



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

JANDRA CIBELE R. DE A. P. LEITE

**ANÁLISE DAS DIMENSÕES DO TRABALHO E O RISCO DE ADOECIMENTO: UM
ESTUDO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DAS CLÍNICAS CIRÚRGICAS DE UM
HOSPITAL GERAL PÚBLICO**

**PORTO VELHO
2014**

JANDRA CIBELE R. DE A. P. LEITE

**ANÁLISE DAS DIMENSÕES DO TRABALHO E O RISCO DE ADOECIMENTO: UM
ESTUDO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DAS CLÍNICAS CIRÚRGICAS DE UM
HOSPITAL GERAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de mestre no Programa de Pós-
Graduação Mestrado Profissional em Ensino em
Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal
de Rondônia

Orientadora: Dr^a Janne Cavalcante Monteiro

**PORTO VELHO
2014**

JANDRA CIBELE R. DE A. P. LEITE

**ANÁLISE DAS DIMENSÕES DO TRABALHO E O RISCO DE ADOECIMENTO: UM
ESTUDO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM DAS CLÍNICAS CIRÚRGICAS DE UM
HOSPITAL GERAL PÚBLICO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde da Fundação Universidade Federal de Rondônia orientado pela Dr.^a Janne Cavalcante Monteiro.

APROVADA: ___/___/___.

Prof^a Dr.^a Janne Cavalcante Monteiro
(Orientadora)

Prof^a Dr.^a Vanderléia Dal Castel Schlindwein
(Membro da banca examinadora)

Prof^o Dr. Paulo Renato Calheiros
(Membro da banca examinadora)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João Pereira da Costa (in memorian) e Carmelita R. de Abrantes Costa, que com seus exemplos de superação e luta me ensinaram a persistir e superar as dificuldades. Obrigada, minha mãe, pelo terço nas mãos em todos os momentos que precisei, e pelas muitas madrugadas acordadas trabalhando para que eu pudesse estudar.

As minhas filhas, Cibele R. de A. Pereira e Ianne R. de A. Pereira, meus presentes de Deus, que compreenderam os momentos de ausência.

Ao meu esposo, Humberto Rodrigues Leite, companheiro de todas as horas, sempre disposto a colaborar.

Aos meus irmãos, Jeanne Karla, Jane Cassandra e João José, pelo incentivo e apoio incondicional.

Vocês são a razão de tudo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, que me permitiu trilhar esse caminho e finalizar essa etapa.

À Profª Drª Janne Cavalcante Monteiro, minha orientadora, por partilhar seus conhecimentos, pela sensibilidade e compreensão nos momentos mais difíceis e pela paciência e dedicação.

Aos profissionais enfermeiros e técnicos em enfermagem das Clínicas Cirúrgicas do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, que aceitaram participar desse estudo.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, que partilharam seus conhecimentos.

À Universidade Federal de Rondônia e Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Rondônia, por me proporcionarem a concretização desse sonho.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para o êxito deste trabalho.

Existem homens que lutam um dia e são bons;
Existem outros que lutam um ano e são melhores;
Existem aqueles que lutam muitos anos e são muito bons;
Porém, existem os que lutam toda a vida. Esses são os imprescindíveis.

Bertold Brecht

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo geral investigar os fatores condicionantes da carga de trabalho e das condições ergonômicas do processo de trabalho que podem influenciar no adoecimento da equipe de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo com enfoque na abordagem quantitativa. Foi realizado com a equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas de um hospital geral público, com uma amostra de 71 sujeitos. A coleta de dados se deu através de questionário validado abordando as dimensões do trabalho cuja análise se fundamentou no referencial teórico da psicodinâmica do trabalho. Os dados sociodemográficos mostram que a equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas é predominantemente feminina, com média de idade de 40,8 anos, mais da metade da amostra é casada e o tempo médio de trabalho é de 5,4 anos. Apresentam renda salarial baixa e a grande maioria tem de dois a três dependentes financeiros, sendo os filhos os principais representantes dessa dependência e possuem mais de um vínculo empregatício. Os riscos de adoecimento foram investigados através do Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento (ITRA), composto por quatro escalas interdependentes para avaliar quatro dimensões: contexto do trabalho, custo humano no trabalho, indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e danos relacionados ao trabalho. Os resultados mostram que os profissionais apresentam uma avaliação negativa quanto a essas dimensões. Foram encontrados indicadores de adoecimento nesse estudo, evidenciados principalmente pela rigidez na organização do trabalho.

Palavras chave: Trabalho, equipe de enfermagem, doenças ocupacionais, ergonomia.

ABSTRACT

The present study had as general objective to investigate the conditions of workload and ergonomic conditions of the worker process that may influence on the illness of nursing staff. This is a descriptive study with a focus on quantitative approach. Was conducted with the nursing staff of the surgical clinics of a general hospital, with a sample of 71 subjects. Data collection occurred through validated questionnaire addressing the labour dimensions whose analysis is based on the theoretical framework of the Psychodynamics of the Work. The sociodemographic data show that the nursing staff of the surgical clinics is predominantly female, with an average age of 40.8 years, more than half of the sample is married and the average time of work is 5.4 years. Feature low wage income and the vast majority have two to three financial dependent, being children, the main representatives of this dependence and have more than one employment. The risks of illness were investigated through the Inventory on the work and risks of illness (ITRA), comprised of four interdependent scales to assess four dimensions: context of work, human cost at work, pleasure and suffering at work and work-related injuries. The results show that the pros feature a negative rating on these dimensions. Indicators of illness were found in this study evidenced primarily by stiffness in the Organization of Work.

Key words: Work, nursing staff, occupational diseases, ergonomics.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das frequências relativas quanto à categoria profissional e sexo.....	46
Tabela 2 - Distribuição das frequências relativas quanto ao estado civil e quantidade de filhos.....	47
Tabela 3 - Distribuição das frequências relativas quanto ao turno que trabalha, carga horária diária e semanal.....	48
Tabela 4 - Distribuição das frequências relativas quanto a possuir mais de um vínculo empregatício.....	48
Tabela 5 - Distribuição das frequências relativas quanto ao número de pessoas que dependem do rendimento.....	50
Tabela 6 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item organização do trabalho.....	51
Tabela 7 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item condições de trabalho.....	53
Tabela 8 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item relações socioprofissionais.....	56
Tabela 9 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item custo físico.....	58
Tabela 10 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item custo Cognitivo.....	60
Tabela 11 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item custo afetivo.....	61
Tabela 12 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item realização profissional.....	63
Tabela 13 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item liberdade de expressão.....	64
Tabela 14 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item esgotamento profissional.....	66
Tabela 15 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item falta de reconhecimento.....	67
Tabela 16 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item danos físicos.....	68
Tabela 17 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item danos psicológicos.....	70
Tabela 18 - Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item danos sociais.....	71

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
1.1	JUSTIFICATIVA	13
1.2	HIPÓTESE	14
1.3	OBJETIVOS	15
1.3.1	Objetivo Geral.....	15
1.3.2	Objetivos Específicos.....	15
2.	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	HISTÓRIA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	16
2.2	AMBIENTE DE TRABALHO E ERGONOMIA	20
2.3	CARGA DE TRABALHO E PSICODINÂMICA DO TRABALHO	25
2.4	O TRABALHO DA ENFERMAGEM	30
3.	METODOLOGIA	33
3.1	TIPO DE PESQUISA	33
3.2	LOCAL DA PESQUISA	33
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	34
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
3.4.1	Critérios de Inclusão.....	34
3.4.2	Critérios de Exclusão.....	34
3.5	COLETA DE DADOS	35
3.5.1	Instrumento de Coleta de Dados.....	35
3.5.1.1	Questionário Sociodemográfico.....	36
3.5.1.2	Inventário Sobre o Trabalho e Riscos de Adoecimento.....	36
3.5.1.3	Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho.....	37
3.5.1.4	Escala de Custo Humano do Trabalho.....	39
3.5.1.5	Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho.....	40
3.5.1.6	Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho.....	42
3.6	TRATAMENTO DE DADOS	43
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	44

4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
4.1	O CONTEXTO DO TRABALHO	50
4.1.1	Organização do Trabalho	50
4.1.2	Condições do Trabalho	53
4.1.3	Relações Socioprofissionais	55
4.2	CUSTO HUMANO DO TRABALHO	57
4.2.1	Custo Físico	57
4.2.2	Custo Cognitivo	59
4.2.3	Custo Afetivo	61
4.3	PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO	62
4.3.1	Realização Profissional	63
4.3.2	Liberdade de Expressão	64
4.3.3	Esgotamento Profissional	65
4.3.4	Falta de Reconhecimento	66
4.4	DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO	68
4.4.1	Danos Físicos	68
4.4.2	Danos Psicológicos e Sociais	69
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS	75
	APÊNDICE A	82
	APÊNDICE B	83
	ANEXO A	85
	ANEXO B	87
	ANEXO C	95

1 INTRODUÇÃO

A partir da Revolução Industrial, exacerbou-se a relação entre o trabalho, a saúde e a doença que era constatada desde a Antiguidade, contudo sem se constituir até então em foco de atenção (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Na sociedade contemporânea o trabalho ocupa um lugar central na vida do homem, e a importância do trabalho pode repercutir de maneira positiva ou negativa para o trabalhador (CAMPOS, 2008).

As doenças e os agravos à saúde do trabalhador são inerentes ao processo produtivo e estão diretamente relacionados com a exposição às diversas cargas de trabalho (BAPTISTA, 2004). Atualmente, o mundo do trabalho está diretamente relacionado com a globalização, os modelos de gestão e as novas tecnologias, fatores esses que determinaram uma reestruturação produtiva que promoveu modificações no conteúdo e no significado do trabalho (CAMPOS, 2008).

Os determinantes da saúde do trabalhador compreendem condicionantes sociais, econômicas, tecnológicas e organizacionais que são responsáveis pelas condições de vida e os fatores de risco ocupacionais que existem nos processos de trabalho (BRASIL, 2001). O desenvolvimento tecnológico e sociocultural que hoje impera, bem como as consequências da globalização, proporciona benefícios, mas também desencadeia mudanças no comportamento biopsicossocial dos indivíduos, o que interfere diretamente na qualidade de vida da população (UMANN, 2011).

Brasil (2001) e Umann (2011) corroboram tal pensamento no sentido de que o reconhecimento dos efeitos do trabalho na determinação e evolução do processo saúde e doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que se refletem sobre a organização e a qualidade da assistência prestada.

Os profissionais de Enfermagem estão predispostos ao surgimento de doenças ocupacionais, tendo em vista que eles compartilham com o perfil de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em um grupo específico de risco.

Esses trabalhadores também podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou pelas condições adversas em que seu trabalho é realizado. Uma vez que o trabalho exerce grande influência sobre a saúde, as condições de trabalho refletem valores e regras sociais e as doenças dos trabalhadores relacionam-se com diversas variáveis pessoais e institucionais (TEIXEIRA, 2007).

As dimensões organizacionais do trabalho, remuneração, jornadas de trabalho, autonomia, número insuficiente de pessoal, falta de reconhecimento profissional, contato com a dor, o sofrimento e a morte afetam a saúde dos profissionais de enfermagem (CAMPOS, 2008; RUVIARO, 2010). Entretanto, não conseguimos mensurar um quantitativo de problemas de saúde que acontecem especificamente com esses profissionais, tendo em vista que o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) não nos permite fazer essa avaliação, pois eles integram a categoria geral de profissionais de saúde.

Atualmente, vem crescendo a preocupação com a saúde do trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar em virtude dos riscos oferecidos pelo ambiente e as características das atividades peculiares dessa categoria profissional. As condições de trabalho e os riscos ocupacionais da equipe de enfermagem podem ser analisados por diferentes abordagens.

Neste estudo adotaremos o enfoque na Psicodinâmica do Trabalho e na Ergonomia. Segundo Marziale e Carvalho (1998), para a ergonomia as condições de trabalho são representadas por um conjunto de fatores interdependentes, atuando direta ou indiretamente na qualidade de vida do trabalhador e no resultado do seu trabalho. Enfatizam ainda que o homem, a atividade e o ambiente de trabalho são os elementos que compõem a situação de trabalho, enquanto que a Psicodinâmica do Trabalho aborda a inter-relação entre o sofrimento psíquico, proveniente dos conflitos entre o sujeito e a realidade do trabalho, bem como as estratégias de mediação utilizadas pelos trabalhadores para lidar com o sofrimento, transformando assim o trabalho em fonte de prazer (BARROS; MENDES, 2003).

A repercussão do adoecimento dos profissionais de enfermagem envolve principalmente a qualidade da assistência prestada aos pacientes, porque há aumento no número de absenteísmo, de incapacidades temporárias ou permanentes e também fica comprometida a qualidade de vida desse profissional.

Em virtude desses fatores, questiona-se: a carga de trabalho e as condições ergonômicas do ambiente de trabalho influenciam no processo de adoecimento da equipe de enfermagem?

1.1 JUSTIFICATIVA

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

A equipe de enfermagem é responsável pela assistência à saúde de doentes com patologias diversas e sua principal atividade é o cuidado do ser humano e de sua família, fazendo parte desse cuidado o lidar com a dor, a doença e a morte. Assim, a relação saúde e trabalho e as maneiras de cuidar de sua saúde são muito importantes para a prevenção de agravos e do adoecimento desses profissionais, sabe-se que muitos agravos ocorrem em decorrência da característica da atividade profissional exercida (BRASIL, 2007).

Dessa forma, pressupõe-se que o processo de trabalho da equipe de enfermagem concorra com o adoecimento desses trabalhadores e eles necessitem se perceberem como pessoas que enfrentam este processo com algumas limitações, mudanças nas relações familiares, adesão ao tratamento e com realização da prevenção e promoção da saúde.

Para melhor entendimento das atividades realizadas pela equipe de enfermagem nas clínicas cirúrgicas faz-se necessário esclarecer que o preparo pré-operatório inicia-se na internação e termina momentos antes da cirurgia. Segundo Kawamoto (1999), ele tem por finalidade proporcionar uma recuperação pós-operatória mais rápida, reduzir complicações e diminuir o custo hospitalar e o período de internação. A assistência de enfermagem pré-operatória abrange o preparo físico, psicológico e espiritual.

O pós-operatório tem por finalidade detectar e prevenir a instalação de complicações, aliviar a dor e reestabelecer o equilíbrio fisiológico do paciente. O paciente retornará à enfermaria cirúrgica (após liberação da sala de recuperação anestésica), ainda sob efeito da anestesia geral, raquianestesia, peridural ou local, sendo necessária uma assistência de enfermagem qualificada nesse pós-operatório imediato. Essa assistência inclui desde a transferência do paciente da maca para cama, a verificação de sinais vitais, detecção de complicações respiratórias e circulatórias, observação da ferida operatória, nível de consciência, funcionamento de drenos, sondas e cateteres, controle de gotejamento de soros, sangue e hemoderivados, entre outros.

Contudo, a responsabilidade da enfermagem com esse paciente cirúrgico não se encerra no pós-operatório imediato. Estende-se também no pós-operatório mediato e vai até a sua alta hospitalar, mostrando-nos que esse é um setor de trabalho intenso, até mesmo pela característica de alta rotatividade, exigindo assim um dispêndio físico, cognitivo e afetivo do trabalhador.

1.2 HIPÓTESE

- Pelos problemas levantados na literatura relacionada ao tema exposto, existe uma carga de trabalho e situações ergonômicas inadequadas no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem que podem levar ao adoecimento.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Investigar os fatores condicionantes da carga de trabalho e das condições ergonômicas do processo de trabalho que podem influenciar no adoecimento da equipe de enfermagem.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e profissional da equipe de enfermagem;
- Identificar os fatores de risco ocupacionais existentes no processo de trabalho da equipe de enfermagem;
- Verificar as exigências físicas, cognitivas e afetivas requeridas da equipe de enfermagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRIA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

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

Aranha e Martins (1993) analisam que se o trabalho é a ação transformadora da realidade, na verdade o animal não trabalha, mesmo quando cria resultados materiais com essa atividade, pois sua ação não é deliberada, intencional. É uma ação que na maioria das vezes visa à defesa, à procura de alimentos e abrigo, enquanto que o trabalho humano é a ação dirigida por finalidades conscientes que responde aos desafios da natureza na luta pela sobrevivência.

O trabalho, ao mesmo tempo em que transforma a natureza, altera também o próprio homem, significando assim, que pelo trabalho o homem se autoproduz, mudando as maneiras pelas quais age sobre o mundo, que alteram sua maneira de perceber, de pensar e de sentir. Podemos, portanto afirmar que o homem é um ser que trabalha e, por meio do trabalho, transforma a natureza e a si mesmo (LHUILIER, 2013).

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

Severino (1994 p. 154) corrobora com Marx quando diz que:

As atividades de trabalho são as primeiras a constituírem a essência humana: tanto no sentido coletivo, ou seja, na medida em que, pela criação da cultura, vão constituindo a humanidade, quanto no sentido pessoal, na medida em que, pelo trabalho, cada indivíduo vai também constituindo sua própria cultura, seu modo de ser propriamente humano.

É por isso que os filósofos afirmam que o trabalho é uma das categorias fundamentais para se entender o que é o homem. Sem ele, o homem não desencadearia o processo de auto-humanização.

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

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

Na Grécia Antiga, todo trabalho manual é desvalorizado e é sinônimo de algo vergonhoso por ser feito por escravos (ARENDETT, 1987). Também em Roma o trabalho era escravagista e desvalorizado. É significativo o fato de a palavra *negotium* indicar a negociação do ócio. Ao enfatizar o trabalho como “ausência de lazer”, distingue-se o ócio como prerrogativas de homens livres (ARANHA; MARTINS, 1993).

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

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

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

A máquina, nessa época, representou e ainda representa o grande fascínio do homem moderno, e em virtude desse fascínio foi que Descartes explicou o comportamento dos

animais como se fossem máquinas e valeu-se do mecanismo do relógio para explicar o modelo característico do universo, que colocava Deus como o grande relojoeiro (ARANHA; MARTINS, 1993).

Na vida social e econômica ocorrem várias transformações que determinam a passagem do feudalismo ao capitalismo, em que, através do aperfeiçoamento das técnicas, dá-se o processo de acumulação de capital e a ampliação dos mercados. Esse novo sistema societal possibilitou a compra de matérias-primas e de máquinas, o que levou muitas famílias, que desenvolviam o trabalho em ambiente doméstico, a sobreviverem nesse novo modo de produção através da venda de sua força de trabalho em troca de salário (FREITAS, 2006).

Nesse início do capitalismo predomina a manufatura, que criou bases para o desenvolvimento das indústrias e aperfeiçoamento dos instrumentos de trabalho (MERLO, 2000). O aumento da produção propicia o aparecimento de indústrias, onde os trabalhadores são submetidos a uma nova ordem, a da divisão do trabalho com ritmos e horários preestabelecidos. Surge assim a nova estrutura econômica da sociedade moderna, que se configura pela exploração do trabalho operário para geração de capital (ANTUNES, 1999).

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

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

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

O novo processo de produção passa a ser pensado de maneira científica para que ocorresse de forma satisfatória. Foi quando surgiu Frederick Taylor, primeiro engenheiro a pensar uma metodologia para o trabalho, estabelecendo os parâmetros do método científico de racionalização da produção, que visa ao aumento de produtividade com a economia de tempo, a supressão de gestos desnecessários e comportamentos supérfluos no interior do processo produtivo (SILVA, 1987).

Os estudos de Taylor resultaram nos seguintes princípios: separação programada da concepção e planejamento das tarefas de execução; intensificação da divisão do trabalho;

controle de tempo e movimentos. A esse modo de organizar o trabalho deu-se o nome de Taylorismo (FREITAS, 2006; SILVA, 1987). O Taylorismo tira das mãos do trabalhador a organização do trabalho, gerando dominação física, psíquica e social, pela qual o trabalhador é constantemente controlado e vigiado em suas atividades (CAMPOS, 2008).

Henry Ford, milionário industrial, pensou outro modo de organizar o trabalho. Seus princípios aplicados ao trabalho foram responsáveis pelo grande surto da indústria automobilística. Ford criou a linha de montagem para fabricação em massa de automóveis, o que reduziu significativamente a iniciativa e autônias dos trabalhadores e aumentou o grau de mecanização do trabalho. Segundo Antunes (2000), esse novo modo de organização permitiu a geração de produtos em massa e pouco diversificados.

Na indústria capitalista ao longo do século XX houve o predomínio do Taylorismo e do Fordismo com suas características de controle do tempo e dos movimentos, separação entre elaboração e execução e o trabalho parcelado (FREITAS, 2006). O Fordismo também difundiu uma forma de organização rígida, fazendo com que muitas vezes os trabalhadores não suportassem por muito tempo a função que exerciam. Esse fato criou um processo de alta rotatividade nas indústrias (CARMO, 1992).

Os dois modos de organização do trabalho descritos até então começam a entrar em crise na segunda metade do século XX, em virtude da reestruturação do capital que possibilitou a flexibilização da mão de obra, desconcentração do espaço produtivo e o aumento da informatização (SENNETT, 1999).

Diante dessa crise surge o modelo de produção japonês, que é marcado pela flexibilidade e requer um trabalhador polivalente e qualificado, com a finalidade de ampliar o consumo e a qualidade do produto (ANTUNES, 2000). Essas mudanças surgiram a partir do grande salto tecnológico que tornou possível a automação, a robótica e a microeletrônica nas grandes indústrias. Esse modelo ficou conhecido como Toyotismo, cuja motivação gira em torno do aumento da lucratividade e a competitividade de mercado.

Pochmanm (2000) relata que é nesse processo de reestruturação produtiva que se observa a modificação da estrutura, natureza, conteúdo e significado do trabalho, aliado a isso a descentralização das relações de trabalho, bem como a insegurança crescente desse trabalhador.

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

Antunes (2000) nos mostra que nesse contexto a produção no estilo do Toyotismo se apropria das atividades intelectuais do trabalhador. Esse processo é o resultado da implementação das máquinas informatizadas no contexto de trabalho, além do ritmo de trabalho intensificado.

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

Diante disso fica claro que o trabalhador necessitará criar estratégias defensivas para lidar com as várias organizações de trabalho no qual é submetido, pois enfrenta o sofrimento e o risco de adoecer em função da atividade exercida, nascendo, portanto, a preocupação com a qualidade do trabalho, assim como com a qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida no trabalho requer que as organizações ofereçam um trabalho qualificado, em vez de tarefas, e que se alie novamente o trabalho ao indivíduo e sua existência (LACOMBE; HEILBORN, 2003).

2.2 AMBIENTE DE TRABALHO E ERGONOMIA

Para o estabelecimento da relação entre uma resposta humana e a exposição relacionada ao trabalho, ou no contexto profissional, faz-se necessário conhecer as atividades e necessidades do trabalhador, fases do processo de trabalho e todos os aspectos do ambiente de trabalho.

A avaliação do local de trabalho tem como objetivo garantir um ambiente seguro, que promova o bem-estar físico e mental do trabalhador. As condições físicas, organizacionais, administrativas ou técnicas existentes nos locais de trabalho são fatores nocivos do ambiente, que possibilitam a ocorrência de acidentes no trabalho e/ou adoecimento (QUEIROZ, 2008).

Ressalta-se que o ambiente de trabalho é o local onde se executam as atividades de trabalho e são parte desse ambiente alguns componentes como: dispositivos legais, regulamentos, ruído, iluminação, considerações éticas e a temperatura (MARZIALE; CARVALHO, 1998).

Além do já exposto, alguns componentes secundários à situação de trabalho também devem ser levados em consideração, como: a alimentação, os meios de transporte e a moradia, tendo em vista que esses componentes são imprescindíveis à saúde do trabalhador (MARZIALE; CARVALHO, 1998).

De acordo com Queiroz (2008), o ambiente apresenta três subdivisões: o ambiente físico, em que o trabalhador interage diariamente e que é capaz de determinar respostas no ser humano; o ambiente biológico, pois existe interação de vários organismos e micro-organismos vivos no qual se convive, além de outros seres humanos; e o ambiente socioeconômico, que determina a condição de salário e a posição social do trabalhador. A mesma autora diz ainda que a exposição do trabalhador às condições do ambiente de trabalho resulta da convergência de vários fenômenos que estão sujeitos a variação de tempo e espaço.

Dentro do ambiente de trabalho, é importante que seja feita uma avaliação ergonômica. Segundo Alexandre (1998) e Palmer (1976), a ergonomia é o estudo da relação entre o homem e seu ambiente de trabalho e esse ambiente abrangendo não apenas o meio propriamente dito como também os métodos e organização deste trabalho, bem como os instrumentos para a sua realização. Os mesmos autores ressaltam que se deve levar em consideração também a natureza do homem, incluindo aqui suas habilidades e capacidades psicofisiológicas, biomecânicas e antropométricas.

Desde as antigas civilizações o homem busca melhorar as ferramentas, instrumentos e utensílios de trabalho. Enquanto a produção ocorria de modo artesanal, era possível obter formas úteis, funcionais e ergonômicas sem excessivos requisitos projetuais. No entanto, a evolução tecnológica e os contínuos avanços da engenharia fizeram com que o homem se adaptasse, mal ou bem, às condições impostas pelos maquinismos, o que evidenciou que os fatores humanos são primordiais (MORAES; MONT'ALVÃO, 2009).

O início da história da ergonomia vem desde a criação das primeiras ferramentas, quando o homem pré-histórico usou uma ferramenta que melhor se adaptasse à forma e movimento de sua mão.

No século XVII, Ramazzini explica as primeiras doenças relacionadas ao trabalho. Tissot, no século seguinte, começa a se interessar por problemas de climatização e organização de serviços. Em 1840, Villermé publica um relatório sobre as condições de trabalho nas fábricas da França (CAMPOS, 2008).

Com a Revolução Industrial no século XVIII, o trabalho acontecia em regime quase escravo e em fábricas sujas, barulhentas, com jornadas de trabalho que chegavam a 16 horas por dia e o trabalhador não tinha direito a férias. Nesse período Valban tenta medir a carga diária de trabalho físico nos locais de trabalho, sugerindo que levavam ao esgotamento e adoecimento (ALEXANDRE, 1998).

No início do século XX, na França é criado o primeiro laboratório de pesquisa sobre trabalho profissional. Foi aí que a fisiologia do trabalho começou a desenvolver-se. A

primeira Comissão de Saúde dos Trabalhadores na Indústria de Munições foi criada em 1915, durante a I Guerra Mundial. Ao término da guerra, essa comissão foi transformada no Instituto da Fadiga Industrial, que mais tarde foi transformado em Instituto de Pesquisa sobre Saúde no Trabalho (MORAES; MONT'ALVÃO, 2009).

A construção de instrumentos bélicos, durante a II Guerra Mundial, exigia muitas habilidades do operador e, em condições ambientais desfavoráveis, a utilização desses equipamentos e dispositivos cada vez mais complexos gerava alto nível de estresse, levando assim à necessidade de se conhecer mais sobre o homem, suas habilidades e limitações (MARTINS,2002).

Essa sucessão de fatos culminou com uma reunião de pesquisadores que resolveram formar uma sociedade para o estudo dos seres humanos no seu ambiente de trabalho – a Ergonomic Research Society. O termo ergonomia é utilizado pela primeira vez no dia 08 de julho de 1949, pelo psicólogo inglês K. F. Hywell Muffel (MORAES; MONT'ALVÃO, 2009).

Sluchak (1992) relata que a ergonomia focaliza um sistema complexo formado pelo relacionamento de componentes que interagem, e que o homem é o centro desse sistema no que se refere a educação, motivação e dados antropométricos. Esse homem é imediatamente influenciado pela tarefa, que diz respeito a vibração, análise da postura, aplicação de forças, repetição, ritmos e métodos de trabalho, movimentos de flexão e torção.

Esse sistema inclui também os instrumentos (peso, tamanho, manejo e controles, localização) e o posto de trabalho (alcance dos movimentos, mobiliário, altura da superfície de trabalho e o espaço de trabalho). Cercando esse sistema temos os fatores físicos, como: iluminação, ruídos e temperatura, além dos aspectos éticos, administrativos e legais que influenciam todos os outros componentes (GUÉRIN et al 2001).

Moraes e Mont'Alvão (2009 p. 20) referem que: “a ergonomia integra o conhecimento proveniente das ciências humanas para adaptar tarefas, sistemas, produtos e ambientes às habilidades e limitações físicas e mentais das pessoas”. Inferem ainda que o projeto ergonômico é a aplicação da informação ergonômica ao *design* de ferramentas, máquinas, sistemas, tarefas, trabalhos e ambientes para o uso humano seguro, confortável e efetivo. Dessa forma, a ergonomia foi difundida como uma das mais importantes estratégias para reduzir os problemas originados por situações de trabalho que causam doenças no trabalhador.

A palavra ergonomia vem dos termos gregos *ergo* (trabalho) e *nomos* (normas, regras, leis) e sua origem remonta ao ano de 1857, quando foi utilizada pelo polonês W. Jastrzebowski, que a deu como título de uma de suas obras: Esboço da Ergonomia ou ciência

do trabalho baseada nas verdadeiras avaliações das ciências da natureza. (GUÉRIN et al 2001).

A definição oficial de ergonomia, segundo a IEA (Associação Internacional de Ergonomia) e a ABERGO (Associação Brasileira de Ergonomia), diz que: a Ergonomia (ou Fatores Humanos) é uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos a fim de otimizar o bem-estar humano e o desempenho global do sistema (ABERGO, 2007).

O planejamento, projeto e a avaliação de tarefas, postos de trabalho, produtos, ambientes e sistemas de modo a torná-los compatíveis com as necessidades, habilidades e limitações das pessoas, são as contribuições que os ergonomistas podem dar aos ambientes de trabalho (MORAES; MONT'ALVÃO, 2009).

Segundo a ABERGO (2007), a Ergonomia é uma disciplina voltada para uma abordagem sistêmica de todos os aspectos da atividade humana. E para o alcance dessa dimensão e a intervenção nas atividades do trabalho, os ergonomistas necessitam fazer uma abordagem holística de todo o campo da ação da disciplina, tanto em seus aspectos físicos e cognitivos, como sociais, organizacionais e ambientais. De maneira geral, os domínios de especialização da ergonomia são:

- Ergonomia Física – relaciona-se com as características da anatomia humana, antropometria, fisiologia e biomecânica em relação à atividade física. Essa especialidade tem como tópico relevante o estudo da postura no trabalho, manuseio de materiais, movimentos repetitivos, distúrbios músculo-esqueléticos relacionados ao trabalho, projeto de posto de trabalho, segurança e saúde;
- Ergonomia Cognitiva – refere-se aos processos mentais como: percepção, memória, raciocínio e resposta motora. Essa especialidade tem como tópico relevante o estudo da carga mental de trabalho, tomada de decisão, desempenho especializado, interação homem-computador, estresse e treinamento, conforme esses se relacionam a projetos envolvendo seres humanos e sistemas;
- Ergonomia Organizacional – está relacionada à otimização dos sistemas sociotécnicos, incluindo suas estruturas organizacionais, políticas e de processos. Essa especialidade tem como tópico relevante comunicações, gerenciamento de recursos de tripulações, projeto de trabalho, organização temporal do trabalho, trabalho em grupo, projeto participativo, novos paradigmas do trabalho, trabalho cooperativo, cultura organizacional, organização em rede, teletrabalho e gestão da qualidade.

Moraes e Mont'Alvão (2009) enfatizam que a única e específica tecnologia da Ergonomia diz respeito à tecnologia da interface homem-sistema, tendo em vista que a Ergonomia como ciência desenvolve conhecimentos sobre as capacidades, limites e outras características do desempenho humano que se relacionam com o projeto de interfaces, entre indivíduos e outros componentes do sistema.

Isso nos mostra que a Ergonomia, na prática, compreende a aplicação de tecnologia de interface homem-sistema a projeto ou modificações de sistemas para aumentar a segurança, conforto e eficiência do sistema e da qualidade de vida do trabalhador.

Atualmente, a ergonomia é estudada à luz de duas correntes: a americana e a europeia. A última privilegia a observação do trabalho em situação real, na qual é possível identificar os processos que geram problemas ao trabalhador, buscando analisar essas situações, reformular o posto e desenvolver ferramentas de trabalho (FREITAS, 2006; MORAES; MONT'ALVÃO, 2009). Ela envolve vários campos do conhecimento como: fisiologia, psicologia, antropometria, engenharia e sociologia.

Segundo Wisner (1994, p.12) a ergonomia para essa corrente é: “o conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia”.

Nessa corrente há o reconhecimento da prioridade do homem sobre o trabalho, conduzindo à adaptação do trabalho ao homem, e não o contrário. Existe a articulação das dimensões físicas, cognitivas, psíquicas e afetivas, visando a segurança, bem-estar, eficiência e eficácia do trabalhador.

A corrente americana preocupa-se principalmente com os aspectos físicos da interface homem-máquina, com vistas à melhoria dos equipamentos de trabalho, e seus estudos são desenvolvidos em laboratório através de simulações (FREITAS, 2006).

A prioridade do ergonomista dessa corrente orienta-se para os dispositivos técnicos: máquinas, utensílios, postos de trabalho, telas, impressos, programas e outros. Eles consideram as características gerais do homem em geral, a máquina humana, para adaptar melhor as máquinas e os dispositivos técnicos a este homem.

De acordo com Moraes e Mont'Alvão (2009), os ergonomistas praticantes dessa corrente consideram: características antropométricas (alturas, comprimentos e larguras de diferentes segmentos corporais); características ligadas ao esforço muscular (estudo das contrações musculares – eletroneuromiografia – pelo consumo de oxigênio e pelo ritmo cardíaco); características ligadas à influência do ambiente físico (calor, frio, poeira, agentes tóxicos,

ruído, vibrações e mais recentemente as acelerações bruscas); características psicofisiológicas (o olho e desempenho visual, o ouvido e o desempenho auditivo); características dos ritmos circadianos (regulação da atividade biológica durante 24 horas do dia, alternância vigília-sono e a influência de suas perturbações sobre o sono e mais especificamente sobre a saúde).

É importante ressaltar que as duas ergonomias se completam, e portanto não são contraditórias, pois o mesmo ergonomista pode ser chamado, em função das circunstâncias, para colaborar com um engenheiro na concepção de uma máquina ou ferramenta. Dessa forma, a ergonomia tem sido requisitada para o atendimento de diversas demandas no mundo do trabalho.

Alexandre (1998) considera de extrema importância a difusão dos aspectos ergonômicos e de segurança do trabalho entre os trabalhadores de enfermagem a fim de incentivar o desenvolvimento de uma consciência crítica em relação aos efeitos do ambiente de trabalho sobre a saúde. Sabe-se dos custos humanos que estão diretamente relacionados com as condições de trabalho inapropriadas.

Santos (2007) relata que esses custos levam a: acidentes de trabalho; enfermidades profissionais; fadiga física devido a cargas estáticas ou dinâmicas durante o trabalho; fadiga mental devido a solicitações sensoriais, cognitivas e intelectuais do desenvolvimento da tarefa; transtornos gerais e morbidade devido a trabalhos noturnos e/ou turnos; falta de autonomia e liberdade na variação do ritmo de trabalho; falta de responsabilidade e iniciativa nas decisões; impossibilidade ou dificuldades na comunicação com os companheiros; falta de interesse no trabalho por impedir o desenvolvimento de seus conhecimentos e capacidade intelectual e relações de conflito devido a organização de trabalho e tipo de mando.

Nesse sentido Moraes e Mont'Alvão (2009) advertem que o problema das condições de trabalho deve ser abordado de modo a reduzir os custos humanos.

A avaliação do ambiente de trabalho com um enfoque ergonômico deve visar principalmente à garantia de um ambiente de trabalho seguro e saudável que proteja e promova o bem-estar físico e mental do trabalhador.

2.3 CARGA DE TRABALHO E PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Segundo Frutuoso e Cruz (2005, p.29), o termo carga de trabalho “é uma construção teórica resultante da necessidade de compreender que, para uma determinada situação de trabalho, há uma tensão permanente entre as exigências do processo e as capacidades biológicas e psicológicas dos trabalhadores para respondê-las”.

Para Cruz (2010) as cargas de trabalho representam um conjunto de esforços desenvolvidos para atender as exigências das tarefas, abrangendo os esforços físicos, cognitivos e psicoafetivos.

Laurell e Noriega (1989) colocam que esses esforços são traduzidos como desgastes que interferem no potencial corporal e psicológico dos trabalhadores. Lavelle (1977) *apud* Moraes e Mont'Alvão (2009, p. 52) define carga de trabalho como: “uma medida quantitativa ou qualitativa do nível de atividade (mental, sensório-motriz e fisiológica) do operador, necessária à realização de um trabalho dado”.

Silva (2011) diz que: a carga de trabalho, tanto física como mental, e a interação das condições de trabalho, no que se refere a materiais e equipamentos, impactam diretamente na saúde do trabalhador.

Moraes e Mont'Alvão (2009) referem que os custos humanos do trabalho, como mortes, lesões permanentes e temporárias, mutilações, doenças e fadigas, são resultantes dos acidentes e incidentes e da carga de trabalho. E essa, por sua vez, ocorre em consequência dos constrangimentos aos quais o trabalhador é submetido durante a realização do seu trabalho.

Os constrangimentos e custos humanos do trabalho apresentam três níveis: o das condições de trabalho, o da atividade e o dos efeitos da atividade. As características do operador, sua capacidade de trabalho, a idade, sexo, condições físicas e psíquicas, escolaridade, proficiência e motivação, fatores que atuam sobre o operador durante o desempenho das atividades da tarefa (os objetivos e exigências da tarefa; o ambiente da tarefa: físico, químico e organizacional) se encontra no nível das condições de trabalho (SELIGMAN; LINDEN, 2002).

No nível da atividade da tarefa encontram-se as ações desempenhadas pelo operador durante sua execução (tomada de informações, decisões, manipulações acionais, comunicações, deslocamentos, movimentação de materiais e posturas assumidas) (FRUTUOSO; CRUZ, 2005).

No que se refere aos efeitos da atividade é que se encontra a carga de trabalho e suas consequências sobre o trabalhador, bem como os custos humanos do trabalho, e, paralelo a isso, o desempenho do trabalhador, a produtividade e a qualidade do trabalho realizado (MORAES; MONT'ALVÃO, 2009).

Guérin et al (2001) relatam que a carga de trabalho apresenta condicionantes como: carga externa (determinada pelos fatores inerentes à situação de trabalho e que causam reações no homem: ambiência física, operacional e organizacional); carga funcional (combinação de fenômenos implicados na carga externa, com as exigências e

constrangimentos da tarefa, com o desempenho das atividades da tarefa); capacidade de trabalho (maior energia possível que o homem é capaz de dispender de um dado modo de trabalho durante um certo período de tempo); grau de carga/carga de trabalho (é a relação entre a carga funcional e a capacidade de trabalho).

Wisner (1994) refere que as atividades do trabalho possuem três aspectos: físico, cognitivo e psíquico. E cada um deles pode determinar uma sobrecarga ou sofrimento ao trabalhador. Encontram-se inter-relacionados, o que torna frequente, embora não necessário, que uma sobrecarga de um dos aspectos seja acompanhada por uma carga bastante elevada nos outros dois.

Importante observar que não existe, ao contrário do que se difunde, atividade em que se coloque em jogo apenas o físico, a cognição e/ou a psique. Mesmo com diferentes ênfases, os três aspectos sempre estão presentes. É nesse cenário que essas dimensões podem ter importâncias distintas no contexto de produção e indicam a complexidade das organizações de trabalho, sendo configuradoras dos Custos Humanos do Trabalho.

Ferreira e Mendes (2003) entendem que o Custo Humano do Trabalho (CHT) é o custo despendido pelos trabalhadores nas esferas física, cognitiva e afetiva ante às contradições existentes no contexto da produção.

Segundo Veras (2006), os custos humanos do trabalho são impostos pela característica do ambiente de trabalho, e são definidas como:

- Exigências físicas – relacionadas ao custo corporal – dispêndio fisiológico e biomecânico – sob a forma de posturas, gestos, deslocamentos e emprego de força física;
- Exigências cognitivas – relacionadas ao custo cognitivo – dispêndio intelectual – sob a forma de aprendizagem necessária, de resolução de problemas e de tomada de decisão;
- Exigências afetivas – relacionadas ao custo afetivo – dispêndio emocional – sob a forma de reações afetivas, de sentimento e de estado de humor.

O custo humano é imposto externamente ao trabalhador sob a forma de constrangimentos para a execução da atividade e ele está relacionado, segundo Aragão (2004), com a percepção do indivíduo sobre o impacto das exigências do trabalho, enquanto a carga de trabalho mantém estreita relação com necessidade de mensuração de indicadores fisiológicos de sua manifestação.

Podemos, portanto, inferir que a carga de trabalho é o eco em nível do trabalhador, da pressão que constitui a organização do trabalho (DEJOURS, 2012). Tendo em vista que a carga de trabalho imposta ao trabalhador pode gerar situações de sofrimento e prazer, torna-se imprescindível uma discussão sobre a Psicodinâmica do Trabalho que nos traga uma

abordagem apropriada para desvendar os agravos à saúde do trabalhador através do estudo da dinâmica das situações de trabalho.

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

No estudo das relações entre saúde mental e trabalho, é importante reconhecer as contribuições da escola de Psicologia do Trabalho, que se alicerçou a partir das ideias e pesquisas de Dejours.

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

A fase inicial do modelo desenvolvido por Dejours (1987) foi caracterizada pela preocupação que os sindicatos e instituições de saúde tinham com as patologias mentais resultantes do trabalho, no final da década de 60. As pesquisas realizadas na primeira fase tiveram a atenção voltada para a organização do trabalho baseada no princípio taylorista.

Segundo Dejours (1992), a perda de estabilidade da saúde mental dos trabalhadores ocorria em decorrência da organização do trabalho, que apresentava como característica a rigidez, o trabalho repetitivo, racionalizado e muita pressão para o exercício das atividades.

A abordagem da psicodinâmica está preocupada com a dinâmica mais abrangente, que se refere à gênese e às transformações do sofrimento mental vinculadas à organização do trabalho (DEJOURS, 2012).

Nessa fase, o sofrimento foi descrito como medo, frustração e ansiedade, e o prazer não foi estudado. Ocorreram também estudos relacionados aos tipos de defesas individuais e coletivas. As investigações nessa fase evidenciaram que os trabalhadores não apresentavam doenças mentais, mas sim estratégias defensivas contra o sofrimento que era evidenciado por comportamentos estranhos, insólitos ou paradoxais e característicos de cada categoria profissional.

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

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

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

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

A terceira fase da psicodinâmica, que permanece até a atualidade, teve início no final da década de 90, e enfatiza a subjetividade do trabalhador nas experiências de prazer-sofrimento e o uso de estratégias defensivas, estudando também as patologias sociais (MENDES, 2007).

De acordo com Traesel e Merlo (2009), a proposta da psicodinâmica está centrada no estudo da inter-relação trabalho e saúde com base na análise da dinâmica peculiar de determinados contextos de trabalho, que constam de forças visíveis ou não, objetivas e subjetivas, sociais, políticas, psíquicas e econômicas, que podem influenciar esse contexto de diversas maneiras, e transformá-lo em ambiente de saúde e/ou adoecimento.

Em virtude da capacidade da Psicodinâmica do trabalho em preencher lacunas epistemológicas do conhecimento em saúde e trabalho, esta abordagem encontrou repercussão entre pesquisadores e técnicos brasileiros que atuam na área da Saúde do Trabalhador, mesmo ainda sendo uma metodologia muito jovem e em construção (MERLO, 2002).

Entendemos, portanto, que como o presente estudo apresenta uma abordagem na saúde do trabalhador da enfermagem, torna-se imprescindível trazer as bases da psicodinâmica para análise e discussão das relações de saúde e adoecimento desse trabalhador tendo em vista as peculiaridades das atividades realizadas por esse profissional.

No próximo item apresentaremos como se dá o trabalho da enfermagem.

2.4 O TRABALHO DA ENFERMAGEM

O trabalho da enfermagem, segundo Queiroz (2008) é organizado pelo modelo Taylorista, decomposto por tarefas, hierarquizado e sistematizado. Onde os trabalhadores são organizados por categorias profissionais e regidos pela Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986 (COFEN, 1986).

A enfermagem é uma profissão reconhecida desde o século XIX, quando Florence Nightingale apresenta uma forma de cuidar diferenciada. Com Florence o cuidar ganha especificidade e o reconhecimento de que são necessárias formação especial e produção de conhecimentos que justifiquem o agir profissional (PIRES, 2009).

A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, em atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde (QUEIROZ, 2008).

Ela se responsabiliza, através do cuidado, pelo atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo e promoção da sua autonomia, que compreendem desde a prestação da assistência direta até a coordenação de serviços.

A enfermagem institucionalizada ocorreu no século XIX com a organização do setor de saúde e das práticas médicas, passando a fundamentar-se no conhecimento científico e adquirindo o caráter de racionalidade e tecnologia que dominava toda a esfera produtiva da sociedade. Entretanto, em função da sua essência ser o cuidado, não se pode prescindir de seus aspectos afetivos, da sensibilidade e da intersubjetividade em sua prática diária.

Historicamente, no decorrer da institucionalização da enfermagem ocorre a configuração de um saber técnico específico da área. As técnicas de enfermagem são a primeira forma organizada do saber da profissão, seguidas pela sistematização dos princípios científicos e pela busca da construção de teorias (PEDDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Há aproximadamente cinquenta anos a enfermagem vem revendo seu conhecimento e prática, reedificando muitas teorias e modelos de intervenções. Em todo o mundo, a enfermagem constitui o maior número de profissionais que compõem a força de trabalho em saúde. É o grupo profissional que tem os mais diversos papéis e responsabilidades (PEDDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Queiroz (2008) refere que a enfermagem é uma profissão que possui características peculiares, como prestar assistência ininterrupta por 24 horas e exercer atividades diretamente relacionadas ao cuidado. Como o maior grupo individualizado de trabalhadores de saúde, executa maior parte das ações da área, e são os trabalhadores que mais entram em contato

físico com os doentes. Acrescenta que, ainda falta o reconhecimento de sua própria vulnerabilidade aos riscos ocupacionais, tendo em vista essas características apontadas.

Se considerarmos os atributos da profissão, Pires (2009) diz que a enfermagem é uma profissão desenvolvida por profissionais qualificados e especializados. Conta com entidades que a representa na sociedade e que estabelece regras para o exercício profissional, dispõe também de um código de ética que orienta a conduta dos profissionais em princípios moralmente aceitáveis.

Dentro dos atributos da profissão, Pires (2009) relata ainda que a enfermagem domina um campo de conhecimentos que lhe dá competência para cuidar de pessoas em todo o seu ciclo vital e esse processo de cuidar apresenta três dimensões básicas:

- **Cuidar** de indivíduos e grupos desde a concepção à morte;
- **Educar e pesquisar** – envolve o educar inerente ao processo de cuidar, a educação permanente no trabalho, a formação de novos profissionais e a produção de conhecimentos que auxiliem o processo de cuidar;
- **A dimensão administrativo-gerencial** – que compreende a coordenação do trabalho coletivo, administração do espaço assistencial, participação no gerenciamento da assistência em saúde e institucional.

Em meio a tantas atribuições, o profissional de enfermagem, no desempenho de suas atividades, por muitas vezes descuida-se da própria saúde porque sua maior preocupação é satisfazer as funções instituídas para o cargo que ocupa. Essa atitude o expõe a riscos e o predispõe ao desenvolvimento de doenças ocupacionais, tendo em vista que sua atividade exige o dispêndio de forças físicas, mecânicas e psíquicas (BARBOZA et al 2008). Em muitas situações, esse risco se dá pela inobservância ergonômica e administrativa existente nos locais de trabalho.

As atividades da equipe de enfermagem estão associadas à tensão emocional, longas jornadas de trabalho, baixa remuneração, condições insalubres do ambiente de trabalho e duplo ou triplo emprego (QUEIROZ, 2008).

Os riscos ocupacionais a que a equipe de enfermagem está exposta durante o exercício de sua profissão, de acordo com Brasil (2007), são:

- Riscos físicos – ruídos, vibrações, radiações ionizantes e não ionizantes, frio, calor, pressões, umidade, *etc*;
- Riscos químicos – poeira, fumos, névoas, neblina, gases, vapores, produtos químicos e quimioterápicos;
- Riscos biológicos – vírus, bactérias, protozoários, fungos, parasitas, bacilos;

- Riscos ergonômicos – levantamento de peso, postura inadequada, controle rígido de produtividade, ritmos excessivos, trabalho noturno, jornadas longas, estresse físico e psíquico;
- Riscos de acidente – local físico inadequado, máquinas sem proteção, ferramentas inadequadas, iluminação inadequada, eletricidade inadequada e existência de animais peçonhentos.

No ambiente hospitalar, a carga de trabalho da equipe de enfermagem se intensifica, ocasionando riscos à saúde física e mental desses trabalhadores. Mininel, Baptista e Felli (2011) relatam que as cargas de trabalho são elementos que dinamicamente interagem entre si e o corpo do trabalhador, o que gera processos de adaptação que se traduzem em desgaste. E o processo de desgaste pode ser definido como a perda total ou parcial das capacidades corporal e psíquica. As cargas de trabalho são categorizadas como: biológicas, químicas, mecânicas, físicas, fisiológicas e psíquicas.

Dentre os fatores que intensificam a carga de trabalho no ambiente hospitalar, Mininel, Baptista e Felli (2011) destacam: a grande variedade de procedimentos realizados; o aumento constante do conhecimento teórico e prático exigido; a dificuldade no fluxo de informações; o ritmo de trabalho; o ambiente físico; o estresse; o contato com o doente e as vivências de dor e morte.

Dentro desse contexto, a enfermagem, como campo de trabalho em saúde, precisa traçar e defender um modelo de organização de trabalho que possibilite aos trabalhadores a expressão da subjetividade e do prazer criativo no trabalho, diminuindo assim os riscos de adoecimento.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

A presente pesquisa possui um caráter descritivo com enfoque na abordagem quantitativa. Segundo Cervo e Bervian (2002), o estudo descritivo observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos de uma determinada população e o estabelecimento de relações entre variáveis, sem qualquer tipo de interferência e trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade.

No que se refere à abordagem quantitativa, as autoras Polit, Beck e Hungler (2004) relatam que a pesquisa quantitativa tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Fonseca (2009) esclarece ainda que a pesquisa quantitativa se centra na objetividade e recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis. É influenciada pelo positivismo e considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos que foram recolhidos através de instrumentos padronizados.

Nos estudos com base na psicodinâmica do trabalho, a preferência é pela abordagem qualitativa, entretanto este estudo baseou-se numa investigação quantitativa, proposta por Mendes (2007), que utiliza uma avaliação psicométrica do tipo Likert, que permite uma avaliação de itens organizados em dimensões do trabalho, denominados fatores.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), opção feita em razão de a pesquisadora atuar nele e conhecer a sua realidade. O HBAP é uma Unidade Pública de Saúde, subordinada hierarquicamente à Secretaria de Estado da Saúde (SESAU), e seus serviços são voltados à população assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

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

O HBAP é um hospital geral, de grande porte, de assistência terciária, que realiza atendimento em regime de internação hospitalar, por demanda espontânea e referenciada, e conta com um total de 462 leitos distribuídos nas seguintes áreas: 57 leitos de clínica médica, 113 leitos de clínica cirúrgica, 91 leitos de clínica ortopédica, 15 leitos de oncopediatria, 54 leitos de alojamento conjunto, 46 leitos de berçário, 35 leitos de clínica psiquiátrica, 40 leitos

de terapia intensiva (sendo 10 leitos adultos, 04 cardiológicos e 26 neonatais) e 11 leitos no centro obstétrico.

Para realização do presente trabalho, escolheram-se as Clínicas Cirúrgicas: Clínica cirúrgica feminina, Clínica cirúrgica masculina, Clínica cirúrgica II, Clínica ortopédica I, II e III. A escolha pelas clínicas cirúrgicas ocorreu em virtude de serem setores que apresentam um alto nível de complexidade de cuidado, bem como carga de trabalho aumentada em função da característica da clientela. Essas unidades recebem pacientes em estágio pré e pós-operatório, o que pode ocasionar sobrecarga aos profissionais de enfermagem desses setores.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Utilizou-se para seleção da amostra o método de amostragem não probabilística por intenção em virtude da programação de férias, licenças prêmios, licenças maternidades e médicas. O estudo contou com a participação de 14 enfermeiros e 57 técnicos de enfermagem das clínicas cirúrgicas supracitadas, que perfazem um total de 71 profissionais de enfermagem.

A população geral das clínicas cirúrgicas no momento da realização da pesquisa era de 130 servidores, porém apenas 71 atendiam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.4.1 Critérios de inclusão:

Ser trabalhador de enfermagem de ambos os sexos, atuando há pelo menos 06 meses nas clínicas referidas e que aceitaram participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4.2 Critérios de exclusão:

Ser trabalhador de enfermagem, atuando nos serviços excluídos pelo estudo, com menos de 06 meses de atuação nas clínicas cirúrgicas, estando de férias ou licença no momento da coleta de dados ou que se recusou a participar da pesquisa.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu nos meses de outubro e novembro de 2013. Esse foi um período marcado por muitas dificuldades, tendo em vista a falta de disponibilidade dos trabalhadores das clínicas selecionadas para realização do estudo.

O primeiro momento da coleta de dados se deu com uma visita à Gerência de Enfermagem do HBAP, deixando-os cientes dos objetivos da pesquisa e da forma como aconteceria a coleta de dados.

O segundo momento constituiu-se das visitas diárias às clínicas cirúrgicas. As visitas aconteceram nos períodos matutino e noturno, na tentativa de captar o maior número de sujeitos para participação no estudo.

A equipe de enfermagem das clínicas selecionadas foi abordada pela pesquisadora que os convidou a participar do estudo, explicando-lhes qual seria sua finalidade e enfatizando a importância da colaboração de todos. Após essa conversa inicial, entregou-se o instrumento de coleta de dados para os profissionais, quando da verificação do preenchimento do questionário, que era recolhido no dia seguinte. Contudo, essa estratégia não foi satisfatória, pois o retorno de questionários respondidos foi extremamente baixo.

Resolveu-se, portanto, mudar a estratégia para obtenção de um resultado melhor. Dessa forma, então, a pesquisadora entregou e recolheu o instrumento no mesmo período. Uma das preocupações com a adesão dos trabalhadores propiciou a reflexão de qual seria o horário de menor atividade da equipe para que pudéssemos abordá-la. Optou-se então pela realização da abordagem no período matutino após as 10 horas e no noturno após as 20 horas.

Como descrito anteriormente, esse foi um momento marcado por dificuldades, tendo em vista que a equipe de enfermagem, na sua grande maioria, não se dispunha a participar do estudo alegando que não traria benefícios financeiros e que a necessidade naquele momento era de aumento salarial, enquanto outros alegavam não ter tempo para responder ao questionário. Foram muitas idas e vindas até mesmo porque existe naquela unidade hospitalar a prática da troca de plantão o que também dificultou o encontro com os trabalhadores escalados para o trabalho naquele dia. Ao término de dois meses de coleta foram obtidos 71 questionários respondidos.

3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

Para a realização da coleta de dados utilizaram-se dois questionários estruturados, com perguntas fechadas e autoaplicáveis. Um questionário tratou dados sociodemográficos, e o segundo questionário, validado e denominado de Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento (ITRA).

Segundo Mendes (2007), o ITRA é um instrumento de grande utilidade em pesquisas envolvendo diagnósticos em saúde do trabalhador, objetivando a implantação de programas de prevenção e de saúde ocupacional.

3.5.1.1 Questionário Sociodemográfico

Buscando traçar o perfil sociodemográfico dos profissionais estudados, aplicou-se um instrumento com perguntas abertas que produziu informações quanto a sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de trabalho na clínica cirúrgica, jornada de trabalho, carga horária diária e semanal, remuneração salarial, filhos e tipo de família. A partir desses dados foi possível traçar o perfil dos profissionais que participaram do estudo.

3.5.1.2 Inventário sobre o Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)

O ITRA tem como objetivo traçar um perfil dos antecedentes, medidores e efeitos do trabalho no processo de adoecimento. Esse instrumento foi utilizado inicialmente em 2003, sofreu adaptações e revalidações em 2004, 2005, 2006 e 2008. A última versão foi revalidada por Campos (2008) e foi a utilizada nesse estudo.

O ITRA avalia algumas dimensões da inter-relação trabalho e processo de subjetivação: o próprio contexto de trabalho e os efeitos que ele pode exercer no modo do trabalhador vivenciá-lo e, conseqüentemente, sobre sua saúde.

É composto por quatro escalas interdependentes para avaliar quatro dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento utilizando uma escala do tipo Likert. De acordo com Polit Beck e Hungler (1995), a escala de Likert consiste em vários enunciados declarativos que expressam um ponto de vista sobre determinado assunto, que permite caracterizar a opinião das pessoas com pontos de vista diferentes.

As quatro escalas avaliam:

- O contexto de trabalho – são as representações relacionadas à organização, as relações socioprofissionais e as condições de trabalho, no caso os antecedentes do processo saúde adoecimento. A escala que realiza essa avaliação é denominada de Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT)
- O custo humano no trabalho – são as representações relacionadas ao custo físico, cognitivo e afetivo do trabalho, que verificam as exigências provocadas por esse contexto. Essa escala é denominada de Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT);
- O sentido do trabalho – são as representações relacionadas às vivências de prazer e sofrimento e efeitos do trabalho para a saúde (consequências em termos de danos físicos e psicossociais). Essa escala é denominada de Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST);
- Os efeitos do trabalho para a saúde – são as representações relacionadas aos danos gerados em decorrência das exigências e vivências caracterizadas como físicos e psicossociais. Essa escala é denominada de Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).

Após a análise fatorial todas as escalas apresentaram uma estrutura fatorial aceitável com *eigenvalue* maior que 1,0 para todos os fatores propostos, itens com carga superior a 0,4, KMO acima de 0,5, Bartlett significativa em todas as escalas (<0,001), variância acumulada entre 25,2% e 78,2%. Para cada escala estabeleceu-se escores baseados nas cargas fatoriais.

3.5.2.1.3 Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT)

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho é composta por 31 (trinta e um) itens e 03 (três) fatores: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais. Escala do tipo Likert com as seguintes opções de respostas: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente e 5 = sempre.

É constituída por itens negativos, com análise baseada em três níveis diferentes. Como resultado das cargas fatoriais pode-se considerar:

- Acima de 0,77= avaliação mais negativa, grave. Aponta que o contexto de trabalho favorece de forma grave o adoecimento do profissional.
- Entre 0,65 e 0,76 = avaliação mais moderada, crítico. Aponta que o contexto de trabalho possibilita moderadamente o adoecimento do profissional.

- Abaixo de 0,64 = avaliação mais positiva, satisfatório. Aponta que o contexto de trabalho favorece a saúde do profissional.

O primeiro fator, Organização do Trabalho, está relacionado com a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e rotinas de trabalho.

O segundo fator, Condições de Trabalho, está relacionado com a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizado para a execução do trabalho.

O terceiro fator dessa escala consiste das Relações socioprofissionais e está relacionado com os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional.

Apresentaremos no quadro abaixo os itens avaliados na EACT, segundo os fatores e os valores de Alfa de Cronbach, encontrados pela pesquisadora.

Quadro 1: Itens e dados validados por Mendes (2007) da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho.

FATORES DA EACT	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	CONDIÇÕES DE TRABALHO	RELAÇÕES SOCIO PROFISSIONAIS
ITENS AVALIADOS	<ul style="list-style-type: none"> - o ritmo de trabalho é excessivo; - as tarefas são cumpridas com pressão de prazos; - existe forte cobrança por resultados; - as normas para execução das tarefas são rígidas; - existe fiscalização do desempenho; - o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas; - os resultados esperados estão fora da realidade; - existe divisão entre quem planeja e quem executa; - as tarefas são repetitivas; - falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho; - as tarefas executadas sofrem descontinuidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - as condições de trabalho são precárias; - o ambiente físico é desconfortável; - existe muito barulho no ambiente de trabalho; - o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado; - os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas; - o posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas; - os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários; - o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado; - as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas; - o material de consumo 	<ul style="list-style-type: none"> - as tarefas não são claramente definidas; - a autonomia é inexistente; - a distribuição das tarefas é injusta; - os funcionários são excluídos das decisões; - existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; - existem disputas profissionais no local de trabalho; - falta integração no ambiente de trabalho; - a comunicação entre funcionários é insatisfatória; - falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional; - as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso.
ALFA DE CRONBACH	0,89	0,89	0,89

3.5.1.4 Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT)

A Escala de Custo Humano do Trabalho é composta por 32 (trinta e dois) itens e 03 (três) fatores: custo físico, custo cognitivo e custo afetivo. Escala do tipo Likert com as seguintes opções de respostas: 1 = nada exigido; 2 = pouco exigido; 3 = mais ou menos exigido; 4 = bastante exigido e 5 = totalmente exigido.

Também é constituída por itens negativos, com análise baseada em três níveis diferentes. Como resultado das cargas fatoriais pode-se considerar:

- Acima de 0,77= avaliação mais negativa, grave. Aponta que o profissional está exposto a um custo humano pelo trabalho alto, favorecendo gravemente o adoecimento.
- Entre 0,65 e 0,76 = avaliação mais moderada, crítico. Aponta que o profissional está exposto a um custo humano pelo trabalho moderado, favorecendo criticamente o adoecimento.
- Abaixo de 0,64 = avaliação mais positiva, satisfatório. Aponta que o trabalho está gerando custo humano baixo, diminuindo os riscos de adoecimento.

O primeiro fator, Custo físico, está relacionado com o dispêndio fisiológico e biomecânico imposto ao trabalhador, pelas características do contexto de produção.

O segundo fator, Custo cognitivo, está relacionado com o dispêndio intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho.

O terceiro fator, Custo afetivo, está relacionado com o dispêndio emocional, sob a forma de reações afetivas, sentimentos e de estados de humor.

Apresentaremos no quadro abaixo os itens avaliados na ECHT, segundo os fatores e os valores de Alfa de Cronbach, encontrados pela pesquisadora.

Quadro 2: Itens e dados validados por Mendes (2007) da Escala de Custo Humano do Trabalho.

FATORES DA ECHT	CUSTO FÍSICO	CUSTO COGNITIVO	CUSTO AFETIVO
ITENS AVALIADOS	<ul style="list-style-type: none"> - usar a força física; - usar os braços de forma contínua; - ficar em posição curvada; - caminhar; - ser obrigado a ficar de pé; - ter que manusear objetos pesados; - fazer esforço físico; - usar as pernas de forma contínua; - usar as mãos de forma repetida; - subir e descer escadas. 	<ul style="list-style-type: none"> - desenvolver macetes; - ter que resolver problemas; - ser obrigado a lidar com imprevistos; - fazer previsão de acontecimentos; - usar a visão de forma contínua; - usar a memória; - ter desafios intelectuais; - fazer esforço mental; - ter concentração mental; - usar a criatividade. 	<ul style="list-style-type: none"> - ter controle das emoções; - ter que lidar com ordens contraditórias; - ter custo emocional; - ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros; - disfarçar os sentimentos; - ser obrigado a elogiar as pessoas; - ser obrigado a ter bom humor; - ser obrigado a cuidar da aparência física; - ser bonzinho com os outros; - transgredir valores éticos; - ser submetido a constrangimentos; - ser obrigado a sorrir.
ALFA DE CRONBACH	0,95	0,95	0,95

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

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho é composta por 32 (trinta e dois) itens e 04 (quatro) fatores, 02 (dois) para avaliar o prazer: realização profissional e liberdade de expressão; e 02 (dois) para avaliar o sofrimento: falta de reconhecimento e liberdade de expressão. Escala do tipo Likert de 07 pontos, com o objetivo de avaliar nos últimos 06 meses a ocorrência das vivências dos indicadores de prazer e sofrimento, com as seguintes opções de respostas: 0 = nenhuma vez; 1 = uma vez; 2 = duas vezes; 3 = três vezes; 4 = quatro vezes; 5 = cinco vezes e 6 = seis ou mais vezes.

Para os fatores do prazer, considerando que os itens são positivos, a análise é diferente das escalas anteriores. Deve ser feita também por fator, para melhor especificação e qualificação da frequência com que é experimentada a vivência. Considerando que quanto mais positiva a avaliação melhores são as vivências de prazer, sendo sua análise baseada em três níveis diferentes. Como resultado das cargas fatoriais pode-se considerar:

- Acima de 0,80= avaliação mais positiva, satisfatório.
- Entre 0,79 e 0,68 = avaliação mais moderada, crítico.
- Abaixo de 0,67 = avaliação para raramente, grave.

Para os fatores do sofrimento, considerando que os itens são negativos, a análise deve ser feita como as escalas anteriores.

- Acima de 0,80 = avaliação mais negativa, grave.
- Entre 0,79 e 0,68 = avaliação mais moderada, crítico.
- Abaixo de 0,67 = avaliação menos negativa, satisfatório.

O primeiro fator, Realização profissional, está relacionado com a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz.

O segundo fator, Liberdade de expressão, está relacionado com a vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho.

O terceiro fator, Esgotamento Profissional, avalia a vivência de sofrimento, e está relacionado com a vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho.

O quarto fator, Falta de Reconhecimento, está relacionado à vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do seu trabalho.

Apresentaremos no quadro abaixo os itens avaliados na EIPST, segundo os fatores e os valores de Alfa de Cronbach, encontrados pela pesquisadora.

Quadro 3: Itens e dados validados por Mendes (2007) da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho.

FATORES DA EIPST	REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	LIBERDADE DE EXPRESSÃO	ESGOTAMENTO PROFISSIONAL	FALTA DE RECONHECIMENTO
ITENS AVALIADOS	- satisfação; - motivação; - orgulho pelo que faço; - bem-estar; - realização profissional; - valorização; - reconhecimento; - identificação com as minhas tarefas; - certificação pessoal com as minhas atividades.	- liberdade com a chefia para negociar o que precisa; - liberdade para falar sobre meu trabalho com os colegas; - solidariedade entre os colegas; - confiança entre os colegas; - liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho; - liberdade para usar minha criatividade; Liberdade para falar do meu trabalho com as chefias; - cooperação entre os colegas.	- esgotamento emocional; - estresse; - insatisfação; - sobrecarga; - frustração; - insegurança; - medo.	- falta de reconhecimento do meu esforço; - falta de reconhecimento do meu desempenho; - desvalorização; - indignação; - inutilidade; - desqualificação; - injustiça; - discriminação.
ALFA DE CRONBACH	0,89	0,89	0,89	0,89

3.5.1.6 Escala de Avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho (EADRT)

A Escala de Avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho é composta por 29 (vinte e nove) itens e 03 (três) fatores: danos físicos, psicológicos e sociais.

Escala do tipo Likert de 07 pontos, com o objetivo de avaliar nos últimos 06 meses os danos provocados pelo trabalho, com as seguintes opções de respostas: 0 = nenhuma vez; 1 = uma vez; 2 = duas vezes; 3 = três vezes; 4 = quatro vezes; 5 = cinco vezes e 6 = seis ou mais vezes.

Essa é uma escala que relata situações graves relacionadas à saúde, portanto, sua análise deve ser feita de forma diferenciada. O aparecimento e repetição num nível moderado significam adoecimento. Por essa razão o ponto médio das cargas fatorias, embora seja 0,67 para fins deste inventário, é desdobrado em dois intervalos, sendo sua análise baseada em quatro níveis diferentes. Como resultado das cargas fatorias pode-se considerar:

- Acima de 0,78 = avaliação mais negativa, significa presença de doenças ocupacionais.

- Entre 0,71 e 0,77 = avaliação moderada para frequente, grave.
- Entre 0,59 e 0,70 = avaliação moderada, crítico.
- Abaixo de 0,58 = avaliação mais positiva, suportável.

O primeiro fator, Danos físicos, está relacionado com dores no corpo e distúrbios biológicos. O segundo fator, Danos Psicológicos, está relacionado com sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral. O terceiro fator, Danos Sociais, está relacionado com isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais.

Apresentamos no quadro abaixo os itens avaliados na EADRT, segundo os fatores e os valores de Alfa de Cronbach, encontrados pela pesquisadora.

Quadro 4: Itens e dados validados por Mendes (2007) da Escala de Avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho.

FATORES DA EADRT	DANOS FÍSICOS	DANOS PSICOLÓGICOS	DANOS SOCIAIS
ITENS AVALIADOS	- dores no corpo; - dores nos braços; - dor de cabeça; - distúrbios respiratórios; - distúrbios digestivos; - dores nas costas; - distúrbios auditivos; - alteração do apetite; - distúrbios na visão; - alterações no sono; - dores nas pernas; - distúrbios circulatórios.	- 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.	- insensibilidade em relação aos colegas; - dificuldades nas relações fora do trabalho; - vontade de ficar sozinho; - conflitos nas relações familiares; - agressividade com os outros; - dificuldades com os amigos; - impaciência com as pessoas em geral.
ALFA DE CRONBACH	0,94	0,94	0,94

3.6 TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento dos dados obedeceu à sequência de codificação, tabulação, organização e tratamento estatístico. Os dados sociodemográficos foram analisados através da estatística descritiva pela obtenção de suas frequências através da realização do Teste de Igualdade de

duas Proporções, Intervalo de Confiança para Média e P-valor. O nível de significância utilizado foi de 0,05.

O ITRA (Inventário sobre o Trabalho e Riscos de Adoecimento) foi avaliado pela validação psicométrica do inventário que foi realizada através de técnica de Análise Fatorial. Partindo do pressuposto de que os riscos de adoecimento são influenciados por diversas dimensões, compostas por mais de um fator e que são interdependentes, utilizou-se o método PAF (Principal Axis Factoring) de análise, que tem como objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis inter-relacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores que de alguma forma controlam as variáveis originais. Com essa técnica é possível a redução da quantidade de variáveis com a qual trabalhamos.

O primeiro passo para a construção de uma Análise Fatorial é a realização do KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e Teste de Bartlett. Estes testes foram realizados para verificar a adequabilidade dos dados para a técnica. O KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) é uma análise prévia da Análise Fatorial. É uma medida de “correlação parcial” (adequabilidade) entre as variáveis, possibilitando a criação de fatores.

Para complementar a análise inicial de uma fatorial realizou-se o Teste de Bartlett para medir a correlação entre os dados.

Para estimar a confiabilidade do instrumento de medida realizou-se o Alfa de Cronbach com método de rotação ortogonal Varimax com normalização *Kaiser*, em que só serão considerados os *eigenvalue* (valor próprio) maiores que 1,0.

Nesta análise foram utilizados os *softwares* SPSS V17, Minitab 16 e Excel Office 2010.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa se fundamentou nos preceitos éticos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, e foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondônia e aprovada pelo parecer nº 171.719, de 11 de dezembro de 2012 (Anexo C). A pesquisa foi submetida também à aprovação institucional e foi autorizada através da Carta de anuência que foi assinada pelo diretor em exercício no HBAP. (Apêndice A)

Foram respeitados os direitos dos trabalhadores em querer ou não participar da pesquisa. Antes da aplicação dos instrumentos, os envolvidos assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), em que constam os objetivos da pesquisa e todas as informações pertinentes. O termo também foi assinado em duas vias pelo pesquisador, conforme orienta a Resolução 466.

Foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa, os quais não tiveram custos ou quaisquer prejuízos. Os participantes também não tiveram qualquer compensação financeira ou outro benefício a não ser o resultado da pesquisa.

Os profissionais foram informados de que a divulgação dos resultados ocorrerá em publicações científicas e ou eventos, além de um relatório que será entregue à Gerência de Enfermagem, com cópia para a Direção Geral do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro e a Secretaria Estadual de Saúde (SESAU).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seguir inicia-se a descrição dos resultados obtidos através da utilização dos instrumentos de coleta de dados, partindo do perfil sociodemográfico dos profissionais que atuam nas Clínicas cirúrgicas do HBAP. Em seguida, apresentaremos os resultados do ITRA.

No que se refere à categoria profissional, participaram do estudo 14 enfermeiros (19,7%) e 57 técnicos de enfermagem (80,3%). A adesão ao estudo pelos técnicos se deu em virtude de termos uma quantidade maior de profissionais de nível médio nas escalas de trabalho. O que se percebeu durante as visitas nas clínicas cirúrgicas é que a quantidade de enfermeiros por plantão normalmente é de um enfermeiro responsável por uma média de 30 leitos/clínica.

Acredita-se que em virtude da grande demanda de trabalho, tanto administrativo quanto assistencial, é que muitos enfermeiros se recusaram a participar do estudo. A grande maioria recebia o questionário, mas não o devolvia.

Tabela 1. Distribuição das frequências relativas quanto à categoria profissional e sexo.

Categoria profissional	N	%	P-valor
Enfermeiro	14	19,7%	<0,001
Técnico de enfermagem	57	80,3%	
Sexo	N	%	P-valor
Masculino	10	14,1%	<0,001
Feminino	61	85,9%	

Na amostra composta por 71 profissionais, 10 (14,1%) são do sexo masculino e 61 (85,9%), do sexo feminino. Esse dado reflete que a enfermagem é uma profissão na qual o sexo feminino predomina e essa é uma característica marcante dessa categoria profissional. Diversos autores apontam que a mulher ainda representa o maior percentual da força de trabalho da enfermagem (ALVES; GODOY, 2001; CARDOSO, 2009; NAUDERER; LIMA, 2005; REIS et al 2003; RIBOLDI, 2008;).

Desde os primórdios, o cuidado foi delegado à mulher, e a enfermagem inicialmente era constituída exclusivamente por pessoas do sexo feminino, o que possivelmente gera uma carga de preconceito para as pessoas do sexo masculino que fazem opção por essa área (LUCHTENBERG; COSTA; MELO, 2011).

A média de idade desses profissionais é de 40,8 anos, sendo a mediana de 40 anos, tendo como idade máxima 66 anos e mínima de 24 anos. Isso retrata uma característica do

próprio hospital, que apresenta no seu quadro de recursos humanos profissionais que foram admitidos desde a fundação do hospital.

No que se refere ao tempo de trabalho na clínica cirúrgica, constatamos uma média de 5,4 anos, com mediana de 2 anos, com um tempo mínimo de 0,5 e máximo de 31 anos.

Na variável estado conjugal, houve um predomínio de profissionais casados (50,7%), com um percentual também significativo de profissionais solteiros (36,6%), mostrando-nos a predominância da família nuclear.

Tabela 2. Distribuição das frequências relativas quanto ao estado civil e quantidade de filhos.

Estado civil	N	%	P-valor
Casado	36	50,7%	<0,001
Solteiro	26	36,6%	0,091
Viúvo	3	4,2%	<0,001
Divorciado	6	8,5%	<0,001
Tem filhos? Quantos	N	%	P-valor
Nenhum	15	21,1%	0,551
Um	18	25,4%	<0,001
Dois	18	25,4%	<0,001
Três	7	9,9%	0,015
Quatro	10	14,1%	0,092
Cinco	3	4,2%	<0,001

Em relação à quantidade de filhos constatamos que as famílias são pequenas, tendo em vista que 18 profissionais relataram ter apenas um e dois filhos respectivamente, o que corresponde a 50,8% da amostra, e 21,1% não têm filhos. A maior parte dos profissionais apresenta de dois a três dependentes financeiros, sendo os filhos (38,5%) os principais representantes.

No que se refere ao turno de trabalho, 53,5% informaram que exercem suas atividades profissionais nos turnos da manhã, tarde e noite, seguido por 23,9% que trabalham manhã e tarde. Percebe-se que não houve um entendimento por parte dos profissionais quanto a essa questão, pois a pergunta diz respeito ao turno cumprido naquela unidade hospitalar e o dado apresentado nos mostra que os profissionais possuem mais de um vínculo empregatício.

Tabela 3. Distribuição das frequências relativas quanto ao turno que trabalha, carga horária diária e semanal.

Em que (quais) turnos trabalha?	N	%	P-valor
Manhã	4	5,6%	<0,001
Tarde	0	0,0%	<0,001
Noite	7	9,9%	<0,001
Manhã e tarde	17	23,9%	<0,001
Manhã e noite	5	7,0%	<0,001
Manhã, tarde e noite	38	53,5%	<0,001
Qual sua carga horária diária?	N	%	P-valor
06 horas	5	7,0%	<0,001
08 horas	3	4,2%	<0,001
12 horas	60	84,5%	<0,001
18 horas	2	2,8%	<0,001
24 horas	1	1,4%	<0,001
Qual sua carga horária semanal?	N	%	P-valor
36 horas	3	4,2%	<0,001
40 horas	59	83,1%	<0,001
48 horas	4	5,6%	<0,001
72 horas	2	2,8%	<0,001
80 horas	3	4,2%	<0,001

Essa interpretação foi confirmada com a pergunta sobre ter ou não mais de um vínculo, em que obtivemos um percentual de 50,7% de profissionais que fazem dupla jornada de trabalho. Salientamos também que o HBAP, para garantir a qualidade da assistência, trabalha com escalas de horas extras, o que pode ter influenciado nesse percentual de profissionais que trabalham nos três turnos.

Tabela 4. Distribuição das frequências relativas quanto possuir mais de um vínculo empregatício.

Possui mais de um vínculo empregatício?	N	%	P-valor
Sim	36	50,7%	0,867
Não	35	49,3%	

A dupla jornada de trabalho foi evidenciada também pelo percentual de 84,5% de profissionais que trabalham 12 horas por dia. Entretanto, quando questionados sobre a carga horária semanal, 83,1% relatam que trabalham 40 horas por semana, fato que contradiz a carga horária diária, pois se a maioria trabalha 12 horas diariamente, consequentemente a carga horária semanal ultrapassaria 40 horas.

Tais dados nos levam a crer que quando perguntados quanto à carga horária semanal os profissionais consideraram mais de um vínculo empregatício, e quanto à carga horária semanal foi considerado o vínculo com a HBAP, que contratualmente é de 40 horas semanais.

Esse dado é preocupante, pois evidencia que apesar de apenas 2,8% e 4,2% relatarem que perfazem um total de 72 horas e 80 horas semanais respectivamente, os 83,1% que relataram cumprimento de 40 horas semanais provavelmente perfaçam índices semelhantes.

Essa carga horária excessiva pode intervir em alguns aspectos relacionados à saúde do trabalhador. Ressalte-se ainda que, como demonstrado anteriormente, a maioria da amostra é composta por mulheres, que além da dupla jornada de trabalho contratual ainda exercem as atividades domésticas requeridas pela família.

Traçando-se um paralelo dos dados acima com o rendimento salarial relatado, evidenciamos que a média de rendimento é de R\$ 2.025 com mediana de R\$ 1,500, com um valor mínimo de R\$ 600,00 e máximo de R\$ 6,000. Esses valores justificam a necessidade da dupla jornada de trabalho. Pafaro e Martino (2004) colocam que a dupla jornada de trabalho na enfermagem se faz necessária devido à situação econômica da saúde, aos baixos salários, que levam os profissionais ao enfrentamento da dupla atividade para garantir o sustento da família.

A grande maioria possui de um a dois dependentes financeiros, sendo os filhos os principais representantes dessa dependência.

O mascaramento da jornada de trabalho semanal pode ser interpretado como uma omissão, uma forma de disfarçar a realidade em função da questão financeira, podendo ser interpretada como uma proteção da submissão à extensa jornada de trabalho. Ocorre, portanto, a própria negação do efeito danoso sobre sua saúde em virtude da priorização do aumento do ganho financeiro, visto que os salários são baixos. Fato esse que ficou evidenciado pela média salarial de R\$ 2.025.

Preto e Pedrão (2009), Santos et al (2013) corroboram com esses resultados quando referem que a dupla jornada de trabalho se faz necessária devido principalmente, aos baixos salários.

Tabela 5. Distribuição das frequências relativas quanto ao número de pessoas que dependem do rendimento.

Quantas pessoas dependem desse rendimento?	N	%	P-valor
Nenhuma	4	5,6%	<0,001
Uma	6	8,5%	<0,001
Duas	27	38,0%	<0,001
Três	18	25,4%	0,105
Quatro	7	9,9%	<0,001
Cinco	2	2,8%	<0,001
Seis	4	5,6%	<0,001
Dez	1	1,4%	<0,001

A análise e a discussão do ITRA se fundamentaram no referencial teórico da psicodinâmica do trabalho. Os resultados são trazidos através das cargas fatoriais. A organização dos resultados e discussão está de acordo com as escalas do inventário. Cada escala traz uma tabela descritiva com distribuição das frequências relativas onde foi utilizado o teste de Igualdade de Duas Proporções e os percentuais foram sempre calculados para o total de 71 sujeitos, e carga fatorial com destaque para os dois itens com maior carga fatorial dentro de cada fator em função do grande número de dados avaliados.

4.1 O CONTEXTO DE TRABALHO

O contexto de trabalho é avaliado através da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), que é composta pelos fatores: organização do trabalho, condições de trabalho e relações socioprofissionais.

4.1.1 Organização do trabalho

Analisando o fator Organização do Trabalho (Tabela 1), evidencia-se que esse item se situa na categoria grave, o que representa riscos à saúde dos profissionais que trabalham nas clínicas cirúrgicas. Apresentaram maior carga fatorial: as tarefas são repetitivas (0,91) e o ritmo de trabalho é excessivo (0,81). Os resultados das cargas fatoriais mostram que existe uma compreensão negativa desse fator por parte dos profissionais estudados.

Tabela 6: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Organização do Trabalho.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	
O ritmo de trabalho é excessivo	1,4%	4,2%	28,2%	39,4%	23,9%	0,81
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	2,8%	8,5%	36,6%	23,9%	21,1%	0,46
Existe forte cobrança por resultados	1,4%	8,5%	15,5%	23,9%	47,9%	0,68
As normas para execução das tarefas são rígidas	5,6%	11,3%	35,2%	25,4%	21,1%	0,86
Existe fiscalização do desempenho	7,0%	23,9%	22,5%	22,5%	19,7%	0,50
O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas	2,8%	7,0%	22,5%	31,0%	36,6%	0,65
Os resultados esperados estão fora da realidade	7,0%	11,3%	35,2%	11,3%	28,2%	0,69
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	2,8%	7,0%	19,7%	26,8%	39,4%	0,54
As tarefas são repetitivas	0,0%	1,4%	19,7%	23,9%	49,3%	0,91
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,8%	8,5%	28,2%	26,8%	31,0%	0,75
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,8%	15,5%	42,3%	19,7%	15,5%	0,54

A organização do Trabalho está relacionada com a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controle e rotinas de trabalho. Mintzberg (1995) considera que a estrutura de uma organização pode ser definida como a maneira pelas quais o trabalho é dividido em tarefas distintas e como acontece a coordenação entre essas tarefas.

Corroborando com Mintzberg (1995), Pires, Gelbcke e Matos (2004) colocam que a organização do trabalho compreende sua divisão, o sistema hierárquico e as relações de poder.

Ressaltamos que com a divisão do trabalho impõe-se também uma divisão entre os seres humanos, tendo em vista que cada indivíduo executará uma tarefa sem a participação do outro.

Analisando especificamente a organização do trabalho de enfermagem, que historicamente é baseado no modelo taylorista (QUEIROZ, 2008), percebe-se que essa organização está diretamente relacionada ao modelo de gestão institucional e que isso implicará as relações de trabalho entre os profissionais, as relações com os usuários e as relações hierárquicas.

Percebemos pelas cargas fatorias demonstradas no fator Organização do Trabalho que, mesmo na atualidade, os profissionais da enfermagem que laboram nas clínicas cirúrgicas do HBAP ainda sofrem problemas relacionados ao modelo taylorista, que ainda vigora nas unidades hospitalares.

Pires, Gelbcke e Matos (2004) destacam como principais problemas relacionados a esse modelo: a fragmentação do trabalho, com especialização dos trabalhadores para o exercício de tarefas delegadas, hierarquia rígida, controle gerencial do processo de produção, desequilíbrio nas cargas de trabalho, separação entre concepção e execução, levando à desmotivação e alienação do trabalhador.

Durante as visitas às clínicas estudadas, ficou evidente a divisão do trabalho da enfermagem, fato esse percebido principalmente porque a equipe é dividida de maneira que cada um exerça uma atividade. Por exemplo, existe o técnico de enfermagem responsável pela realização de todos os curativos da clínica. Essa divisão ficou bem evidenciada pela carga fatorial de maior peso no item “as tarefas são repetitivas”.

Essa modalidade de divisão de tarefas fragmenta e aumenta o ritmo de trabalho e dificulta a interação entre os sujeitos, impedindo também uma participação mais ativa e criativa do profissional até mesmo no desenvolvimento de procedimentos técnicos.

Resultado semelhante foi encontrado por Campos (2008) em pesquisa realizada com enfermeiros de terapia intensiva que apontou para esse fator uma avaliação também grave, tendo como itens de maior carga “existem fortes cobranças por resultados” e “as normas para execução das tarefas são rígidas”. Essa autora enfatiza que a organização do trabalho no rígido modelo taylorista coloca os profissionais em risco.

Esse mesmo entendimento apresenta Merlo et al (2003) quando infere que quanto maior a rigidez da organização do trabalho menor será o significado da tarefa, o que aumenta

consequentemente o sofrimento psíquico do profissional, em virtude de uma organização de trabalho que despersonaliza o profissional.

4.1.2 Condições de Trabalho

Analisando o fator Condições de Trabalho (Tabela 7), evidencia-se que esse item se situa na categoria grave. Apresentaram maiores cargas fatoriais os itens “Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários” (0,91) e “Existe muito barulho no ambiente de trabalho” (0,80).

Tabela 7: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Condições de Trabalho

CONDIÇÕES DE TRABALHO	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	
As condições de trabalho são precárias	2,8%	2,8%	18,3%	25,4%	40,8%	0,44
O ambiente físico é desconfortável	2,8%	15,5%	26,8%	11,3%	32,4%	0,65
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	4,2%	16,9%	28,2%	16,9%	43,7%	0,80
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	9,9%	4,2%	16,9%	18,3%	47,9%	0,77
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1,4%	7,0%	21,1%	19,7%	39,4%	0,68
O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	9,9%	5,6%	21,1%	21,1%	50,7%	0,80
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	2,8%	5,6%	18,3%	18,3%	45,1%	0,91
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,8%	15,5%	19,7%	16,9%	46,5%	0,78
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,8%	8,5%	15,5%	28,2%	40,8%	0,50
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,8%	15,5%	19,7%	16,9%	46,5%	0,78
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,8%	8,5%	15,5%	28,2%	40,8%	0,50

As condições de trabalho estão relacionadas com a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponíveis para sua execução. Na visão dos profissionais estudados, esses fatores não estão adequados para a realização das atividades nas clínicas cirúrgicas.

Verificamos, portanto, a ausência da ergonomia como atenuadora de riscos de adoecimento do trabalhador, tendo em vista que o objetivo da ergonomia é assegurar satisfação, bem-estar e segurança aos profissionais em relação ao trabalho, tarefas, equipamentos e ao ambiente de trabalho. A intervenção ergonômica pode ser realizada em diferentes fases do processo de trabalho, tanto no ambiente, como na organização laboral (ROYAS; MARZIALE, 2001).

A ergonomia nos traz que o ambiente de trabalho exerce sobre o trabalhador certo número de constrangimentos, exigindo gastos de naturezas diversas: físico, mental, emocional e afetivo, acarretando desgastes e custos para o indivíduo (MORAES; MONT'ALVÃO, 2009).

Trazendo as reflexões da ergonomia para a unidade onde foi realizada a pesquisa, verificamos que no que se refere à estrutura física as clínicas cirúrgicas apresentam certa divergência, tendo em vista que três das clínicas estudadas passaram por reforma recente e apresentam estrutura organizada e adequada aos padrões exigidos pela Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde, enquanto que as demais apresentam estruturas precárias e que desfavorecem o desenvolvimento do trabalho.

Por ser uma unidade governamental, onde os processos licitatórios burocratizam a aquisição de materiais e equipamentos, os profissionais em muitas ocasiões realizam procedimentos com materiais improvisados e equipamentos sucateados. Nos últimos anos houve grande preocupação com a substituição e aquisição de equipamentos, entretanto, a quantidade disponível ainda não é suficiente, não sendo capaz de garantir a execução coerente das tarefas. Podemos verificar esse fato pela alta carga fatorial descrita no item “os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários” (0,91).

O segundo item a ser discutido relaciona-se ao ruído. O ruído é definido como um som indesejável e descrito como fenômeno físico, quando em níveis elevados ou acima do estipulado para o ambiente, produz efeitos auditivos negativos ao organismo (COSTA, 2011).

Nos hospitais, o silêncio deveria ser prioridade, porém o que se observa é exatamente o contrário. O ruído prevalece e muitas vezes apresenta níveis nocivos à saúde (COSTA, 2011).

Segundo a NBR 10.152 para ambientes hospitalares o nível de ruído aceitável é de 35-40 decibéis (dB). Níveis superiores são considerados de desconforto psicológico, e quando acima de 65 decibéis (dB) podem implicar danos a saúde, dependendo do tempo de exposição (ABNT, 1987).

Costa (2011) refere que o ruído encontrado nas unidades hospitalares é resultante da conversa entre os membros da equipe, pacientes, da circulação da equipe multidisciplinar e de equipamentos. Percebeu-se nas clínicas cirúrgicas que no turno matutino existe um grande número de pessoas que circulam pelos corredores, tanto profissionais quanto acadêmicos de vários cursos da área da saúde, tendo em vista que o HBAP é um hospital escola. Essa grande circulação de pessoas pode elevar significativamente os níveis de ruído nas clínicas estudadas.

Estudo realizado por Otenio, Cremer e Claro (2007) para avaliar níveis de ruído nos diversos ambientes de um hospital de 222 leitos no Estado do Paraná mostrou uma média total de 63,7 (dB), excedendo, portanto, os valores recomendados pela Associação Brasileira de Normas Técnicas.

Diversos autores afirmam que nas unidades hospitalares, os setores que apresentam maiores intensidades de ruídos são as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) onde normalmente os níveis ultrapassam os limites aceitáveis (MACEDO et al, 2009; MUNIZ; STOPPA, 2009; ZAMBERLAN, 2008). Provavelmente a preferência por esse setor se dá em virtude da tecnologia avançada com a qual são equipadas e que geram ruídos provenientes principalmente dos alarmes sonoros.

Contudo, Muniz e Stoppa (2009) apontam que o ruído mais significativo é produzido pelos próprios funcionários, principalmente pela equipe de enfermagem. No presente estudo constatamos que mesmo nas clínicas cirúrgicas, onde não existe um aparato tecnológico como em Unidades de Terapia Intensiva, os profissionais relatam o desconforto pela intensidade de ruídos provocados provavelmente pela própria equipe.

As cargas fatorias demonstradas nesse item nos mostram que as condições de trabalho se mostram insatisfatórias e podem contribuir para o adoecimento da equipe de enfermagem.

4.1.3 Relações socioprofissionais

Analisando o fator Relações socioprofissionais, ficou evidente que esse item se situa na categoria de crítico a grave. Apresentaram maiores cargas fatorias os itens “Existem disputas

profissionais no local de trabalho” (0,86) e “A distribuição das tarefas é injusta” (0,76), conforme mostrado na tabela 8. As relações socioprofissionais são conceituadas como os modos de gestão do trabalho e comunicação e interação profissional.

Apesar das cargas fatorias desse item serem mais baixas do que a organização e condições de trabalho e os itens “Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional”, “As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso”, “Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados” serem avaliados de forma satisfatória, fica evidente que existem sim dificuldades nas relações de trabalho, principalmente no que se refere às disputas profissionais.

Tabela 8: Distribuição das frequências relativas e cargas fatorias do item Relações socioprofissionais.

RELAÇÕES SOCIOPROFISSIONAIS	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	
As tarefas não estão claramente definidas	5,6%	22,5%	36,6%	9,9%	16,9%	0,74
A autonomia é inexistente	14,1%	14,1%	23,9%	9,9%	25,4%	0,76
A distribuição das tarefas é injusta	7,0%	14,1%	62,0%	7,0%	7,0%	0,76
Os funcionários são excluídos das decisões	8,5%	12,7%	21,1%	25,4%	29,6%	0,62
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	8,5%	9,9%	45,1%	11,3%	23,9%	0,50
Existem disputas profissionais no local de trabalho	14,1%	18,3%	23,9%	23,9%	19,7%	0,86
Falta integração no ambiente de trabalho	8,5%	15,5%	33,8%	26,8%	12,7%	0,75
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	7,0%	23,9%	38,0%	12,7%	18,3%	0,75
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	5,6%	8,5%	38,0%	18,3%	28,2%	0,51
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	7,0%	15,5%	53,5%	11,3%	5,6%	0,51

Mendes (2007) afirma que não é possível estabelecer relações socioprofissionais sem conflitos e que o foco deve ser estabelecido na perspectiva construtiva dos conflitos, interpretando que as relações de trabalho não devem ser motivo de insatisfação e sofrimento. Infere também que o grande desafio é como desenvolver positivamente essas relações na prática profissional.

Freitas (2006), em um estudo com professores de ambientes virtuais, identificou avaliação moderada na dimensão socioprofissional. Campos (2008) e Rego et al (2007), que também utilizaram o ITRA em pesquisa realizada com digitadores terceirizados de uma instituição bancária, e com enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva, respectivamente, obtiveram resultados semelhantes a Freitas (2006), mesmo em ambientes bastante distintos.

Quando analisado o item “Organização do trabalho”, ficou evidente que nas clínicas cirúrgicas estudadas existe o predomínio do trabalho fragmentado e no modelo taylorista. Dejours (1992) afirma que a organização do trabalho nos moldes Taylor-fordista estimula os trabalhadores a uma disputa profissional por se confrontarem individualmente com as cobranças de produtividade, fato que foi constatado no presente estudo com a presença de cargas fatorias significativas nos fatores avaliados.

Após discussão sobre os três itens que compõem o contexto de trabalho, ficou evidenciado o risco de adoecimento da equipe de enfermagem, sendo a Organização do trabalho a dimensão que mais colabora para aumentar esse risco, comprovando que as instituições que mantêm padrões rígidos tayloristas podem afetar a saúde do profissional. E que as unidades hospitalares, apesar de trabalharem com o ideal de humanização, apresentam uma organização do trabalho pouco humanizada, colaborando para a precarização do trabalho da equipe de enfermagem.

4.2 CUSTO HUMANO DO TRABALHO

O custo humano no trabalho é avaliado pela Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), composta pelos fatores: custo físico, custo cognitivo e custo afetivo, que verificam as exigências provocadas pelo contexto do trabalho.

4.2.1 Custo Físico

Analisando o fator Custo Físico, verificou-se que esse item se situa na categoria grave. Aponta que o profissional está exposto a um custo humano alto, que favorece gravemente o adoecimento. Apresentaram maiores cargas fatorias os itens “Usar as pernas de forma contínua” (0,88) e “Caminhar” (0,83), conforme mostrado na tabela 9.

O Custo Físico é definido como dispêndio fisiológico e biomecânico, imposto ao trabalhador pelas características do contexto de produção. Está demonstrado sob a forma de posturas, gestos, deslocamentos e emprego de força física.

O trabalho realizado pela equipe de enfermagem das clínicas estudadas requer grande dispêndio biomecânico, em função da característica da clientela atendida. Nos estágios pré e pós-operatório esses pacientes necessitam da realização de exames, tendo, portanto que serem deslocados para os setores correspondentes. O envio para o centro cirúrgico, as transferências de maca para cama, cuidados com higiene, movimentação do paciente no leito, realização de curativos, preparo e administração de medicamentos, exame físico e vários outros procedimentos são de responsabilidade da equipe de enfermagem e podem levar o profissional a distúrbios musculoesqueléticos.

Tabela 9: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Custo Físico.

CUSTO FÍSICO	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	
Usar a força física	8,5%	4,2%	8,5%	23,9%	53,5%	0,59
Usar os braços de forma contínua	5,6%	2,8%	14,1%	18,3%	57,7%	0,79
Ficar em posição curvada	8,5%	9,9%	19,7%	25,4%	33,8%	0,74
Caminhar	7,0%	1,4%	7,0%	23,9%	59,2%	0,83
Ser obrigado a ficar de pé	7,0%	7,0%	19,7%	23,9%	38,0%	0,74
Ter que manusear objetos pesados	8,5%	12,7%	11,3%	26,8%	38,0%	0,77
Fazer esforço físico	5,6%	2,8%	16,9%	19,7%	53,5%	0,87
Usar as pernas de forma contínua	5,6%	9,9%	4,2%	18,3%	56,3%	0,88
Usar as mãos de forma repetida	4,2%	8,5%	4,2%	22,5%	57,7%	0,81
Subir e descer escadas	53,5%	25,4%	12,7%	2,8%	4,2%	0,46

Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem tem sido a mais afetada pelo distúrbio musculoesquelético, apresentando prevalências superiores a 80% de ocorrência desses distúrbios em vários países. O Brasil apresenta prevalências entre 43 a 93% (MAGNAGO; LISBOA; MOREIRA, 2007).

Os fatores de risco relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos dizem respeito a organização do trabalho, fatores ambientais e possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos, por exemplo: posturas inadequadas, força excessiva para realizar determinadas tarefas e repetitividade de movimentos (MAURO; CUPELLO; MAURO, 2003).

Estudo realizado por Guedes et al (2005) com 42 trabalhadores de enfermagem atuantes em clínica cirúrgica de urologia e ortopedia mostra que 50% dos profissionais apresentam distúrbios musculoesqueléticos, contudo, não percebem os riscos de natureza ergonômica existentes no ambiente de trabalho.

Campos (2008), em sua avaliação do custo físico através do ITRA, constatou resultado semelhante a este estudo, em que os enfermeiros de UTI apresentam o fator com percepção negativa, grave. Entretanto, o item com maior carga fatorial foi “Usar as mãos de forma repetida”. Enquanto que no estudo de Araújo (2008) o item com maior valoração foi semelhante ao do presente trabalho, em que profissionais técnicos de enfermagem percebem o item “Usar as pernas de forma contínua” como de maior carga fatorial. Freitas (2006) também constatou que o custo físico apresenta-se de maneira mais acentuada para os professores de ambientes virtuais.

O item de menor carga fatorial apresentado nesse estudo foi “Subir e descer escadas” (0,46) que é justificado em virtude do HBAP apresentar apenas um piso térreo, entretanto os corredores são longos e demandam deslocamentos constantes dentro do próprio setor e entre setores.

4.2.2 Custo Cognitivo

Analisando o fator Custo Cognitivo, verificou-se que esse item se situa na categoria moderada a grave, indicando o favorecimento ao adoecimento. Os itens valorados pelos profissionais foram “Usar a memória” (0,79) e “Fazer esforço mental” (0,74), conforme mostrado na tabela 10.

Tabela 10: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Custo Cognitivo.

CUSTO COGNITIVO	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	
Desenvolver macetes	25,4%	14,1%	25,4%	14,1%	16,9%	0,64
Ter que resolver problemas	12,7%	15,5%	25,4%	19,7%	22,5%	0,53
Ser obrigado a lidar com imprevistos	7,0%	8,5%	23,9%	25,4%	29,6%	0,54
Fazer previsão de acontecimentos	25,4%	4,2%	33,8%	21,1%	14,1%	0,59
Usar a visão de forma contínua	9,9%	9,9%	15,5%	29,6%	33,8%	0,52
Usar a memória	5,6%	7,0%	11,3%	33,8%	40,8%	0,79
Ter desafios intelectuais	16,9%	16,9%	16,9%	23,9%	21,1%	0,65
Fazer esforço mental	18,3%	5,6%	21,1%	25,4%	28,2%	0,74
Ter concentração mental	8,5%	5,6%	21,1%	26,8%	33,8%	0,53
Usar a criatividade	5,6%	7,0%	18,3%	28,2%	36,6%	0,62

Resultado semelhante obteve Veras (2006) no estudo sobre avaliação do custo humano do trabalho em Serviço de Teleatendimento, onde o Custo cognitivo se destacou por apresentar o aspecto altamente exigido.

O Custo Cognitivo está relacionado com o dispêndio intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho.

A internação nas clínicas cirúrgicas de pacientes em pós-operatórios requer vigilância contínua, com monitoramento constante de sinais vitais, detecção e prevenção da instalação de complicações, alívio da dor e restabelecimento do equilíbrio fisiológico do paciente. Essas ações exigem um planejamento mental com diversos ajustes a todo tempo, exigindo o uso das funções cognitivas, como a memória, demandando esforço mental com o uso contínuo da atenção e importante dispêndio cognitivo.

Esse dispêndio torna-se ainda maior quando relacionado ao enfermeiro, que é responsável pela coordenação, supervisão e organização da equipe de enfermagem. O enfermeiro exerce nas unidades funções administrativas, assistenciais e de ensino. Comumente, as ações administrativas se sobrepõem às assistenciais.

Galvão, Trevisan e Sawada (1998) colocam que o enfermeiro por vezes tem que solucionar também problemas de outros profissionais e responder às expectativas da instituição hospitalar, distanciando-se da concretização dos objetivos de seu próprio serviço.

O enfermeiro solicita constantemente o resgate de informações de sua memória para que possa tomar decisões e transmitir segurança a toda a equipe. A preocupação com os riscos de instalação de complicações no pós-operatório requer dados de diversas naturezas, desde informações teóricas sobre a patologia, histórico do paciente, farmacologia, sistematização da assistência de enfermagem embasada no olhar crítico, holístico e humanizado.

4.2.3 Custo Afetivo

No fator Custo Afetivo, verificou-se que esse item também se situa na categoria grave, assim como o custo físico. Os itens percebidos pelos profissionais com maior carga fatorial foram “Ter controle das emoções” (0,82) e “Ser obrigado a ter bom humor” (0,80), conforme mostrado na Tabela 11.

O Custo Afetivo está relacionado com o dispêndio emocional, sob a forma de reações afetivas, sentimentos e estados de humor.

Tabela 11: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Custo Afetivo.

CUSTO AFETIVO	Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	
Ter controle das emoções	15,5%	19,7%	19,7%	26,8%	18,3%	0,82
Ter que lidar com ordens contraditórias	8,5%	14,1%	33,8%	29,6%	12,7%	0,77
Ter custo emocional	19,7%	9,9%	28,2%	22,5%	12,7%	0,65
Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros	11,3%	7,0%	22,5%	26,8%	28,2%	0,73
Disfarçar os sentimentos	19,7%	15,5%	22,5%	21,1%	18,3%	0,53
Ser obrigado a elogiar as pessoas	62,0%	9,9%	18,3%	4,2%	2,8%	0,57
Ser obrigado a ter bom humor	38,0%	11,3%	16,9%	23,9%	8,5%	0,80
Ser obrigado a cuidar da aparência física	25,4%	29,6%	21,1%	14,1%	7,0%	0,69
Ser bonzinho com os outros	33,8%	19,7%	14,1%	14,1%	12,7%	0,72
Transgredir valores éticos	40,8%	11,3%	18,3%	14,1%	9,9%	0,70
Ser submetido a constrangimentos	42,3%	15,5%	15,5%	9,9%	11,3%	0,46
Ser obrigado a sorrir	62,0%	15,5%	7,0%	9,9%	2,8%	0,71

O estudo de Araújo (2008), com técnicos de enfermagem de um hospital-escola, demonstrou que o custo afetivo apresenta um estado crítico e deve tornar-se uma preocupação para os gestores, podendo ser reflexo da organização de trabalho precária. Apresentou valoração por parte dos profissionais dos itens “Ter controle das emoções” e “Ter custo emocional”. Sendo o item “ter controle das emoções” semelhante ao estudo atual.

O controle emocional é a habilidade de lidar com os próprios sentimentos, adaptando-se às situações. A emoção é um assunto de prioridade da psicologia e é considerada como realidade psicobiológica. Não é fácil conceituá-la, pois sua existência é inferida através do comportamento (ANDRADE; CAPOCCI, 2004).

As emoções vivenciadas pelos profissionais de enfermagem em muitos momentos geram sentimentos de impotência, principalmente diante das situações de perda, obrigando o profissional a uma postura sem envolvimento e controle das emoções.

Em estudos semelhantes realizados através do ITRA quanto ao Custo Humano do Trabalho, Freitas (2006) afirma que para os professores de ambientes virtuais a maior carga está relacionada ao custo físico, em virtude da intensa comunicação escrita e a impossibilidade dos equipamentos eletrônicos darem conta das necessidades dos professores.

Para Campos (2008) e Ferreira e Mendes (2003), o custo cognitivo foi o mais valorado pelos auditores fiscais da Previdência Social Brasileira e enfermeiros de unidade de terapia intensiva, respectivamente.

Nenhum dos estudos descritos apresentou a valoração do item “Ser obrigado a ter bom humor”. Acreditamos que a presença do item nesse estudo está relacionada diretamente à necessidade dos profissionais estudados em se apresentarem para pacientes e demais membros da equipe de forma receptiva.

Após discussão dos três fatores do Custo Humano do Trabalho inferimos que os profissionais das clínicas cirúrgicas do HBAP estão expostos ao risco grave de adoecimento, considerando que todos os fatores apresentaram carga fatorial acima de 0,77.

4.3 PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO

O prazer e o sofrimento no trabalho são avaliados pela Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), que é composta por 04 (quatro) fatores, 02 (dois) para

avaliar o prazer: realização profissional e liberdade de expressão, e 02 (dois) para avaliar o sofrimento: falta de reconhecimento e esgotamento profissional.

Essa escala deve ser analisada de maneira diferente das outras, conforme já descrito na metodologia, tendo em vista que serão avaliados itens positivos nos fatores relacionados ao prazer e negativos para avaliar o sofrimento.

Segundo Mendes (2003), o prazer é vivenciado pelos trabalhadores em situações que favorecem o reconhecimento e a valorização pela realização de tarefas. O sofrimento, por sua vez, está diretamente relacionado a rigidez organizacional, burocratização das atividades, padronização das tarefas, subutilização do potencial e criatividade do trabalhador, impossibilidade de participar das decisões e não reconhecimento.

4.3.1 Realização Profissional

A Realização Profissional está relacionada com a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho realizado. Analisando esse fator, verificou-se que esse item se situa na avaliação mais positiva, satisfatória. Apresentaram maiores cargas fatoriais os itens “Reconhecimento” (0,84) e “Valorização” (0,83), mostrando-nos que itens importantes para vivências de prazer no trabalho foram bem avaliados (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Realização Profissional.

REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	%	%	
Satisfação	1,4%	7,0%	18,3%	16,9%	21,1%	12,7%	22,5%	0,54
Motivação	11,3%	15,5%	11,3%	16,9%	9,9%	18,3%	16,9%	0,64
Orgulho pelo que faço	1,4%	2,8%	2,8%	7,0%	5,6%	8,5%	71,8%	0,72
Bem-estar	1,4%	5,6%	5,6%	19,7%	18,3%	14,1%	33,8%	0,65
Realização profissional	7,0%	4,2%	7,0%	9,9%	11,3%	21,1%	36,6%	0,80
Valorização	21,1%	21,1%	15,5%	11,3%	9,9%	2,8%	14,1%	0,83
Reconhecimento	19,7%	26,8%	14,1%	14,1%	8,5%	5,6%	9,9%	0,84
Identificação com as minhas tarefas	4,2%	2,8%	4,2%	12,7%	7,0%	16,9%	50,7%	0,74
Certificação pessoal com as minhas atividades	7,0%	1,4%	7,0%	15,5%	7,0%	21,1%	36,6%	0,74

Os dados da tabela mostram que os profissionais de enfermagem sentem orgulho pelo que fazem e são realizados profissionalmente. Esse mesmo resultado obtiveram Campos (2008) e Freitas (2006).

Apesar de Prestes et al (2007) afirmarem que a realidade da profissão em diferentes contextos evidencia desafios ao longo do tempo como a falta de reconhecimento profissional, os profissionais pesquisados sentem-se reconhecidos e valorizados.

Entretanto, Araújo (2008) demonstrou resultados negativos para esse fator na avaliação dos técnicos de enfermagem que apresentaram carga negativa no item “Identificação com as minhas tarefas”.

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, e o reconhecimento é o sentimento de ser aceito e admirado no trabalho.

4.3.2 Liberdade de Expressão

Essa dimensão relaciona-se com a liberdade para pensar, organizar e falar sobre o trabalho. Os itens que apresentaram maior carga fatorial foram: “Cooperação entre os colegas” (0,86) e “Confiança entre os colegas” (0,85), conforme mostrado na Tabela 13. Pelas cargas fatoriais apresentadas percebe-se que esse é o fator que mais gera prazer na equipe de enfermagem estudada.

Tabela 13: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Liberdade de Expressão.

LIBERDADE DE EXPRESSÃO	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	%	%	
Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	8,5%	21,1%	23,9%	22,5%	8,5%	2,8%	12,7%	0,61
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	8,5%	7,0%	14,1%	9,9%	7,0%	11,3%	42,3%	0,69
Solidariedade entre os colegas	2,8%	7,0%	7,0%	18,3%	14,1%	8,5%	42,3%	0,69
Confiança entre os colegas	5,6%	7,0%	19,7%	19,7%	16,9%	7,0%	23,9%	0,85
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	8,5%	11,3%	14,1%	19,7%	8,5%	11,3%	26,8%	0,71
Liberdade para usar minha criatividade	7,0%	7,0%	16,9%	16,9%	11,3%	12,7%	28,2%	0,49
Liberdade para falar do meu trabalho com as chefias	18,3%	11,3%	14,1%	22,5%	12,7%	7,0%	14,1%	0,70
Cooperação entre os colegas	1,4%	2,8%	12,7%	15,5%	16,9%	11,3%	38,0%	0,86

Resultados semelhantes são apresentados por Araújo (2008) e Campos (2008). Já Freitas (2006) apresenta resultados que apontam para uma vivência de liberdade moderada no contexto de trabalho investigado.

O item cooperação entre os colegas demonstra que o coleguismo, a comunicação e o respeito entre os pares proporciona um ambiente favorável ao surgimento do prazer no trabalho.

Para Sznelwar e Uchida (2004) este item é primordial para a saúde do trabalhador nas relações profissionais, a construção da confiança e a criação de um coletivo de trabalho onde normas, regras e valores são construídos, permitindo um espaço de discussão que favorece o crescimento individual e coletivo.

Na avaliação das cargas fatoriais na sua totalidade percebe-se que a liberdade com a chefia para negociar o que precisa apresenta uma carga fatorial abaixo de 0,67, que é avaliada como grave. Entretanto o item liberdade para falar do trabalho com a chefia apresenta uma avaliação moderada, mostrando que não existe uniformidade na avaliação da relação entre profissionais e chefias.

4.3.3 Esgotamento Profissional

A partir de agora a reflexão se faz sobre o sofrimento no trabalho. O fator esgotamento profissional está relacionado com vivências de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho.

Os itens que apresentaram maior carga fatorial foram: “Insegurança” (0,86) e “Medo” (0,83). Isso evidencia uma avaliação mais negativa, grave, conforme mostrado na Tabela 14. Entretanto, obtivemos também nos itens “Esgotamento emocional” e “Estresse”, cargas fatoriais satisfatórias, o que se contrapõe aos estudos de Campos (2008) e Araújo (2008), que evidenciaram cargas fatoriais altas para esses itens.

Tabela 14: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Esgotamento Profissional.

ESGOTAMENTO PROFISSIONAL	nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	%	%	
Esgotamento emocional	5,6%	12,7%	9,9%	15,5%	12,7%	12,7%	26,8%	0,61
Estresse	8,5%	4,2%	8,5%	11,3%	14,1%	16,9%	35,2%	0,61
Insatisfação	7,0%	9,9%	11,3%	14,1%	11,3%	14,1%	31,0%	0,81
Sobrecarga	4,2%	4,2%	2,8%	11,3%	12,7%	21,1%	42,3%	0,68
Frustração	11,3%	8,5%	11,3%	18,3%	8,5%	15,5%	26,8%	0,62
Insegurança	19,7%	15,5%	21,1%	8,5%	9,9%	9,9%	14,1%	0,86
Medo	26,8%	23,9%	18,3%	5,6%	5,6%	7,0%	9,9%	0,83

Interessante analisar que apesar de vários autores relatarem que o estresse está presente no dia a dia da equipe de enfermagem, esse item não foi preponderante nesta avaliação.

O medo e a insegurança são amplamente discutidos nas pesquisas que envolvem a psicodinâmica do trabalho e Dejours (1999) coloca que o medo está relacionado com a possibilidade de demissão, entretanto, por ser o HBAP uma instituição governamental, dificilmente esse fator estaria relacionado a essa possibilidade.

Pode-se, portanto, relacionar a insegurança e o medo ao tipo de assistência requerida pelos pacientes internados nas clínicas cirúrgicas, principalmente no período pós-operatório, em que o risco de instabilidade fisiológica pode ocorrer.

Não podemos deixar de levar em consideração que a enfermagem é uma profissão que oferece diversos riscos físicos, químicos e ergonômicos aos profissionais. Subtende-se que quanto maior o risco a que estão expostos, maior será o medo de sofrerem alguma injúria.

4.3.4 Falta de Reconhecimento

O fator “Falta de Reconhecimento” também avalia sofrimento e está relacionado com vivências de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do seu trabalho.

Os itens que apresentaram maior carga fatorial foram: “Desqualificação” (0,86) e “Falta de reconhecimento pelo meu esforço” (0,85), o que nos mostra uma avaliação mais negativa, grave, conforme mostra a tabela 15.

Tabela 15: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Falta de Reconhecimento.

FALTA DE RECONHECIMENTO	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	%	%	
Falta de reconhecimento do meu esforço	9,9%	9,9%	12,7%	23,9%	5,6%	15,5%	22,5%	0,85
Falta de reconhecimento do meu desempenho	9,9%	12,7%	5,6%	23,9%	11,3%	12,7%	21,1%	0,81
Desvalorização	11,3%	14,1%	12,7%	11,3%	9,9%	9,9%	26,8%	0,63
Indignação	9,9%	16,9%	11,3%	14,1%	12,7%	8,5%	22,5%	0,71
Inutilidade	33,8%	25,4%	12,7%	11,3%	4,2%	4,2%	7,0%	0,80
Desqualificação	33,8%	23,9%	15,5%	11,3%	5,6%	2,8%	7,0%	0,86
Injustiça	16,9%	14,1%	11,3%	14,1%	8,5%	8,5%	23,9%	0,47
Discriminação	28,2%	25,4%	14,1%	12,7%	5,6%	4,2%	8,5%	0,59

No estudo realizado por Araújo (2008) o item de menor valoração foi justamente a desqualificação. Apresentamos resultado equivalente a Campos (2008) no item “falta de reconhecimento pelo meu esforço”.

Dejours (1999) e Merlo (2003) relatam que o reconhecimento possibilita que o sofrimento no trabalho se transforme em prazer e realização.

Em pesquisas realizadas por Antloga (2003) e Morrone (2001) evidenciou-se que as vivências de sofrimento estão relacionadas com a falta de reconhecimento por parte das chefias e pelo medo de não atender as exigências impostas pelos chefes.

Sabemos que historicamente a enfermagem sofre com a falta de reconhecimento, apesar de ser o profissional que tem um alto nível de responsabilidade, transcendendo as horas normais de trabalho, que assume responsabilidades de outros e leva preocupações para casa. Está, portanto, implícita em tudo isso a questão afetiva que atravessa o trabalho na

enfermagem, e pode trazer efeitos nocivos para sua própria saúde (TRAESEL; MERLO, 2009).

Beck (2001) coloca que a enfermagem precisa desprender-se do perfil e do apego à profissão-missão, o que propiciaria um caminho para desalienação rumo à conquista de direitos e reconhecimento profissional.

Analisando os fatores demonstrados pela EIPST, verificamos que os profissionais da equipe de enfermagem vivenciam estados de prazer e sofrimento no trabalho, indicando que esses profissionais não estão sendo atendidos em suas necessidades profissionais.

4.4 DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO

Os danos relacionados ao trabalho são avaliados pela Escala de Avaliação de Danos relacionados ao Trabalho (EADRT), que é composta por 03 (três) fatores: danos físicos, danos psicológicos e danos sociais. Essa escala relata situações graves relacionadas à saúde.

4.4.1 Danos Físicos

O fator danos físicos está relacionado a dores no corpo e distúrbios biológicos causados pelo trabalho.

Os itens apresentados com maior carga fatorial foram: “Alterações do apetite” (0,78) e “Distúrbios circulatórios” (0,75), que nos mostra uma avaliação moderada para frequente, grave, demonstrado na tabela 16.

Tabela 16: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Danos Físicos.

DANOS FÍSICOS	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	%	%	
Dores no corpo	5,6%	4,2%	5,6%	8,5%	9,9%	5,6%	57,7%	0,74
Dores nos braços	7,0%	8,5%	12,7%	5,6%	11,3%	14,1%	38,0%	0,74
Dor de cabeça	5,6%	14,1%	14,1%	14,1%	11,3%	8,5%	31,0%	0,67
Distúrbios respiratórios	33,8%	22,5%	15,5%	4,2%	7,0%	1,4%	12,7%	0,46
Distúrbios digestivos	16,9%	14,1%	14,1%	16,9%	5,6%	8,5%	23,9%	0,52
Dores nas costas	8,5%	4,2%	8,5%	8,5%	11,3%	8,5%	47,9%	0,75
Distúrbios auditivos	43,7%	21,1%	12,7%	5,6%	5,6%	2,8%	5,6%	0,59
Alterações do apetite	25,4%	11,3%	9,9%	11,3%	8,5%	7,0%	25,4%	0,79
Distúrbios na visão	39,4%	18,3%	9,9%	1,4%	8,5%	4,2%	16,9%	0,65
Alterações no sono	15,5%	4,2%	2,8%	12,7%	8,5%	8,5%	46,5%	0,66
Dores nas pernas	7,0%	1,4%	4,2%	2,8%	12,7%	9,9%	60,6%	0,55
Distúrbios circulatórios	25,4%	8,5%	9,9%	11,3%	5,6%	4,2%	32,4%	0,75

Esses resultados corroboram com os achados do fator “Custos físicos” demonstrados na tabela 9 e são ocasionados pelas exigências do trabalho. Outras variáveis também foram identificadas como danos físicos graves nesses profissionais, como: dores no corpo, dores no braço e dores nas costas. Esses dados indicam que o trabalho exercido pela equipe de enfermagem que atua nas clínicas cirúrgicas gera desgastes físicos intensos.

Como já foi dito anteriormente, os distúrbios musculoesqueléticos afetam significativamente os profissionais da enfermagem. De uma maneira geral, as dores apontam para um estado grave e indicam o acúmulo de sintomas que afetam esses profissionais, e dependendo da intensidade das dores, pode haver evolução de adoecimentos constantes.

Durante as visitas às clínicas para os estudos, percebeu-se que a maior parte das atividades exercidas é realizada com o profissional em pé e muitas vezes com posturas inadequadas. O posicionamento de pé por grandes períodos pode ser o fator desencadeador dos distúrbios circulatórios apresentados pelos profissionais.

A organização do trabalho (jornada aumentada, ritmo de trabalho excessivo, quantitativo de pessoal insuficiente), fatores ambientais (mobiliário inadequado, condições físicas desfavoráveis, pouca iluminação), sobrecargas de segmentos corporais, movimentos repetitivos e posturas inadequadas são considerados fatores de risco para os distúrbios musculoesqueléticos (MAURO; CUPELLO; MAURO, 2003). Mais uma vez evidenciando os resultados encontrados na tabela 6 que avaliou a organização do trabalho.

A alteração no apetite, que apresentou a maior carga fatorial, normalmente é relatada por profissionais que trabalham em plantões. Sendo a pesquisadora conhecedora do tipo de alimentação que é ofertado aos profissionais na instituição estudada, estima-se que as alterações no apetite possam ocorrer em virtude da falta de diversificação nas refeições, nas quais prevalece a oferta de carboidratos e gorduras, como também pela chegada dos pacientes oriundos do centro cirúrgico, que se dá em horários próximos às duas refeições principais, o que contribui para o adiamento das refeições.

Murofuso e Marsiale (2001) afirmam que os profissionais estão cientes dos fatores de risco a que estão expostos, contudo ainda existe a negação da relação existente entre a patologia e a atividade realizada pelo trabalhador. Barros e Mendes (2003) inferem que o trabalhador utiliza-se de estratégias de mediação com o intuito de atender as demandas da empresa, mantendo assim sua empregabilidade e integridade física e psíquica.

4.4.2 Danos Psicológicos e sociais

Esses dois fatores serão avaliados em conjunto, tendo em vista a semelhança dos assuntos abordados.

O fator danos psicológicos está relacionado com sentimentos negativos em relação a si e a vida em geral. Os itens apresentados com maior carga fatorial foram: “Sensação de abandono” (0,81) e “Solidão e tristeza” (0,76). A sensação de abandono nos mostra uma carga fatorial mais negativa e que sugere presença de doença ocupacional. Já os itens solidão e tristeza nos trazem uma carga fatorial com avaliação moderada para frequente, considerada grave.

Tabela 17: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Danos Psicológicos.

DANOS PSICOLÓGICOS	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	%	%	
Amargura	46,5%	26,8%	9,9%	11,3%	2,8%	1,4%	0,0%	0,42
Sensação de vazio	39,4%	26,8%	12,7%	7,0%	7,0%	2,8%	2,8%	0,65
Sentimento de desamparo	39,4%	22,5%	11,3%	9,9%	2,8%	2,8%	9,9%	0,53
Mau-humor	35,2%	22,5%	11,3%	18,3%	2,8%	2,8%	5,6%	0,60
Vontade de desistir de tudo	39,4%	32,4%	5,6%	7,0%	2,8%	2,8%	8,5%	0,71
Tristeza	29,6%	21,1%	18,3%	8,5%	7,0%	5,6%	7,0%	0,81
Irritação com tudo	35,2%	25,4%	8,5%	8,5%	4,2%	5,6%	9,9%	0,78
Sensação de abandono	36,6%	25,4%	9,9%	12,7%	1,4%	4,2%	7,0%	0,81
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	43,7%	35,2%	8,5%	5,6%	1,4%	0,0%	2,8%	0,65
Solidão	39,4%	29,6%	9,9%	5,6%	2,8%	7,0%	2,8%	0,76

De maneira geral, os itens avaliados nesse fator mostram cargas fatoriais preocupantes, exceto pelo item “amargura”, que tem carga menor que 0,58.

A presença desses itens com cargas fatoriais com níveis muito altos indica que o trabalho realizado pelos profissionais estudados causa desgastes que provocam alterações emocionais. São sentimentos que provavelmente ocorrem porque constantemente esses

trabalhadores estão expostos a vivências negativas e desgastantes, que decorrem do enfrentamento de situações de sofrimento durante a execução de sua tarefa (ARAÚJO, 2008).

O fator danos sociais está relacionado com isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais. Os itens apresentados com maior carga fatorial foram: “Dificuldade com os amigos” (0,90) e “Conflitos nas relações familiares” (0,83), mostrados na tabela 18. Esses itens apresentam avaliação que sugerem presença de doenças. Agressividade com os outros, impaciência com as pessoas em geral e dificuldades nas relações de trabalho apresentam avaliação de moderada a grave. O que sugere que esses profissionais apresentam dificuldades nas relações sociais.

Tabela 18: Distribuição das frequências relativas e cargas fatoriais do item Danos Sociais.

DANOS SOCIAIS	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	CARGA FATORIAL
	%	%	%	%	%	%	%	
Insensibilidade em relação aos colegas	25,4%	14,1%	12,7%	23,9%	11,3%	2,8%	7,0%	0,44
Dificuldades nas relações fora do trabalho	40,8%	22,5%	9,9%	5,6%	11,3%	0,0%	7,0%	0,67
Vontade de ficar sozinho	28,2%	18,3%	9,9%	11,3%	7,0%	5,6%	16,9%	0,46
Conflitos nas relações familiares	31,0%	25,4%	14,1%	5,6%	8,5%	2,8%	11,3%	0,83
Agressividade com os outros	46,5%	26,8%	7,0%	7,0%	5,6%	0,0%	5,6%	0,79
Dificuldades com os amigos	39,4%	31,0%	12,7%	2,8%	4,2%	7,0%	1,4%	0,90
Impaciência com as pessoas em geral	31,0%	22,5%	14,1%	11,3%	8,5%	1,4%	8,5%	0,74

Os dados aqui demonstrados divergem significativamente dos encontrados por Campos (2008) e Freitas (2006), em que os profissionais felizmente são avaliados de forma satisfatória.

A avaliação dos danos relacionados ao trabalho mostra-se preocupante, pois apresenta cargas fatoriais significativas que sugerem a presença de doenças ocupacionais nos profissionais estudados, do ponto de vista físico, psicológico e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desse estudo, fundamentado na abordagem teórica da Psicodinâmica do Trabalho, permitiu a investigação sobre os riscos de adoecimento dos profissionais de enfermagem que atuam nas Clínicas Cirúrgicas do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, com base no Contexto de Trabalho, Custo Humano no Trabalho, Prazer e Sofrimento no Trabalho e os Danos Relacionados ao Trabalho.

Importante esclarecer que pelo fato do ITRA ser longo, vários participantes alegaram que era cansativo respondê-lo. Nas escalas EIPST e EADRT a queixa foi relacionada ao fato do participante ter que recordar de fatos acontecidos nos últimos seis meses e muitos alegaram não se lembrar com precisão o quantitativo exato. Devemos então atentar para possíveis vieses de atenção e memória em função dos dois fatos relatados.

Apesar do exposto, o estudo permitiu identificar riscos de adoecimento na equipe de enfermagem, bem como a presença de sofrimento patogênico e doença ocupacional quando analisados os fatores físicos e psíquicos.

As literaturas utilizadas, bem como as perspectivas teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, permitem o alcance das conclusões que serão apresentadas a seguir.

Os dados sociodemográficos mostram que a equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas é predominantemente feminina, com média de idade de 40,8 anos. Mais da metade da amostra é casada e o tempo médio de trabalho é de 5,4 anos. Apresentam renda salarial baixa e a grande maioria tem de dois a três dependentes financeiros, sendo os filhos os principais representantes dessa dependência.

A média de idade apresentada nos mostra que é um grupo economicamente ativo, cuja faixa etária exige uma avaliação sistemática e contínua e um programa de controle da saúde e da qualidade de vida, em função da perspectiva de um potencial produtivo em longo prazo.

Ficou evidente que a equipe possui mais de um vínculo empregatício, com cumprimento de carga horária semanal que ultrapassa 40 horas. Esse fato se justifica pelos baixos rendimentos salariais que levam os profissionais ao enfrentamento de dupla jornada de trabalho para garantir o sustento da família. Com carga horária extensa, a atenção no trabalho fica comprometida e leva o profissional a fortes pressões físico-emocionais.

Na análise do contexto de trabalho desses profissionais, ficou constatada a forte presença do modelo taylorista, com fragmentação e rigidez do trabalho. Dos três fatores avaliados, todos apresentaram uma percepção negativa da equipe, sendo considerados como graves, segundo os escores estabelecidos.

Percebe-se uma organização do trabalho deficiente e condições de trabalho insatisfatórias. Consequentemente, as relações interpessoais ficam afetadas, o que compromete a qualidade da assistência. A partir desses dados reforça-se a necessidade de mais estudos desenvolvidos pelas próprias instituições que empregam esses profissionais, a fim de prover melhorias nos postos de trabalho de seus trabalhadores, assim como uma reorganização do trabalho como um todo, com a participação dos próprios funcionários.

No que se refere ao custo humano do trabalho, a equipe estudada percebe que há um custo humano negativo nas três dimensões: física, cognitiva e afetiva. O dispêndio fisiológico e biomecânico é evidenciado principalmente pelos distúrbios musculoesqueléticos, em decorrência das características da unidade, bem como das peculiaridades da organização de trabalho imposta aos trabalhadores.

O dispêndio intelectual foi demonstrado pela necessidade de utilização da memória e grande esforço mental, com o uso contínuo da atenção. Essa exigência se origina da natureza complexa das atividades e do grande número de informações com as quais esses profissionais são obrigados a lidar. Associado a isso, evidenciaram-se mecanismos de defesa mobilizados para controlar as emoções frente ao processo de trabalho vivenciado.

A equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas experimenta concomitantemente sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho. O prazer ficou evidenciado pela manifestação de realização profissional e liberdade de expressão. Os profissionais sentem-se reconhecidos e valorizados. A realização revela o orgulho que sentem pela atividade que exercem. E a liberdade se concretiza pela confiança e cooperação entre os pares.

O sofrimento advém do esgotamento profissional e falta de reconhecimento. O esgotamento profissional seria uma das vias dos sentimentos de medo e de insegurança no atendimento ao paciente cirúrgico e a falta de reconhecimento relaciona-se com a falta de reconhecimento pelo meu esforço e desqualificação.

Pelas três avaliações acima: controle emocional, prazer e sofrimento, evidencia-se que esses profissionais se utilizam de estratégias operatórias e defensivas na tentativa de transformar o sofrimento em prazer. Entretanto, essas estratégias não foram foco de avaliação nesse estudo.

A equipe está exposta a riscos de adoecimento físico, psicológico e social, sendo preocupantes as cargas fatorias relacionadas aos danos psicológicos e sociais que sugerem a presença de doenças ocupacionais. A doença pode estar instalada, mas ainda é imperceptível ao profissional, assim como a relação existente entre o seu contexto de trabalho e a exposição aos riscos.

Foram encontrados indicadores de adoecimento nesse estudo evidenciados principalmente pela rigidez na organização do trabalho. Espera-se que a instituição em questão, com base nos resultados encontrados, se sensibilize para atenção à saúde dos profissionais que atuam nas clínicas cirúrgicas e também nos outros setores de maneira geral. Como é uma instituição governamental, algumas características da administração e organização do trabalho podem ser avaliadas e modificadas, tendo em vista que não se trata de uma instituição que objetive lucros.

Os resultados desse estudo contribuem para o avanço das investigações relacionadas aos riscos de adoecimento dos profissionais de enfermagem visando a uma melhor compreensão da subjetividade impressa no trabalho dessa equipe. Afirma-se então a importância de se analisar a natureza psicossocial do trabalho e a possibilidade da elaboração de políticas públicas de segurança e saúde no trabalho que não se limitem apenas às questões físicas e do ambiente de trabalho.

Um dos limites desse estudo diz respeito ao fato do ITRA avaliar apenas os riscos de adoecer relacionados às diversas dimensões do trabalho e não permitir uma análise mais profunda das influências do trabalho na saúde do trabalhador e a avaliação de estratégias de mediação utilizadas pelos profissionais, evidenciando a necessidade de novos estudos com a associação de métodos qualitativos que permitam ao profissional a manifestação de suas vivências e experiências.

Outro limite diz respeito à escassez de estudos com os profissionais de enfermagem utilizando o ITRA, dificultando a comparação dos resultados com outras investigações realizadas. Portanto, utilizou-se de estudos realizados com outras categorias para enriquecimento das discussões.

Recomenda-se a implantação de um programa de acompanhamento individual com atenção biopsicossocial na tentativa de sensibilizar o profissional sobre os riscos ocupacionais e o estabelecimento de medidas de prevenção e controle dos riscos.

A partir dos resultados conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados. Ressalta-se mais uma vez que a organização do trabalho da equipe de enfermagem das clínicas cirúrgicas do HBAP está embasada no modelo taylorista, o que conseqüentemente aumenta o sofrimento do profissional, em virtude de uma organização de trabalho que o despersonaliza e ameaça sua saúde mental.

REFERÊNCIAS

ABERGO. Associação Brasileira de Ergonomia. **O que é ergonomia**, 2007. Disponível em:<http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia> Acesso em 09 de fev de 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10.152**: Níveis de ruído para conforto acústico. Rio de Janeiro,1987.

ALEXANDRE, N. M. C. Aspectos Ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. **Rev. latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 103-109, out,1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n4/13881.pdf>>. Acesso em: 12 de mar. 2013.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O Trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino Am. de Enfermagem**. Ribeirão Preto,v.8 n.6, p. 96-101. dezembro, 2000.

ALVES, M.; GODOY, S. C. B. Procura pelo serviço de atenção à saúde do trabalhador e absenteísmo-doença em um hospital universitário. **Rev. Min. Enferm**. Belo Horizonte, v. 51, n. ½. p. 73-81. Jan/dez, 2001.

ANDRADE,M. C. S.; CAPOCCI, P. O. As emoções do profissional de enfermagem ao lidar com pacientes com HIV/AIDS. **Rev.Enferm. UNISA**, 2004. v.5, p. 15-19. Disponível em: <www.unisa.br/graduação/biologicos/enfer/revista/arquivos/2004-03.pdf>. Acesso em 20 de fev de 2014.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre as metamorfoses e centralidades do mundo do trabalho. 3ª Ed. São Paulo: Cortez, 1999.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boi Tempo Editorial, 2000.

ANTLOGA, C. S. X. **Padrão de contato da organização com o funcionário e prazer e sofrimento no trabalho**: um estudo de caso em uma empresa de comércio de material de construção no Distrito Federal, 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia).Universidade de Brasília/UNB, Brasília, 2003.

ARAGÃO, J. P. **Exigências cognitivas e estratégias de mediação em auditoria-fiscal da previdência social no Distrito Federal**: errar é preocupante, refiscalizar é pior. 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

ARANHA, M.L.de A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando**: introdução à filosofia. 2ª Ed. São Paulo: Moderna, 1993.

ARAÚJO, J. P. **Danos psicossociais no trabalho de técnicos de enfermagem de um hospital escola**: o olhar da psicodinâmica do trabalho. 2008. 64f. Trabalho de Conclusão de

Curso (Especialização) Programa de pós graduação em administração, contabilidade e ciência da informação da Universidade de Brasília, 2008.

ARRENDT, H.; **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

BAPTISTA, R. C. Doenças e outros agravos à saúde produzidos pelo trabalho. **Cadernos Interdisciplinares: Saúde, Tecnologia e Questão Social**. Rio de Janeiro, Ano 1, n.1, v.1. 2004. Disponível em: <http://revista.redentor.edu.br/artigos/02_2004.pdf>. Acesso em: 12 de mar, 2013.

BARBOZA, M. C. N. *et al.* Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) e sua associação com a enfermagem ocupacional. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n. 1, p.633-8 dez. 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7636/4691>>. Acesso em: 12 de dez. de 2012.

BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**. Brasília. v.8, n.1, p.63-70, jan/jun, 2003.

BECK, C.L. C. **O sofrimento do trabalhador**: da banalidade à re-significação ética na organização da enfermagem, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Previdência. **Anuário Estatístico dos Acidentes de Trabalho do Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.creme.dataprev.gov.br/AEAT/Inicio.htm>>. Acesso em: 18 de jun.de 2012.

CAMPOS, J. F. **Trabalho em Terapia Intensiva**: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro. 2008. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

CARDOSO, A. S. F. **Análise do processo grupal de uma equipe de enfermagem**. Porto Alegre, 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

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

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei n 7.498/86** de 25 de junho de 1986.

COSTA, G. L.; **Ruído no contexto hospitalar**: impacto na saúde dos profissionais de enfermagem. Curitiba, 2011. 116 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação). Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 2011.

CRUZ, R.M., *et AL.* Saúde Docente, condições e carga de trabalho. **Rev. Elet. Investigación y Docência (REID)**, v. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.ujaen.es/revista/reid/revista/n4/REID4art8.pdf>> Acesso em: 17 de mar. 2013.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: um estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1987.

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

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Coord. STOCCO, M. I. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2012.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e risco de adoecimento**: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social Brasileira. Brasília: Edições Ler, Pensar e Agir, 2003.

FONSECA, N.R. **Distúrbios Músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem**. 2009. 91 f. Dissertação (Mestrado Saúde, Ambiente e Trabalho) - Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

FREITAS, L. G. de. **Saúde e Processo de Adoecimento no Trabalho dos Professores em Ambiente Virtual**. 2006. 235 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília (UNB), Brasília, 2006.

FRUTUOSO, J. T.; CRUZ, R. M. Mensuração da carga de trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte. Vol. 3, No 1, p. 29-36, jan-jul. 2005. Disponível em: <http://www.ergocenter.com.br/artigos/artigos_2/mensuracao_da_carga_de_trabalho.pdf> Acesso em: 03 de fev. de 2013.

GALVÃO, C. M.; TREVISAN, M. A; SAWADA, N. O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.32, n.4, p.302-306, 1998

GUEDES, E. M.; MAURO, M. I. C.; MAURO, C. C. C.; MORIYA, T. M. **Problemas musculoesqueléticos na enfermagem hospitalar**, 2005. Disponível em: <www.alass.org/fr/calass00-73.htm>. Acesso em: 25 de fev. de 2014.

GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A Fala do Trabalhador**. Petrópolis: Vozes, 1993.

GUÉRIN, F.; LAVILE. A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J.; KERGUELEN, A. **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard BlucherLtda, 2001.

KAWAMOTO, E. E. **Enfermagem em Clínica Cirúrgica**. São Paulo: EPU, 1999.

LACOMBE, F.; HEILBORN, G. L. J. **Administração: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2003.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Editora Hucitec. 1989

LHUILIER, D. Trabalho. **Psicol. Soc.** V. 25, n.3. Belo Horizonte, 2013

LUCHTENBERG, C.; COSTA, R.; MELO, W. A. **Estresse ocupacional dos profissionais de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Anais eletrônico do VII Encontro Internacional de Produção Científica CESUMAR. Ed. CESUMAR. Maringá, 2011.

MACEDO, I. S. C.; MATEUS, D. C.; COSTA, E. M. G.; ASPRINO, A. C. L. Avaliação do ruído em unidade de terapia intensiva. **Braz. J. otorhinolaryngol.** São Paulo, v.75, n.6, Nov/dez, 2009.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, I. E. O. S.; MOREIRA, A. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Rev. Bras. Enferm.** V.60, n.6. Brasília. Nov/dez, 2007.

MARTINS, M. C. **Ergonomia e LER/DORT**, 2002. Disponível em: <<http://www.ergonet.com.br/download/ergonomia-lombalgias.pdf>>. Acesso em 10 de fev. de 2014.

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

MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E. C. Condições Ergonômicas do Trabalho da Equipe de Enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.6, n.1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13926>>. Acesso em: 13 de dez. 2012.

MAURO, M. Y. C.; CUPELLO, A. I.; MAURO, C. C. C. **O trabalho de enfermagem hospitalar: uma visão ergonômica**, 2003. Disponível em: <<http://www.alass.org/es/actas/80-BR.html>> Acesso em 20 de fev. de 2014.

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

MENDES, A. M. **Conflitos de relacionamento no trabalho**. III seminário de Gestão da Ética na Empresas Estatais, jun, 2007. Disponível em: www.bnds.gov.br. Acessado em 25 de fev. de 2014.

MERLO, A. R. C. Transformações no mundo do trabalho e saúde. In: JERUSALINSKI, A. et al. **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

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

MERLO, A. R. C., et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento. **Psicologia & Sociedade**, v.15, n.1, p.117-136, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C. ; THEDIM-COSTA, S. M. F. A Construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilema. **Cad. Saúde Publ.** Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p. 21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>> Acesso em: 01 de mar. 2013.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas Psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, vol.19, n.2., mar. - apr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16.pdf> Acesso em: 01 de mar. 2013.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. Estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995.

MORAES, A. M.; MONT'ALVÃO, C. **Ergonomia: Conceitos e Aplicações**. Rio de Janeiro: 2AB, 2009.

MORRONE, C. F. **Só pra não ficar desempregado: resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais**. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília/UNB, 2001.

MUNIZ, L. M. N.; STOPPA, M. A. Desconforto dos pacientes internados na UTI, quanto à poluição sonora. **RAHIS**, p. 56-62, jul/dez, 2009.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de lesões por esforços repetitivos. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.9, n.4, p.19-25, 2001.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão de literatura. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. V. 58, n.1, p. 74-77, jan/fev, 2005.

OTENIO, M. H.; CREMER, E.; CLARO, E. M. T. Intensidade de ruído em hospital de 222 leitos na décima oitava Regional de Saúde-PR. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** São Paulo, v.73, n. 2, p. 245-250, mar/abr. 2007.

PAFARO, R. C.; MARTINO, M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. **Rev. Esc. Enferm. USP.** V. 38, n. 2 São Paulo, jun, 2004.

PALMER, C. **Ergonomia**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1976.

PEDDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. V.55 n. 4. P. 392-398, jul-ago, 2002.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trab. Educ. e Saúde.** V. 2. N. 2. P. 311-325, 2004.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. V. 62. N. 5. SEPT-OCT, 2009.

POCHMANM, M. **Trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século.** 2 ed. São Paulo: Contexto, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Trad: Regina Machado Garcez. 3ª Ed. Porto Alegre: Artemed, 1995.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Trad: Ana Thorelli. 5ª ed., Porto Alegre: Artemed, 2004.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 43, n. 4. p. 841-848, São Paulo, dec. 2009.

PRESTES, F. C.; BECK, C. L. C.; SILVA, R. M.; SIMON, B. S.; PROCHNOW, A. G. **Construção da identidade profissional da enfermagem: revisão de literatura.** ABEN, 2007. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.037.pdf>> Acesso em: 20 de fev. de 2014.

QUEIROZ, S. G. **Condições de trabalho e saúde dos enfermeiros em oncologia.** 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

REGO, V. B. et al. **O trabalho dos digitadores terceirizados de uma instituição pública.** In: MENDES, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, métodos e pesquisas.* São PAULO: Casa do Psicólogo, 2007.

REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Rev. de Saúde Pública.** São Paulo, v. 37, n. 5, p. 616-623. Out, 2003.

RIBOLDI, C. O. **Dimensão do absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre,** 2008. 67 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ROYAS, A. D. V.; MARZIALE, M. H. P. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital Argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. **Rev. Latino Am. Enfermagem.** v. 9, n. 1. Ribeirão Preto. Jan, 2001.

RUVIARO, M. F.S. **Síndrome de *Burnout* e a satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem no interior do RS.** Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 33. ago/dez, 2010. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1555/1317>> Acesso em: 01 de mar. 2013.

SANTOS, M. B. **Ergonomia, carga mental de trabalho, riscos e prevenção de acidentes: o caso do trabalhador em histotécnica.** 232f. Tese (Doutorado). Pós-graduação em Design do Departamento de Artes & Design do Centro de Teologia e Ciências Humanas. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, A. M. R. et al. Estudo bibliográfico sobre estresse em enfermeiros na unidade de terapia intensiva. **Rev. Interd.** v.6, n.4, p. 188-195, out, nov, dez, 2013.

SELIGMAN, F.; LINDENT, T. C. S. V. A representação dos custos humanos do trabalho no cinema brasileiro. VI Congresso Latino Americano de Ergonomia. Recife, 2002. Disponível em: <http://www.acaoergonomica.ergonomia.ufrj.br/artigos/02_%201.pdf> Acesso em 22 de fev. de 2014.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo.** 5ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SILVA, B. **Taylor e Fayol.** 5ª Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1987.

SILVA, Nilson R. da. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Vol.16, n.8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n8/a06v16n8.pdf>> Acesso em: 12 de mar. de 2013.

SLUCHAK, T. J. Ergonomics: origins, focus, and implementation considerations. **AAOHN J.**, v.40, n.3, p.105-12, 1992. Disponível em: <http://pubget.com/paper/1550620/Ergonomics_origins_focus_and_implementation_considerations>. Acesso em: 13 de dez. 2012.

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Produção.** V.14, n.3, p.87-98 set-dez, 2004.

TEIXEIRA, R. C. **Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho.** 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico**, v.40, n.1, p.102-109, 2009.

UMANN, J. **Estresse, Coping e presenteísmo em enfermeiro hospitalares.** 2011.132 fls. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2011.

VERAS, V.S. **Relações sociais de trabalho e custo humano da atividade: vivências de mal-estar e bem-estar em serviços de teleatendimento governamental.** 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, 2006.

ZAMBERLAN, N. E. Ruído em cuidado intermediário neonatal de um hospital universitário de Ribeirão Preto-SP. **Cienc. Cuid. Saúde.** São Paulo, v. 7, n.4, p. 431-438, out/dez, 2008.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia.** São Paulo: Fundacentro, 1994.

APÊNDICE A

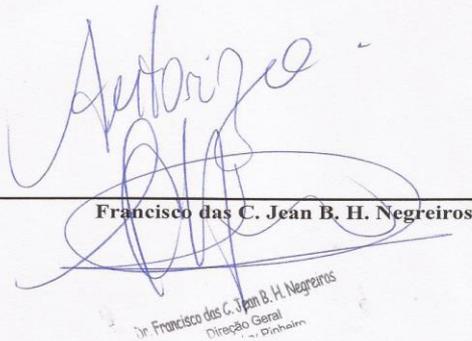
Porto Velho, 29 de outubro de 2012.

AO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Prezado RELATOR,

Eu, Francisco das C. Jean B. H. Negreiros diretor do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, autorizo a realização da pesquisa intitulada "**DOENÇAS OCUPACIONAIS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM**" orientada pela Doutora Janne Cavalcante Monteiro e realizada pela mestrand Jandra Cibele R. de A. P. Leite, devidamente matriculada no Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Rondônia (UNIR). O presente projeto tem como objetivo investigar se a carga de trabalho e as condições ergonômicas do ambiente de trabalho influenciam no processo de adoecimento da equipe de enfermagem e apresenta como sujeitos os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) lotados nas clínicas cirúrgicas (Clínica Cirúrgica Masculina e Feminina, Clínica Cirúrgica II, Clínicas ortopédicas I e II), desse hospital.

Atenciosamente,



Francisco das C. Jean B. H. Negreiros

Dr. Francisco das C. Jean B. H. Negreiros
Direção Geral
- - - - - Pinheiro

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: **DOENÇAS OCUPACIONAIS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

As informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa investigar se a carga de trabalho e as condições ergonômicas do ambiente de trabalho influenciam no processo de adoecimento da equipe de enfermagem.

Para isso será utilizado um questionário sobre sua situação de trabalho através de uma conversa com você.

O risco da pesquisa está relacionado ao constrangimento dos participantes ao responderem o questionário. Os benefícios para o participante serão o melhor conhecimento da equipe de enfermagem sobre os problemas relacionados ao seu trabalho (carga de trabalho e condições ergonômicas) para que possam ser realizados programas educativos e informativos, encaminhamentos e tratamentos mais efetivos.

Em qualquer etapa do estudo, o participante terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

- A principal pesquisadora é a Enf^a Jandra Cibele R. de A. P. Leite que pode ser encontrada no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro na Av. Jorge Teixeira, 3700 CEP: 78900-000 - Porto Velho – RO ou no telefone (69) 8402-3605.
- É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo pessoal.
- O participante terá direito de confidencialidade, ou seja, as informações obtidas serão analisadas pelo pesquisador, não sendo divulgado a identificação de nenhum participante.
- O participante terá direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas.
- Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- Há pleno compromisso do pesquisador de utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa ou derivações da mesma.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Doenças ocupacionais na Equipe de Enfermagem.”

Eu conversei com a Enf^a Jandra Cibele R. de A. P. Leite sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante

Data / /

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Jandra Cibele R. de A. P. Leite

Data / /

ANEXO A: Questionário Sociodemográfico

01 – Sexo do entrevistado

() Masculino () Feminino

02 – Categoria profissional

() Enfermeiro () Técnico de Enfermagem

03 - Qual a sua idade?

_____anos

04 – Estado civil

() casado(a) () solteiro(a) () viúvo(a) () divorciado(a)

05 –Tem filhos? Quantos?

_____filhos

06 – Há quanto tempo trabalha na Clínica cirúrgica?

_____anos/meses.

07– Há quanto tempo trabalha nessa instituição?

_____anos/meses

08 – Em que (quais) turnos trabalha?

() manhã

() tarde

() noite

09 – Qual sua carga horária diária?

_____horas

010 – Qual sua carga horária semanal?

_____horas

11– Qual seu rendimento salarial?_____

12 – Quantas pessoas dependem desse rendimento?

_____pessoas

13 – Quem são essas pessoas?

() esposo(a)/companheiro(a)

() filhos(as)

() pais

() irmãos(ãs)

() netos

() genro/nora

() outros parentes

() outras pessoas (não parentes)

14 – Possui mais de um vínculo empregatício?

() sim () não

ANEXO B – Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento (ITRA)

Escala de Avaliação do contexto de trabalho (EACT)

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde a avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre	
O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados	1	2	3	4	5
As normas para execução das tarefas são rígidas	1	2	3	4	5
Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas	1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	1	2	3	4	5
As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
A distribuição das tarefas é injusta	1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
Falta integração no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	1	2	3	4	5

As condições de trabalho são precárias	1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	1	2	3	4	5
O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	1	2	3	4	5
O material de consumo é insuficiente	1	2	3	4	5

Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT)

Escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho.

1	2	3	4	5
Nada exigido	Pouco exigido	Mais ou menos exigido	Bastante exigido	Totalmente exigido

Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Ter concentração mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5

Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar de pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma repetida	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5

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

Avaliando 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 ou mais vezes
---------------------	--------------	-----------------	-----------------	----------------------	---------------------	-------------------------------

Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar do meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Certificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6

Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

Escala de Avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho (EADRT)

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 seis meses.

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

Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios na visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações no sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6

Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Doenças Ocupacionais na Equipe de Enfermagem

Pesquisador: Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09947312.1.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 171.719

Data da Relatoria: 11/12/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde da UNIR a ser desenvolvido pela mestrandia Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite, sob a orientação da Dra. Janne Cavalcante Monteiro.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo primário "Investigar se a carga de trabalho e as condições ergonômicas do ambiente de trabalho influenciam no processo de adoecimento da equipe de enfermagem" e como objetivos secundários "Identificar os fatores de risco ocupacionais existentes no processo de trabalho da equipe de enfermagem; Identificar os fatores de risco ocupacionais existentes no processo de trabalho da equipe de enfermagem; Verificar as exigências físicas, cognitivas e afetivas requeridas a equipe de enfermagem e Discutir determinadas situações ergonômicas do trabalho que podem levar ao adoecimento da equipe de enfermagem

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a autora a pesquisa apresenta risco mínimo, apenas relacionado ao desconforto dos sujeitos da pesquisa quanto ao preenchimento do questionário por se tratar da avaliação quanto ao contexto e exigências do trabalho e principalmente quanto as conseqüências em termos de danos físicos e psicossociais. Em relação aos benefícios espera-se que com a identificação da carga de trabalho e condições ergonômicas do ambiente de trabalho que levam a equipe de enfermagem ao adoecimento será possível estabelecer propostas e melhorias das condições ergonômicas bem como um programa de educação voltado à Saúde do Trabalhador.

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (691)182-2111

E-mail: reitoria@unir.br; cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A folha de rosto está devidamente preenchida. O projeto apresenta boa fundamentação teórica. Em relação à metodologia trata-se de um estudo descritivo com enfoque na abordagem quantitativa. Participarão da pesquisa 30 enfermeiros e 102 técnicos de enfermagem das clínicas cirúrgica feminina e masculina do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro localizado na cidade de Porto Velho - Rondônia que atuam há mais de seis meses nestas clínicas e que aceitem participar do estudo mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, excluindo-se os que não preenchem esse requisito ou os que estiverem de férias ou licença no momento da coleta de dados ou os que se recusarem a participar da pesquisa. Os dados serão coletados por meio de dois questionários estruturados com perguntas fechadas e auto-aplicáveis, a saber um questionário com os dados sociodemográficos e o Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento (ITRA)- versão 2008 (Campos, 2008), o qual é composto de quatro escalas: Escala de avaliação do contexto de trabalho, Escala do custo humano no trabalho, Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho e Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho. Os dados sociodemográficos sofrerão análise estatística descritiva e o ITRA será analisado por meio do EpiInfo com análise descritiva. Consta o cronograma e o orçamento da pesquisa sem referência a quem arcará com os seus custos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está redigido de forma clara e objetiva e contempla todos os requisitos previstos na Resolução 196/1996/CNS. Os procedimentos estão claros e as garantias devidamente explicitadas, bem como a disponibilidade da pesquisadora para responder a qualquer pergunta ou dúvida acerca da pesquisa. O protocolo da pesquisa apresenta o termo de autorização do Diretor do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, devidamente assinado, para a realização da pesquisa com os servidores das clínicas referidas.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise detalhada do protocolo e considerando as normas estabelecidas na Resolução 196/1996, o relator se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (691)182-2111

E-mail: reitoria@unir.br;cep.unir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado o parecer do relator em reunião do colegiado realizada em 11/12/2012.

PORTO VELHO, 13 de Dezembro de 2012

Assinador por:

LUCINDA MARIA DUTRA DE SOUZA MOREIRA
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (691)182-2111

E-mail: reitoria@unir.br;cep.unir@yahoo.com.br