



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ELISANA LIGIA GARCIA BARBOZA**

**PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL  
GERAL DE PALMAS SOBRE SEUS AFASTAMENTOS E SUAS  
IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA PROFISSIONAL**

PALMAS - TO  
NOVEMBRO 2017

ELISANA LIGIA GARCIA BARBOZA

**PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL  
GERAL DE PALMAS SOBRE SEUS AFASTAMENTOS E SUAS  
IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Mestrado  
Profissional em Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Tocantins para  
obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marta Azevedo dos  
Santos

PALMAS - TO  
NOVEMBRO 2017

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca da Universidade Federal do Tocantins  
Campus Universitário de Palmas**

B238p

Barboza, Elisana Ligia Garcia.

Percepção dos servidores do pronto socorro do Hospital Geral de Palmas sobre seus afastamentos e suas implicações na prática profissional/ Elisana Ligia Garcia Barboza - Palmas, 2017.

88f.

Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação Profissional em Ciências da Saúde, 2017.

Orientadora: Prof. Dra. Marta Azevedo dos Santos.

1. Percepção. 2. Absenteísmo. 3. Urgência e Emergência. 4. Profissionais da Saúde. 5. Saúde do Trabalhador. I. Santos, Marta Azevedo dos II. Universidade Federal do Tocantins. III. Título.

**CDD 363.110981**

---

**Bibliotecário: Marcos Maia  
CRB-2 / 1.445**

**TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

ELISANA LIGIA GARCIA BARBOZA

### **PERCEÇÃO DOS SERVIDORES DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS SOBRE SEUS AFASTAMENTOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Mestrado  
Profissional em Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Tocantins para a  
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 14/11/2017

#### BANCA EXAMINADORA

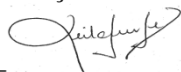


---

Dra. Marta Azevedo dos Santos

Orientadora

Instituição: Universidade Federal do Tocantins



---

Dra. Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral

Examinadora Interna

Instituição: Universidade Federal do Tocantins



Dra. Liliam Deisy Ghizoni

Examinadora Externa

Instituição: Universidade Federal do Tocantins

## **DEDICATÓRIA**

*Todos nós temos sonhos, mas, o que são sonhos? Os sonhos é que nos fazem seguir, nos impulsionam, nos motivam, nos incentivam, nos fazem caminhar. No caminho da busca dos sonhos, encontramos pedras, entulhos, buracos, abismo, muitas dificuldades, que até nos fazem parar por um momento, mas também encontramos meios de prosseguir, pessoas que nos incentivam, nos dão a mão, torcem por nós, caminham juntos, estendem as mãos sem pedir nada em troca. Assim, nesta caminhada da produção deste trabalho, passei por todos esses momentos. Foi dura a caminhada, em muitos momentos pensei em desistir, mas sempre ouvi uma palavra de incentivo, “vai dar tudo certo”, “você é capaz”, “Vamos! Eu te ajudo”, e não foram poucas vezes que recebi carinho e atenção durante esse percurso. Por isso dedico este trabalho a todos: minha família por manter meu equilíbrio e ser meu porto seguro, meus amigos que não tenho como nominá-los, pois, poderia correr o risco de não mencionar alguém, meus colegas Psicólogos do Hospital, meus colegas da GDH do Campus de Palmas, e a minha grande incentivadora Professora orientadora, que acreditou em mim, que sempre se manteve calma e serena na sua orientação, quando tudo parecia não sair do lugar, estava atendendo com carinho e dedicação durante esse percurso longo e de muita aprendizagem.*

*A todos VOCÊS eu dedico este trabalho com um beijo no coração!!!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ter me capacitado e me sustentado durante toda a minha empreitada na construção deste trabalho.

Agradeço minha família por tudo que são e representam para mim. Cada um contribuiu de forma muito especial para que esse sonho fosse realizado.

Agradeço a Carla Olenscki, Izabella Querido, Ana Carla Duarte, Cilene e Itamar Reges, por terem contribuído de forma direta na realização desse sonho.

Agradeço ao Hospital Geral de Palmas, na pessoa de Leonardo Toledo e Renata Duran, por terem consentido a realização do Estudo.

Agradeço a todos os colegas colaboradores que se dispuseram a fazer parte da pesquisa, sem vocês eu não poderia ter realizado esse trabalho.

Agradeço a minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos, por contribuir com seu conhecimento, dedicar tempo, esforço, carinho e atenção em todo momento.

Obrigada a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para que esse trabalho fosse realizado.

“As lutas, as dificuldades e as crises da vida não são inimigas. Elas contribuem para realização dos mais profundos sonhos de nosso coração”.

(Josué Campanhã)

# **PERCEPÇÃO DOS SERVIDORES DO PRONTO SOCORRO DO HOSPITAL GERAL DE PALMAS SOBRE SEUS AFASTAMENTOS E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA PROFISSIONAL**

## **RESUMO**

No final do século XX, as condições de ambiente, saúde e segurança no trabalho passam a ser compreendidas como garantias essenciais para a qualidade de vida dos indivíduos e direito à cidadania. Esta pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e analítica, tem como objetivo analisar a percepção que os profissionais da saúde do Pronto Socorro do HGP têm sobre seus afastamentos e suas implicações para prática profissional. Foram entrevistados 20 profissionais no Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas - TO, no período de novembro de 2016 a março de 2017. Como instrumento, foi utilizada uma entrevista semiestruturada contendo quinze questões abertas, bem como foi realizado um levantamento documental sobre o afastamento dos profissionais no período de 2014 e 2015, com objetivo de descrever as principais doenças motivadoras dos afastamentos. Observa-se que os profissionais da saúde do Pronto Socorro, percebem que seus afastamentos para tratamento da saúde estão relacionados com fatores do trabalho, bem como, visualizam as dificuldades que este afastamento traz para o serviço. Os resultados nos trazem inquietações, pois revelam questões que já vêm sendo estudadas há vários anos, sobre a saúde do trabalhador. Neste sentido, faz-se necessário revisar o conceito e a prática do trabalho, no que tange ao processo no atendimento em saúde, de saúde do trabalhador, e sobretudo do trabalhador em saúde, profissional, este, que deverá estar saudável para cuidar de sua própria saúde e da saúde de outrem.

**PALAVRAS-CHAVE:** Percepção, Absenteísmo; Urgência e Emergência; Profissionais de Saúde, Saúde do Trabalhador.



**PERCEPTION OF THE SERVERS OF THE FIRST AID OF THE HOSPITAL  
GENERAL DE PALMAS ABOUT ITS REMOVAL AND THEIR  
IMPLICATIONS IN THE PRACTICE**

**ABSTRACT**

At the end of the twentieth century the conditions of environment, health and safety at work come to be understood as essential guarantees for the quality of life of individuals and the right to citizenship. This qualitative, descriptive and analytical research aims at analyzing the perception that health professionals of HGP 's Emergency Room have about their departures and their implications for professional practice. Twenty professionals were interviewed in the Emergency Room of the General Hospital of Palmas - TO, from November 2016 to March 2017. As a tool, a semi-structured interview containing fifteen open questions was used, as well as a documentary survey on the removal of professionals in the period of 2014 and 2015, with the objective of describing the main diseases motivating the removals. It is observed that the emergency medical professionals perceive that their distances to health care are related to work factors, as well as, they visualize the difficulties that this separation brings to the service. The results bring us concerns, as they reveal issues that have been studied for several years about worker health. In this sense, it is necessary to review the concept and practice of work, regarding the process in health care, worker health, and especially the health worker, who must be healthy to take care of his health and the health of others.

**KEY WORDS:** Perception, Absenteeism; Urgency and emergency; Health Professionals, Worker Health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>CEP</b>	<b>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>
<b>CID</b>	<b>CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS</b>
<b>CONEP</b>	<b>CONSELHO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA</b>
<b>CLT</b>	<b>CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS TRABALHISTAS</b>
<b>DSS</b>	<b>DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE</b>
<b>HGPP</b>	<b>HOSPITAL GERAL PÚBLICO DE PALMAS</b>
<b>OMS</b>	<b>ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE</b>
<b>PDT</b>	<b>PSICODINÂMICA DO TRABALHO</b>
<b>SESAU</b>	<b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b>
<b>TCLE</b>	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO</b>

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1A, 1B – Dados de identificação dos Entrevistados .....</b>	<b>43</b>
<b>TABELA 2 – Apresentação das Unidades de registro e Unidades de Contexto .....</b>	<b>44</b>
<b>TABELA 3 – Categorias Finais de Análise das entrevistas .....</b>	<b>47</b>
<b>TABELA 4 – Número de Afastamento, Sexo e Idade .....</b>	<b>66</b>
<b>TABELA 5 – Grupos de Doenças motivadoras de afastamento .....</b>	<b>67</b>
<b>TABELA 6 – Tipos de Vínculos .....</b>	<b>68</b>

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 O que é Trabalho .....</b>	<b>17</b>
<b>1.2 Psicodinâmica do Trabalho .....</b>	<b>21</b>
<b>1.3 Saúde do Trabalhador .....</b>	<b>24</b>
<b>1.4 Percepção .....</b>	<b>32</b>
<b>2. OBJETIVOS: .....</b>	<b>37</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b>	
<b>2.2 Objetivos Específicos</b>	
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>37</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Categoria 1 – Absenteísmo .....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 Categoria 2 – Fatores Motivadores .....</b>	<b>51</b>
<b>4.3 Categoria 3 – Percepção do Trabalho .....</b>	<b>52</b>
<b>4.4 Categoria 4 – Percepção do Cotidiano .....</b>	<b>55</b>
<b>4.5 Categoria 5 – Relação Interpessoal .....</b>	<b>58</b>
<b>4.6 Categoria 6 – Organização do Trabalho .....</b>	<b>62</b>
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>69</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>72</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo 1 .....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo 2 .....</b>	<b>83</b>
<b>APÊNDICE – A .....</b>	<b>84</b>
<b>APÊNDICE – B .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE – C .....</b>	<b>86</b>
<b>APÊNDICE – D .....</b>	<b>87</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da metade do século XX, com o avanço da sociedade capitalista, observa-se uma pressão constante do capital contra a grande massa de trabalhadores existente em quase todo o mundo (DIAS, 1994). Isso reflete no desempenho do trabalhador na realização de sua força de trabalho e no desempenho de seu labor na prática cotidiana, possibilitando a perda da manutenção do seu “status quo” e da sobrevivência. Entretanto, essa pressão poderá levar o trabalhador ao adoecimento e, conseqüentemente, à perda momentânea, ou permanente, de sua capacidade para o trabalho.

À medida que os trabalhadores percebem que sua força de trabalho, que garante manutenção de sua sobrevivência e de seus familiares, pode ser dispensada a qualquer momento, deparam-se com uma ameaça à sua segurança, podendo levar a uma desorganização, com perda significativa da tranquilidade na realização do seu trabalho e de outras tarefas rotineiras.

Dessa forma, desenvolvem doenças relacionadas ao trabalho, tais como: transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, LER/DORT, entre outras, podendo, inclusive, acarretar o desenvolvimento de doenças de cunho psicológico mais grave, a chamada doença mental.

Entende-se por doença, a perda de várias condições de vida e de cidadania, como descrito nas cartas de promoção de saúde: “A promoção e proteção da saúde da população é indispensável para o desenvolvimento econômico e social sustentado e contribui para melhorar a qualidade de vida e alcançar a paz mundial” (BRASIL, 2002, p. 9).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz em sua constituição os determinantes sociais da saúde (DSS) que, conforme Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78), são compreendidos como “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam as ocorrências de problemas de saúde e seus fatores de riscos na população”. A saúde é vivenciada de forma individual, por isso, mesmo indivíduos com fatores de riscos iguais, expostos a uma mesma condição social, de ambiente, de moradia, alimentação, ar, clima, relações familiares semelhantes, poderão vivenciar o adoecimento de forma diferente. “Tal constatação nos remete à reflexão de o processo saúde-doença-adoecimento ocorrer de maneira desigual entre os indivíduos, as

classes e os povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade” (BERLINGUER *apud* BRÊTAS; GAMBA, 2006, p.28).

Assim, a saúde é determinada pelas várias condições do meio ambiente, pelas próprias condições de vida dos indivíduos e pelo equilíbrio entre fatores externos e internos do ser humano. Concluímos que o equilíbrio ideal está no equilíbrio global de todos os setores da vida de cada indivíduo, que incluem condições de moradia, acesso à educação e ao controle social, emprego e renda entre outros. Os sujeitos que perdem este equilíbrio são acometidos pelas doenças psicossomáticas, psicológicas e mentais. Nesta situação, vamos destacar e compreender as doenças que são desenvolvidas como fruto do processo do trabalho.

Segundo o Ministério da Saúde, as doenças relacionadas ao trabalho são constituídas pelos três grupos. Segundo a classificação de Schilling (BRASIL, 2001, p.28), tais doenças estão inseridas em três grupos conforme a sua relação com o trabalho:

Grupo I: doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional. Grupo II: doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário, exemplificadas pelas doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica. A hipertensão arterial e as neoplasias malignas, em determinados grupos ocupacionais ou profissões, constituem exemplo típico. Grupo III: doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente, ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, ou seja, com causa tipificada pelas doenças alérgicas de pele e respiratórias e pelos distúrbios mentais, em determinados grupos ou profissões. (SCHILLING, 1984 *apud* BRASIL, 2001, p. 28).

O conceito de trabalho a partir do final do séc. XX, é concebido como uma atividade que envolve o homem em todas as suas dimensões, exercendo importante papel na construção da subjetividade humana, e como tal, um elemento constitutivo da saúde mental e coletiva. Conforme Bridges (1995), o trabalho, além de contribuir fortemente para a sobrevivência material dos indivíduos, organiza e estrutura a vida das pessoas dando-lhes uma identidade, proporcionando uma rede de relações e de contatos, estruturando seu tempo e construindo espaço na sociedade através de direitos e obrigações.

Dada a importância do trabalho na vida humana, também pode ocorrer um processo de desestruturação nesta relação de trabalho. Dependendo do significado que o trabalhador estabelece com o seu fazer, e relacionando-o com as condições da materialidade para realização do seu trabalho, pode ocorrer um forte conflito entre estes processos, ocasionando o chamado adoecimento mental.

Doença mental, de acordo com Codo (2002, p. 173), significa um conflito do indivíduo consigo mesmo, ou do indivíduo com seu outro eu; podemos assim dizer que saúde mental é um bem-estar do indivíduo com seu próprio eu e com o mundo em que convive. Ainda de acordo com este autor, existem algumas variáveis já reconhecidas como importantes para determinar o nível de saúde mental do trabalhador, como o controle do trabalhador sobre o trabalho, a rotina, a importância social do trabalho, a relação com os colegas de trabalho e a hierarquia e os conflitos trabalho-família.

Segundo Sato (2002), o tema saúde mental e organização do processo de trabalho é bastante amplo e tem sido estudado através de diversas perspectivas teóricas e metodológicas: Psicologia Social, Medicina Coletiva, etc. Também os estudos sobre o *stress*, saúde mental e trabalho, psicopatologia do trabalho que dirigem seus olhares para a situação do trabalho e para o trabalhador coletivo (VASQUEZ-MENEZES, 2002, p. 193).

É preciso destacar que o sofrimento psíquico e a doença mental ocorrem quando, e apenas quando, afeta esferas de nossa vida que são significativas, geradoras e transformadoras de conhecimento (CODO, 2002, p. 174).

Uma das consequências evidentes, relacionadas ao adoecimento do trabalhador, é o destacado aumento do absenteísmo.

O absenteísmo é um fator que merece atenção para melhoria nos processos de trabalho. Ferreira (1986) define o absenteísmo como sendo a ausência habitual ao emprego, ou seja, é a ausência do trabalhador das suas atividades laborais cotidianas. Bulhões (1998) acrescenta, ainda, que o absenteísmo compreende todas as causas de ausência do trabalhador ao seu local de trabalho, tais como: doença de longa duração, acidentes, licença a saúde (maternidade), afastamento por problemas familiares ou formalidades judiciais, cursos fora e dentro da empresa. Importante frisar que situações como greve, repouso semanal ou compensado, férias e feriados não são considerados absenteísmo.

Conforme Silva; Marziale (2000), as causas ligadas ao absenteísmo não estão relacionadas somente ao trabalhador, mas também ao ambiente da empresa ou instituição, onde estão sendo desenvolvidas as atividades laborais, e estas podem apresentar falha em sua organização, bem como na questão da atuação da supervisão incorreta, levando os trabalhadores à realização de atividades repetitivas e condições desfavoráveis relativas ao ambiente de trabalho. Esta realidade pode, portanto, levar o trabalhador à desmotivação e falta de estímulo, atingindo não só a parte física, mas a psicológica, onde este encontrará dificuldades para realizar suas atividades rotineiras de trabalho de forma adequada, sendo esta desenvolvida individual ou em equipe.

Ainda, nesta perspectiva, não podemos esquecer que um clima organizacional desfavorável, pode levar ao absenteísmo na medida em que clima ruim gera insatisfação no trabalho. Segundo Chiavenato (2002. p.95), “Clima organizacional reflete o modo como as pessoas interagem umas com as outras, pode ser agradável, receptivo, caloroso e envolvente, em um extremo, ou desagradável, agressivo, frio e alienante em outro”.

Clima organizacional envolve a percepção que o trabalhador tem do ambiente de trabalho, neste sentido Bowditch e Buono (1997) explicam que Clima Organizacional é a percepção que cada pessoa tem da atmosfera da empresa, levando-o a uma satisfação com trabalho ou podendo gerar insatisfação com esse trabalho e, conseqüentemente, ao absenteísmo. Assim podemos afirmar o quanto o clima organizacional influencia o ambiente de trabalho e, se pensarmos em uma instituição hospitalar, sabemos que faz toda a diferença, na medida em que os trabalhadores deste tipo de instituição necessitam ter um ambiente propício para conseguirem lidar com o cuidado e sofrimento do outro.

Muito se tem escrito sobre a singularidade das organizações de saúde, contudo, não se observam que os hospitais diferem de outras instituições e/ou segmentos da saúde, em função da complexidade e peculiaridade dos serviços prestados que precisam responder às necessidades individuais dos usuários deste tipo de serviço, submetendo-os ao saber/poder que exerce sobre o indivíduo.

Se recorrermos à filosofia e à história para compreender a Instituição hospitalar, vemos que até o séc. XVII, o hospital, enquanto espaço político administrativo, era apenas o depositário dos indivíduos doentes e próximos à morte, pois desde a criação dos hospitais



no séc. IV pela igreja, com fins de caridade, onde se buscava somente a salvação da alma, o objetivo dos hospitais não era o restabelecimento da saúde do indivíduo. No final do séc. XVIII, aos poucos, o hospital foi se transformando em um espaço terapêutico, passando a formar médicos e produzir conhecimento. Na investigação de Foucault (1978), a mudança ocorrida no saber médico não se desarticulou das práticas sociais, pelo contrário, demandou toda uma reorganização do ensino e da prática hospitalar. “A medicina do século XIX regula-se mais, em compensação, pela normalidade do que pela saúde” (FOUCAULT, 1978, p. 145).

Albuquerque (1995), citando Foucault (1986), explica que as Instituições Disciplinares, em suma, visam nossa normalização, pois, deste modo, somos capazes de nos inserir no mercado de trabalho, produzindo e consumindo. Por meio da normalização, tornamo-nos seres economicamente produtivos, o que nos encaixa perfeitamente à lógica do Sistema Capitalista. Foucault (1986) reconhece, portanto, o discurso médico como uma equação entre saber e poder.

Dessa forma, as instituições hospitalares detentoras do saber/poder, pelo desenvolvimento da medicina hospitalar e o saber médico, vêm exercendo sobre o indivíduo doente institucionalizado todo controle. Quando pensamos nos vários serviços prestados dentro de uma Unidade Hospitalar, observamos uma área que tem particularidades e uma alta tensão produzida pelo lidar peculiar com a linha tênue entre viver e morrer, a urgência e emergência ou Pronto Socorro.

Percebemos que a produção científica sobre os serviços de urgência e emergência, que constituem referência hospitalar especializada, tem se intensificado nos últimos trinta anos. Nestes serviços, as atividades devem ser realizadas com rapidez e qualidade adequadas, pois influenciam no prognóstico e podem comprometer a vida do paciente. O serviço de urgência e emergência gera situações de desgaste físico e emocional na vida do trabalhador.

Neste sentido, destacamos a peculiaridade das relações de trabalho, em um pronto socorro de um hospital, pois, o comportamento das equipes de trabalho é muito afetado por diversos motivos, isso pode ser percebido pelos baixos níveis de satisfação e motivação dos trabalhadores e nos elevados níveis de absenteísmo e rotatividade.

Em função disso, nos dispusemos a realizar este estudo no Pronto-Socorro do Hospital Geral de Palmas, buscando compreender se esse trabalhador tem consciência de seu “adoecer” e se percebem as influências sobre sua prática profissional.

O resultado desta análise sobre a representatividade do “cuidado do cuidador”, ajudará a esclarecer um pouco da relação existente no ambiente de trabalho de um hospital de urgência e emergência, com a percepção dos seus trabalhadores sobre seu afastamento do trabalho.

Vemos que na literatura há poucos estudos envolvendo os trabalhadores de saúde dos serviços de urgência e emergência, com relação ao afastamento dos mesmos, para o tratamento da própria saúde, deixando uma lacuna para visualização destas situações e implicações para os serviços hospitalares.

Tendo em vista a necessidade de entendimento destes fatores e conceitos, discorreremos, a seguir, sobre o que é trabalho; o trabalho na saúde; a saúde do trabalhador; psicodinâmica do trabalho e a percepção.

## 1.1 O QUE É TRABALHO

Para definirmos trabalho, recorreremos aos diversos significados do que é trabalho. Embora, pareça compreensível, sendo uma forma de ação dos homens, a palavra trabalho tem diferentes significados que denotam o “fazer humano”, oscila muito em seu conteúdo, e pode vir carregada de emoção, dor, tortura, fardo, e outros sentimentos, pois é um objeto de transformação da matéria em objeto de cultura. É responsável tanto pela sobrevivência, como pela autorrealização, pode ser tanto um fazer braçal como intelectual.

O trabalho é uma ação determinada e deliberada de transformação da natureza, utilizando instrumentos, com a finalidade de suprir necessidades humanas. Assim, o trabalho e a consciência de nossa capacidade de transformar a natureza em nosso próprio proveito são eventos concomitantes, que se apoiam mutuamente para o desenvolvimento.

O significado da palavra trabalho remonta à sua origem latina: *tripalium* (três paus) instrumento utilizado para subjugar os animais e forçar os escravos a aumentar a produção. Neste sentido, a origem da palavra remete o trabalho a uma atividade odiosa, penosa, fatigante sem nobreza, uma atividade não saudável para o ser humano.

Tentar entender o que leva as pessoas a trabalharem tem sido, durante séculos, uma pergunta aparentemente simples e debatida, sob várias perspectivas, segundo Braverman (1981):

- Visão religiosa: Punição de pecado, fortalecer o caráter, controlar e reprimir paixões, facilitar o desenvolvimento pessoal.
- Visão econômica: Proporcionar os recursos financeiros para sustentarmos a vida e melhorarmos a qualidade de vida material.
- Visão psicológica: Fonte de identidade e a união com outros indivíduos, fonte de realização pessoal, dar uma estrutura de tempo e espaço.

O trabalho traz um dispêndio físico e mental ao homem, esse trabalho visa produzir os próprios bens necessários à manutenção e reprodução da espécie. Segundo Braverman (1981), o trabalho corresponde em alterar o estado bruto da natureza e melhorar sua utilidade para o próprio homem, na medida em que produz para usufruir. O que distingue o homem do animal irracional é que ele pensa, idealiza e produz um resultado que provém da sua imaginação e é capaz de transformá-lo para proveito próprio e/ou para outros. Com isso, conclui-se que o trabalho é o resultado ou a ação de determinado esforço físico e mental realizado pelo homem, com objetivo de suprir necessidades e gerar algum lucro.

No animal irracional, o trabalho tem um fim em si mesmo, até que sintam as necessidades novamente. No homem, essas necessidades vão além de suprimentos físicos. Buscam satisfazer suas necessidades humanas, sendo confirmadas pelo seu meio social, com o intuito de se autoafirmar nos processos emocionais e cognitivos, estima e autorrealização. Para a realização das necessidades secundárias, ditas por Maslow (1908-1970), o homem tende à necessidade de entrar no mercado de trabalho que configura, além da garantia de um salário, a conquista de uma identidade social pela qual o reconhecimento surge possibilitando ao indivíduo pertencer a uma comunidade, a um mundo cultural.

Com o advento da produção em série, ou da linha de produção, a exploração do trabalhador passa a ser feita pelo pagamento “justo” e pela tarefa executada, esse modelo foi idealizado por Henry Ford, e ficou conhecido como o modelo fordista de produção. E exigia que os trabalhadores fossem treinados para tarefas definidas e repetitivas.

Logo após, surgiu Taylor com os princípios da Administração Científica, os quais abordavam: que toda a responsabilidade do trabalhador deveria ser passada para o gerente,

pois o trabalhador apenas deveria desempenhar a prática da sua atividade previamente estabelecida; usar métodos científicos para determinar a forma mais eficiente de fazer o trabalho; selecionar a melhor pessoa para desempenhar determinado cargo/função; treinar o trabalhador para fazer o trabalho eficientemente; e fiscalizar o desempenho do trabalhador.

Taylor defendeu o uso de estudos de tempos e movimentos como modo de analisar e padronizar as atividades de trabalho. O seu enfoque administrativo solicitava observação detalhada e mensuração do trabalho para descobrir o melhor modo de fazer as coisas. Não se esperava que os trabalhadores pensassem; os homens nada mais eram do que “mãos” ou “força de trabalho”, a energia ou a força requerida para tocar a máquina organizacional.

Como explicita Morgan (1996), as organizações eram vistas como máquinas burocráticas, que operavam de maneira rotineira, eficiente, confiável e previsível. Nesse contexto, percebe-se que as questões humanas não eram levadas em consideração, os trabalhadores eram vistos como máquinas que deveriam desempenhar as suas funções de maneira repetitiva e rápida.

Tudo isso atende uma ordem de organização social que chamamos de Capitalismo. Mas o que é capitalismo? O capitalismo é o sistema socioeconômico baseado no reconhecimento dos direitos individuais, em que toda propriedade é privada.

No capitalismo, a valorização do capital sobrepuja o processo de trabalho, onde o que conta é a produção, ou seja, o aumento da mais-valia<sup>1</sup>. Segundo Braverman (1981), no capitalismo há uma tendência à desqualificação e degradação do trabalho, à medida que promove a separação entre a concepção e a execução do trabalho. Vemos que, em pleno século XXI, mesmo com mudanças nos modelos de gestão organizacional, não há evidências de mudanças substanciais na lógica da produção capitalista, a qual permanece sob a vigência da lei do valor, e assim, sob a premissa do controle do trabalho.

Não é nossa intenção aprofundar as discussões filosóficas sobre o conceito de trabalho, no entanto, é importante ressaltar que, ainda hoje, a essência do controle do

---

<sup>1</sup> A mais-valia corresponde ao valor do trabalho, não pago, realizado pelo trabalhador para o capitalista e que constitui a base da repartição de rendimentos e da acumulação de capital. Marx (1988), Bihr (1998) e Harvey (1992). Citado no artigo Organização e Controle do Trabalho no Capitalismo Contemporâneo: a relevância de Braverman. (Santana Previtoli; Fagiani, 2014).

trabalho permanece sob um discurso ideológico que enfatiza a qualificação e a escolarização para realização de um trabalho mais intelectual e menos manual, baseado na tecnologia informacional, que incita a valorização do fazer “intelectual” em detrimento do fazer “operacional”.

Para Marx (2016), o trabalho, é uma categoria central que explica o homem enquanto ser social, pois é instituinte do ser que vive em sociedade, independentemente do modo de produção a que seja submetido. Faz parte da história de sobrevivência do homem na terra a criação de instrumentos que permitam suprir suas necessidades, que ao longo do tempo vem se modificando à medida que surgem novas necessidades.

Marx (2016) descreve que o sujeito se caracteriza em sua ação. O homem estabelece mediações para controlar a natureza, como forma de apropriação para a construção da sua própria vida. Neste sentido, Marx traz a noção de que o trabalho é um processo que ocorre entre o homem e a natureza, visando suprir as necessidades humanas, assim, o produto adquire valor de uso, na medida em que é transformado para atender tal necessidade.

A tecnologia utilizada em prol dos interesses do capital, subsidiada pela ciência, converte-se em uma poderosa alavanca de exploração do trabalho e, portanto, de reprodução do capital em grande escala (MARX, 2016; BRAVERMAN, 1981). Assim, há uma complexa e contraditória inter-relação entre ciência e valor, na medida em que seu potencial é limitado por sua determinação de classe.

A força de trabalho é uma capacidade de trabalho que o sistema do capitalismo vê como uma mercadoria que é comprada e vendida em uma transação trabalhador empregador. Partindo desse princípio, o sujeito trabalhador pode realizar seu trabalho tanto por meios de contrato formal ou por conta própria (autônoma), comercializando diretamente com o consumidor o produto final consequente de seus atos podendo esses, ser uma mercadoria ou serviço. Quando o homem opta por vender seus serviços ou produtos através de um contrato formal, ele deverá satisfazer as exigências do contratante e para tanto receberá uma determinada remuneração. Começam a surgir os conflitos de

subjetividade<sup>2</sup> vividos pelo trabalhador exposto às imposições da organização, onde este começa a “despersonificar” ou diminuir suas expectativas, desejos e sonhos para que a função proposta seja cumprida. Esse encolhimento da subjetividade leva ao fator principal de adoecimentos, estresse, depressão, angústia, sofrimento e, muitas vezes, a morte do indivíduo.

Para a Psicodinâmica, a tese da centralidade do trabalho é essencial, pois interessa-se pelas circunstâncias sobre as quais os trabalhadores como sujeitos do seu fazer pensam e agem nas situações de trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). Assim, a Psicodinâmica do trabalho compreende o trabalho como sendo uma atividade que transforma o sujeito que trabalha e produz realização no contexto social. “Logo, o trabalho é um espaço de construção do equilíbrio psíquico ao fortalecer a identidade do sujeito que trabalha” (FREITAS, 2013, p.80)

## 1.2 PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A percepção de que o trabalho traz várias consequências sobre a saúde é bastante antiga. Consequências estas que podem ser positivas e negativas depende da forma como se compreende o processo de trabalho.

Desde o histórico da Administração Clássica, quando as transformações nas relações de trabalho e a industrialização e mecanização iniciaram, vê-se a violência em que os trabalhadores são constantemente submetidos, como por exemplo, na linha de montagem das grandes indústrias. Vemos no clássico filme de Charles Chaplin – Tempos Modernos (1936) a representação da violência sobre os trabalhadores.

A Psicodinâmica do Trabalho apresenta vários estudos realizados com profissionais de diversas esferas do mundo do trabalho, que defendem a ideia de que o trabalho é fundamentalmente bom e terapêutico, e que cabe ao trabalhador, na medida em possui uma “saúde mental equilibrada”, adaptar-se. Observamos aí o predomínio da visão taylorista,

---

<sup>2</sup> **Subjetividade** é entendida como o espaço íntimo do indivíduo, ou seja, como ele “instala” a sua opinião ao que é dito (mundo interno) com o qual ele se relaciona com o mundo social (mundo externo), resultando tanto em marcas singulares na formação do indivíduo quanto na construção de crenças e valores compartilhados na dimensão cultural que vão constituir a experiência histórica e coletiva.

em que o trabalho é benéfico e é um elemento essencial à vida. Dessa forma, cabe ao homem “trabalhador” a escolha entre a adaptação ou a doença.

Nas últimas duas décadas, vê-se a ampliação dos estudos sobre saúde mental e trabalho e suas consequências, destaca-se Christopher Dejours, como um dos mais proeminentes estudiosos da área, dentre as várias abordagens as quais envolve o processo de adoecimento e trabalho.

Dejours (2004) tem por objeto de pesquisa a vida psíquica no trabalho com foco no sofrimento psíquico e nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para a superação e transformação do trabalho em fonte de prazer. Os estudos de Dejours sobre a Psicopatologia do trabalho dos anos 1950 passaram a denominar-se Psicodinâmica do Trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho firmou-se como disciplina autônoma durante os anos de 1990, subsidiando estudos dos processos psicodinâmicos oriundos das situações de trabalho, enfocando a relação entre o trabalho e a saúde do sujeito que trabalha. Ela surge como herdeira dos estudos em Psicopatologia do trabalho e utiliza como base teórica os conceitos da Psicanálise, da Medicina do Trabalho, da Ergonomia e da Psicologia, integrando-os, assim, a um conceito multidisciplinar.

Para Dejours (2009 *apud* Mendes 2011), a Psicodinâmica do Trabalho é uma disciplina clínica, que se apoia na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental, e uma disciplina teórica, que busca registrar os resultados da investigação clínica das relações de trabalho articuladas a uma teoria do sujeito, baseada ao mesmo tempo, na Psicanálise e na teoria social.

É essa articulação que permite dizer que o sujeito é o mesmo da luta contra a loucura do trabalho, as patologias e a doença mental. É o sujeito que luta pela sua própria saúde. É o sujeito da contradição, do conflito com ele mesmo, e é o sujeito do sofrimento em relação as adversidades da organização do trabalho e do trabalhar.

A análise psicodinâmica acontece a partir de cinco categorias que a compõe, sendo elas: 1) A organização do trabalho; 2) as condições do trabalho; 3) as relações de trabalho;

4) as vivências de prazer e sofrimento no trabalho; 5) as estratégias de enfrentamento coletivas e individuais.

A clínica Psicodinâmica do trabalho parte do relato dos trabalhadores sobre suas vivências no trabalho, estes relatos permitem um diálogo sobre as vivências e experiências nas relações tanto com o trabalho em si, como nas relações interpessoais, conseguindo obter nuances de sua subjetividade, podendo ser, ao mesmo tempo, pessoais e compartilhados. Este diálogo favorece a busca de estratégias para lidar com o sofrimento e permitir transformar o sentido do trabalho para o indivíduo.

As clínicas do trabalho consideram que é a partir do diálogo entre os trabalhadores nos diversos níveis (social, interpessoal, hierárquico) que é possível levantar as representações relacionados ao trabalho, levantar os indicadores de prazer e sofrimento trazidos pelo trabalho e, assim, poder elaborar e propor estratégias de enfrentamento das questões advindas do sofrimento no trabalho, e potencializar questões que trazem prazer no trabalho.

Assim, a Psicodinâmica do Trabalho traz uma importante contribuição em sua abordagem que é relação com o prazer que pode existir entre o trabalhador e o seu trabalho, pois na realidade concreta vivenciada pelo sujeito não existe somente sofrimento, mutilação e morte, mas a compreensão de como se elaboram as duas facetas *sofrimento* e *prazer* na organização do trabalho, são indispensáveis para que relação entre trabalho e saúde sejam satisfatórias.

Para a Psicodinâmica do Trabalho é fundamental que o trabalhador sinta que seu trabalho é reconhecido, tanto pela chefia ou pela clientela (reconhecimento vertical) como pelos seus pares (reconhecimento horizontal). A retribuição simbólica conferida pelo reconhecimento dá sentido ao trabalho, contribui para formação de identidade e o sentimento de realização pessoal (DEJOURS, 2012).

A forma de abordagem da Psicodinâmica do Trabalho visa à coletividade e não aos indivíduos isoladamente. Após diagnosticar o sofrimento psíquico em situações de trabalho, ela busca fazer intervenções voltadas para organização do trabalho nas quais o indivíduo está inserido.



Desta forma, acreditamos que a clínica do trabalho, proposta pela Psicodinâmica do trabalho, possa favorecer os processos de análise de organização do trabalho e de saúde do trabalhador no hospital, na medida em que estabelece em suas prerrogativas as categorias de análise já mencionadas anteriormente.

Considerando que a fragilização e instabilidade tomaram conta das relações sociais do trabalho, quando a incerteza social e econômica influencia os vínculos de trabalho criam sentimento de insegurança para o cotidiano dos trabalhadores.

Vê-se que a Psicodinâmica do trabalho se apropria de um olhar interdisciplinar sobre a saúde mental e o trabalho, possibilitando uma análise crítica que possa abrir caminhos para avanços nas políticas públicas no que diz respeito à Saúde o trabalhador.

### 1.3 SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao analisarmos a trajetória das relações de trabalho no Brasil, conseguimos entender como se perpetuam as relações entre patrões e empregados até hoje (KOVARICK 1987). Kovarick, em seu livro *Trabalho e vadiagem – a origem do trabalho livre no Brasil*, traz o que impera na essência das relações do trabalhador com o seu trabalho. Remetendo aos tempos da escravidão, faz um paralelo entre livres e libertos, onde o autor remete à desvalorização do indivíduo na medida em que a política salarial brasileira de baixos salários e precarização do trabalho também encontra raízes no menosprezo que reduz o indivíduo que trabalha à ferramenta.

Mas, qual é a relação entre a história das relações de trabalho e a saúde do trabalhador? Surge, então, uma pergunta: será que a manutenção deste menosprezo explica, em parte, a precariedade das práticas e das políticas públicas e sociais que deveriam garantir a segurança e proteção à saúde de quem trabalha?

A Saúde do Trabalhador, enquanto questão vinculada às políticas mais gerais de caráter econômico e social, implica em desafios das mais diversas ordens. Desde os colocados a partir do cenário macroeconômico que impõe diretrizes e prioridades do mercado, aos que se relacionam mais diretamente ao setor saúde. Nesse universo de muitas faces estão presentes os resultados das políticas atuais de emprego, salário, habitação,

transporte, educação, entre outras, que refletem o descompromisso do Estado com os segmentos da população as margens dos bolsões de riqueza.

Portanto, formular uma política de saúde do trabalhador significa contemplar uma gama ampla de fatores de condição da saúde e da doença. Especificamente para o setor público de saúde, do âmbito municipal, estadual e federal, é premente a necessidade de consolidar ações de saúde do trabalhador que abranjam da vigilância à assistência em seu sentido amplo.

Acompanhando o processo de democratização do país, uma série de práticas no âmbito da Saúde Pública levou a novas perspectivas nas relações de trabalho e saúde. Alguns estudos recuperam parte desse percurso (DIAS, 1994; LACAZ, 1994 *apud* MINAYO-GOMEZ, 2011) sistematizam experiências inovadoras (COSTA et al., 1989; PIMENTA; CAPISTRANO, 1988 *apud* MINAYO-GOMEZ, 2011) ou apontam as diferenças conceituais e teórico metodológicas que a distinguem da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (TAMBELLINI, 1986; MENDES; DIAS, 1994 *apud* MINAYO-GOMEZ, 2011).

Minayo-Gomez (2011) relata o percurso feito por Dias e Lacaz, trazendo que a definição de saúde do trabalhador é relativamente nova, esse campo é ampliado para além das atividades em si, é uma ação múltipla e transversal, que inclui os impactos da sustentabilidade socioambiental.

O campo da saúde do trabalhador surge como desafio à superação do distanciamento entre as instâncias acadêmicas e executivas, quando se faz necessário aumentar a capacidade de realização de diagnósticos nos diversos contextos e circunstâncias sobre a implantação das políticas de saúde do trabalhador.

Segundo Minayo-Gomez (2011), o campo da saúde do trabalhador tem sua origem em um cenário de luta pela redemocratização do Brasil, a partir da década de 1980, sendo esta uma discussão relativamente nova.

As discussões do campo da saúde do trabalhador ocupam vários espaços e lugares sociais diferentes, e envolvem diversos atores, que levam ao questionamento das

concepções das políticas públicas de saúde vigentes, trazendo diversos fatores para sua constituição enquanto campo.

Entre esses antecedentes estão: o avanço da produção da medicina preventiva e social da saúde pública; o movimento pela Reforma Sanitária; o fortalecimento dos movimentos dos trabalhadores pela conquista de direitos elementares e de cidadania; a realização da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhadores; a criação de Programas de Saúde do Trabalhador e Centros de Referência em Saúde.

A identidade do campo de saúde do trabalhador, inicialmente, tem como referência a saúde ocupacional, fundamentada por práticas e conhecimentos da clínica, da medicina e da engenharia de segurança. No entanto, saúde do trabalhador agrega, além dessas áreas, outras áreas que ampliam a visão.

Saúde do trabalhador é um campo da saúde coletiva, e como tal, está composta pelo tripé, epidemiologia, administração e planejamento em saúde e ciências sociais em saúde, que abrangem outras disciplinas auxiliares.

Assim, o campo saúde do trabalhador supera a visão da saúde ocupacional e situa-se na perspectiva da saúde como direito, essa perspectiva transcende o marco do direito previdenciário-trabalhista. Mendes e Dias (1991) explicam que o objeto da saúde do trabalhador é o processo de saúde e doença dos grupos humanos em sua relação com o mundo do trabalho.

No âmbito da produção de conhecimentos, o campo da saúde do trabalhador, apresenta como definição a compreensão dos vários níveis de complexidade das relações entre o trabalho e a saúde, e como um conceito norteador o processo de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989; MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Como campo de intervenção e de práticas na saúde pública, saúde do trabalhador tem por base os princípios do SUS, que trazem o acesso universal à integralidade na atenção, com ênfase na prevenção e promoção, descentralização e participação social.

Dessa forma, vemos que o campo de Saúde do Trabalhador, baseado nos princípios constitucionais da saúde, tende a ter uma atuação ampliada, que ultrapassa as questões da

medicina preventiva e da ocupação, com uma visão do indivíduo como um todo, que se preocupa tanto com as questões físicas, de ambiência, quanto com as relações que permeiam todas as relações de trabalho.

Daí, ao se pensar em saúde do trabalhador, podemos remeter ao conceito de saúde. Entretanto, falar de conceito de saúde não é uma tarefa fácil, e enveredamos por um caminho novo que recebe muitas críticas e preconceitos, que é discutir promoção da saúde. Assim, pensar a articulação entre promoção da saúde e trabalho torna-se, portanto, uma tarefa que traz muitos desafios.

A articulação entre promoção da saúde e trabalho traz uma perspectiva nova no âmbito da saúde do trabalhador, buscando ampliar o espectro de saúde e doença, levando em conta a subjetividade do indivíduo e analisando todos os processos que envolvem as relações de trabalho.

Junta-se a essa questão, a Saúde mental relacionada ao Trabalho, “Muito antes da constituição de um campo especial de estudos sobre a temática que atualmente configura o campo da saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT), o assunto já suscitava atenção” (SELIGMANN, 2011, p. 40).

Pesquisas pioneiras para analisar a relação entre trabalho e saúde mental começaram a surgir por volta dos anos de 1950, baseadas em estudos sobre a fadiga dos trabalhadores datados do final do século XIX.

A partir dos anos de 1970, surgiram pesquisas vinculadas à abordagem da psicologia social, que mostravam que as pressões do trabalho geravam um estresse que repercutiam na saúde mental e nos relacionamentos interpessoais. A relação entre intensidade de controle exercido sobre o trabalhador e o desenvolvimento de um embotamento afetivo com bloqueio da vivência e expressão de sentimentos são frutos dos estudos de Marianne Frankenhaeuser em 1981. Essa mesma autora explica que a fragilização dos vínculos interpessoais ocorria sob o excesso de controle (SELIGMANN *apud* FRANKENHAUESER, 1981).

A médica, doutora em Saúde Mental relacionada ao Trabalho Edith Seligmann, traz alertas quanto a reducionismo existente nas correntes que estudam e trabalham a saúde

mental do trabalhador, como, por exemplo, pela corrente do estresse, que foi acolhido para estabelecer parâmetros do modelo médico adotados oficialmente para versão atual da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no Grupo IV, que elenca os distúrbios mentais, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1992, ao obrigar que um registro se enquadre nos critérios fixados por esta corrente. Limita extremamente as possibilidades de que os registros ofereçam elementos consistentes para aferir a morbidade psiquiátrica relacionada ao trabalho, oferecendo, assim, possibilidades de fundamentar os aspectos atinentes à Saúde Mental e as Políticas Públicas voltadas à Saúde do Trabalhador.

Profissional da saúde desenvolve suas atividades laborais, podendo estar ligados a uma instituição hospitalar, sendo esta pública ou privada, ou unidades básicas de saúde, onde o trabalhador existe desenvolvendo o trabalho realizado com ou sem resultado econômico (PINTO, 2010).

Esse trabalho possui algumas especificidades por ser um trabalho reflexivo, no qual as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provém de várias instâncias, seja de caráter científico, seja de caráter técnico (BRASIL, 2002). Ele tem um diferencial dos demais trabalhadores, pois está inserido diretamente no contexto biopsicossocial, onde ele precisa trabalhar com a essência da amplitude desse contexto, está ligado direto ou indiretamente a uma equipe multiprofissional e Inter setorial com o objetivo de trabalhar promovendo saúde ou minimizando os riscos que venham favorecer no processo do adoecer do usuário. Por essas especificidades, a saúde deste trabalhador fica muitas vezes comprometida.

O tema saúde do trabalhador foi amplamente discutido e ganhou espaço na Lei Orgânica da Saúde (Lei N° 8.080/90), que regulamentou o SUS e suas competências, tal lei considerou o trabalho como importante fator determinante/condicionante da saúde (BRASIL, 1990). No artigo 6° da referida lei, a Saúde do Trabalhador encontra-se definida como: um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Essas condições de trabalho não

sendo favoráveis podem provocar o chamado absenteísmo, sendo este considerado a ausência no trabalho.

Independente das causas que possam levar o trabalhador ao absenteísmo, esse assunto torna-se preocupante devido, não só ao afastamento do trabalhador de seu ambiente de trabalho, mas também por acarretar nos demais trabalhadores presentes, uma sobrecarga de trabalho, que afeta tanto o físico quanto o psicológico, em decorrência da necessidade de suprir aquela falta, principalmente nos serviços de saúde por estar direta ou indiretamente cuidando de vidas adoecidas, que precisam dar continuidade à assistência e o tratamento.

Portanto, discutiremos um pouco dentro da questão da Saúde o Trabalhador o fator: Absenteísmo, buscando entender como e por quê ele acontece, e estabelecendo a relação com o estudo desenvolvido.

“Absenteísmo é entendido como o não comparecimento ao serviço por motivo alheio à previsão da chefia do serviço” (GIOMO, 2009, p. 25). “É caracterizado como previsto quando ocorre nos dias referentes ao descanso semanal remunerado, feriado e férias, e não previsto quando ocorre faltas, licenças e suspensões” (GAIDZINSKI, 2005, p. 95). Em suma, o absenteísmo abrange todas as causas de ausências, como doença prolongada, acidentes, licença maternidade, atenção a problemas familiares ou formalidades judiciais, até mesmo cursos fora e dentro da organização.

Em se tratando de trabalhador da área da saúde, essa ausência poderá interferir negativamente na qualidade da assistência prestada por desorganizar o serviço, gerar insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes.

Souto (1980, p. 45) menciona que o absenteísmo é tão complexo que exige um trabalho multiprofissional na instituição, já que na causa do mesmo, há muito mais fatores do que a simples doença. Para Mazzilli (2004, p. 21), o comparecimento ao trabalho é condição necessária para eficácia de uma organização. Quando ocorre a falta imprevista de um funcionário, ocorre um rompimento no fluxo de operações que vai refletir na queda da produtividade, bem como sobrecarrega os outros trabalhadores (SOUZA, 2002).

A análise de indicadores de absenteísmo pode ser uma fonte de entendimento dos custos, do clima e dos ganhos efetivos de resultados financeiros e sociais. Muitas vezes, esses indicadores são controlados de forma simplista e operacional, não observando o enfoque estratégico na gestão de pessoas e rotatividade de pessoal. O absenteísmo é mais do que a pura ausência do trabalhador. O conhecimento e o acompanhamento dos índices de absenteísmo possibilitam a instituição ampliar o olhar e buscar compreender os processos que estão envolvidos neste fator, de modo que desenvolvam planos de ações que possam neutralizar as causas e, conseqüentemente, reduzir seu aumento.

As principais causas do absenteísmo são: doenças efetivamente comprovada e não comprovada, razões diversas de caráter familiar, atrasos involuntários ou por motivos de força maior, faltas voluntárias por motivos pessoais, dificuldades e problemas financeiros, problemas de transporte, baixa motivação para trabalhar, supervisão precária da chefia, políticas inadequadas da organização (SOUTO, 1980). Dessa forma, podemos perceber que os motivos do absenteísmo nem sempre partem somente do trabalhador, mas também da instituição. Fatores organizacionais como: as condições de trabalho, o estilo de liderança, empobrecimento das tarefas, a falta de motivação e estímulo, entre outros, contribuem para a insatisfação do trabalhador e, conseqüentemente, com o aumento do absenteísmo.

Para que as organizações consigam identificar o real motivo das ausências dos seus trabalhadores, faz-se necessário o estudo de suas causas, para que se possa diagnosticar os pontos com maiores problemas e assim, atuar na busca das soluções.

Segundo Milkovich e Boudreau (2000), psicólogos têm estudado, há muito tempo, as causas e conseqüências do absenteísmo. De acordo com os autores, que depende da capacidade e da motivação do funcionário em ir para o trabalho e de fatores intrínsecos e externos ao próprio trabalho. Entendemos por fatores intrínsecos aquilo que é essencial, muitas vezes, a sua própria sobrevivência ou de sua família.

Seja qual for a causa das ausências no trabalho, faltas voluntárias ou aparentemente involuntárias, é pertinente investigar uma possível relação entre os fatores motivacionais, e toda ambiência do trabalho, incluindo as relações, os processos e condições de trabalho e o absenteísmo de uma organização.

Cabe mencionar também a questão do presenteísmo, que hoje em dia tem sido uma questão que deve ser observada pelos gestores, que não é tão fácil ser percebido. Presenteísmo é a presença do trabalhador no serviço, porém, sem condição de produzir na totalidade de sua capacidade. O presenteísmo possui várias causas, nem sempre fáceis de identificar, e vem sendo cada vez mais estudado ao longo dos anos. Ele ocorre por problemas de saúde, organizacionais ou pessoais não ligados à saúde. (HEMP, 2004; JOHNS, 2010; UMANN, 2011).

O presenteísmo, que pode ser entendido como “absenteísmo de corpo presente”, implica na redução oculta da produtividade, pela queda no desempenho do profissional, que se encontra debilitado física e psicologicamente (HYEDA, 2011).

Somando-se às questões do absenteísmo e presenteísmo, abordamos também a questão da Urgência e Emergência.

Para Fonseca (2012), a emergência hospitalar viabiliza a experimentação de diversos sentimentos, tanto para o profissional, como para o usuário do sistema de saúde e seu acompanhante. Por lidar com situações em que há risco de vida para o paciente e por atender usuários com diversos perfis sociais, as tensões existentes nas relações desses com os profissionais, acabam sendo evidenciadas, somando-se a outros fatores, como: o constante contato com a violência urbana através do atendimento a pacientes vítimas de acidentes ou de violência física e o contato com pacientes advindos de rivalidades entre facções criminosas e de operações policiais de combate à criminalidade (COSTA, MARZIALE, 2006).

Por conseguinte, vemos que o contato com a violência urbana contribui para banalizar os episódios de violência e para menosprezar as consequências da violência na saúde do trabalhador.

Além disso, também contribui para aumentar o medo e o sentimento de insegurança e impotência frente às situações de violência ocorridas contra o profissional. Apesar de não serem as vítimas diretas da violência, os trabalhadores que atendem as vítimas sentem-se também atingidos por ela (MICHAUD, 1989).

Considerando todos os fatores que permeiam as faltas ao trabalho, desde faltas involuntárias até as faltas por um processo de adoecimento, perpassando por diversos motivadores, desejamos compreender como o trabalhador percebe o seu afastamento do



trabalho. Em face disso, discorreremos sobre a Percepção, como fator pelo qual se apreende, compreende, discerne sobre algo ou alguma coisa.

#### 1.4 PERCEPÇÃO

Ao buscar conceituar percepção, entende-se que este fator pode permitir uma visão ampliada do fenômeno, possibilitando compreender os fenômenos perceptivos em situações de trabalho, tais como, o afastamento do trabalho.

Os saberes sobre percepção são importantes porque as atividades de trabalho requerem dos indivíduos suas capacidades perceptivas (olhar sobre a dor do outro, necessidade de cuidado, adequação do ambiente, falta de materiais, etc.)

Sabemos que nossos órgãos do sentido são responsáveis por captar os processos através dos quais o homem reflete *indícios* particulares do mundo exterior ou os sinais que indicam o estado do seu organismo.

Observa-se que esses processos, que são as fontes básicas da informação que o homem recebe dos meios exterior e interior, são executados por órgãos dos sentidos pertencentes a modalidades distintas; esses órgãos receptores pertencem aos grupos dos intero e extero-receptores, dividindo-se o último grupo, por sua vez, em dois subgrupos de receptores de contato (tato, paladar) e receptores de distância (olfato, visão e audição). Vimos ainda que os processos de percepção dos indícios do mundo exterior e do meio interno podem distribuir-se em níveis variados e apresentar complexidade diversa (LURIA, 1998).

O processo de percepção do mundo é um processo bastante complexo e vai além de conseguir perceber algo e conseguir identificá-lo. O homem não vive em um mundo de pontos luminosos ou coloridos isolados, de sons ou contatos, mas em um mundo de coisas, objetos e formas, em um mundo de situações complexas; independentemente de ele perceber as coisas que o cercam em casa, na rua, as árvores, as pessoas com quem se comunica, os quadros que examina e os livros que lê.

O trabalho dos órgãos dos sentidos ultrapassa os limites das sensações isoladas, isso ocorre nos limites de várias modalidades, em que somente com resultados da unificação

das sensações isoladas se transforma numa percepção integral e passamos de reflexos isolados ao reflexo e/ou situações inteiras.

Vemos que, na realidade, o processo de percepção é bem mais complexo, não é só o resultado de uma simples excitação dos órgãos do sentido e da simples chegada de uma informação ao córtex cerebral e a decodificação dos sentidos. A percepção está intimamente ligada à reanimação dos remanescentes da experiência anterior, ou seja, da comparação da informação e a sintetização dos indícios perceptivos em totalidades e, conseqüentemente, com a tomada de decisão em relação àquela percepção.

O homem não visualiza simplesmente os objetos ou situações e registra passivamente os indícios, a percepção humana consiste em uma primeira peculiaridade que é seu caráter ativo e imediato, ou seja, ele consegue identificar imediatamente um objeto que visualiza com todo seu caráter de forma, cor, utilidade, etc. A segunda peculiaridade da percepção do homem é o seu caráter material e genérico, ou seja, sua capacidade de englobar todo número de traços essenciais e fazer as conexões e relações nas diversas situações.

A terceira peculiaridade consiste em sua constância e correção, ou seja, o conhecimento anterior do objeto incorpora-se a sua percepção dando uma certa correção à peculiaridade de cada objeto ou situação em condições variáveis, sendo possível fazer a respectiva correção com base no conhecimento real do objeto. E a última peculiaridade da percepção humana consiste em ela ser móvel e dirigível, ou seja, a experiência prática do sujeito e o seu discurso interior permite formular e mudar as tarefas.

Sabemos que a percepção correta dos objetos complexos não depende apenas da precisão do funcionamento dos nossos órgãos dos sentidos, mas de várias outras condições essenciais, que compreendem a experiência anterior do sujeito e a amplitude de profundidade das suas concepções, a tarefa a que ele se propõe ao analisar determinado objeto, o caráter ativo, coerente e crítico da sua atividade receptora, a manutenção dos movimentos ativos que integram a atividade receptora, a capacidade de reprimir a tempo as hipóteses do significado do objeto perceptível se estas não corresponderem à informação afluyente.

A complexidade do desempenho perceptivo ativo permite explicar também as falhas que se verificam na percepção da criança nas etapas tenras do desenvolvimento, bem

como as peculiaridades do distúrbio da percepção que podem surgir nos estados patológicos do cérebro. Essas peculiaridades podem assumir caráter variado dependendo do elo da atividade receptora insuficientemente desenvolvido ou perturbado.

O homem tem diversos tipos de percepção: tátil, visual, dos objetos e situações, do espaço, auditiva. Sabemos que todas estas percepções são fatores importantes na comunicação do homem com o mundo em que vive, contudo, nos deteremos na organização psicológica da percepção auditiva, pois esta nos dará subsídios para discussão do estudo em curso.

A linguagem humana dispõe de todo um sistema de códigos sonoro que constroem seus elementos significantes: as palavras, que são a base para a comunicação humana. Daí a importância de nos debruçarmos um pouco sobre a percepção auditiva, uma vez que ela se constitui num dos pilares das relações interpessoais.

Sabemos que a audição dos animais é organizada por determinados programas congênitos, que ajudam a distinguir os diversos sons por meio de componentes biológicos. No entanto, com relação à audição do homem, ela é determinada não somente pelos fatores biológicos, mas por fatores histórico-social.

Há dois sistemas objetivos que se formaram no processo da história social da humanidade, que são responsáveis pela codificação das sensações auditivas do homem em complexos sistemas da percepção auditiva.

O sistema rítmico-melódico (musical) de códigos e o sistema fonético de códigos (ou sistemas de códigos sonoros da língua). São estes dois sistemas que organizam o complexo sistema de percepção auditiva dos sons percebidos pelo homem. Assim, a forma como recebemos a comunicação do outro interfere, substancialmente, nas relações interpessoais (LURIA, 1998).

A percepção supõe as sensações acompanhadas de significados que lhe atribuímos como resultado da nossa experiência anterior como vimos anteriormente. Na percepção, nós relacionamos os dados sensoriais com as nossas experiências anteriores, o que lhes confere significado (mecanismo de interpretação de informações).

Barber e Legge (1976, p. 11) definem percepção como o “processo de recepção, seleção, aquisição, transformação e organização das informações fornecidas através dos nossos sentidos”.

O estado psicológico de quem percebe é um fator determinante da percepção, seus motivos, emoções e expectativas fazem com que perceba, preferencialmente, certos estímulos do meio. Assim, podemos ter como exemplo coisas simples para exemplificarmos, alguém que tem fome sente-se mais atraído por estímulos comestíveis, e tende a percebê-los mais facilmente, a mesma coisa acontece com tendências relativamente permanentes, como interesses profissionais. Um médico ao visitar uma cidade pela primeira vez, provavelmente, perceberá aspectos gerais relacionados a saúde de sua população; o sociólogo, aspectos da interação social entre seus moradores, o botânico, as plantas características da localidade e assim por diante.

Os aspectos que foram percebidos por um podem passar despercebidos pelo outro, temos a tendência, portanto, a perceber o mundo muito mais como cremos ou queremos que ele seja do que nos informam os diferentes estímulos que chegam aos nossos órgãos dos sentidos.

Segundo Merleau-Ponty (2006), o pensamento objetivo ignora o sujeito da percepção. Isto ocorre porque ele ocorre no mundo inteiramente pronto, como meio de todo acontecimento possível, e trata a percepção como um desses acontecimentos. O sujeito perceptivo é o lugar dessas coisas, sem perceber que ele mesmo percebe que ele é o sujeito perceptivo e que a percepção, tal como ele a vive, desmente tudo o que ele diz da percepção em geral.

Cada sujeito é singular em sua percepção, logo, podemos dizer que uma qualidade de mundo abriga várias significações dadas por uma experiência efetiva, vivenciada por todo um saber do corpo em atividade, nunca há um puro sentir e um puro perceber, mas algo é sentido ou percebido pelo sujeito de forma diferente e com “n” possibilidades, ou seja, cada sujeito é afetado pelo mesmo fenômeno de forma diferente.

Dessa forma, podemos pensar qual é a percepção que os colegas de trabalho têm do adoecimento do outro, e de que forma esta percepção interfere nas relações de trabalho e

nos comportamentos. E qual a percepção que a própria pessoa tem de si mesmo e do seu adoecimento e, conseqüente, afastamento do trabalho.

Conforme Moraes (2000 e 2007, p. 84), “a percepção de um grupo ou indivíduo é determinada pelo seu modo de se elucidar cognitivamente a realidade com a qual entra em contato”. Portanto, a forma como cada um percebe o seu próprio afastamento do trabalho e/ou afastamento do outro dependerá de como cada indivíduo decodifica as informações do ambiente.

Assim, sabemos que na atividade de trabalho a percepção é um processo ativo, em que cada indivíduo “recorta” no seu ambiente o que será percebido, sendo o comportamento determinante para o processo de percepção.

Com o intuito de buscar conhecer a percepção que o servidor tem sobre seu afastamento do trabalho, e percebendo em diversos estudos que as causas do absenteísmo podem estar ligadas direta ou indiretamente ao ambiente de trabalho, sendo este, um dos fatores desencadeadores do afastamento do trabalhador por algum período de tempo do trabalho, e que este afastamento traz problemas não só para o trabalhador ausente, mas também para todos os atores envolvidos nas atividades laborais e o próprio ambiente institucional, optamos por fazer o levantamento dos afastamentos para tratamento da própria saúde.

Esta pesquisa tem como interesse estudar se o servidor que teve afastamento do trabalho para tratamento da própria saúde consegue ter a percepção dos fatores que o levaram a afastar-se do trabalho, uma vez que foi observado que nem sempre apresenta uma visão mais ampliada sobre seu afastamento. Esta observação ocorreu de forma preliminar devido aos transtornos causados no Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas, por faltas nos plantões.

Na perspectiva da humanização hospitalar, para subsidiar este estudo, recorreremos à teoria nos conceitos de trabalho, saúde do trabalhador, psicodinâmica do trabalho e percepção. Este estudo busca oferecer à gestão de serviços no contexto hospitalar subsídios que possam auxiliar a realizar intervenções efetivas nas causas de afastamento, podendo contribuir, assim, para a minimização do absenteísmo e, conseqüente, melhora na prestação dos serviços.

## **2. OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção que os profissionais da saúde têm sobre seu afastamento e suas implicações na prática profissional.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Verificar as condições de trabalho do Pronto Socorro;
- Identificar as principais doenças motivadoras de afastamento;
- Investigar o que leva os profissionais do Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas a se afastarem do trabalho.

## **3. METODOLOGIA**

Esta pesquisa é de natureza qualitativa, descritiva e analítica, pois, busca tratar a informação que a mensagem contém, usando procedimentos sistemáticos e objetivos da descrição dos conteúdos da mensagem.

O estudo qualitativo utiliza-se do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, das atitudes e dos valores, ou seja, trabalha com a realidade social. Baseia-se em uma linguagem própria e individual com uso de proposições, hipóteses, técnicas e conceitos (MINAYO, 2010).

Este método se adequa melhor a investigações de grupos e segmentos mais delimitados e focalizados (MINAYO, 2010). Busca a sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão lógica do fenômeno interno do indivíduo, grupo ou processo de estudo.

Com a escolha metodológica em pesquisa qualitativa, este estudo, realizado no Hospital Geral Público de Palmas (HGPP), foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, em reunião ordinária no dia 12/08/2016, registrada no CONEP sob CAAE – 55292316.8.0000.5519, aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Parecer N° 1.687.339, de acordo com a Resolução 466/12 que estabelece

que toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética e Pesquisa (BRASIL, 2012c). Também houve anuência da Secretaria de Estado da Saúde, através da Superintendência de Educação na Saúde – Diretoria da Escola Tocantinense do SUS – com o aceite da direção do Hospital Geral Público de Palmas sob o N° 002116.

O Hospital Geral de Palmas foi inaugurado em 10 de agosto de 2005, com uma área total de 54.254m<sup>2</sup>, sendo 36.000m<sup>2</sup> de área construída, situado no município de Palmas - Tocantins. O Hospital Geral Público de Palmas (HGPP) funciona 24 horas por dia, durante todos os dias do ano, ininterruptamente. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde do Tocantins (SESAU 2017), os serviços atendidos são de urgências e emergências, ambulatoriais e cirúrgicas, sendo referência no Estado do Tocantins e municípios de outros estados circunvizinhos sendo eles: Sul do Pará e do Maranhão, norte do Mato Grosso e oeste da Bahia.

Em média, são realizados 3.500 atendimentos por mês com um quadro funcional de 2470 servidores (referência Março/2017), além dos Trabalhadores terceirizados nas áreas meio (Higienização e Limpeza, Laboratórios e Manutenção).

O HGPP foi construído com o objetivo e com a missão de oferecer um atendimento humanizado, compreendendo a valorização dos diferentes sujeitos implicado no processo de produção de saúde, tendo como um dos principais objetivos o de garantir a qualidade de vida da população por meio dos serviços de saúde de média e alta complexidade, bem como algumas especialidades ambulatoriais, em que o hospital assume um papel importante frente às demandas e cuidados para com a saúde de seus usuários. Ao longo dos anos, cresceu e vem crescendo no intuito de proporcionar, aos usuários e aos servidores da saúde vinculados à instituição, um ambiente de cuidado mútuo, um local em que as pessoas sejam atendidas de forma humanizada e que sejam respeitadas nas suas mais diferentes expressões/manifestações da questão social. (SESAU, 2017).

O procedimento metodológico está composto por levantamento de dados baseados em informações documentais, adquiridos junto à Secretaria de Administração do Estado e a Junta Médica Oficial. Esses dados foram disponibilizados pela Diretoria de Tecnologia da Informação após autorização do Secretário da Pasta. Foram levantadas informações

quanto ao vínculo empregatício, idade, sexo, número de licenças para tratamento da própria saúde e o CID (Código internacional de Doenças) dos servidores lotados no Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas nos anos de 2014 e 2015, com o objetivo de descrever estes dados e levantar as doenças que mais motivaram o afastamento dos servidores neste período. Contudo, a documentação fornecida pela Secretaria da Administração do Estado possui um consolidado dos dados de afastamentos de todos os setores do HGPP, não sendo possível fornecer somente os dados do setor Pronto Socorro, uma vez que a lotação de todos os servidores do hospital tem como registro de lotação Hospital Geral de Palmas.

Em função desta dificuldade, obtivemos junto ao departamento de pessoal do HGPP, uma relação com dados de afastamentos dos servidores durante o período supracitado e as escalas de serviço do Pronto Socorro, a fim de obtermos a amostra necessária para pesquisa.

Cabe ressaltar que toda a análise deste estudo foi realizada em relação ao número de afastamentos e não sobre o número de servidores afastados, uma vez que o servidor poderá apresentar um ou mais afastamentos durante o período.

Ainda para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento uma entrevista semiestruturada (Anexo II), que são chamadas de guia ou plano, por facilitarem a condução do processo. As entrevistas foram transcritas literalmente, incluindo hesitações, risos, silêncios, e qualquer outra expressão de linguagem.

Na entrevista semiestruturada, o pesquisador tem uma lista de questões ou tópicos a serem respondidos, ou seja, um guia. Porém, essas questões não precisam seguir a ordem prevista e ainda podem ser acrescentadas novas perguntas no decorrer da entrevista, explorando ainda mais o assunto abordado (MINAYO, 2004).

A coleta de dados ocorreu no período compreendido entre novembro de 2016 a março de 2017, respeitando a disponibilidade do entrevistado. Somente mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (Anexo I), é que a entrevista foi iniciada. As entrevistas foram realizadas em local reservado no ambiente de trabalho do profissional, livre de interferência e de acordo com a disponibilidade do



mesmo, com duração de cerca de 20 a 30 minutos numa sala no Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas-TO.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A entrevista contém perguntas individuais relacionadas a percepção dos trabalhadores, sobre suas faltas ao serviço, período e forma de lazer, relação com colegas de trabalho e pacientes, e sua percepção sobre o seu fazer no trabalho (Anexo II).

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, assistente social) que estão lotados ou já estiveram lotados no Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas no período compreendido entre 2014 e 2015, e que apresentaram afastamento do trabalho por motivo de tratamento da própria saúde. Outros tipos de licenças não foram contemplados neste estudo.

Estes profissionais foram escolhidos aleatoriamente, a partir de uma relação fornecida pelo departamento de pessoal do HGPP, contendo 458 afastamentos, destes, 28 afastamentos não era de licença para tratamento da própria saúde, sendo assim, trabalhamos com uma relação de 430 afastamentos, em que procuramos identificar os profissionais e convidá-los a participar da pesquisa. Procuramos os servidores das profissões acima elencadas, distribuídos nos plantões diurnos e noturnos de todos os setores do Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas, a fim de termos uma amostra mais heterogênea com representatividade das várias profissões da saúde, pois sabemos que os profissionais da Enfermagem são maioria na composição dos trabalhadores em Hospitais.

Constituiu a amostra desta pesquisa 22 profissionais que foram afastados para tratamento da própria saúde ocorridos no período investigado. Contudo, somente 20 profissionais participaram da entrevista, pois alguns profissionais agendaram sua participação diversas vezes, mas não compareceram. Em função da limitação do prazo para coleta, foram consideradas apenas as entrevistas de 20 profissionais.

Para entrevista foi utilizado um gravador digital e um aparelho celular como forma de garantir a gravação e não correr o risco de perda do áudio por algum problema técnico, tudo feito com anuência do entrevistado. Para análise das entrevistas, foi utilizada a análise

de conteúdo conforme técnica de Bardin (2011), que é composta por três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A análise de conteúdo é considerada uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de toda a classe de documentos, desde que estas fontes cheguem ao pesquisador em estado bruto, necessitando, então, ser processados para, dessa maneira, facilitar o trabalho de compreensão, interpretação e inferência a que aspira a análise de conteúdo. Dessa forma, os conteúdos analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessíveis (MORAES, 1999).

A “análise de conteúdo” traz um histórico de um instrumento de análise das comunicações pautadas na observação *a posteriori*, que segue um rigor nas análises de seu objeto, “é uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo da comunicação” (BARDIN, 2011, p.24). Esta concepção posteriormente foi ampliada e vemos a contribuição de vários analistas norte-americanos e franceses.

A análise de conteúdo segue, além do conjunto de técnicas de análises das comunicações, procedimentos sistemáticos e objetivos, ela é a inferência de conhecimentos relativos à produção e esta inferência recorre a indicadores quantitativos ou não, trabalha com a inferência do tratamento das mensagens que manipula, a fim de deduzir de maneira lógica conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre seu meio (BARDIN, 2011).

Segundo Bardin (2011), a análise organiza-se em torno de três polos cronológicos:

- a. Pré-análise, que corresponde a um período que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir para um sistema preciso do desenvolvimento das operações num plano de análise. Possui três passos: a escolha dos documentos a serem analisados, formulação de hipóteses e dos objetivos, e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.
- b. Exploração do material é a codificação, enumeração em função de regras previamente formuladas. Corresponde à transformação dos dados brutos que permita ao pesquisador atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão, susceptível de esclarecer acerca das características do texto.

- c. Tratamento dos resultados, os resultados brutos obtidos são tratados de tal forma que se tornem significativos e válidos, tais como estatísticas simples ou complexos, diagramas, figuras e modelos que condensem e destaquem as informações fornecidas pela análise.

Assim, na primeira etapa foi feita a organização do material coletado, fazendo a sistematização das ideias iniciais, por meio da transcrição da entrevista e tabulação das perguntas e respostas de cada entrevistado. Na segunda etapa, após leitura exhaustiva e sistematização das ideias, foram definidas as categorias de análise, por meio de um conhecimento científico prévio. Na terceira etapa tratamos os dados dando significação às características do texto, a análise de conteúdo tenta compreender a fala, as pessoas e o ambiente num determinado momento, com a contribuição das partes observáveis, levando em conta as significações (conteúdo).

Para melhor visualização dos resultados, utilizamos tabelas para classificar as unidades de significação com a criação das categorias.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inciaremos a apresentação dos resultados mostrando os dados de identificação da amostra, conforme tabelas a seguir.

##### 4.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

**Tabela 1A**

<b>SEXO</b>		<b>IDADE (Faixa etária)</b>			
		20 – 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60
<b>Feminino</b>	17 –	1	7	5	4
<b>%</b>	85%	6%	41%	29%	24%
<b>Masculino</b>	3	-	-	2	1
<b>%</b>	15%			66%	34%

**Tabela 1B**

<b>SEXO</b>		<b>PROFISSIONAIS</b>		<b>TEMPO EM HOSPITAL</b>	
		Superior	Médio	1 – 10	11 – 20
<b>Feminino</b>	17-	10	7	10	7
<b>%</b>	85%	59%	41%	59%	41%
<b>Masculino %</b>	3 –	2	1	3	-
	15%	66%	34%	100%	
<b>Total</b>	20	12	8	13	7
<b>%</b>	100%	60%	40%	65%	35%

Considerando os profissionais entrevistados, 85% da amostra é do sexo feminino e 15% do sexo masculino, destes, considerando homens e mulheres, 60% são profissionais de nível superior e 40% de nível médio, 70% tem entre 31 e 50 anos de idade, 25% tem acima de 51 anos e 5% entre 20 e 30 anos. Considerando o total da amostra, percebemos

que a maioria 65% está no hospital há menos de 10 anos e 35% há mais de 10 anos no hospital.

Estes dados nos levam a indagar que os adultos jovens são os mais propensos na entrega de atestados entre as diferentes idades relacionadas no mesmo ciclo de vida, adulto jovem, adulto intermediário, adulto maduro. Acreditamos que o resultado apresentado nesta amostra entre os diferentes ciclos de vida, poderia levar a novos estudos no futuro, a fim de verificar a situação da diferença na entrega de atestados.

Para responder aos objetivos desta pesquisa, quanto à percepção dos profissionais sobre o seu afastamento do trabalho e os possíveis fatores relacionados com doença e/ou processo de trabalho que possam interferir no afastamento do trabalho, foi realizado um sistema de categorização para proceder a análise.

Categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos, as quais reúnem um grupo de elementos, sob um título genérico, de acordo com as características comuns destes elementos (BARDIN, 2011).

Para obtermos as categorias, utilizamos as unidades de contexto e as unidades de registro conforme tabela a seguir.

**Tabela 2** – Apresentação das Unidades de Contexto e Unidades de Registros

**UNIDADES DE CONTEXTO      UNIDADES DE REGISTRO**

<b>O que leva o indivíduo a se afastar do trabalho</b>	<b>Pergunta 1 - Quantas vezes você faltou ao serviço no ano?</b>	<b>Pergunta 3- O que você pensa sobre suas faltas ao trabalho?</b>
	1. Só tive 15 dias.	1. Prejudicial
	2. Tratamento da saúde	2. ----
	3. Infelizmente 60 dias.	3. Não gosto de faltar
	4. Três dias crises.	4. Atrasa
	5. Duas vezes	5. Adoecimento
	6. Crises	6. Desconfiança
	7. Atestado	7. Desfalca
	8. Nenhuma	8. Cuidar de mim
	9. Só licença	9. Sobrecarrega
	10. Não tenho	10. Tratar
	11. Não tenho	11. Contra falta
	12. Muito pouco	12. Prejudica indiretamente
	13. Não pego atestado	13. Não gosto de faltar
	14. 62 dias	14. Medo
	15. Média - 2 dias	15. Justificadas
	16. Nunca faltei por faltar	16. Não é bom

	17. Licença/atestado 18. Justificadas 19. Doença 20. Muitas vezes	17. Insignificante 18. Necessárias 19. Ruim faltar 20. Direito		
<b>Quais fatores motivam o indivíduo a faltar ao trabalho</b>	<b>Pergunta 2 - Qual o motivo mais frequente das faltas no serviço?</b> 1. Desgaste no osso 2. Saúde 3. Acidentes 4. Virose 5. Vesícula 6. Transtorno Bipolar 7. Transtorno Mental 8. ----- 9. Deiscência 10. Tratamento de Saúde 11. Cirurgia 12. Dor de cabeça, indisposição 13. Cirurgia ortopédica 14. Problema de coluna 15. Problema de Saúde 16. Tratamento da saúde 17. “Alguma coisa” saúde 18. Acompanhar mãe idosa 19. AVC Isquêmico 20. Coluna, cabeça (Psiquiatria)			
<b>Como o indivíduo percebe a sua ausência no trabalho</b>	<b>Pergunta 4- Você tem algum problema de saúde?</b> 1. Não 2. Enxaqueca, hérnia discal 3. Não 4. lúpus 5. tireoide 6. Não 7. Pressão alta 8. Hoje não 9. Hipotireoidismo 10. Diabetes 11. Não graças a Deus 12. Psoríase, diverticulite, síndrome do pânico 13. Nenhum 14. Deslizamento da vértebra, 15. Não 16. Facite plantar 17. Estresse 18. Dor muscular 19. Hipertensão/diabetes 20. Hérnia, síndrome do pânico	<b>Pergunta 11 – Fala sobre sua rotina.</b> 1. Corrido, bem puxado 2. Reuniões, 3. Coordenado 4. Coleta. 5. Tranquila, prazerosa, 6. Notificação. 7. Ajudo a coordenação 8. Muito corrida, 9. Cansativo. 10. Difícil 11. Não gosto deste setor, 12. Organizo setores 13. Acolhimento, 14. Rotina 15. Puxada, 16. Responsável, 17. Acompanhar 18. Rotina 19. Emergência. 20. Trabalho administrativo		
<b>Como o indivíduo percebe o seu cotidiano, trabalho, lazer, vida social e familiar.</b>	<b>Pergunta 5 – O que costuma fazer nos dias de folga?</b> 1. Complementar	<b>Pergunta 6 – Os dias de folga são satisfatórios?</b> 1. Sim	<b>Pergunta 7- Você tem folga no final de semana?</b>	<b>Pergunta 8 – Fala sobre seu lazer.</b> 1. Não tenho 2. Descansar

	renda 2. Cuidar 3. Afazeres extras 4. Família, 5. Cuidar 6. Pacata 7. Trabalhar 8. Descansa 9. Curtir 10. Fazer nada 11. Sedentário 12. Fico casa, saio 13. Cuidar 14. cuidar 15. Lazer 16. Só casa, 17. --- 18. Afazeres 19. Estudar 20. artesanato	2. Sim 3. Sim 4. São 5. São 6. Satisfatórios 7. Prazerosos 8. Suficientes 9. Ótimos 10. Nem sempre 11. Não pelas condições 12. Não 13. Ótimos 14. Não são 15. Não 16. Sim 17. Suficientes 18. Sim 19. Sim 20. Não tem sido	1. Descansar 2. Sim todos 3. Só um 4. Todos 5. Todos 6. Trabalho 1 7. Todos 8. Trabalho 2 9. Folga 1 fim de semana 10. Muito difícil folgar 11. Folgo 2, 12. Às vezes 13. Folgo 2 14. Sempre trabalho 15. Muito difícil, 16. Depende, 17. Folgo 2 18. Às vezes 19. Não ligo 20. Não é	3. Caminhada, 4. Passear 5. Diversão 6. Leitura 7. Não dá sair 8. Atividade física 9. Caminhar 10. Cantar, 11. Ver filmes 12. Amigos 13. Sair 14. Dormir, 15. Casa, 16. Casa mesmo 17. Não tenho 18. Bem pouco 19. Lê, filmes 20. Pouco
<b>Percepção do indivíduo quanto ao seu relacionamento com equipe de trabalho, sua comunicação e forma de lidar com situações “difíceis”.</b>	<b>Pergunta 9 – Qual o nível de entrosamento com sua equipe de trabalho?</b> 1. Bom 2. Bom 3. Ótima, 4. Muito bom 5. Ótima, 6. Respeito 7. Excelente. 8. Zero! Boa 9. Bom, alto 10. Dez 11. Ótimo 12. Bem legal 13. Coesa 14. Uns 7,5 15. Boa 16. Bom 17. Bom 18. Muito bom 19. Fechado 20. Satisfatório	<b>Pergunta 10- E a comunicação na equipe?</b> 1. Boa 2. Boa 3. Excelente 4. Ótima 5. Ótimo 6. Boa 7. Ótima 8. Tem “uns pegadas” 9. Boa 10. Boa 11. Flui 12. ____ 13. Muito boa 14. Razoável 15. Boa, 16. comunico 17. Conversa 18. Muito boa 19. Boa 20. Tranquila	<b>Pergunta 12- Estressa-se com colegas de trabalho</b> 1. Sou zen, 2. Às vezes sim 3. Não! 4. calma 5. Não! 6. Estresse 7. Irrita 8. Estresse 9. Difícil 10. Estresse 11. Muito raro 12. Ultimamente não 13. Não, 14. Frequência 15. Não! 16. Nunca 17. Não 18. Não 19. Não 20. Estresse	<b>Pergunta 13 – Estressa-se com pacientes?</b> 1. Poucas 2. Não. 3. De jeito nenhum 4. Não. 5. Não. 6. Não 7. Não! Não 8. Não. 9. Às vezes, 10. Muito difícil 11. Muito Difícil 12. Estresse, 13. Nunca 14. Não! 15. Não, não 16. Nunca 17. Às vezes 18. Não, 19. Não 20. Não é





<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças agudas ou crônicas</li> <li>• Sobrecarga</li> <li>• Insatisfação</li> </ul>	
<b>Vida além do trabalho</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dias de folga</li> <li>• Satisfação</li> <li>• Lazer</li> <li>• Família</li> </ul>	<b>Percepção do Cotidiano</b>
<b>Relacionamento interpessoal e Comunicação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrosamento</li> <li>• Equipe</li> <li>• Comunicação</li> <li>• Atitudes</li> </ul>	<b>Relação interpessoal</b>
<b>Relação com o seu Fazer</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfação/Insatisfação</li> <li>• Importância</li> <li>• Realização</li> <li>• Identificação</li> </ul>	<b>Organização do Trabalho</b>

Em conformidade com a análise dos dados temos seguintes categorias:

**Categoria I: Absenteísmo** - É um padrão habitual de ausência no processo de trabalho, dever ou obrigação.

**Categoria II: Fatores Motivadores** – É um processo responsável por iniciar, direcionar e manter comportamentos relacionados com o cumprimento de objetivos.

**Categoria III: Percepção do trabalho** – Capacidade de perceber a si mesmo e o outro com relação ao trabalho.

**Categoria IV: Percepção do cotidiano** - Capacidade de conhecer e perceber o seu cotidiano.

**Categoria V: Relação Interpessoal** – É um conjunto de valores, atitudes e padrões de comportamento, formais e informais, existentes em uma organização.

**Categoria VI: Organização do Trabalho** – Pode ser entendida como métodos e inter-relações de indivíduos/funções, buscando atender requisitos individuais e organizacionais.

A seguir, será feita a análise e compreensão por categorias.

#### 4.1.1 Categoria I: Absenteísmo

Ao observarmos as faltas no trabalho, ou seja, o absenteísmo, devemos nos reportar à definição de Ferreira (1986) sobre absenteísmo: ausência habitual do emprego. Para Couto (1987), o absenteísmo é decorrente de um ou mais fatores causais, tais como fatores de trabalho, sociais, fatores culturais, de personalidade e de doenças. Este autor menciona que não parece existir uma relação precisa de causa e efeito, mas um conjunto de variáveis que podem levar ao absenteísmo.

*“Fui fazer uma cirurgia plástica e tive deiscência” (E9);  
“As faltas devido a minha saúde mesmo (...) já tive três atestados só este mês por causa do problema da coluna. (...) veio agravar no último ano” (E14);*

Podemos verificar que todas as faltas e licenças nesta amostra têm como causa problemas relacionados à saúde, tanto de ordem física/orgânica quanto psicológica/emocional. Isto nos leva a pensar que o problema de saúde pode ser o principal motivo causador do absenteísmo no trabalho.

Isto corrobora com o que Becker e Oliveira (2008) dizem: o principal motivo do absenteísmo é por doença. Esse dado sugere estudos na busca da conquista de melhorar a saúde do trabalhador da saúde, possibilitar melhor qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, melhor assistência à saúde.

*“Virose, provavelmente, Zika” (E4);  
“Vesícula Mesmo” (E5);  
“Eu nunca tenho um motivo, foi só este problema, fiz uma cirurgia ortopédica.” (E13);  
“Deu um AVC Isquêmico, deu crise hipertensiva, espasmos e AVC” (E19).*

Um aspecto importante a ser considerado é que as causas do absenteísmo nem sempre estão no trabalhador, mas na instituição, enquanto organização e supervisão deficientes através da repetitividade de tarefas, da desmotivação e desestímulo, das condições desfavoráveis de ambiente de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente, que não visa uma política de prevenção e mais humana. (ALEXANDRE, 1987; COUTO, 1987; CHIAVENATO, 1994, ALVES, 1995).

Como podemos observar nas falas a seguir, elas indicam alguma dificuldade da organização da instituição em organizar e fazer fluir o fluxo de pacientes, de modo a minimizar a permanência desse paciente no Pronto Socorro.

*“Meu plantão é muito corrido, (...), chega muito paciente, admissão muito grande, (...), é bem puxado” (E1);*

*“É muito corrida, puxada (...) encaminho pedidos de exame, pareceres, documentação, parte burocrática, organizo prontuários” (E8);*

*“Cansativo, você fica naquele estresse, falta medicação falta muita coisa (...), você chega recebe o plantão, colhe gasometria, (...), banho no leito, fazer curativo, evoluir paciente, passagem de sonda, auxiliar traqueostomia” (E9);*

Um outro aspecto que observamos nas falas do servidor é o desalento e desencanto com sua própria condição, ou impossibilidade à medida que está aquém de sua responsabilidade fazer alguma coisa para melhorar a condição de seu paciente, gerando questionamentos do tipo “o que eu estou fazendo aqui”.

*“Difícil né, difícil pelo contexto, a gente tem o intuito de salvar vidas, mas nem sempre o setor não colabora (...), hoje mesmo a minha cabeça está latejando, eu me sentir ninguém, o que é que estou fazendo aqui?” (E10);*

*“É bem puxada minha rotina eu trabalho aqui e em outro lugar, e também continuo estudando para poder sair daqui um dia, porque as condições de trabalho aqui são bem difíceis” (E15);*

*“Fico responsável pelos materiais (...) tudo né, (...), sou responsável por aquilo que vão precisar numa emergência, é de minha competência, tentar deixar tudo montado (...) digo tentar porque não tem o suficiente (...) daí tenho que sair correndo de um lado para outro (...), porque não tem material suficiente” (E16);*

O número insuficiente de recursos humanos pode contribuir para elevar o índice de absenteísmo, como consequência da sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores, desencadeando a queda da qualidade do cuidado prestado (ALVES, 1995).

*“Prejudicial ao trabalho, mas é legal. Todas causam prejuízo ‘pro’ serviço (...) ainda mais no nosso caso que já é reduzido o número de profissionais” (E1);*

*“Não gosto de faltar, em janeiro quando fraturei o pé médico queria me por de licença não aceitei, fiquei só três dias” (E3);*

*“Que atrasa o trabalho” (E4);*

*“É muito difícil você faltar ao trabalho, (...), na ausência de um, desfalca a equipe e sobrecarrega profissionais, (...) não é uma prática legal, mais há uma necessidade, você tem direito de se afastar” (E7);*

*“Causa um desfalque danado, (...), acaba sobrecarregando a equipe e desfalcando o setor, não dá a qualidade de assistência do paciente” (E9);*

*“Prejudica indiretamente, porque se não venho alguém estará me substituindo. A falta direta ou indiretamente prejudica” (E12);*

Há a percepção dos servidores de que a falta prejudica e sobrecarrega o colega, gera estresse e, em última análise acaba influenciando o cuidado do paciente, contudo, sabemos que a falta justificada é legal, e lícita. Acreditamos que a maior questão aqui é a necessidade de planejamento dos setores do Pronto Socorro a fim de que possa minimizar as consequências de uma falta inesperada, pois, qualquer trabalhador está sujeito a situações que o levem a faltar e/ou afastar-se do trabalho por algum período de tempo em algum momento em sua vida profissional.

#### 4.1.2 Categoria II: Fatores Motivadores

Fatores Motivadores não é algo que possa ser diretamente observado; inferimos a existência de algum fator de motivação observando o comportamento. Um comportamento é motivado a agir de uma determinada forma em função das circunstâncias de incômodo e/ou desconforto e dor.

Percebemos nas falas dos entrevistados, os diversos motivos fisiológicos e/ou mentais, que motivaram ausências do serviço. Como descrevemos a seguir:

*“Desgaste no osso do joelho, foi feito cirurgia, e quando exercito(...), e no HGP caminho muito, com a contração muscular, puxo a perna”. (E1);*

*“Por causa dos acidentes...” (E3);*

*“Fator primordial, Transtorno bipolar, eu não produzo lítio, daí as crises, alteração no humor” (E6);*

*“Tratamento de saúde” (E10);*

*“a gente gripa, tem dor de cabeça, indisposição” (E12);*

*“Problema de saúde” (E15);*

*“Saúde, tratamento de saúde” (E16);*

*“Coluna, cabeça, cabeça no sentido psiquiátrico mesmo da coisa” (E20).*

Motivo pode ser definido como “uma condição interna relativamente duradoura que leva o indivíduo ou que o predispõe a persistir num comportamento orientado para um objetivo, possibilitando a transformação ou a permanência da situação” (SAWREY; TELFORD, 1976 p. 18).

*(...) a gente gripa, tem dor de cabeça, indisposição (E12)*

Sabemos que nenhum profissional adoece porque quer adoecer, contudo, as condições de trabalho e muitos outros fatores, como: condições externas, como família e a materialidade econômica, ou internos, como irritabilidade, aspereza no trato com as pessoas, sensações de sono e raiva sem consciência da causa, distração e outros, poderão se tornar um “motivo” ou favorecer o processo de adoecimento e conseqüente afastamento do trabalho.

#### 4.1.3 Categoria III: Percepção do trabalho

Barber e Legge (1976, p.11) definem a percepção como o “processo de recepção, seleção, aquisição, transformação e organização das informações fornecidas através dos nossos sentidos”. Assim, vamos buscar entender como os servidores se percebem no trabalho e como se percebem diante do processo de seu próprio adoecimento.

*“Foi um tempo para eu cuidar de mim” (E8);*

*“Eu ‘tô’ doente não tenho o que pensar tenho que tratar, porque a gente só falta em último caso” (E10);*

*“Tenho atualmente psoríase e diverticulite. Não está diagnosticado, mais acho que tenho síndrome do pânico. (...), eu não quero mais trabalhar na assistência, eu fico muito nervoso, eu tive um afastamento por causa disso” (E12);*

*“Facite Plantar, tive problema na coluna também, muito tempo em urgência e emergência, mexendo com paciente” (E16);*

Por vezes, observamos que os trabalhadores se utilizam de estratégias defensivas, que são mecanismos utilizados para negarem sua situação de sofrimento, seja a negação do próprio sofrimento e/ou do sofrimento alheio no trabalho, ou racionalizam, tentando evitar a angústia, medo e insegurança vivenciados no trabalho.

As discussões teóricas da Psicodinâmica do trabalho, consideram um construto único o prazer-sofrimento, onde as partes são estudadas separadas e são tidas como “originário das mediações utilizadas pelos trabalhadores para manterem a saúde, evitando o sofrimento e buscando alternativas para obter prazer” (FERREIRA; MENDES, 2003, p.53).

Dáí criam-se estratégias entre os trabalhadores de modo que haja cooperação entre eles (tais como confiança e solidariedade), de modo que possa expressar coletivamente seu sofrimento. No entanto, com a fragilização do coletivo do trabalho, as estratégias são cada vez mais requisitadas e negam ou racionalizam o sofrimento por meio de uma dinâmica alienante com a organização do trabalho.

*“É uma preocupação (...) ficava ligando para minha chefe, (...), fico preocupada, sinto que faço parte de um meio, (...), sou importante para o serviço, meu papel é significativo, então fico preocupada com minha ausência” (E6);*

*“Não! Nenhuma falta! Na época que tirei licença (...) nove meses” (E8);*

*“Eu nunca solicitei licença! (...) apresentei alguns atestados. Não me lembro quantos. (...). Esse ano apresentei dois atestados (...)” (E17);*

*“Só tive quinze dias” (E1);*

*“Não! Nunca! Não tenho nenhuma falta só licença de quinze dias” (E11);*

*“Num ano dez vezes, muito pouco eu faltei” (E12);*

As percepções apresentadas nesta amostra, nos remetem a pensar que a prática do Campo da Saúde do trabalhador está regulamentada por regras específicas, formalizadas em leis, decretos, portarias, normas, resoluções regidas pelos princípios que estão na Constituição Federal e na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que dá o direito ao trabalhador de se afastar do seu trabalho para o tratamento de sua saúde, contudo, percebemos sentimentos de medo, de cobranças e várias tentativas do sujeito se justificar porque adoeceu.

*“Eu faltei? Eu nunca faltei por faltar (...) eu tive problemas de saúde, atestados e licenças (...)” (E16);*

*“Ah! Sim, faltas justificadas! Eu faltei e tive licenças” (E18);*

*“Só faltei duas vezes, (...) fiquei afastada trinta dias (...) adoecimento do trabalhador, absenteísmo existe, tem gente que pega atestado só para não trabalhar, (...) sobrecarga de trabalho, assim trabalhador acaba adoecendo mesmo, não tem tempo de ir a médico, ter que provar que está doente, desconfiança do setor” (E5);*

*“Na verdade, eu quase não tenho faltas, (...) faltei três dias. Foi uma licença de quinze dias, uma de três dias (...), tive faltas em 2014 e 2015, porque sou diabética. De vez em quando, falto, não é corriqueiro” (E10);*

*“Só no período da licença mesmo, eu não pego atestado não” (E13);*

*“Eu acho que ninguém falta ao trabalho ou dá atestado porque quer, é uma condição, que eu preferiria está no trabalho. Eu acho que é um direito” (E20).*

De um modo geral, nota-se que o servidor apresenta percepção de seu adoecimento e conseqüente afastamento do trabalho, mas não gosta de falar em falta ou licença, como se

a falta por motivo de tratamento da saúde fosse algo que o desabonasse enquanto profissional, além da insegurança quanto à permanência no emprego.

Assim vemos que afim de enfrentar o medo do desemprego pode surgir uma política de coerção, onde os servidores elaboram procedimentos defensivos, chegando a cooperar com as chefias, em função de supervisão, buscando minimizar os questionamentos. Segundo Dejours (2004, p. 32), “consentir em cooperar supõe, pelo menos em parte, reprimir sua inteligência e sua própria subjetividade”.

*É muito difícil você faltar ao trabalho, (...), na ausência de um, desfalca a equipe e sobrecarrega profissionais, (...) não é uma prática legal, mais há uma necessidade, você tem direito de se afastar para cuidar (...) (E7)  
Sim, eu estou colaborando com a Gestão, então não trabalho no final de semana.(E7).*

Refletindo sobre os processos de mobilização subjetiva e identificação (DEJOURS, 2004a), ressaltamos a importância do trabalho para constituição da identidade, sob o enfoque no referencial da Psicodinâmica do Trabalho, toda crise no trabalho é uma crise de identidade.

A organização hospitalar difere de outras instituições devido as suas peculiaridades e complexidade, lidar com questão da vida e da morte é muito difícil, muitas vezes o profissional da saúde não consegue aceitar o “morrer do outro”, esta situação, por exemplo, gera muitas angústias. Além disso, conforme os estímulos do ambiente (pressão), aumento da carga de trabalho e condições desfavoráveis de trabalho, situações que acabam interferindo na saúde do trabalhador, na medida em que extrapola os seus limites físicos e emocionais, conseqüentemente adoece e se ausenta do trabalho.

*“Tenho. Deslizamento da vértebra, hérnia de disco, artrose, sem falar no ombro e no joelho, (...) bursite e tendinite” (E14);  
“Problema de saúde eu não sei dizer, nenhuma doença crônica, hipertensão ou diabetes, o que eu tenho é estresse” (E17);  
“Dor muscular, já fiz fisioterapia, mas não resolveu” (E18);*

Os trabalhadores no ambiente hospitalar estão sujeitos a condições inadequadas de trabalho, provocando agravos à saúde, que podem ser de natureza física ou psicológica, gerando transtornos alimentares, de sono, de eliminação, fadiga, agravos nos sistemas corporais, diminuição do estado de alerta, estresse, desorganização no meio familiar e neuroses, entre outros, que podem levar a acidentes de trabalho e a licenças para tratamento da saúde.

*“Geralmente uma falta não é legal, não é bom para ninguém, (...) uma falta tem que ser justa (...) no meu caso o fato de ter dado atestado e licença (...) foi de tanto ficar em pé, ficar em pé por muito tempo acarretou o meu problema, porque não estava mais dando conta de trabalhar, daí fui para cadeira de rodas, depois fui para as muletas, depois comecei a colocar os pés no chão, foi muito, muito sério, tem pouco descanso, fiquei muito em urgência e emergência, você não para né, sobrecarga foi grande” (E16);*

*“Tenho poucas faltas no trabalho, muitos anos de saúde, as que tirei foram muito insignificantes, pelo nível de estresse, nível de trabalho, eu quase não falto” (E17);*

Percebemos que a maioria das pessoas que se afastaram por motivo da doença, de alguma forma tenta se justificar, isso nos remete a pensar na questão do controle que o próprio trabalho traz. O processo saúde/doença e o processo de trabalho atendem uma ordem política e econômica que acabam atuando sobre o indivíduo, gerando sobre ele uma pressão, que muitas vezes resulta em medo e preocupação, fazendo o indivíduo pensar que não deveria adoecer e muitas vezes o faz sentir-se culpado pelo seu adoecimento.

De um modo geral, nota-se que os trabalhadores possuem uma boa percepção do trabalho, sua importância para o desenvolvimento do mesmo, bem como a importância do trabalho na sua vida. Contudo, observa-se que a maioria dos trabalhadores demonstra preocupação com seu afastamento do trabalho por doença. Cabe destacar que há um sentimento ambíguo, ao mesmo tempo que reconhecem o direito ao afastamento (muitas vezes causado pelo processo de trabalho e/ou condições de trabalho), demonstram “culpa” e/ou dificuldade em processar esta necessidade de faltar.

#### 4.1.4 Categoria IV: Percepção do cotidiano

As vivências no ambiente de trabalho repercutem na vida cotidiana, e no contexto profissional, doméstico e social do indivíduo (SILVEIRA; MONTEIRO, 2010). Portanto, o trabalhador precisa manter minimamente seu lazer e sua interação com mundo, fora do ambiente de trabalho a fim de manter-se estável. Uma força de trabalho saudável e motivada é fator que faz diferença numa instituição. Um indivíduo precisa buscar bem-estar para realizar suas tarefas e contribuir com o grupo.

*“meu único tempinho, dormir, único lazer dormi, (...) não tenho ânimo para sair” (E14);*



*“Eu não saio (...) só trabalho, eu fico em casa, o lugar que vou é na igreja, tenho filhos (...) as vezes muito raramente levo no shopping, não viajo (...) questão financeira pesa” (E16);*

*“Meu lazer não é muito não, meu lazer é bem pouco, gostaria de ter mais, não tem sido suficiente não” (E18);*

Analisando, algumas destas falas na questão do lazer, percebemos que a maioria dos servidores está negligenciando seus momentos de lazer; percebemos que dos vinte entrevistados, somente seis relatam atividades de lazer.

Nota-se nas falas que há uma subvalorização dos momentos de folga e/ou lazer, de um modo geral não demonstram a devida importância do lazer para suas vidas. Somente alguns falam com entusiasmo sobre estes momentos e a importância deles para sua vida, e até mesmo para manter a estabilidade no seu dia a dia no trabalho.

*“A gente sai com frequência com os meninos, shopping, cinema, viaja duas vezes por ano, apesar da situação econômica, tenho qualidade de vida, consigo viver de forma tranquila com minha família” (E5);*

*“Lazer com minha família” (E15);*

*Gosto de caminhada, gosto de ver filme com minhas filhas, sentar junto para conversar, oramos, reflexão na Palavra (Evangélica), cinema, comer fora”(E3);*

*“É simples, passear, piquenique no Cesamar, praia”(E4);*

*“geralmente eu me reúno com amigos, converso e tomo cerveja” (E12);*

*“Eu gosto de caminhar, ir ao Cesamar, gosto de ir ao Shopping, gosto de fazer tudo com minhas filhas, saio com marido para cinema, gosto de ir para chácara, prá praia, tudo faço um pouquinho”(E9).*

No entanto, a realidade é muito diferente, o ambiente das organizações de trabalho apresenta, em seu cotidiano, trabalhadores que vendem o único bem disponível, a sua força de trabalho, em troca de sobrevivência e, com isso, traz para si uma série de prejuízos.

Estes comportamentos quase sempre acabam desencadeando enfermidades, na medida em que no trabalho sofre pressão para realizar um bom atendimento, muitas vezes sem as condições mais adequadas, cumprimento de normas e preenchimento de diversos protocolos, além do fato de lidar constante com a possibilidade da morte. E quando não estão no trabalho, acabam não aproveitando o tempo para relaxar e curtir a família:

*“Às vezes, tem final de semana que folgo sábado e domingo. Geralmente, tem 2 finais de semana por mês. Isso dá para descansar” (E1);*

*“Não! É regime de plantão, como hoje é sexta, vou folgar sábado e domingo (...) sempre trabalho um dia do final de semana. Não é suficiente para descansar” (E14);*

*“Quando cai né, (...), depende da escala, não dá para dizer quantos, (...) depende muito do plantão, (...) você fica na correria o tempo todo, é*

*muita pressão, você não tem condições de trabalho, você se desgasta muito” (E16);*

Vemos no exemplo anterior percepções diferentes de pessoas que vivenciam o mesmo fenômeno, porém, percebe-se de forma diferente. Significa dizer que a qualidade do mundo abriga, em síntese, significações dadas por uma experiência efetiva, arregimentadas por todo um saber do corpo em atividade. Não há um puro “sentir”, um puro “perceber”, mas algo percebido e algo sentido por alguém que o sentiu de forma diferente, dentre possibilidades afetadas por uma dada atividade (VARELA *et. al.*, 1993).

*“Resolvo minhas coisas particular, eu tenho um restaurante, e trabalho com restaurante, mais ainda, no final de semana vou para roça, completar a semana” (E1);*

*“Cuidar de plantas, passear com os filhos, clube, ir no rancho, assistir TV, ficar sem fazer nada” (E2);*

*“Trabalhar em casa, na chácara, cuidar do trabalho, minha folga é trabalho (...), planto cuido de flores, cuido da terra, é uma terapia” (E7);*

Vemos nas nestes depoimentos, como cada trabalhador percebe e age em seus momentos de folga do trabalho convencional, percebemos que a maioria dos entrevistados na pesquisa mantém a percepção de trabalho, embora, teoricamente, estejam de folga.

*“Não tenho lazer. Meu lazer é ir para fazenda. Ir para roça. Fica tudo atrasado. Como servidor público não tenho ninguém para cuidar do que é da gente, então no final de semana, quando posso, estou lá, e é meu lazer” (E1);*

*“Eu só fico em casa, fico em casa cuidando dos filhos” (E16);*

*“afazeres de casa mesmo, às vezes levo as crianças em algum lugar chácara, saio com os filhos” (E18);*

*“trabalhar em casa, mulher não tem folga, (...) eu gosto de artesanato (...) fazer crochê, (...) para fazer uma higiene mental” (E20).*

Com base nas falas de alguns entrevistados, percebe-se que dizem ser satisfatórios os dias de folga, contudo, a maioria faz referência à falta de condição de trabalho que implica em sentir que os momentos de folga, ou seja, nos intervalos de plantão, que a folga não é suficiente. Merleau-Ponty (1999) avalia que o senso comum sempre acreditou que uma vez posto um mundo objetivo diante do sujeito, este, com seus órgãos de sentido, recebem as mensagens que dali são fornecidas para serem conduzidas, fisiologicamente, a algum lugar, decifradas e reproduzidas em símbolos. Haveria, portanto, uma correspondência pontual entre estímulo e percepção.

*“Nos dias atuais não. (...) pelas condições de trabalho, pelo ambiente, (...) muito pesado (...) estão no limite. (...), então isso faz com que os dias de descanso seja pouco, você não tem vontade de voltar. (...) uma*

*sobrecarga, não há mão de obra suficiente, (...) um papel bem carregado, (...) torna os plantões cansativos, desgastantes, sem nenhum motivo para querer voltar” (E11);*

*“Geralmente não (...) porque eu trabalho na prefeitura pela manhã, e a tarde venho para cá, aqui trabalho dois dias e folgo, (...), eu não descanso quase nada” (E12);*

*“Não são, devido a sobrecarga (...), você trabalha sobrecarregado, daí tem que fazer as coisas em casa, acaba não descansando” (E14);*

*“São! Trabalho de plantão, um dia sim, e dois não” (E16);*

*“Folga não! Porque a gente não tem folga, o que a gente tem é intervalo de plantão (...) folga mesmo não” (E15);*

*“Não tem sido, inclusive, eu voltei de férias este mês e já estou estafada. (...) trabalho aqui e no município também, acaba sendo muito puxado (...) são tudo plantão de 12h” (E20).*

Observamos por essas falas que os servidores dizem afirmam que as folgas, ou seja, os intervalos entre os plantões, não são suficientes para descansar, recarregar as forças. Acreditamos que isso ocorra talvez pelo desgaste físico e emocional que os plantonistas estão vivenciando no dia a dia de trabalho. Cremos que um fator determinante para isso pode ser a sobrecarga de trabalho, ocasionados por fatores alheios a função em si, que sabemos, já é estressante e corrida e com uma forte carga emocional.

#### 4.1.5 Categoria V: Relação Interpessoal

De acordo com Puentes-Palacios e Martins (2013), clima de trabalho corresponde à “atmosfera” da organização, envolvendo avaliações cognitivas e afetivas dos indivíduos sobre diferentes aspectos da organização, por exemplo a relação com a chefia, organização do trabalho, normas e procedimentos, entre outros.

*“Eu considero boa, bom entrosamento com bom acesso as meninas, eu tenho uma relação de colega mesmo e não de superior delas, eu me sinto no mesmo nível delas para trabalhar” (E1);*

*“Bom, apesar de ter que cobrar algumas regras” (E2);*

*“Nível de entrosamento, respeito mútuo, (...) sem hipocrisia alguma, me respeitam tanto no profissional, quanto no pessoal, principalmente sobre meu problema de saúde, (...) isso para mim é fundamental, me conquistou” (E6);*

*“Olha eu sou muito fechado, introvertido, gosto de fazer as coisas certinhas, sou do tipo focalizado” (E19);*

Percebemos que a maioria dos sujeitos da amostra apresenta elementos favoráveis às relações interpessoais, com comportamentos bastante satisfatórios no que diz respeito ao nível de entrosamento, comunicação, baixo nível de conflitos nas equipes. De um modo geral, isso favorece a realização do seu trabalho no dia a dia. “O clima organizacional é

um conceito importante para a compreensão do modo como o contexto do trabalho afeta o comportamento e as atitudes das pessoas” (MARTINS, 2008, p. 29).

*“Sou zen, não me estresso” (E1);*  
*“Eu sou calminha” (E4);*  
*“Flui a comunicação, dentro da normalidade do contexto que a gente vive, flui até bem” (E11);*  
*“Acho que de 1 a 10, 10 sou muito interativa com toda equipe” (E10);*  
*“É muito boa, não fica nada a desejar” (E13);*

Devido às rápidas mudanças que ocorridas nos anos da globalização, de um modo geral, as instituições públicas ou privadas têm tentado conhecer melhor a dinâmica emocional do trabalhador e sua vida organizacional, buscando identificar como os trabalhadores expostos a uma série de estímulos oriundos da organização do trabalho têm percepções similares e atribuem significados semelhantes aos aspectos importantes da vida organizacional.

Destacamos, no entanto, que a satisfação diz respeito à relação com os pares nas próprias equipes, nos setores, não transcende à toda instituição.

*“Muito bom, nossa equipe é 10” (E4);*  
*“É ótima, é como uma família” (E5);*  
*“Como tenho duas equipes aqui e no município, é um bom entrosamento com ambas (...) relacionamento satisfatório nas duas equipes, já foi pior” (E20).*  
*“Boa, é passado tanto de mim para elas quanto delas para mim, eu até brinco, meninas do corredor elas ficam atentas ao que vou falar” (E1);*  
*“Excelente, sem problemas, muito aberta, há sintonia” (E3);*  
*“É ótima também, fãlamos a mesma língua” (E4);*  
*“A comunicação é boa, (...) feedbacks positivos, abertura de diálogo (...), então eu acho satisfatório” (E6);*

Clima organizacional é constituído por elementos cognitivos, é formado por percepções compartilhadas pelos trabalhadores. Segundo Brown e Leigh (1996) e outros autores, Clima está relacionado às percepções e interpretações comuns nas dimensões das atividades e ambientes e das políticas que caracterizam a organização.

*“Ah! Também é ótima, ótima nossa comunicação” (E7);*  
*“Boa, tem ‘uns pegas’” (E8);*  
*“Boa a comunicação, tem as resistências né, (...), geralmente é boa, tranquila” (E9);*  
*“É razoável, todo dia, cada plantão tem um que está de cara virada” (E14);*

Tamayo (1999) coloca que clima organizacional envolve alguns elementos da cultura organizacional, mas é mais superficial. “Pode-se afirmar que clima é parte da

cultura, e está relacionado ao que pode ser experimentado de modo mais imediato, cultura organizacional inspira filosofias gerenciais e práticas administrativas e estas moldam o clima organizacional” (TAMAYO, 1999, p. 57). Assim percebemos que o clima organizacional influencia ainda mais o ambiente hospitalar, gerando uma cultura de instabilidade e desconfiança.

*“Também é boa, acho que o que dificulta aqui no trabalho é a falta de insumos que acaba estressando algumas pessoas” (E15);*

*“Olha a comunicação na equipe é assim, a gente conversa muitas coisas (...) a gente não discute muita coisa” (E17);*

*“É ótimo, não tenho problema com minha equipe, com ninguém na verdade. (...) eu sou oito ou oitenta, (...) transparente, o que penso não vou levar para casa (...), mas eu me dou bem com todos no geral” (E11);*

*“Tranquila também, boa, o que precisa falar mesmo sendo pessoa que não se dá muito bem, por questão pessoal, mais no âmbito profissional a gente troca ideia” (E20);*

Uma boa relação interpessoal favorece um clima organizacional satisfatório, “em percepções compartilhadas que os membros desenvolvem através das suas relações com as políticas, as práticas e os procedimentos, tanto formais como informais” (TORO, 2001, p. 33). Essas percepções compartilhadas têm valor estratégico, pois são responsáveis por alimentar juízos/opiniões em relação a realidade do trabalho. Os juízos determinam as ações, reações e decisões das pessoas e, assim, podem provocar impactos importantes nas organizações.

*“Muito difícil, muito raro, (...) porque a gente precisa entender que está difícil para todos, com relação a parte material e condições de trabalho, com algumas coisas eu sou muito justa, (...) problemas pequenos a gente deixa passar” (E11);*

*“Neste contexto sim, não é nem tanto dos colegas (...), mas, do colega que não faz pelo paciente, (...), meu ‘estressamento’ é com aquilo que o colega não pode fazer para ajudar o paciente” (E10);*

*“Me estresso mais comigo mesma, exigência que tenho com o trabalho, (...) já com algumas atitudes do meu colega que não sou condizente, fico um pouco estressada, mas não explodo não” (E6);*

*“Não, não costumo me estressar com colegas de trabalho (...) eu não consigo mudar ninguém, então é melhor aceitar cada um do seu jeito” (E13);*

*“Não! A comunicação com a equipe é boa, (...) difícil para nós aqui é a falta de insumos, materiais, acúmulo de pacientes numa sala como aquela (...), mais a nossa comunicação ainda é boa apesar dos pesares” (E15);*

*“Não, Ah! A gente vai mudando tanto profissionalmente como pessoalmente, hoje para me tirar do sério, eu não me lembro um dia que fiquei exaltado” (E19);*

Sabemos que o clima organizacional é influenciado pelas características e valores pessoais de cada indivíduo, pode ser agradável, receptivo, caloroso e envolvente, mas também pode ser desagradável, agressivo e frio, isso depende do ambiente de trabalho e da percepção que os trabalhadores têm sobre o trabalho e as relações interpessoais.

Muitas vezes, no ambiente hospitalar, devido aos diversos fatores estressantes (elevado número de pacientes para poucos profissionais, falta de condições de trabalho, cobranças por parte tanto de paciente/acompanhante como por parte de chefias), as relações ficam prejudicadas e difíceis, influenciando no clima organizacional.

*“Acho que é bem legal, todo mundo fala comigo as coisas, conversa comigo. (...) sentem falta de mim” (E12);*

*“Às vezes sim, cobrar é difícil, dá muito desânimo” (E2);*

*Não, a gente não pode dizer que as vezes não se irrita um pouco, (...), a gente não pode dizer que nunca se estressa (...), até porque o usuário não precisa nos vê estressado, (...) tem que se controlar” (E7);*

*“Estresse, pedir demais, acha que tudo é o Escriturário que tem que fazer. (...) atribuições que não é da minha competência, é trabalho de toda equipe, isso vai acumulando, se a gente não dá um basta, estressa” (E8);*

*“Estresse muito, já estressei mais. Eu tenho tentado passar por cima de algumas coisas para evitar fadiga, esse estresse todo” (E20).*

A agressividade dos pacientes contra os profissionais de saúde é uma realidade presente no dia a dia da equipe de saúde. As pessoas, quando estão afetadas por enfermidades, tornam-se vulneráveis. É muito comum o paciente entrar em um estado de conflito, podendo manifestar medo, ansiedade, agressividade, depressão, desconforto geral, acentuado o estresse e a tensão. Segundo Angerami-Camom et al. (2010), para a maioria das pessoas, a agressividade é uma emoção perturbadora de todas as emoções, e a equipe de saúde não aceita facilmente expressões de agressividade do paciente, principalmente quando a equipe está fazendo tudo o que está ao seu alcance para curá-lo. Isto remete, muitas vezes, a um comportamento de estresse com o paciente pelo profissional da saúde, uma vez que o profissional sempre acha que está fazendo muito pelo paciente/acompanhante, mediante condições que lhe são oferecidas. Neste caso, a crítica é sentida como ofensa.

*“Não, poucas vezes me estresso com acompanhante” (E1);*

*“Não, muito difícil. É igual agora, paciente “louco” para ir embora, (...) se o médico não libera, não sou eu que vou liberar, (...) acontece um estresse, porque ele acha que eu tenho obrigação de liberar” (E11);*

*“Às vezes, mais é muito difícil, estresse, sou ser humano” (E10);*

*“Estresse, (...) paciente estável que pula, grita, esperneia, com esse eu me estresso” (E12);*  
*“Às vezes, às vezes a gente se estressa com pacientes” (E17);*  
*“Os familiares que na hora da visita, eles são assim enjoados né, mais eu explico” (E19);*  
*“Não é regra mais as vezes tem uns pacientes que tira a gente do sério” (E20).*

#### 4.1.6 Categoria VI: Organização do Trabalho

Uma questão que permeia a organização do trabalho, e principalmente em uma instituição pública como o hospital, são os processos e fluxos de trabalho; e qualidade no trabalho na prestação do serviço. Idealiza-se um discurso, sem que sejam estabelecidos os efeitos de novas filosofias de trabalho no dia a dia do servidor nas organizações públicas. Não se pretende ignorar a necessidade de maior eficiência e eficácia na prestação dos serviços, principalmente quando este serviço visa a manutenção da vida. Contudo, não se pode esquecer os efeitos decorrentes da obsessão pela produtividade e por resultados.

*“O meu fazer já foi melhor (...) já fui muito mais dedicada (...), desmotivação é tão grande pela falta de condições (...) as situações se tornam tão desgastantes, mais ainda assim estou auxiliando as pessoas que precisam” (E11);*  
*“eu gosto de fazer o meu trabalho, eu sou estressada, eu gosto de fazer a coisa do jeito certo, mais a gente não consegue fazer o nosso trabalho, estamos vivendo uma paranoia geral, a gente não consegue estabelecer um processo de trabalho, agilizar este processo de trabalho, fazer intervenção (...), parece que há uma coisa correndo, a gente reúne, reúne e nada acontece” (E17);*  
*“sinto uma impotência muito grande, por fazer pouco pelo paciente, porque a gente poderia fazer mais (...) se não tem o mínimo possível, a gente tem tão pouco, as vezes a gente fica estressado (...) é muito ruim vê o outro necessitando, e você não pode fazer muita coisa por ele (...) e você não ter como fazer nada” (E15);*

Dejours (1994) fala do prazer no trabalho. Este pode e deve ser executado sem sofrimento, remete a uma atividade que deve ser cumprida com êxito, ao mesmo tempo em que o trabalhador tem certa autonomia para exercer e executar suas funções.

A orientação gerencialista está cada vez mais voltada para as tarefas e menos para as pessoas, precarizando o trabalho, desmotivando o servidor, e fazendo com que as tarefas laborais pressionem cada vez mais o indivíduo, dificultando os espaços de diálogo e de exercício da criatividade. Percebemos que, muitas vezes, a chefia não ouve e não avalia o perfil e o desejo do servidor quanto ao local de melhor adequação. E este olhar da chefia,

atendendo ao perfil do servidor, ajuda a melhorar o desempenho do mesmo, ainda que as condições não sejam favoráveis.

*“eu gosto das salas verdes, (...) ali eu sei que tenho oito pacientes, graves ou não, eu sei que tenho aqueles oito pacientes, (...) no corredor como falei o dimensionamento é injusto, são muitos pacientes para um Enfermeiro, (...) chego com sessenta, mas posso ir embora deixando 80, 90 pacientes tem dois enfermeiros hoje para 60 pacientes, qual a qualidade desta assistência? (...) gera estresse na gente, além de ser muito desgastante” (E11);*

*“Eu acho que ainda faço pouco (...), eu nunca saio com aquela sensação de dever cumprido, sempre fica alguma coisa para trás. Triste, decepcionada, eu penso que pode ser eu amanhã, ou pode ser alguém meu. (...) eu me formei para salvar vida, então você se sente impotente” (E10);*

Sabemos que o trabalho é mais prazeroso quando as oportunidades e o local estão adequados e se apresentam condizentes com a experiência e conhecimento do trabalhador (TAMAYO, 2004).

Segundo Gaspar (1997), os riscos para a saúde relacionados ao trabalho dependem do tipo de atividade profissional e das condições em que a mesma é desempenhada. O autor coloca que os serviços de saúde, em particular os dos hospitais, proporcionam aos seus trabalhadores condições de trabalho reconhecidamente piores em relação aos demais serviços de saúde, na maior parte das vezes, em função da falta de condições para exercer a função. Isto implica em um desgaste maior destes profissionais e acaba interferindo nas relações interpessoais com pares e chefias, e no clima organizacional.

*“Quando da posse, tinha convicção que queria ir para internação. Tinha duas escolhas UTI e Pronto Socorro, UTI não porque é ambiente fechado, aí vim morrendo de medo, porque nunca tinha trabalhado em emergência, mas parece que foi feito para mim, hoje se me mandarem para outro setor vou me sentir mal demais, gosto do faço, recebendo paciente com dor, quebrado, pra mim é gratificante, tem rotatividade” (E1);*

*“Eu gosto do meu setor, gosto do Pronto Socorro, não me vejo em outro lugar dentro do hospital” (E7);*

*“Com certeza, (...), eu gosto do setor em si, eu não gosto do jeito que o setor trabalha, devido a escala estar desfalcada, a gente trabalha muito sobrecarregado, então isso vai deixando você desgostoso. (...) eu venho porque preciso” (E14);*

*“Olha eu já trabalhei em tantos setores, eu já trabalhei em tantos lugares, em hospital foi muitos anos, (...) eu não me identifico com esse atendimento que é feito aqui hoje” (E17);*

Outros elementos podem se agregar a estes através do processo de trabalho, como a organização do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico e as relações de poder, supervisão, determinantes sobre a vida do trabalhador (ANSELMINI, 1993).



A organização e distribuição de atividades, face ao número de funcionários por equipe, o remanejamento nos casos de folgas ou férias refletem a satisfação, a produtividade e a qualidade. O resultado negativo pode aparecer em acidentes frequentes, doenças ocupacionais, dores lombares, estresse, irritabilidade, desânimo, desinteresse ou abandono da profissão, entre outros. Tais situações têm trazido prejuízos aos serviços e aos profissionais da saúde (SILVA, 1999).

Dejours (2012) explica que uma coisa que é fundamental para o trabalhador é que ele sinta que o seu trabalho é reconhecido, tanto pela chefia ou pela clientela (reconhecimento vertical), como pelos seus pares (reconhecimento horizontal). A retribuição simbólica conferida pelo reconhecimento dá sentido ao trabalho, contribui para formação e o sentimento de realização pessoal.

*“Te cobram muito, poucos reconhecem, acham que é pouco o que a gente faz, eu ando o dia inteirinho neste hospital, corro de um lado para outro, e ainda falam que a gente não faz nada, no dia que você não vem é uma falta enorme que sente (...), vai cansando, não é valorizado, (...) você tem que saber tudo que aconteceu, porque senão..., estressa é estressante, ficando cada vez mais estressante” (E8);*

*“Penso que pode ser melhorado, tem muita coisa que a gente não consegue colocar em prática. Sempre encontra barreira, falta de recurso, a gente sabe que o Estado está passando por uma crise, não só o Estado mais o País (...) cuidar para não ficar frustrado, desanimado” (E5);*

Vemos que se faz necessário agir sobre a questão do sofrimento do trabalhador da saúde, já que, muitas vezes, não percebemos que o sofrimento do trabalhador está latente. Para Mendes (2015), isso requer do pesquisador um enquadramento teórico para compreender qual a posição subjetiva desse sujeito, e que sintomas e defesas estão instaladas frente ao real trabalho a fim de acessar esse sofrimento.

Pelo fato de o sofrimento não ser claro, direto, e para algumas pessoas ainda envolver um apego ao sintoma (o que cria uma resistência em se livrar dele), é importante que se compreenda a nosologia dessas patologias, onde reside o desafio da Clínica do Trabalho. Para Mendes, Moraes e Merlo (2014), entender porque o sintoma tem uma função na vida do sujeito, de modo que ele volta a repetir os comportamentos nos contextos laborais.

Compreender a função do sintoma convida o clínico do trabalho à escuta atenta do manifesto no sofrimento.

*“Tento fazer o melhor possível, as vezes falta suporte para que aconteça com qualidade, da minha parte humana, tento fazer o melhor possível, para que o paciente sinta menos dor possível” (E1);*

O sofrimento pode tornar-se o instrumento de uma modificação na organização do trabalho ou gerar um processo de alienação e de conservadorismo. Este segundo caminho explica-se pelo fato de que, após terem-se desenvolvido mecanismos de defesa contra a organização do trabalho, torna-se penoso tentar uma modificação nessa situação (DEJOURS, 1994).

Na realidade concreta e na vivência individual do trabalho, não se encontram apenas sofrimento, mutilação e morte. Vemos que, apesar das dificuldades encontradas no trabalho, os servidores apresentam falas e desejo de permanecerem onde estão. A Psicodinâmica do Trabalho traz em sua abordagem a relação com o prazer-sofrimento que pode existir entre o trabalhador e o seu trabalho.

*“Gosto do Pronto Socorro, sala vermelha” (E2);*  
*“Eu trabalho aqui, mais me identifico com a Assistência” (E5);*  
*“Eu gosto de emergência, três vezes emergência, 10 vezes emergência” (E10);*  
*“eu me identifico com o hospital todo (...) eu gosto é do Pronto Socorro” (E16);*  
*“sabe eu nunca parei para pensar nisto, gosto tanto daqui” (E18);*  
*“Se eu fosse trabalhar em outro lugar seria sala vermelha” (E19);*  
*“Sim, urgência e emergência” (E20).*

A compreensão da maneira como se elaboram as duas facetas da organização do trabalho, isto é, aquelas que são, respectivamente, fonte de sofrimento e de prazer, é indispensável para se tentar uma interpretação mais global dos laços entre trabalho e saúde e, também, para se procurarem alternativas satisfatórias.

*“Eu acho que o meu trabalho é muito importante para o paciente, para o tratamento, para prevenção da doença, para dados estatísticos. Para população de Palmas” (E4);*  
*“meu trabalho eu acho que é essencial. (...) porque as pessoas precisam das coisas, então eles vão na pessoa que tem essa função, que sou eu, (...), eu planejo, um planejamento das coisas para que não falte e eles não tenham que sair do setor atrás” (E12);*  
*“O meu fazer profissional é a minha satisfação hoje, é a minha realização, se eu não trabalhasse na minha área e não fizesse o que eu faço eu não seria feliz” (E13);*  
*“é muito importante, (...) eu faço uma coisa que gosto, aquilo que eu faço é para ajudar uma pessoa, por mais que eu esteja no expurgo hoje eu sempre ajudo as meninas” (E16);*  
*Eu vejo que é um trabalho interessante, se ele não funcionar bem, dificulta o trabalho dos outros” (E18);*

Nesta análise, percebemos que, de um modo geral, a despeito de todas as dificuldades e todas as tensões vividas na instituição, os profissionais acabam por conseguir lidar e conviver com todas as adversidades que o trabalho lhe impõe. Dejours (1987) estabelece uma separação fundamental entre os “coletivos de defesa” produzidos por sublimação e aqueles gerados por mecanismos simplesmente adaptativos.

Utilizam um mecanismo de compensação para justificar as dificuldades que enfrentam, colocando a importância e valorização de seu trabalho. O uso da supervalorização do que faz é uma estratégia para compensar os problemas no trabalho.

Presenteísmo pode ser entendido como uma “doença organizacional”, uma vez que os trabalhadores, muitas vezes, estão em seus locais de trabalho fisicamente, contudo, estão ausentes mental e emocionalmente, não produzindo como deveria e poderia. Percebemos em algumas falas esta questão que é bastante relevante e precisa levantar a atenção dos gestores.

*“Eu tenho medo de me prejudicar, hoje mesmo eu vim para ajudar a equipe e não dá tanto atestado, mas não estou aguentando” (E14);*

O absenteísmo foi verificado ao longo deste estudo, já o presenteísmo é percebido nas entre linhas, em que profissionais trabalhando mesmo doente e/ou sem condições de trabalho, evitando entrega de tantos atestados conforme fala mencionada acima. Mas este fator é algo que nos remete a pensar, e fazer novos estudos no futuro a fim de aprofundar na questão do presenteísmo, pois, podemos mensurar ser uma questão bastante relevante para o mundo do trabalho.

Na análise documental dos dados quantitativos quanto ao afastamento dos servidores para tratamento da própria saúde, constatamos que o número de afastamentos de mulheres é muito maior do que de homens.

**Tabela 04:** Número de afastamento, Sexo e Idade

SEXO	Nº Afastamentos	IDADE (Faixa etária)			
		20 – 30	31 - 40	41 - 50	50 – 60
Feminino	635	104	289	143	99
Masculino	108	12	44	25	27

Verificamos que 85,5% dos afastamentos é de mulheres e 14,5% é de homens. Podemos mensurar que isso ocorre devido à distribuição desproporcional entre os sexos na unidade hospitalar, já que há predominância de profissionais do sexo feminino. Observamos, ainda, que o maior número de afastamentos (cerca de 45%), tanto de homens, como mulheres, é nas idades entre 31/40 anos. Conforme tabela 04.

**Tabela 05:** Grupos de doenças motivadoras de afastamento de servidores do HGPP nos anos 2014 e 2015.

<b>DOENÇAS – MAIOR INCIDÊNCIA</b>	<b>FEMININO</b>	<b>MASCULINO</b>
<b>Doenças Osteomusculares</b>	<b>25,42%</b>	<b>28,7%</b>
<b>Transtorno Mental</b>	<b>6,55%</b>	<b>12,03%</b>
<b>Oftalmológicas</b>	<b>2,8%</b>	<b>9,25%</b>
<b>Respiratórias</b>	<b>2,18%</b>	<b>6,48%</b>
<b>Gastrointestinais</b>	<b>7,02%</b>	<b>6,48%</b>
<b>Órgãos Reprodutivos</b>	<b>9,04%</b>	<b>0</b>
<b>Outras</b>	<b>22,58%</b>	<b>22,19%</b>
<b>Sem informação do CID</b>	<b>23,55%</b>	<b>14,81%</b>

Quanto às doenças que apresentaram maior incidência tanto em homens como em mulheres foram doenças osteomusculares em 25,42% das mulheres e 28,7% dos homens, vimos que estes dados confirmam outros estudos, conforme a classificação de Schilling (1984) Grupo 2 - Trabalho como fator contributivo não necessário, doença coronariana, doenças do aparelho locomotor, câncer, varizes dos membros inferiores. Um outro fator que chama a atenção no afastamento de mulheres são as doenças do aparelho reprodutor, fator que não aparece no afastamento de homens. O Ministério da Saúde (2001) considera as doenças osteomusculares, a junção de diversos fatores somados a exposição do trabalhador a condições inapropriadas de trabalho.

Ressaltamos que nos dados fornecidos pela Secretaria da Administração possuem certa inconsistência na medida que 23,55% dos dados femininos e 14,81% dos dados

masculinos não apresentaram informação do CID. Contudo, podemos ter um panorama dos agravos que mais contribuem para o afastamento de profissionais da saúde.

**Tabela 6** – Tipo de Vínculo

<b>Sexo</b>	<b>Concursados</b>	<b>Comissionados</b>	<b>Contratos Temporário</b>	<b>Contratados</b>
<b>Feminino</b>	467	4	8	156
<b>Masculino</b>	90	0	1	17

Nesta amostra observamos que a maior parte dos afastamentos é de servidores concursados, o que nos leva a crer que tanto homens (83,3%), quanto mulheres (73,5%), com vínculo estatutário, tendem a afastar-se do trabalho para tratamento da própria saúde com maior facilidade, pois, o servidor contratado, de um modo geral, teme pela perda do emprego.

## 5. CONCLUSÃO

Considerando o estudo realizado, entendemos que ele respondeu aos objetivos propostos de analisar a percepção que os profissionais da saúde têm sobre o seu afastamento e as implicações para sua prática profissional. Implicações estas que diminuem a eficácia e o cuidado na assistência de pacientes, prejudicando a prática profissional, na medida em que o atendimento fica mais precário e exige mais tempo de atendimento, aliado a mais desgaste da equipe que fica sobrecarregada.

Vimos que a maioria dos profissionais apresenta como causa fatores relacionados a problemas de saúde. Também foi possível verificar pela análise das entrevistas, que os servidores percebem que as questões relacionadas ao fluxo de trabalho, sobrecarga por diversos fatores, organização dos serviços, bem como a escassez de materiais e insumos, cooperam para seu adoecimento e conseqüente afastamento.

Podemos considerar, ainda, que os profissionais da saúde conseguem visualizar as implicações de seu afastamento para os serviços e o cuidado na assistência de pacientes. Isso ocorre porque os profissionais percebem que seu afastamento traz diversos transtornos para o serviço. Pôde-se, ainda, verificar que o servidor surpreende-se com a visualização dos relatos, em que aparecem sentimentos até mesmo de “culpabilização” do adoecimento, uma vez que relatam mecanismos como não cumprir todo o prazo da licença, ou ir ao trabalho mesmo estando oficialmente afastado.

Outro ponto a considerar a partir da análise das entrevistas é que os servidores gostam de trabalhar na urgência e emergência a despeito de toda pressão e estresse que o setor traz, contudo, as queixas estão relacionadas à própria estruturação do setor, na medida em que não há número suficiente de profissionais que possam atender a demanda, e a constante falta de insumos e materiais que contribuem para não dar a assistência adequada ao paciente/usuário do serviço, gerando, para o trabalhador, uma sensação de não cumprimento do dever, trazendo sentimentos de menos valia, que confronta e acaba tendo um peso maior por se tratar da manutenção da vida.

O estudo ainda nos revelou um panorama dos afastamentos para tratamento da própria saúde nesta unidade hospitalar, onde observamos que há maior número de afastamentos de mulheres (85,5%). Tal fato apresenta-se como desproporcional no ambiente hospitalar, entretanto, pode ser explicado porque, historicamente, entre os profissionais da Enfermagem há maior incidência do sexo feminino e, como estes profissionais formam o maior efetivo em uma unidade hospitalar, é esperado que encontremos maior número de afastamento entre as mulheres.

Quanto os agravos que mais favorecem o afastamento do trabalho estão os relacionados aos distúrbios osteomusculares, que confirmam os vários estudos já realizados, seguidos pelos agravos relacionados aos transtornos mentais que, pela dificuldade de ser considerado como motivo para afastamento, pode, ainda hoje, apresentarem subnotificações: nas entrevistas observamos relatos de servidores que se veem com transtornos mentais, porém, sem diagnóstico e consequente notificação.

Ainda percebemos que o fator vínculo empregatício tem implicação nos afastamentos: a maior parte dos afastamentos é de servidores concursados, ou seja, servidores que possuem uma maior estabilidade no emprego. Este pode ser um fator determinante para o afastamento do trabalhador da saúde num serviço hospitalar público, uma vez que, por ter uma certa estabilidade, tem maior possibilidade de usufruir o direito que tem, fato que se confirma com os dados obtidos na entrevista, uma vez que os servidores que são contratados ou tem contrato temporário evitam se afastar do trabalho, mesmo em uma situação de direito.

Constata-se que a diferença na forma do contrato de trabalho é variável comprometedor no que tange ao cuidado a saúde deste profissional, pois este profissional, receoso de perder seu vínculo empregatício, comparece ao trabalho ainda que em situação comprometedor para sua saúde.

Um outro fator que merece destaque é o da faixa etária em que ocorrem maior incidência de afastamentos para o tratamento da própria saúde: são profissionais adultos jovens, digamos, no auge de sua vida produtiva e na busca de autorrealização, pelo qual, não deveria ter muitos afastamentos, não sendo objeto desta pesquisa verificar estas questões, contudo, merece ser investigado em estudos posteriores.

Assim, o processo de trabalho em Saúde, entendido como a forma que o trabalho é organizado para produção do cuidado em saúde, abrange as atividades assistenciais tradicionais, incluindo a reabilitação, a promoção e a vigilância da saúde, ações educativas e suporte emocional e social, entre outras. Porém, o produto diferentemente de outros setores produtivos, como na indústria, não é bem material, mas um “efeito útil”, no sentido que o “objeto” de trabalho do profissional da saúde é também sujeito, um ser humano igual. Daí os trabalhadores da Saúde, além de serem sujeitos no processo, interagem, no trabalho, com outro sujeito (ou sujeitos, se incluirmos a família), além dos colegas de trabalho, que possuem histórias e conhecimentos singulares que interferem e transformam o ato de cuidar e se expressam no produto final.

O trabalho em saúde envolve, além da técnica, atividade criadora, subjetividade, elementos simbólicos que se mostram nos modos de agir, além da interação com instrumentos e as relações interpessoais, que exigem negociações permanentes. Uma mesma tarefa proposta mobiliza saberes e histórias diferentes e constitui situações distintas de enfrentamento e abordagem.

Os profissionais da saúde convivem com a iniquidade na proteção social da população e com o sofrimento e a morte das pessoas que estão sob sua responsabilidade no contexto hospitalar, convivem com a questão da vida e da morte o tempo todo, e essa situação ainda é agravada pelas condições precárias, uma vez que os serviços de saúde estão sucateados: a falta constante de materiais e medicamentos, sem a garantia de acesso à hierarquização do cuidado.

Em todas estas situações podemos mensurar que pode haver presenteísmo. Estudiosos encontraram evidências, em ambientes hospitalares, de relação diretamente proporcional entre a pressão no ambiente de trabalho, os índices de presenteísmo e a possibilidade de erros, apontando os riscos do presenteísmo, em processo cumulativo, como causadores de eventos adversos e acidentes de trabalho.

A exposição constante a velhos e novos perigos para sua própria saúde, tais como: fatores de risco físico, químicos, biológicos e psicossociais acarretam sobrecarga física, cognitiva e afetiva, por vezes insuportável para os profissionais, gerando adoecimento e baixa satisfação profissional.



Observamos que no Pronto Socorro do HGPP todos esses fatores que contribuem para o adoecimento do trabalhador estão presentes, e isso se configura em um paradoxo, pois são adotadas técnicas e métodos que são inspiradas em Taylor, copiados da indústria, com padronização e normatização excessivas e produção em massa, fragmentação das tarefas, separação entre planejamento e execução, que exigem soluções inovadoras e que, muitas vezes, não levam em conta o porquê, e o para quê, estão sendo criados. A racionalidade em ganhos e para a diminuição de custos podem acarretar prejuízos para qualidade do trabalho prestado e para a saúde dos trabalhadores.

Considerando que as faltas ao trabalho ocasionam problemas na organização do trabalho, elas prejudicam a assistência prestada aos pacientes e indicam a existência de problemas preocupantes quando relacionadas às condições de saúde.

O aumento da frequência de licenças para tratamento da saúde no setor público tem se constituído em um preocupante problema de saúde pública, tanto pelo aumento dos custos diretos e indiretos que representam para o governo e o contribuinte, como pela pouca atenção à área da saúde do trabalhador e pelos danos causados a saúde do servidor e à sua família em razão do adoecimento.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em suma, o estudo realizado nos traz grandes inquietações, pois revelam questões que já vêm sendo estudadas há vários anos, no entanto, continuam presente e alvo de constantes estudos, a fim de que novas visões sobre a questão propiciem possibilidades de sugestão para enfrentamento das questões que são prementes e urgentes.

Assim, deixamos como sugestão para o serviço, melhor organização dos fluxos, materiais e insumos, de forma que os fatores de insatisfação pelas faltas recorrentes de materiais sejam minimizados. Isso pode ocorrer quando houver a contínua avaliação de perfil do trabalhador e um acompanhamento mais de perto dos trabalhadores da urgência e emergência, visando sua própria saúde uma vez que lidar com a dor do outro e a finitude da vida, confronta com sua própria finitude.

Por isso, sugerimos que o hospital possa estruturar uma área para proporcionar ações de educação permanente e qualidade de vida ao trabalhador da instituição.

Cabe, ainda, como desdobramento deste trabalho, uma revisão geral sobre o conceito de absenteísmo, pois, se é uma exigência da Portaria de Nº 278, de 27 de fevereiro de 2014, a Educação Permanente dos profissionais da Saúde, há uma contradição entre a teoria apresentada sobre os processos de trabalho e a exigência na prática do cotidiano.

O estudo também nos mostrou ainda que a questão do absenteísmo/doença pode ter suas causas relacionadas aos processos de trabalho, organização do serviço, supervisão deficiente, mecanização das tarefas, além das condições de infraestrutura e das condições insatisfatória para o atendimento do usuário/paciente.

O trabalho em hospital já proporciona situações que expõem os servidores à dor e ao sofrimento, como: trabalho nos finais de semana, trabalho noturno, exposição a produtos químicos e biológicos, entre outros. Estas situações adversas, somadas à pressão da urgência e emergência para a manutenção da vida, podem provocar alterações no equilíbrio psicológico do trabalhador que pode usar como mecanismos de fuga o absenteísmo, como uma solução provisória para seu conflito com a organização do seu trabalho.

Assim propomos avaliar as situações do absenteísmo/doença que ocorrem no HGPP, pois percebemos, com este estudo, situações como fatores desencadeantes do afastamento do trabalho, que se forem entendidos e minimizados poderão aumentar o trabalho multidisciplinar no Pronto Socorro, melhorando o atendimento ao usuário.

## 7. REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

ALBUQUERQUE, J.A.G. Michel Foucault and the theory of power. **Tempo Social; Rev. Sociol. USP**, São Paulo, 7, 1995.

ALTOÉ, Adailton. **Políticas Institucionais e seus desdobramentos sobre o trabalho docente: absenteísmo e presenteísmo**. Belo Horizonte, 2010. Dissertação (Mestrado – PUC Minas). Disponível em: <<http://dominiopublico.qprocura.com.br/dp/114980/politicas-institucionais-e-seus-desdobramentos-sobre-o-trabalhodocente-absenteismo-e-presenteismo.html>>. Acesso em 03 dez. 2017.

ALVES, A. R. A. **Avaliação diagnóstica dos índices de absenteísmo da equipe de enfermagem de um hospital de ensino**. Fortaleza, 1995. 74 p. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000120&pid=S0104-1169200000050000700001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000120&pid=S0104-1169200000050000700001&lng=en)>. Acesso em: 27 ago. 2015.

ALVES.J.J.; MENDES, A. M. Letra por letra, línea por línea: Psicodinámica del trajo de los Taquígrafos parlamentares. **Praxis – Revista de Psicologia**, Ano 14, Nº 21 (51-64), 2012.

ANGERAMI-CAMOM, V. A. (Org.). **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

ANJOS, F. B.; MENDES, A. M.; SANTOS, A. V.; FACAS, E. P. Trabalho Prescrito, Real e Estratégias de mediação de sofrimento de Jornalistas de um órgão público. **Rev. Eletrônica Sistemas & Gestão**, vol. 6 Nº 4, 2011, p. 562-582.

ANSEMI, M.L.; ANGERAMI, E.S.R.; GOMES, E.L.R. Rotatividade e condições de trabalho nos hospitais do município de Ribeirão Preto. **Rev. Brasileira de saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 23, n 85-86, 1997.

ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educ. Soc., Campinas**, v.25, n.87, 2004. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0184.pdf>>. Acesso em 03 dez. 2017.

BARBER, P. J.; LEGGE, D. **Percepção e Informação**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero, Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BECKER, S. G.; OLIVEIRA, M. L. C. Estudos do Absenteísmo dos Profissionais de Enfermagem de um Centro Psiquiátrico em Manaus, Brasil. **Rev. Latino Americano de Enfermagem**. Jan-Fev; 16(1), 2008.

BERLLINGUER, G. A Doença. In BRÊTAS, A.C.P.; GAMBRA, M.A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.

BOUYER, G. C. Percepção e trabalho na fenomenologia de Merlau-Ponty. **Revista Ciência & Cognição**. 2009. Disponível em <<http://www.cienciaecognicao.org>>. Acesso em 05 Maio de 2017.

BOWDITCHI, J.; BUONO, A. F. **Elementos de Comportamento Organizacional**. Trad. José Henrique Lamendorf. São Paulo: Pioneira, 1997.

BRAGHIROLI, E. M. **Psicologia Geral**. 9. ed. Revisada e atualizada. Porto Alegre: Vozes, 1990.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez., 1990b. Seção 1, p. 25694.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em 03 dez de 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da saúde, **Política de Educação Permanente**. Brasília, 2014. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao\\_permanente\\_saude\\_movimento\\_instituente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf)>. Acesso em 03 dez de 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, 2004. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_seguranca\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf)>. Acesso em 03 dez de 2017.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Representação no Brasil da OPAS/OMS**. Doenças relacionadas ao trabalho; manual de procedimentos para serviços na atenção à saúde o trabalhador. Brasília-DF; MS; 2001.

\_\_\_\_\_. A Metodologia em Psicopatologia do trabalho. In: S. LANCMAN, L.; SZNELWAR, L. (Org.) **Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro, Fiocruz Brasília: Paralelo 15, 2004.

\_\_\_\_\_. **Trabalho, trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo 15, 2012.

- BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital monopolista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- BRIDGES, W. **Mudanças nas relações de trabalho**. São Paulo: Makron Books, 1995.
- BROWN, S. P.; LEIGH, T. W. A new look at psychological climate and its relationship to involvement, effort, and performance. **Journal Of Applied Psychology**, Berkeley, CA, v. 81, n.4, 1996.
- BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca; 1998.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1), 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> Acesso em 03 dez de 2017.
- CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos Humanos**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- COSTA, A. R. L. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.59, n.3, p.337-43, 2006.
- COUTO, H. A. **Temas de saúde ocupacional: Coletânea dos cadernos ERGO**. Belo Horizonte: ERGO, 1987.
- DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. ed. ampliada. São Paulo: Cortez, Oboré, 1992.
- DIAS, E. C. **A Atenção à Saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: Realidade, Fantasia ou Utopia**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.
- FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e risco de adoecimento: o caso dos Auditores Discas da Previdência Social Brasileira**. Brasília: LPA Edições, 2003.
- FONSECA, A.P.L.A. **Saúde do trabalhador: a violência sofrida pelo profissional de enfermagem em emergência hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, RJ, 2012.

FOUCAULT, M; **História da loucura na idade clássica**. Trad. José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANKENHAEUSER, M. **Coping with stress at work**. Int. J Health Serv., v. 11, n. 4, 1981.

GAIDZINSKI, R.R.; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: GAIDZINSKI, R. R. (coord). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de um Equipe de Saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 266-72. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09>>. Acesso em 05 Maio de 2017.

GASPAR, P.J.S. **Enfermagem profissão de risco e de desgaste: perspectiva do Enfermeiro no serviço de urgência**. Nursing (Ed. Portuguesa), v. 10, n. 109, 1997.

GIOMO, D.B.; FREITAS, F.C.T.; ALVES, L.A.; ROBAZZI, M.L.C.C. Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais e absentéismo entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Rev enferm UERJ**. 17:124-9, RJ, 2009.

HYEDA, A. ZUHER, H. Avaliação da produtividade na síndrome de Burnout. **Rev. Bras.Med. Trab**. 2011 9(2): 78-84.

JAQUES, M.G. CODO, W. (Org.), **Saúde mental & Trabalho: Leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

KOVARICK, L. **Trabalho e vadiagem: a origem do trabalho livre no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1993.

LURIA, A. R. **Curso de Psicologia Geral**. Sensações e Percepção: Psicologia dos processos cognitivos. Trad. Paulo Bezerra, revisão técnica Helmuth R. Kruger. Supero. 2. ed. v. 2 e 4. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

MACEDO, K. B. (Org.) [et.al]. **Organização do trabalho e adoecimento – uma visão interdisciplinar**. Goiânia: PUC Goiás, 2016.

MARINI, E. **Psicologia Hospitalar: utilização de técnicas Transpessoais e Metáforas no atendimento hospitalar**. São Paulo: Vetor, 2006.

MARTINS, S. R. **Clínica do Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

MARX, K. **O Capital**. Tradução condensada de Gabriel Deville. Bauru, SP: EDIPRO, 2016.

MAZZILLI, L. E. N. **Análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em servidores públicos municipais de São Paulo submetidos à perícia ocupacional no período de 1996 a 2000**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de odontologia da USP, 2004.

MENDES, A. M.; MORAES, R.D.; MERLO, A.R.C. (Orgs.). **Trabalho e Sofrimento: práticas clínicas e políticas**. Curitiba: Juruá, 2014.

MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. V. 1, 2. ed. atual e ampliada. São Paulo: Atheneu, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, n.25, 1991.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. MENDES, A. M.; ARAÚJO, L. K. R. **Clínica Psicodinâmica do trabalho: Práticas brasileiras**. Brasília-DF. Ex Libris, 2011.

MICHAUD, Y. **A violência**. Trad. L. Garcia. São Paulo: Ática, 1989.

MILKOVICH, G. T.; BOUDREAU, J. W. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2000.

MINAYO. M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO-GOMEZ, C. (Org.). **Saúde do trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2011.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Card. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13, supl. 2, 1997. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em 05 Maio de 2017.

MORAES, P. E. S. **Estratégia de Pesquisa sobre gestão da qualidade e da inovação tecnológica; o caso de serrarias do pólo madeireiro do Telêmaco Borba**. Tese de Doutorado em Engenharia Florestal. Universidade Federal do Paraná. 2007.

MORAES, P. E. S. **Um espaço comunicativo entre a tecnologia ambiental, a engenharia química e a educação tecnológica**. Dissertação de Mestrado em Tecnologia. Universidade Federal do Paraná. 2000.

MORAES, R. Análise de Conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v.22, n.37, 1999.

MORGAN, G. **Imagens da Organização**. Trad. Cecília Whitaker Bergamini, Roberto Coda. São Paulo, Atlas, 1996.

PINTO, G. A. **A organização do trabalho no século 20: taylorismo, fordismo e toyotismo**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

PUENTE-PALACIOS, K; MARTINS, M. C. F. Gestão do Clima Organizacional. In: BORGES, L.O.; MOURÃO, L. (Org.). **O trabalho e a organização: atuações a partir da Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ROSSI, A. M.; MEURS, J. A.; PERREWÉ, P. L. (Org.). **Stress e qualidade de vida no trabalho: melhorando a saúde e o bem-estar dos funcionários**. São Paulo: Atlas, 2013.

SANTANA, P. F.; FAGIANI, C. C. Organização e Controle do trabalho no capitalismo contemporâneo; a relevância de Braverman. **Cadernos EBAPE-BR**, vol. 12, N. 4, 2014, pp 756-769. Escola Brasileira de Administração e de Empresas, RJ.

SANTOS, A. R. dos. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

SANTOS-FILHO S. B. BARROS, M. E. B (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007.

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: Feições de um antigo problema. In: JAQUES, M.G. CODO, W. (Org.), **Saúde mental & Trabalho: Leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SAWREY, J.M; TELFORD, C. W. **Psicologia Educacional**. Rio de Janeiro: Livros técnicos e científicos, 1976.

SELIGMANN SILVA, E. **Desgaste Mental no trabalho Dominado**. São Paulo: Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994.

SELIGMANN SILVA, E. O Campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). In: SELIGMANN SILVA, E. **Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, D. M. P. P. MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12366.pdf>>. Acesso em 05 Maio de 2017.

SILVA, D. M. P. P. MARZIALE, M. H. P. Condições de trabalho versus absenteísmo-doença no trabalho de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, 2006. Disponível em <<http://www.cienciacuidadoesaude.org>>. Acesso em outubro 2016.

SILVEIRA, V.A.; MONTEIRO, M.I. Qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem de unidade de Terapia Intensiva. In: VILLARTA, R.; GUTIERREZ, G. L.; **Revista**



**Intellectus**, v.1, n. 29. São Paulo. 2010. Disponível em <<http://www.revistaintellectus.com.br/DownloadArtigo.aspx?codigo=428>>. Acesso em outubro 2016.

SIQUEIRA M. M. M. (Org.) **Medidas do comportamento Organizacional: Ferramentas de diagnóstico e de gestão**. Porto alegre: Artmed, 2008.

SOUTO, D. F. **Absenteísmo, preocupações constantes das organizações**. Temas de Saúde Ocupacional. Eletrobrás. Gridis, 1980.

SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: Uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>> Acesso em outubro 2016.

SOUZA, S. R. O. S. **Fatores que contribuem para o absenteísmo da enfermagem na unidade de doenças infecto-parasitárias**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto UNI-RIO; 2002.

TAMAYO, A. **Cultura, saúde nas organizações**. Porto alegre: Artmed, 2004.

\_\_\_\_\_. Valores e clima organizacional. In. PAZ, M.G.T.; TAMAYO, A. (Org.) **Escola, saúde mental e trabalho no Brasil**. Brasília: UNB, 1999.

TEIXEIRA, F. J. S. **Pensando com Marx**. São Paulo: Ensaio, 1995.

TORO, E. A. **El clima organizacional: perfil de empresas colombianas**. Medellin: Ciel, 2001.

UMANN, J, GUIDO, L.A., SILVA, R.M. Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. **Rev Esc Enferm USP** 2014 48(5): 891-8. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt\\_0080-6234-reeusp-48-05-891.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/pt_0080-6234-reeusp-48-05-891.pdf)>. Acesso em outubro 2016.

VARELA, F.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. **Embodied Mind: Cognitive science and human experience**. New York: MIT Press. 1993.

VASQUES-MENEZES. Saúde Mental e Trabalho: Aplicações na prática clínica. In: JAQUES, M.G. CODO, W. (Org.), **Saúde mental & Trabalho: Leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

TEMPOS Modernos. Direção: Charles Chaplin. Produção: Charles Chaplin. Estados Unidos: United Artists/ Charles Chaplin Productions. C2005. 1DVD.

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa **Percepção dos Servidores do Hospital Geral de Palmas sobre sua prática profissional: Um estudo de caso**, sob a responsabilidade da pesquisadora Elisana Ligia Garcia Barboza, a qual pretende analisar a percepção que os profissionais têm sobre seu afastamento e suas implicações na prática profissional. A pesquisa tem como orientadora a Professora Dra. Marta Azevedo dos Santos.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de aplicação de uma entrevista semiestruturada, a qual será gravada e depois transcrita pela pesquisadora responsável. Também será realizado um levantamento dos atestados apresentados ao departamento de pessoal no período de 2014 e 2015. Caso esses procedimentos possam gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para melhor entendimento dos fatores que implicam no afastamento do trabalho, podendo contribuir assim, com a minimização do absenteísmo através de proposta de ações de educação permanente, e permitindo novas ações de políticas para a Unidade.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa eventualmente poderá ter algum constrangimento ou desconforto em alguma questão, se isto acontecer, a entrevista poderá ser suspensa. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você poderá requerer reparação.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se depois de consentir em sua participação o Sr. (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Avenida NS 15, 109 Norte - Plano Diretor Norte - Palmas - TO, 77001-090 Campus de Palmas, Bl. BALA 2, sala 4D, ou pelo telefone (63) 3232-8303 ou pelo e-mail – [elisana.palmas@uft.edu.br](mailto:elisana.palmas@uft.edu.br). Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT, **Universidade Federal do Tocantins** Avenida NS 15, 109 Norte - Plano Diretor Norte - Palmas - TO, 77001-090, Campus de Palmas, prédio da Prefeitura do Campus, telefone (63) 3232-8023 de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados).

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão

absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós. Reclamações e/ou insatisfações relacionadas à sua participação na pesquisa poderão ser comunicadas por escrito à Secretaria do CEP/UFT.

Palmas-TO \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do Pesquisador Responsável

---

Assinatura do Orientador do projeto

## ANEXO II

### ENTREVISTA

Idade:

Data de admissão:

Estado civil: casado ( ) solteiro( ) divorciado( )Outros( ) Qual?\_\_\_\_\_

1. Quantas vezes você faltou ao serviço no ano?
2. Qual o motivo mais frequente das faltas no serviço?
3. O que você pensa sobre suas faltas no trabalho?
4. Você tem algum problema de saúde? Qual?
5. O que você costuma fazer nos dias de folga?
6. Os dias de folga são satisfatórios? Justifique.
7. Você tem folga no final de semana? Quantas vezes no mês?
8. Fala sobre seu lazer.
9. Qual o nível de entrosamento com sua equipe de trabalho?
10. E a comunicação na sua equipe?
11. Fala sobre sua rotina de trabalho? Justifique.
12. Estressa-se com os colegas de trabalho?
13. Estressa-se com os pacientes?
14. Trabalha neste setor, mas se identifica com outro?
15. O que você pensa sobre seu fazer no trabalho?

## Apêndice A – Submissão de artigo Revista Qualis B1

E-mail de Universidade Federal do Tocantins - Interface - Comunica... <https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=3dff69aba0&jsver=-sgcj...>



Eisana Lígia Garcia Barboza <elisana.palmas@mail.uft.edu.br>

### Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2017-0529

1 mensagem

Interface - Comunicação, Saúde, Educação <onbehalf@manuscriptcentral.com>

6 de outubro de 2017

Responder a: intface@fmb.unesp.br

16:55

Para: elisana.palmas@uft.edu.br

Cc: elisana.palmas@uft.edu.br, marta@uft.edu.br

06-Oct-2017

Prezado (a) Miss Garcia Barboza,

Seu manuscrito intitulado "Percepção dos Profissionais da Saúde sobre seu Afastamento para Tratamento da Própria Saúde e suas Implicações na Prática Profissional" foi submetido com sucesso e será encaminhado para avaliação, visando à sua publicação em Interface – Comunicação, Saúde, Educação. O ID do manuscrito é ICSE-2017-0529 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface.

Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e faça a atualização de seus dados cadastrais. Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento.


Você pode acompanhar o status do seu manuscrito clicando em Author Center depois de acessar

<http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>

Agradecendo pela submissão em Interface – Comunicação, Saúde, Educação,  
Atenciosamente,


Antonio Python Cyrino  
Editor-chefe  
Interface – Comunicação, Saúde, Educação

**Apêndice B – Termo de Anuência**

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Superintendência de Educação na Saúde e Regulação do Trabalho Diretoria da Escola Tocantinense do SUS	ANEXO II TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO Nº 002116	
	Identificação do(a) Pesquisador(a) Responsável		
Nome: MARTA AZEVEDO DOS SANTOS			
Endereço: 207 Sul Al 09 Lt 02 QI-05			
Cidade: Palmas		CEP: 77015-318	UF: TO
E-mail: marta@uft.edu.br		Telefones: (63) 9971-6233	
RG: 2016-02-01 18:30:27	CPF: 60085657972	Formação: PSICOLOGIA	
Nº Lattes: <a href="http://lattes.cnpq.br/3675116507704446">http://lattes.cnpq.br/3675116507704446</a>			
Titulação: Doutor			
Identificação da Instituição de Ensino, Pesquisa ou Serviço			
Nome: UFT - UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS		Cidade: Palmas	UF: TO
Endereço: 109 Norte, Av. 15, ALC NO 14, Bloco de Apoio Logístico a Administração, Sala 19.		CEP: 77001-090	Telefone: (63) 3232-8187
Título do Projeto de Pesquisa: Percepção dos servidores do Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas sobre sua prática profissional: Um Estudo de Caso			
Titulação almejada:			
Parecer do Núcleo de Pesquisa Estratégica da GEPCTI			
Foram entregues todos os instrumentos de pactuação?		<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> Não
Data: 12/02/2016	Assinatura da equipe técnica: <i>George Bernardo.</i>		
Parecer Técnico sobre a Viabilidade de Execução do Projeto de Pesquisa			
Unidade do SUS/TO aberta como campo de pesquisa:			
Setor da Pesquisa:			
Avaliação pelo Setor Técnico - Justificativa do Parecer:			
<p><i>Consideramos de extrema importância a pesquisa para o planejamento de dados e indicadores. Seu trabalho contribuirá para uma visão ampliada sobre a prática profissional do Pronto Socorro.</i></p>			
Parecer: <input checked="" type="checkbox"/> favorável ( ) não favorável			
Data do Parecer: 13.02.16	Assinatura do responsável pelo setor: <i>Carla Bono Oleniski Coelho</i> Psicóloga CRP 023/004 182		
Avaliação do NEP/Diretoria da Unidade			
Justificativa do Parecer:			
<i>Tema de relevância ao serviço de saúde.</i>			
Parecer: <input checked="" type="checkbox"/> favorável ( ) não favorável			
Responsável pelo NEP: <i>Ana Carolina R. Vale e Almeida</i> Núcleo de Educação Permanente - HGPP Matrícula 159565-2		Diretor(a) da Unidade de Saúde: <i>Renata Nogueira Duran Marquês de Sousa</i> CRA-619/TO Diretora Geral/HGP	



## Apêndice C – Termo de Compromisso

	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Superintendência de Educação na Saúde e Regulação do Trabalho Diretoria da Escola Tocantinense do SUS	ANEXO II TERMO DE ANUÊNCIA E COMPROMISSO Nº 002116
---	---	--

**TERMO DE COMPROMISSO- TC**

**IDENTIFICAÇÃO DO(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: MARTAAZEVEDO DOS SANTOS**

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Percepção dos servidores do Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas sobre sua prática profissional: Um Estudo de Caso**

CLÁUSULA PRIMEIRA: A Unidade ou Setor de Saúde Estadual disponibilizada como campo de pesquisa autoriza o(a) PESQUISADOR(A) a realizar a coleta de dados para sua pesquisa, observando as normas, diretrizes, estatutos, fluxos e legislação vigente.

CLÁUSULA SEGUNDA: A coleta de dados ocorrerá durante 05 meses, podendo ser prorrogada havendo necessidade da pesquisa e anuência da área técnica e NEP.

CLÁUSULA TERCEIRA: O(A) PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL obriga-se a:

- Preencher e encaminhar os Instrumentos de pactuação conforme Portaria SESAU nº 796/14 à ETSUS-GEPCTI antes do início da pesquisa.
- Apresentar o Parecer Consubstanciado de aprovação do projeto de pesquisa emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Desenvolver as atividades de coleta de dados seguindo rigorosamente a metodologia descrita no projeto de pesquisa;
- Resguardar o anonimato dos sujeitos da pesquisa sob pena de adoção de medidas cabíveis;
- Apresentar-se na Unidade/setor da SESAU devidamente identificado por crachá disponibilizado pelo local campo de pesquisa contendo NOME e INSTITUIÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E/OU SERVIÇO;
- Conhecer e cumprir as normas da Unidade, fazendo bom uso da infraestrutura e equipamentos que se fizerem necessários durante o trabalho, ressarcindo os danos causados;
- Enviar cópia do trabalho final em arquivo pdf e duas cópias impressas em brochura e capa dura, uma para arquivo da biblioteca da ETSUS e outra para o NEP;
- Comprometer-se a apresentar o trabalho final da pesquisa quando solicitado pela SESAU;
- Autorizar a SESAU a disponibilizar por meio eletrônico o texto integral, em pdf, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica do Estado.
- Em caso de apresentação em Congressos, Seminários, Jornadas entre outros; o pesquisador deverá informar o apoio da SESAU na disponibilização das instalações das Unidades de Saúde para a realização da pesquisa, através da inserção da logomarca da mesma;
- Comunicar imediatamente à UNIDADE DO SUS/TO e à GEPCTI a conclusão ou abandono da pesquisa;
- Responsabilizar-se por todas as informações por ele fornecidas.

E por estarem justos e acordados, assinam as partes o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o assinam.

**1º CARTÓRIO**

**2º TABELIONATO**

\_\_\_\_\_  
Pesquisador(a) Responsável  
Prof.ª Ana Lúcia Medeiros  
Diretora do Campus de Palmas  
Representante da Instituição de Ensino, Pesquisa e/ou serviço.  
Portaria nº 1221/2019

Nº do Registro profissional: \_\_\_\_\_  
Leonardo de O. Toledo Silva  
ORA-2481/TO  
Diretor Administrativo/HCP  
Diretor(a) do Setor/Unidade do SUS-TO

\_\_\_\_\_  
Regina C. Rezende 64324770-82  
Testemunha I / CPF

\_\_\_\_\_  
Cristiana Pinheiro de Almeida 08339031-88  
Testemunha II / CPF

\_\_\_\_\_  
Diretora Geral/HCP

## Apendice D – Parecer Consubstanciado Comitê de Ética

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção dos Servidores do Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas sobre sua prática profissional: Um Estudo de caso.

**Pesquisador:** Elisana Ligia Garcia Barboza

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55292316.8.0000.5519

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.687.339

#### Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está de acordo com as normas exigidas pelo Comitê de ética e apresenta conformidade com a proposta da pesquisadora. TEMA: Percepção dos servidores do Pronto Socorro do Hospital Geral de Palmas sobre sua prática profissional: Um estudo de caso.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar a percepção que os profissionais da saúde têm sobre seu afastamento e suas implicações na prática profissional.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Contempla os riscos e benefícios.

"Poderá haver algum risco durante a aplicação da entrevista, na medida em que, os sujeitos podem ficar constrangidos ou sentir algum desconforto com alguma questão." Resguardada a identificação do sujeito.

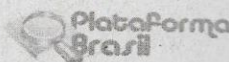
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atualizou o cronograma.

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoxarifado  
Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090  
UF: TO Município: PALMAS  
Telefone: (63)3232-8023 E-mail: cep\_uff@uff.edu.br



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO TOCANTINS



Continuação do Parecer: 1.687.339

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos obrigatórios estão de acordo com os solicitados pelo CEP e o processo de concepção de uma pesquisa com seres humanos.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_655106.pdf	31/05/2016 18:01:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_ELISANA_LIGIA_GARCIA_BARBOZA.docx	31/05/2016 18:01:17	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
Cronograma	Cronograma_Pesquisa.pdf	31/05/2016 18:00:41	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
Outros	Termo_fiel_depositario.pdf	24/05/2016 17:32:39	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Elisana.pdf	08/04/2016 17:41:44	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	08/04/2016 17:41:24	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_apresentacao.pdf	08/04/2016 17:41:08	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Compromisso.pdf	08/04/2016 17:40:44	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_Orientador.pdf	08/04/2016 17:40:22	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Intitucional.pdf	16/03/2016 15:04:04	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Elisana.pdf	16/02/2016 16:11:17	Elisana Ligia Garcia Barboza	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida NS 15, 109 Norte Prédio do Almoarifado  
Bairro: Plano Diretor Norte CEP: 77.001-090  
UF: TO Município: PALMAS  
Telefone: (63)3232-8023

E-mail: cep\_uft@uft.edu.br