sim, pois os funcionários da área de enfermagem estão em pleno contato com os pacientes, muitos em situações sofredoras”.

Questionou-se que tipos de ações são organizadas pela instituição para atender as questões de sofrimento no trabalho.

R: - *“Treinamentos, que trata como se portar diante do pacientes, a correta forma de executar as atividades laborais, entre outros assuntos. É feito reuniões mensais para identificar as demandas necessárias. A instituição oferece também durante o ano palestras motivacionais, e para não ocorrer faltas no trabalho ou atestados, portanto é feito todo mês o sorteio da assiduidade onde o funcionário recebe um bônus. E ainda é feita anualmente pela própria área de Recursos Humanos avaliação de satisfação com os funcionários, porém nem todos da área de enfermagem devolvem as avaliações”.*

Foi abordado sobre quais são as ações feitas referentes aos atestados e afastamentos por problemas relacionados à coluna.

R: - *“No momento não temos nenhuma ação para prevenir. Tínhamos sugerido para a diretoria contratar um fisioterapeuta para tratar destas questões, porém a diretoria não aceitou devido o custo da contratação pelo fato que este profissional teria que trabalhar durante o dia e a noite”.*

Tratou-se sobre aos atestados e afastamentos por depressão, sobre quais ações eram feitas.

R: - *“É fornecida consulta gratuita (cinco sessões) com uma psicóloga terceirizada. Antigamente, tinha uma estagiária que ligava durante determinado período, para o pessoal afastado para ver como eles estão, mostrando nossa preocupação com eles, mas depois da saída dela não foi feito mais”.*

Por último, foi questionado se a instituição destina algum profissional para “ouvir as queixas” do pessoal da enfermagem.

R: - *“Sim, temos o setor de psicologia”.*

4.2.6 Análise dinâmica da relação entre atestados e afastamentos, a vivência de prazer e sofrimento/doença no trabalho e as informações prestadas na entrevista

A partir dos dados fornecidos neste estudo é possível fazer algumas inferências relativas à psicodinâmica dos funcionários participantes desta pesquisa. Antes de tudo, deve-se considerar que, embora determinadas dimensões avaliadas tanto na Escala de Prazer-sofrimento, como na dos Danos Causados Pelo Trabalho possam ser apresentadas como satisfatórias, os achados não podem ser tomados como medida de tolerância no sentido em que se negligenciem os cuidados com os aspectos negativos apontados.

Como em toda escala, também é importante compreender as usadas neste trabalho em seu todo, onde cada dado não exclui seu antagônico, mas demonstra o local onde a população estudada encontra-se em um *continuum*.

Observa-se que, embora o instrumento esteja metodologicamente dividido em escalas, fatores e itens, eles estão diretamente relacionados. De maneira que, assim como não é possível estabelecer uma separação entre o corpo e alma, mente e corpo, também não é possível estabelecer uma estrutura de saúde que venha a segregar aspectos psicodinâmicos da vida dos trabalhadores.

Uma visão mais atenta aos dados permite uma descrição mais profunda e reflexões mais assertivas quanto à leitura dos mesmos, bem como a sua relação entre si.

Ao analisar a Escala de Indicadores de Prazer-Sofrimento no Trabalho (EIPST), os fatores de realização (M= 4,15) e liberdade (M= 4,47), embora sejam considerados como satisfatórios, ou seja, há vivências de prazer, vale ressaltar que houve alguns itens considerados como críticos: *liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho* (M= 3,89), *liberdade para usar minha criatividade* (M= 3,96), *motivação* (M= 3,87), *valorização* (M= 3,38) e *reconhecimento* (M= 3,25). Deve ser dada uma atenção especial a esses itens, pois embora a instituição promova palestras motivacionais e reuniões mensais com a área de enfermagem, ainda assim deve ter um olhar mais atento, propondo-se ações mais focadas, para que no futuro esses itens não se tornem graves, mas sim satisfatórios.

Ainda considerando a EIPST, os outros fatores como esgotamento profissional (M= 2,45) e falta de reconhecimento (M= 2,12) foram considerados críticos, ou seja, esses fatores estão gerando sofrimento para os funcionários da área de enfermagem. Nesses fatores são encontrados os seguintes itens: *esgotamento emocional* (M= 3,15), *estresse* (M= 3,18), *insatisfação* (M= 2,29), *sobrecarga* (M= 3,28), *frustração* (M= 2,24), *falta de reconhecimento do meu esforço* (M=2,76), *falta de reconhecimento do meu desempenho* (M= 2,71), *desvalorização* (M= 2,59), *indignação* (M= 2,56) e *injustiça* (M= 2,09). Estes fatores podem ser compreendidos através do levantamento feito referente aos atestados (51,30%) e afastamentos (13,04%) por motivos de depressão da área de enfermagem. Alerta-se a instituição que, apesar dela oferecer aos funcionários a disponibilidade de terem cinco sessões gratuitas com um psicólogo particular, ainda assim é necessário criar outras medidas urgentes para que essas médias diminuam e, por consequência, não ocorram mais afastamentos com esse motivo.

Portanto, a EIPST foi avaliada de modo geral positiva, sendo comprovado pelo Teste t de Student, que confirmou que a relação de prazer é maior do que a de sofrimento. Contudo,

como já argumentado antes, isso não elimina as experiências de frustrações e de sofrimento no trabalho.

A Escala Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) analisa os fatores físicos, sociais e psicológicos. O primeiro fator - danos físicos – em seu todo foi avaliado como crítico e teve vários itens considerados graves para a saúde dos funcionários: *dores no corpo* (M= 3,51), *dores nos braços* (M= 3,06), *dor de cabeça* (M= 3,12), *dores das costas* (M= 3,52), e *dores nas pernas* (M= 3,73). A *alteração do sono* (M= 2,64) foi considerada crítica. Isso se torna preocupante para o bem-estar físico dos indivíduos, bem como o desgaste a que os funcionários estão submetidos permanentemente no ambiente do trabalho, ou seja, fica nítido que há o adoecimento físico das pessoas da área de enfermagem, justificado pelo grande número de atestados (39,58%) emitidos e os afastamentos (60,87%) por motivo de problemas na coluna. Outra justificativa para tal é o fato de que 95,16% da população pesquisada ser mulheres, cuja força física é inferior ao dos homens para suportar as atividades ocorridas nesta área. Também pode ser interpretado levando-se em conta que 50% da população pesquisada têm mais de 37 anos, ou seja, já não possuem o mesmo condicionamento físico dos mais jovens. E o último dado levantado, mas não menos importante, foi o fato de a instituição não realizar nenhum trabalho para minimizar esse grande número de atestados e afastamentos, como ações de ergonomia e de fisioterapia.

Já os fatores sociais e psicológicos foram avaliados como suportáveis, não apresentando nenhum item como preocupante. No que se refere ao objetivo de analisar os mecanismos de desgaste mental na organização do trabalho, Dejours (2009) alerta que o sofrimento mental inicia quando as pessoas já não conseguem transformar seu trabalho, no sentido de buscar uma maior adequação do mesmo às suas necessidades psíquicas e fisiológicas.

Contudo, no geral, os funcionários da área de enfermagem apresentaram uma avaliação positiva sobre a relação prazer-sofrimento no trabalho, embora haja vários itens graves e críticos que devem ser tratados com urgência pela instituição. Mostrou-se mais prazer que sofrimento nessa pesquisa, o qual reflete um autocontrole dos participantes no que diz respeito aos fatores sociais e psicológicos.

Guimarães (2006) afirma que a essência do trabalho é o controle, pois trabalhar implica transformar os outros, as coisas e a si mesmo. Por influência, implica o controle do ser humano sobre o mundo. Porém, para o mesmo autor, quando é retirado do trabalhador, real ou simbolicamente seu poder de transformação, resta a este repetir movimentos que

transformam o trabalho numa tarefa sem sentido. A perda do controle é, portanto, uma das fontes de sofrimento no trabalho.

4.3 SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

Através dos dados apresentados neste trabalho, onde se analisou a relação prazer-sofrimento no trabalho dos funcionários da área de enfermagem, bem como os danos na saúde global dos mesmos originados pelo trabalho; que identificou as principais causas dos afastamentos e dos atestados dos funcionários; e onde, também, levantaram-se os indicadores de prazer e sofrimento. Relataram-se os danos na saúde global dos colaboradores originados pelo trabalho. E, por fim, estabeleceu-se qual era a relação existente entre os motivos relatados nos atestados e afastamentos com os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e com os danos na saúde global originados pelo trabalho.

A partir disso, para que o Hospital de Caridade de Carazinho possa desenvolver melhorias das condições geradoras do sofrimento e dos danos à saúde dos colaboradores, aqui apresentados nesta pesquisa, sugere-se e recomenda-se um conjunto de melhorias:

- Manter as palestras motivacionais e as reuniões mensais com a área de enfermagem, focando temas diferentes, separando as pessoas conforme grupos de idade e/ou setor para tratar de assuntos mais específicos de sua realidade.

- Manter e expandir o número de sessões com um psicólogo para os colaboradores que possuem atestados por motivo de depressão.

- Retomar com o processo de telefonar para as pessoas que estão afastadas por motivos de depressão e problemas na coluna, identificando como está a sua situação e para mostrar que a instituição está preocupada com o mesmo;

- Contratar um fisioterapeuta para desenvolver atividades para minimizar os problemas físicos identificados nesta pesquisa;

- Organizar, junto com a área de Recursos Humanos, um trabalho para desenvolvimento de comportamentos mais resilientes na equipe de enfermagem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo geral analisar a relação prazer-sofrimento no trabalho dos funcionários da área de enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho, bem como os danos na saúde global dos mesmos originados pelo trabalho. E por objetivos específicos identificar as principais causas dos afastamentos e dos atestados; relatar os danos na saúde global do colaborador originados pelo trabalho; levantar os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho no grupo de enfermagem e estabelecer qual a relação existente entre os motivos relatados nos atestados e afastamentos com os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e com os danos na saúde global originados pelo trabalho.

A partir da fundamentação teórica foi possível analisar vários conceitos sobre trabalho e saúde, bem como a sua relação com o trabalhador. A psicodinâmica do trabalho defende que, embora o sofrimento seja inerente ao processo laboral, os sentimentos de prazer e sofrimento são gerados a partir das formas de organização do trabalho e do modo como os trabalhadores enfrentam as situações positivas e negativas decorrentes do contexto do trabalho. Isso ampliou o conhecimento a respeito deste assunto, tão relevante para os dias atuais.

Através da Escala de Indicadores de Prazer-Sufrimento no Trabalho (EIPST) e a Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT) (MENDES; FERREIRA, 2007) instrumentos utilizados nesta pesquisa, foi possível identificar a existência do sentimento de prazer e sofrimento, bem como do adoecimento dos funcionários da área de enfermagem. Foi identificado que prazer, na área de enfermagem, é a vivência pelo orgulho e pela identificação com o trabalho, pela liberdade de negociar o que precisa e a cooperação entre os colegas. Já o sofrimento foi identificado como tendo origem na sobrecarga de trabalho, no esgotamento emocional, frustração, insatisfação e estresse, além de sentimentos de indignação, desvalorização, injustiça e falta de reconhecimento.

No EADCT (Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho) verificou a existência da doença, explicitada nas dores nas pernas, nos braços, dores de cabeça, dores no corpo, alteração no sono, e as dores nas costas como o item de maior média. Justificando os dados fornecidos pela instituição referentes aos afastamentos da área de enfermagem que corresponde a 46,94% do total do Hospital e dos atestados que representam 92,47% do total, tendo como principais motivos a depressão seguido de problemas na coluna.

Identificou-se também, através da entrevista feita com o responsável da área de Recursos Humanos, que a instituição não realiza nenhum trabalho para diminuir o número de atestados e afastamentos por problemas na coluna. Para os que têm depressão a única ação oferecida é fornecer aos funcionários cinco sessões gratuitas com uma psicóloga particular.

Tendo em vista que os objetivos da pesquisa foram alcançados, pode-se considerar que a escolha do campo de pesquisa também foi adequada, pois possibilitou o acesso ao fenômeno que se propôs estudar (vivência de prazer-sofrimento e saúde no trabalho).

Dentre as possibilidades de futuras pesquisas originárias deste estudo, pode-se sugerir:

- Focar o estudo de forma isolada por setor da área de enfermagem e comparar setor por setor nas suas relações de prazer-sofrimento e saúde no trabalho.

- Utilizar a entrevista coletiva como técnica de coleta dados no lugar das escalas, podendo ampliar os resultados em termos coletivos, como sugerido por Dejours (1994). Nesta pesquisa o uso desta técnica não foi possível em função do tempo.

- Identificar quais Estratégias defensivas utilizadas pela área de enfermagem, bem como os motivos pelo quais elas são necessárias de surgir.

- Usar todas as escalas do Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (INTRA), podendo identificar de forma mais ampla os riscos de adoecimentos, tratado por Mendes (2007).

- Desenvolver estudos sobre as vivências de prazer-sofrimento e saúde no trabalho em organizações de outros segmentos variados, onde se possam comparar essas vivências.

Espera-se com esta pesquisa ter contribuído não apenas para a área de enfermagem do Hospital de Caridade de Carazinho, mas com a construção do conhecimento da saúde do trabalhador e de suas vivências de prazer-sofrimento. Este estudo, sem dúvida, foi de suma importância e com grande relevância para o meio acadêmico e empresarial, pois pode servir de reflexão e de análise para as práticas que são desenvolvidas dentro das organizações, principalmente as políticas de Gestão de Pessoas, que pode provocar mudanças e melhorias no mundo do trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. **Dimensões da Reestruturação Produtiva**. Londrina: Praxis, 2007.
- ANDRETE, R. L.; ANDRETA, B. L.; GOMES, J. I. A. G. **Interfaces no Fazer Psicológico: violência e família**. Santa Maria: Anais, 2011.
- ANTLOGA, C. S. X; MENDES, A. M. Sofrimento e adoecimento dos vendedores de uma empresa de material de construção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília: UnB, v. 25, n. 2, p. 255-262, 2009.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boi tempo, 1999.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.
- ASSIS, D. T.; MACEDO, K. B. Psicodinâmica do trabalho dos músicos de uma banda de blues. **Psicologia e Sociedade**, v. 20, n. 1, p.117-124, 2008.
- BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: UFSC, 2002.
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n. 2, p. 117-183, 2003.
- BERGAMINI, A. C. **Humanização em uma UTI adulto no Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 2008.
- BORGES, J. L. **Os escritores: as histórias das entrevistas da ParisReview**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- BRENER, C. **Noções Básicas de Psicanálise: Introdução à Psicologia Psicanalítica**. 5. ed. ver. e aum. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1987.
- BUENO, F. M. G; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 2, p. 222-227, mar-abr. 2006.
- BULHÕES, I. **Risco do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca,1994.
- CAMPOS, J. Q. **Hospital moderno: administração humanizada**. São Paulo: LTr, 1974.

CARVALHO, L. F. **Serviço de arquivo e estatística de um hospital**. 3.ed. São Paulo: Associação Paulista de Hospitais, 1984.

CASTRO, T. C. M.; MERLO, A. R. C. Reconhecimento e saúde mental na atividade de segurança pública. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 4, p. 474-480, out/dez. 2011.

CELESTINO, P. Nó de normas. Notícias hospitalares. **Gestão de Saúde em Debate**, v.4, n.39, p.125-32, out-nov. 2002.

CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

_____. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde metal. In: JAQUES, M. G.; CODO, W. (orgs.). **Saúde mental & trabalho**: leituras. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 173-190.

CORONETTI, A. *et. al.* O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Revista Catarinense de Medicina**. Santa Catarina, v.35, n.4, p. 36 – 46, 2006.

DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho**: Estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **A banalização de injustiça social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (org.). **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994, p. 120-142.

_____. Para uma clínica da mediação entre psicanálise e política: A psicodinâmica do trabalho. In. LANCAMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs.). **Cristóphe Dejours**: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004.p. 317-345.

_____. Trabalho, subjetividade e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 57-67, set/dez. 2004.

DIEHL, A. A.; TATIM, D. C. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas**: método e técnicas. 2.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DOMINGUES, T. A. M. Os valores das enfermeiras na intenção do agir ético. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

DOWBOR, L. *et al* (Orgs.).**Desafios do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2004.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p.517-525, 2006.

ÉSTHES; A. B.; JUNIOR, J. H. V. L. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, v.41, n.3, p.20-30, jul-set. 2001.

FACCHINI, L. A. Por que a Doença? A Inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, J. T. O.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (orgs.) **Isto é trabalho de Gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, p.40 – 49, 1994.

FERNANDES, A. **Um hospital Particular no Brasil**. São Paulo: A. Fernandes, 2002.

FLEURY, A. R. D.; MACÊDO, K. B. O mal estar docente para além da modernidade: uma análise psicodinâmica. **Revista Amazônica**, v. 9, n. 2, p. 217-238, jul/dez. 2012.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: MACHADO, R. (org.). **Microfísica do poder**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 99-112.

FREITAS, L. G. **Processo de saúde-adoecimento no trabalho dos professores em ambiente virtual**. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. 2006.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. XXI, p. 75-171). Rio de Janeiro: Imago,1974.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer**. 18. ed. Rio de Janeiro: Imago,1920.

GERNET, I. Psicodinâmica do reconhecimento. IN: MENDES, A. M. (org.) *et al.* **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá, 2011, p.37-45.

GHIZONI, L. D.; MENDES, A. M. **Organização do trabalho autogestionária e prazer-sofrimento dos trabalhadores: diálogo entre psicodinâmica do trabalho e economia solidária**. Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do trabalho – CBPOT. São Bernardo do Campos, São Paulo, 2010.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2006.

GODOY, S. C. B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: estudo em hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

GOMES, G. C.;LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMAN, A. L. O Sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.14, n.1, p. 93-9, jan-mai/2006.

GONÇALVES, E. L. **Hospital e visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

GOUVÊA, M. A.; KUYA, J. **Qualidade de atendimento do sistema hospitalar: o caso de alguns hospitais da cidade de São Paulo**. In: Seminários em Administração – SEMEAD, 4, São Paulo, 1999.

GUIMARÃES, M. C. Controle no trabalho: uma reflexão sobre antigas e novas formas de controle e suas consequências sobre os trabalhadores. **Revista de Gestão USP**, v. 13, n. 1, p.1-10, jan-mar. 2006.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p.77-86, set/dez. 2004.

HERNANDES, J. C. **Vivências de prazer-sofrimento: um estudo exploratório com trabalhadores de um hotel de Goiânia**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Curso de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, 2003.

LANCMAN, S. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Frio Cruz, 2004.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

LEMONS, M. C.; RENNÓ, C. O.; PASSOS, J. P. Satisfação no trabalho de enfermagem em UTI. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental Online**, v.4, n.4, p. 467-473, out-dez. 2009.

LIMA, M. C. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA, M. E. A. Esboço a uma crítica à especulação no campo da saúde mental e trabalho. In: JACQUES, M. da G.; CODO, W. (orgs.) **Saúde Mental & Trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p.50-81.

LOPES, D. M. Q. **Prazer, Sofrimento e Estratégias Defensivas dos Agentes Comunitários de Saúde no Trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009.

MAISSIAT, G. S. **Prazer e sofrimento de trabalhadores da atenção básica à saúde à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MARTINS, G. de A. **Estudo de Caso: Uma estratégia de pesquisa**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, S. R. Tempo antes de adoecer: relação entre saúde e os processos psicodinâmicos do reconhecimento do trabalho. In: MENDES, A. M. (org.). **Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba: Juruá, 2008.

MARX, K. Processo de trabalho ou processo de produzir valores de uso. In: _____. **O capital: Crítica da economia política**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v.1, n.1, p. 140-201, 1980.

_____. Trabalho estranhado e propriedade privada. In: _____. **Manuscritos econômicos-filosóficos**. São Paulo: Boi tempo, 2004, p. 79-90.

MENDES, R.; COSTA DIAS, E. Saúde do trabalhador. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Org.) **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medis, 1993,p.341-349.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia, Ciência e Profissão**. v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995.

_____. (Orgs.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

_____. Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In: TAMAYO, Álvaro (org) e col. **Cultura e Saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.p. 29-46.

_____.; FERREIRA, M. C.. Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento- INTRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: _____. (Org). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. 2.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.p.111-126.

_____.; MORRONE, C. F. Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In: MENDES, A. M.*et al* (org.). **Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interface e casos brasileiros**. Curitiba: Juruá Psicologia, 2010, p. 29-52.

MERLO, A. R. C. Psicodinâmica do trabalho. In: JAQUES, M. da G.; CODO, W. (Orgs.) **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 130-142.

MEYER, D. E. E. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício da enfermagem no hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 1, p. 95-99, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Estrutura e sujeito determinista e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciências e Saúde Coletiva**. ABRASCO. v. 6, n.1, p. 7-19, 2001.

MOLENER, P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo. Um itinerário interdisciplinar. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 14-26, set-dez. 2004.

MORAES, R. D. **Prazer-sofrimento e saúde no trabalho com automação**: estudo com operadores em empresas japonesas no Pólo Industrial de Manaus. Tese (Doutorado em Ciências). Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, 2008.

_____.; ROSAS, M. L. M. Importância do reconhecimento no contexto de trabalho. **Revista Amazônica**, v. 7, n. 2, p. 210-224, jul/dez. 2011.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Doenças do Sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 8-15, mai-jun. 2005.

PASCHOALIM, B. *et al.* Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Revista Acta Paulista Enfermagem**. v. 21, n. 3, p. 487-192, 2008.

PIRES, R. V. “**Eu suporto tudo só para me sentir artista**” As vivências dos profissionais de uma companhia de teatro em relação ao seu trabalho: uma abordagem psicodinâmica. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa Stricto Sensu em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2011.

PITTA, A. M. F. **Hospital: Dor e Morte como Ofício**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

POSSAS, C. de A. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

OLIVEIRA, T. N. C. **Psicodinâmica do trabalho: Prazer e Sofrimento de Docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Pará**. TCC (Curso de Enfermagem). Universidade do Estado do Pará, 2011.

REGO, V. B. **Organização do Trabalho e Vivência de Prazer e Sofrimento em Profissionais de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Comparativo entre Hospitais com e sem Certificado de Qualidade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Programa de Pós Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

ROCHA, L. E.; NUNES, E. D. Apresentação: por que retomar os caminhos da história? In: BUSCHINELLI, J. T. O.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (orgs.) **Isto é trabalho de Gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, p. 56 –76, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. 2.ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SENHORAS, E.M. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro: Fio Cruz, v. 1, n. 1, p. 45-55, 2007.

SORATTO, L. H. **Servidor público: o mito do trabalhador que não quer trabalhar**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2000.

SUZIN, R. **Saúde Geral dos Professores Municipais de Caxias do Sul e suas relações com as atividades laborais**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia). Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

TAMAYO, Á.; MENDES A. M. B.; PAZ, M. das G. T. Inventário dos valores organizacionais. **Revista Estudos em Psicologia**. Rio Grande do Norte, v. 5, n. 2, p. 289-315, 2000.

TRAESEL, E. S. **A Psicodinâmica do Reconhecimento:** Sofrimento e relação no contexto dos trabalhadores de enfermagem de um hospital do interior do Rio grande do Sul. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VASCONCELOS, F. C.; VASCONCELOS, I. F. G. (orgs.). **Paradoxos organizacionais:** uma visão transformacional. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

VILELA, E. F. **Vivências de Prazer-Sofrimento no trabalho Docente:** Um estudo em uma IES Pública de Belo Horizonte – Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Administração). Curso de Administração, Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte, 2010.

WOOD JÚNIOR, T. **Mudanças organizacionais e transformação da função Recursos Humanos.** São Paulo: Atlas, 1992.

YIN, Robert K. **Estudo de caso – planejamento e métodos.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman. 2001.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
Faculdade de Ciências Econômicas, Contábeis e
Administrativas – FEAC
Curso de Administração

Campus Passo fundo
 Rodovia Br -285, Km 171 São José
 Passo Fundo - RS

Pesquisador responsável: Carmem Regina Poli Sayão Lobato
Título da pesquisa: Relação Prazer-Sufrimento e Saúde no Trabalho: Estudo de Caso no Hospital de Caridade de Carazinho na área de enfermagem
Acadêmica: Jéssica Cristina dos Santos – Mat.: 118774

À Direção do Hospital de caridade de Carazinho,

Venho através desta carta solicitar a autorização para pode efetuar o meu estágio supervisionado nesta instituição.

- **Objetivo:** Identificar as principais causas de doenças e afastamentos dos colaboradores do hospital de Caridade de Carazinho, bem como sugerir melhorias e recomendações para minimizar estas causas.
- **Grupo pesquisado:** Será através de uma amostragem com os colaboradores da área de enfermagem.
- **Período de coleta de dados:** 28 julho de 2014 a 31 outubro de 2014.

Desde já, muito obrigada pela compreensão e fico no aguardo.

Telefone para contato: (54)9668 7605/3331 5110/ 3329 1780

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jéssica', is written above a horizontal line.

Jéssica Cristina dos Santos

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Nélio Lütz', is written over a circular official stamp. The stamp contains the text 'Hospital de Caridade de Carazinho' and 'Nélio Lütz Administrador'. Below the signature and stamp is a horizontal line.

Autorização

Data: 31/07/2014.

APÊNDICE B



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
Faculdade de Ciências Econômicas, Contábeis e
Administrativas – FEAC
Curso de Administração

Campus Passo fundo
Rodovia Br-285, Km 171 São José
Passo Fundo - RS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Carmem Regina Poli Sayão Lobato

Título da pesquisa: Relação Prazer-Sofrimento e Saúde no Trabalho: Estudo de caso no Hospital de Caridade de Carazinho na área de enfermagem

Acadêmica: Jéssica Cristina dos Santos – Mat.: 118774

Caro participante:

Convidamos você a participar como voluntário da pesquisa intitulada “Relação Prazer-Sofrimento e Saúde no Trabalho: Estudo de caso no Hospital de Caridade de Carazinho na área de enfermagem” que se refere ao Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Administração, da Universidade de Passo Fundo. O objetivo deste estudo é analisar a relação prazer-sofrimento e saúde no trabalho identificando como essa relação influencia no trabalhada do dia-a-dia dos colaboradores da área de enfermagem. Sua forma de participação consiste em responder ao questionário em anexo.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Não será cobrado nada e não haverá gastos nem riscos na sua participação neste estudo. Também não estão previstos ressarcimentos ou indenizações, não havendo benefícios imediatos na sua participação. Os resultados contribuirão para a pesquisa de conclusão do curso, bem como para o conhecimento na área de Gestão de Pessoas. Você pode se retirar desta pesquisa em qualquer momento que julgar necessário.

Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à sua disposição para maiores informações. Em caso de dúvidas e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com a responsável principal, Prof^a. Carmem Regina Poli Sayão Lobato, através do celular (54)9981-5611.

Eu confirmo que Jéssica Cristina dos Santos explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento; portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Carazinho, ____ de _____ de 2014.

APÊNDICE C



Entrevista

Esta entrevista será **sigilosa** e servirá como base para o trabalho que está sendo desenvolvido para a melhoria da saúde dos profissionais da área de enfermagem e as respostas serão conhecidas somente pelo acadêmico e seu orientador.

Solicitamos sua colaboração e agradecemos.

Acadêmica: Jéssica Cristina dos Santos

Orientadora: Prof. Me. Carmem Sayão Lobato

1. Formação:_____.
2. Quanto tempo na instituição:_____.
3. Principais atividades realizadas:_____.
4. A instituição percebe a relação existente entre o trabalho da área de enfermagem com o sofrimento que esse trabalho pode originar?_____.
5. (Se não) Você como responsável do RH percebe esta relação?

_____.
6. (Se sim) Que tipo de ações é organizado para atender essa demanda?

_____.
7. São feitas ações referentes aos atestados e afastamentos por problemas relacionados à coluna?

_____.
8. E sobre os atestados e afastamentos por depressão, é feita alguma ação?

_____.
9. Destina algum profissional para ouvir “queixas” do pessoal da enfermagem?

_____.

ANEXO 1



QUESTIONÁRIO

Este questionário não é obrigatório, mas a opinião sobre o seu trabalho **é muito importante**. Assim, solicitamos que você responda todas as perguntas abaixo marcando com um X na alternativa que melhor representa sua opinião com relação aos diversos itens abordados.

As informações são **sigilosas** e servirão como base para o trabalho que está sendo desenvolvido para a melhoria da saúde dos profissionais da área de enfermagem e as respostas serão conhecidas somente pelo acadêmico e seu orientador.

Solicitamos sua colaboração e agradecemos.

Acadêmica: Jéssica Cristina dos Santos

Orientadora: Prof. Me. Carmem Sayão Lobato

A. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

1) Idade:

- até 23 anos de 24 a 29 anos de 30 a 35 anos
 de 36 a 41 anos acima de 42 anos

2) Gênero: Masculino Feminino

3) Estado civil:

- solteiro casado divorciado União estável outra: _____

4) Possui filhos:

- Não 1 a 2 filhos 3 a 4 filhos 5 ou mais

5) Grau de instrução:

- Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo
 Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo
 Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo
 Pós-graduação Técnico

6) Afastamento do trabalho por problema de saúde relacionado ao trabalho nos últimos 12 meses ?

- Nenhum Entre 1 a 3 mais de 3

7) Quanto tempo você está na instituição?

- menos de 3 anos de 3 a 8 anos de 9 a 14 anos
 de 15 a 20 anos acima de 21 anos

ESCALA DE INDICADORES DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO (EIPST)

Avaliando o seu trabalho nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorreram vivências positivas e negativas

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis vezes ou mais
---------------------	-----------------	-----------------	--------------------	----------------------	---------------------	-------------------------------

1	Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
2	Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
3	Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
4	Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
5	Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
6	Liberdade para usar a minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
7	Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
8	Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
9	Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
10	Motivação	0	1	2	3	4	5	6
11	Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6
12	Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
13	Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
14	Valorização	0	1	2	3	4	5	6
15	Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
16	Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
17	Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
18	Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
19	Estresse	0	1	2	3	4	5	6
20	Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
21	Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
22	Frustração	0	1	2	3	4	5	6
23	Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
24	Medo	0	1	2	3	4	5	6
25	Falta de reconhecimento de meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
26	Falta de reconhecimento de meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
27	Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
28	Indignação	0	1	2	3	4	5	6
29	Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
30	Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
31	Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
32	Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

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

ANEXO 2

ESCALA DE AVALIAÇÃO DOS DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Os itens a seguir tratam dos tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos três meses.

0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis vezes ou mais

1	Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
2	Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
3	Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
4	Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
5	Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
6	Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
7	Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
8	Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
9	Distúrbios na visão	0	1	2	3	4	5	6
10	Alterações no sono	0	1	2	3	4	5	6
11	Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
12	Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
13	Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
14	Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
15	Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
16	Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
17	Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
18	Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
19	Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
20	Amargura	0	1	2	3	4	5	6
21	Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
22	Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
23	Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
24	Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
25	Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
26	Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
27	Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
28	Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
29	Solidão	0	1	2	3	4	5	6

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