



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Social e do Trabalho

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Dissertação de Mestrado

“A gente faz uma medicina de guerra!”.
**Custo Humano, Bem-estar, Mal-estar e Qualidade de Vida
no Trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento**

Leandro Silva Pádua

Brasília, DF

2019

Leandro Silva Pádua

“A gente faz uma medicina de guerra!”.
**Custo Humano, Bem-estar, Mal-estar e Qualidade de Vida no Trabalho em uma
Unidade de Pronto Atendimento**

Versão Original

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações.

Área de concentração: Psicologia Social e do Trabalho

Orientador: Prof. Dr. Mário César Ferreira

Brasília, DF
Junho de 2019

“A gente faz uma medicina de guerra!”.
**Custo Humano, Bem-estar, Mal-estar e Qualidade de Vida no Trabalho em uma
Unidade de Pronto Atendimento.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações do
Instituto de Psicologia.

Dissertação defendida diante e aprovada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Emílio Peres Facas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
Universidade de Brasília
Presidente da Banca Examinadora

Profa. Dra. Tatiane Paschoal
Programa de Pós-Graduação em Administração
Universidade de Brasília
Membro da Banca Examinadora

Profa. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde
Universidade de Brasília
Membro da Banca Examinadora

Prof. Dra. Camila Costa Torres
Centro Universitário IESB
Membro Suplente da Banca Examinadora

"Eu juro, por Apolo médico, por Esculápio, Hígia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue:

Estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte;
fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens;
ter seus filhos por meus próprios irmãos;
ensinar-lhes esta arte, se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração e nem
compromisso escrito;
fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e
os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, porém, só a estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar
dano ou mal a alguém.

A ninguém darei por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza a perda.
Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha, mesmo sobre um calculoso confirmado;
deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda casa, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de
toda a sedução, sobretudo dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou
escravizados.

Àquilo que no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou
ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha
profissão, honrado para sempre entre os homens;
se eu dele me afastar ou infringir, o contrário aconteça."

(Juramento de Hipócrates)

À minha família (Ana Carolina e Mariana).

Em vocês encontro o meu porto seguro.

Agradecimentos

Tão difícil quanto dar conta de uma dissertação de mestrado e de todas as circunstâncias que envolvem esta etapa da minha vida é expressar em palavras a gratidão por algumas pessoas que de sobremaneira também fazem parte deste feito.

Antes mesmo destas pessoas, mas em primeiro lugar, a gratidão à Deus e Nossa Senhora, que trilham meu caminho durante toda minha vida, em todos os momentos, bons e/ou ruins, me permitindo gozar da graça e aprender com as dificuldades. Apesar de muitas vezes o obstáculo parecer maior do que podia suportar, essa força divina me ajudou – e ajuda – a seguir adiante.

À minha mãe, mulher de personalidade forte (e difícil), e a única que sempre acreditou no meu potencial, nunca duvidando de minhas capacidades. Se sou quem eu sou, com todos os meus defeitos e as poucas qualidades, gostando ou desgostando de mim, devo isso a ela. Aos meus irmãos, em especial minha irmã e parceira de viagem Carolina e seu esposo Carlinhos, a quem ofereço e de quem recebo o apoio incondicional.

Em especial à minha família, minha esposa Ana Carolina e minha filha Mariana, à quem dedico toda essa jornada e o fruto dela, esta dissertação. Está muito longe de tudo que vocês merecem, mas agradeço e ofereço com todo o amor que carrego por vocês. Não há motivos para viver, para seguir, para evoluir, se não for por vocês, e para vocês.

Agradeço aos colegas do meio acadêmico, à minha paciente e colega de trabalho Tânia Figueira, quem primeiro suscitou a possibilidade desta pós-graduação, e me apoiou durante todo esse processo.

Agradeço ao meu professor e orientador Dr. Mário César Ferreira, cujos ensinamentos extrapolaram apenas o meio científico, e que com maestria conduz suas orientações adaptando-as aos seus orientandos, produzindo resultados que refletem não apenas o mestre, mas protagonizam o aluno. Agradeço pela paciência, pela persistência e pela perseverança em mim.

Aos colegas do Grupo de Estudo do Laboratório de Ergonomia da Atividade, Cognição e Saúde (ECoS) da UnB – Kelma, Otávio, Juliana, Karynne, Rosana, Kênia, Paulo, Solene, Cíntia, Giuliane, Isidro, Larissa, (e vários outros que por lá passaram) –, agradeço

pelo companheirismo, pelo incentivo, pelas proposições e compartilhamento de ideias, pelos ensinamentos, e pelas críticas.

Agradeço aos meus colegas de trabalho e sujeitos desta pesquisa. Compartilhamos das alegrias e das amarguras de exercer a nossa profissão. Vejo em todos vocês um diferencial daquilo que encontro e já encontrei em outras unidades de saúde, pois se empenham exclusivamente na qualidade de atendimento e no bem-estar dos pacientes, cientes de que estes precisam da nossa ajuda, mesmo que não seja da forma como pretendíamos e nos é possibilitado ofertar. Sinto orgulho de fazer parte desta equipe.

Ainda, à todos os profissionais de saúde que compõem a equipe da unidade onde trabalho, e que serviu de campo para esta pesquisa. Os resultados só evidenciam aquilo que já sabíamos: juntos somos melhores e mais fortes. Agradeço aos dirigentes que me possibilitaram executar esta pesquisa, em especial pelo respeito ao horário especial de estudante, compatibilizando minha escala de trabalho com minhas atividades na universidade.

Por último, e não menos importante, aos meus amigos de faculdade e colégio, de quem fui obrigado a me afastar para conseguir cumprir as obrigações de trabalho e da universidade, mas em quem encontro o companheirismo, o apoio e a mesma amizade como de quem não se afastou por um dia sequer.

Sumário

Lista de Figuras	x
Lista de Tabelas	xi
Resumo	xii
Abstract	xiii
Capítulo 1. Introdução	14
Saúde do Trabalhador e o Trabalho em Saúde	18
Capítulo 2. Quadro Teórico de Referência	26
Trabalho	26
Contexto de Trabalho	29
Saúde	31
Trabalho e Saúde	35
Ergonomia	37
Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho	41
Capítulo 3. Método	47
Campo de pesquisa	47
Delineamento Metodológico	48
Participantes	51
Fundamentos Metodológicos da Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho	53
Instrumento	57
Procedimentos	58
Tratamento e Análise dos dados	59
Capítulo 4. Resultados e Discussão	62
4.1 Contexto sociotécnico	63
4.2 Custo Humano do Trabalho	76
4.3 Estratégias de Mediação Individual e Coletivas	90
4.4 Mal-estar e Bem-estar no Trabalho	105
Mal-estar no Trabalho	105

Bem-estar no Trabalho	112
4.5 Qualidade de Vida no Trabalho	120
Capítulo 5. Conclusões	131
Referências Bibliográficas	137
Anexos	145

Lista de Figuras

Figura 1: Modelo descritivo metodológico da EAA_QVT para o diagnóstico de QVT	55
Figura 2: Localização e área de influência das UPA no Distrito Federal - Cenário 1	69
Figura 3: Localização e área de influência das UPA e Hospitais Regionais no Distrito Federal - Cenário 2	70
Figura 4: Localização e área de influência das UPA e Hospitais Regionais e demais Hospitais no Distrito Federal - Cenário 3	71
Figura 5: Dendograma do Corpus Textual de Custo Humano do Trabalho	79
Figura 6: Análise Fatorial de Correspondência das evocações sobre Custo Humano do Trabalho	80
Figura 7: Dendograma do Corpus Textual das Estratégias de Mediação Individual e Coletivas	94
Figura 8: Análise Fatorial de Correspondência das evocações sobre Estratégias de Mediação Individual e Coletivas	95
Figura 9: Dendograma do Corpus Textual de Mal-estar no Trabalho	107
Figura 10: Análise Fatorial de Correspondência das evocações de Mal-estar no Trabalho	108
Figura 11: Dendograma do Corpus Textual de Bem-estar no Trabalho	114
Figura 12: Análise Fatorial de Correspondência das evocações de Bem-estar no Trabalho ...	115
Figura 13: Dendograma do Corpus Textual de Qualidade de Vida no Trabalho	123
Figura 14: Análise Fatorial de Correspondência das evocações de Qualidade de Vida no Trabalho	124

Lista de Tabelas

Tabela 1: Características Demográficas e Profissiográficas dos Participantes	52
Tabela 2: População potencialmente coberta por Unidade de Pronto Atendimento e Hospitais - Distrito Federal, 2015	72

Resumo

Os estudos sobre trabalho e saúde objetivam a compreensão do contexto de trabalho e dos impactos na saúde dos trabalhadores, com finalidade de segurança no trabalho, prevenção e promoção de saúde. Contudo, dados da Organização Internacional do Trabalho (2013) indicam o aumento no número de comorbidades, de acidentes e de mortes relacionados ao trabalho. O trabalho em emergências médicas (EM) não foge a este escopo, com relatos que o comparam a um verdadeiro *front* de guerra. Este estudo trata-se de estudo de caso, de natureza qualitativa, exploratória, descritiva, com a finalidade de investigar, no contexto de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Distrito Federal, a relação entre Custo Humano do Trabalho (CHT), Bem-estar no trabalho (BET), Mal-estar no trabalho (MET) e Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). O fio condutor desta baseou-se na perspectiva teórico-metodológica da Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA_QVT). Para tanto, utilizando-se de um roteiro semiestruturado, 13 entrevistas foram coletadas dos médicos que atuavam nesta unidade. Com relação ao perfil amostral: equilíbrio na proporção de gênero, estado civil e escolaridade; idade média de 32 anos; tempo desde a graduação geral foi maior que 3 anos; e de trabalho na unidade foi predominante de menos de 3 anos. Os dados foram coletados, tratados, e submetidos à análise lexical com o suporte do software IRaMuTeQ. Os resultados permitem concluir que, para os pesquisados, os CHT na unidade são predominantemente físicos e cognitivos, com aproximadamente 60% dos discursos relacionados ao esgotamento, sobrecarga, cansaço e exaustão. As estratégias de mediação destes relacionam-se predominantemente a atividades principalmente fora do trabalho, de busca de bem-estar e prazer, e de “desligamento” do trabalho. As fontes de MET e BET estão diretamente relacionadas às condições e à organização do trabalho, e secundariamente às relações socioprofissionais. Com isso, conclui-se pelas respostas que QVT para os médicos perpassa pelas condições de trabalho que propiciem um atendimento de qualidade aos usuários, e por uma organização do trabalho com adequado dimensionamento e jornada compatível. O estudo fornece subsídios para novas agendas de pesquisa, além de indicadores críticos do trabalho na unidade, relacionados a um alto e negativo CHT, que podem contribuir para a formulação de políticas e programas de QVT para profissionais de saúde de EM.

Palavras-chave: ergonomia da atividade, qualidade de vida no trabalho, trabalho e saúde, emergências médicas.

Abstract

The studies on work and health aim to understand the work context and the impacts on workers' health, with the purpose of work safety, prevention and health promotion. However, data from the International Labour Organization (2013) indicate an increase in the number of work-related comorbidities, accidents and deaths. Work in medical emergencies (ME) does not escape this scope, with reports that compare it to a real war front. This study is a case study of a qualitative, exploratory, descriptive nature, with the purpose of investigating, in the context of a Emergency Room Unit (ERU) of the Federal District, the relationship between Human Cost of Work (HCW), Well-being at Work (WAW), Malaise at Work (MAW) and Quality of Life at Work (QLW). The main thread of this study was based on the theoretical and methodological perspective of Ergonomics of the Activity Applied to Quality of Life at Work (EAA_QLW). Therefore, using a semi-structured script, 13 interviews were collected from physicians working in this unit. Regarding the sample profile: there was a balance with regard to gender, marital status and education; average age of 32 years; time since general graduation was greater than 3 years; and work in the unit was predominant of less than 3 years. Data were collected, treated, and submitted to lexical analysis with the support of the IRaMuTeQ software. The results allow us to conclude that, for those surveyed, the HCW in the unit are predominantly physical and cognitive, with approximately 60% of the speeches related to exhaustion, overload, fatigue and exhaustion. Their mediation strategies are predominantly related to activities mainly outside of work, seeking well-being and pleasure, and "disconnection" from work. The sources of MAW and WAW are directly related to the conditions and organization of work, and secondarily to socio-professional relationships. Thus, it is concluded by the answers that QLW for physicians goes through the working conditions that provide quality care to users, and by a work organization with appropriate size and compatible journey. The study provides subsidies for new research agendas, in addition to critical indicators of work in the unit, related to a high and negative HCW, which can contribute to the formulation of QLW policies and programs for ME health professionals.

Keywords: ergonomics of activity, quality of life at work, work and health, medical emergencies.

Capítulo 1.

Introdução

O trabalho constitui parte fundamental da subsistência humana e está subordinado as dinâmicas da sociedade e seu contexto de mudanças. Várias foram as definições dadas ao trabalho, constituindo assim um constructo fluido, que foi desde Karl Marx (1993), que defendeu o trabalho como transformação do meio ambiente com finalidade de sobrevivência, até as definições dos sentidos do trabalho, proposto por Morin (2001), e entendido como aquele que é realizado de forma eficiente e leva a alguma coisa, é intrinsecamente satisfatório, é moralmente aceitável, é fonte de experiências de relações humanas satisfatórias, garante a segurança e a autonomia e mantém uma pessoa ocupada. É, desta forma, um constructo psicológico multidimensional e dinâmico, resultado da interação entre variáveis diversas. É, sobretudo, uma atividade na qual os seres humanos dedicam boa parte de sua vida, e acaba por constituir papel importante em relatos de sofrimentos e adoecimentos dos trabalhadores.

Devido ao caráter polissêmico do constructo trabalho, este é assunto abordado em diversas pesquisas. As metas destas pesquisas realizadas sobre o trabalho, segundo Levy (como citado em Ferreira & Rosso, 2003), ainda no início do século passado – década de 1930 –, eram colocar o trabalhador em um posto de trabalho compatível ao indivíduo, naquilo que concerne às suas capacidades físicas e mentais, ao seu caráter e às suas preferências pessoais. Desta forma, estes estudos visavam garantir o aprimoramento das condições de trabalho e a diminuição da fadiga, determinar as ferramentas que permitissem a realização da tarefa com o menor custo ao seu organismo, e organizar todas as condições materiais da atividade em torno do indivíduo tomado como centro, de modo que as máquinas servissem ao homem e não que o homem servisse às máquinas. Estas pesquisas, por fim, objetivavam reduzir ao máximo os acidentes de trabalho. Mendes e Ferreira (2008), por sua vez, descrevem que captar as formas como os trabalhadores avaliam seu ambiente de trabalho é um desafio para as ciências do trabalho, porém essencial para a proposição de mudanças que visem a promoção de bem-estar no trabalho, a eficiência e a eficácia dos processos produtivos.

Entretanto, mesmo após décadas de pesquisa sobre o assunto, os dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2013) indicam o aumento no número de comorbidades, de

acidentes e de mortes relacionados ao trabalho. Posto o descrito, a importância de mais estudos acerca do trabalho, e principalmente de estudos que revelem as relações existentes entre “Trabalho e Saúde”, linha de pesquisa ao qual se insere essa dissertação.

Saúde, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez. Esta definição foi proposta em 1947 e vários estudos criticam o conceito (SEGRE, 1997). A crítica à definição a classifica como ultrapassada, pois é enviesada por avaliações apenas externas, e faz destaque entre o físico, o mental e o social como partes distintas e excludentes, não considerando as interações existentes entre esses aspectos.

Desta forma, abordar trabalho e saúde deve partir da análise crítica conceitual de cada um desses termos, e é fundamental para o entendimento do conceito de Saúde do Trabalhador (ST). A Saúde do Trabalhador foi tema primeiramente elencado no livro “*A saúde dos trabalhadores*”, do médico italiano Bernadino Ramazzini em 1700. Com base neste marco histórico, e tendo como plano de fundo todo o contexto da Revolução Industrial e dos Movimentos Operários Italianos liderados pelo médico e psicólogo Ivar Oddoni, surge a Medicina do Trabalho como campo de atuação, e as preocupações com os riscos relativos ao exercício do trabalho, tanto físicos, químicos e biológicos, como também cognitivos, afetivos e psicossociais.

A ST neste sentido passa a preocupar com o processo saúde-doença em todos os aspectos, e objetiva principalmente ações de cunho preventivo. No início, ainda no período da Revolução Industrial, o foco era na manutenção da cadeia produtiva, no indivíduo como fator de ajuste para prevenção. Com o passar dos anos, desenvolveu-se uma crescente preocupação em tornar o trabalho mais apazível, e o homem passa a ser percebido como um ser complexo. E, por meio desta percepção, a prevenção, a promoção e a intervenção em saúde também passam a considerar essa complexidade do ser humano. Isso implica entendê-la como um processo instável de busca pelo equilíbrio que, por sua vez, é influenciado concomitantemente por questões biológicas, psicológicas e sociais.

Desta maneira, vários estudos e pesquisas surgem na tentativa de elucidar e descrever o nexo causal entre o trabalho e o processo saúde-doença. Apesar dos esforços para esgotar a lista dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, esta meta não é possível devido à natureza distinta dos postos de trabalho e à dinamicidade do mesmo, não permitindo a descrição de uma lista homogênea de doenças. Contudo, em esforço para a descrição e

elucidação dos problemas de saúde relacionados ao trabalho, Davezies (1998) apresenta os danos à saúde em três categorias distintas, englobando tanto os aspectos biológicos do processo saúde-doença, mas considerando também os aspectos psicológicos e sociais, a seguir:

- 1. *Os danos diretos à integridade física:*** Relativos aos efeitos da exposição aos riscos físico-químicos, como substâncias tóxicas, vibração, ruído e radiação, por exemplo. Estes resultam em doenças ósteo-musculares, perdas auditivas e alterações hematopoiéticas. Esta categoria faz parte do campo tradicional de ação da Medicina do Trabalho e, por este motivo, é um campo relativamente já bem estudado. Contudo, apesar das evoluções tecnológicas que atenuaram em alguns processos produtivos certos tipos de riscos, as diferenças sociais continuam influenciando nos números de trabalhadores que estão entre os mais expostos e os mais protegidos. Exemplo é que, apesar de os conhecimentos científicos acerca da nocividade de alguns riscos já estarem bem estabelecidos, estes não foram suficientes para atenuar ou eliminar a exposição à sílica, ao amianto ou aos solventes. O fenômeno da precarização dos postos de trabalho intensificou a exposição do grupo menos protegido contratualmente em seu local de trabalho.
- 2. *Os danos devido à hipersolicitação dos seres humanos no trabalho:*** Relativos aos danos oriundos das demandas acima das capacidades dos seres humanos no trabalho. O exemplo clássico desta categoria são as Lesões por Esforço Repetitivo e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). Entretanto, para além dos efeitos ósteo-musculares, é importante salientar os relatos de esgotamento referidos pelos trabalhadores diante das situações de trabalho, como o excesso de trabalho, a densificação do mesmo e a gestão da carga de trabalho. Apesar de ainda não estarem bem definidos, os mecanismos que estão no cerne desta queixa de esgotamento passam pelas situações com demandas cognitivas fortes, como àquelas que solicitam ao trabalhador a coordenação de uma multiplicidade de informações a tratar em uma determinada unidade de tempo, muitas vezes reduzida (por exemplo, trabalho em teleatendimento, os picos no final do mês nas agências bancárias e nos hipermercados, etc.). Acredita-se que esta hipersolicitação cognitiva pode resultar em um tipo de auto-aceleração que impede o

trabalhador de relaxar nos períodos de repouso ou de realizar atividades prazerosas ou de lazer, como por exemplo assistir a um filme. As queixas mais comuns desses trabalhadores são as sensações de esvaziamento, as dificuldades de relacionamento, o isolamento e o desânimo.

- 3. *Os danos à dignidade e à auto-estima:*** Relativos às exigências emocionais das tarefas no trabalho, que são distintas tanto para os trabalhadores como para os empregadores. Para os empregadores, a organização da cadeia produtiva visa a elevação da qualidade, da produtividade e da competitividade, com consequente redução dos custos e aumento dos lucros. Para os trabalhadores, o resultado desta organização do trabalho se apresenta na forma de elogios e agradecimentos pela contribuição fundamental à elevação do padrão de qualidade. Os trabalhadores ao invés de serem valorizados e reconhecidos, e de obterem boas condições para exercício de suas tarefas, são encorajados a fazer o melhor sem as devidas condições, onde não importam os meios, desde que os fins sejam atingidos. Estas práticas de elogios falsos geram no trabalhador um sentimento de humilhação, de raiva, de desgosto, de desengajamento.

Os estudos sobre a saúde do trabalhador e a promoção de saúde no trabalho costumam partir da constatação de sintomas mórbidos, sejam eles decorrentes de acidentes de trabalho ou da exposição a fatores de riscos ou condições inadequadas. Ou seja, é necessário que primeiro se constate a comorbidade no trabalhador para que a partir deste evento se possa proceder à análise dos fatos que o culminaram. Assunção e Lima (2003) adjetivam esta prática na pesquisa sobre saúde do trabalhador como uma ação reducionista da prevenção em saúde. Estes autores afirmam que, sob esta perspectiva, as ações em segurança e saúde no trabalho são apenas práticas corretivas de prevenção, não contribuindo para a análise profunda das causas que implicaram no fenômeno estudado.

Considerando desta forma, se alguma queixa que os trabalhadores relatarem não constar da classificação de doenças já catalogadas, este dado é simplesmente desprezado, até que ocorra de fato um acidente de trabalho relacionado à queixa. Alguns exemplos que podem ser citados são a associação de: exigência de produção/ansiedade, mudança tecnológica/medo, pressão temporal/aceleração.

Portanto, dado a complexidade do tema trabalho e processo saúde-doença, e na pretensão de estudar saúde do trabalhador, deve-se pensar neste termo não apenas como um conceito, mas também um paradigma de pensar-agir, segundo descreve Athayde e Souza

(2015). Estes autores afirmam que ST é um campo de conhecimento e intervenção no âmbito das políticas públicas, envolvendo uma rede de relações entre diferentes posições em luta (usuários/clientes, trabalhadores, empregadores) que se desenvolve no interior da saúde coletiva e que tem como objetivo de estudo e intervenção as relações entre trabalho e a saúde.

Saúde do Trabalhador e o Trabalho em Saúde

Considerando os aspectos abordados acima, e contextualizando com a atividade de trabalhadores de saúde, o dia-a-dia de emergências médicas públicas apresenta características que são deletérias à saúde destes profissionais. Segundo dados extraídos da pesquisa *Perfil dos Médicos no Brasil – relatório final: Médicos em números* (Fiocruz/CFM, 1996), os médicos que atuam em atividades de plantão nos serviços de Pronto Socorro/Emergência mostram percentuais mais elevados de desgaste profissional (90,5%); comparativamente ao setor onde exercem a atividade, o setor público é o que apresenta maior taxa de desgaste segundo o relatório. Ainda, em estudo realizado por Tenório (1992; como citado em Silva, 2001) em uma amostra de médicos plantonistas, verificou-se que: 52% destes apresentavam distúrbios cardiovasculares; 60% queixas de insônia, irritabilidade e depressão (dos quais 43% referiram uso de tranquilizantes); 38% queixa de impotência sexual após jornada de trabalho; e 43% atribuíram ao estresse do trabalho os conflitos familiares. Diante deste cenário, fica evidente a influência do trabalho na alta taxa de morbidade para estes trabalhadores.

Porém, tal afirmação também é resultado de uma percepção e da observação individual e não sistemática do autor desta dissertação, e que talvez atuaria como predisponente para muitos afastamentos e exonerações de profissionais de saúde de uma unidade de emergência em específico do DF. Para contextualizar com o descrito, considerando novas nomeações de servidores, os desligamentos por fim de contrato, as exonerações e as remoções para outros estabelecimentos de saúde, apenas da categoria de médicos da referida unidade, que ocorreram no período entre maio de 2016 até julho de 2018, o quantitativo de profissionais oscilou entre 26 médicos ao início, chegando a um pico de 33 profissionais em setembro do mesmo ano, e terminando o período com apenas 14

trabalhadores médicos em julho de 2018, quantitativo este insuficiente para cobrir o mínimo da escala de plantões.

É fato conhecido, tanto na mídia televisiva, com conteúdo jornalístico ou na forma de dramaturgia, como na mídia impressa, sob a forma de livros, notícias, que a situação das emergências médicas públicas no Brasil é caótica. Esse caos ocorre em todas as unidades da federação e não difere do que ocorre nas emergências médicas públicas do Distrito Federal (DF). Tomou relevância este tema nos últimos anos *talvez* como resultado da exposição da rotina de uma emergência médica pública do Rio de Janeiro, que ocorreu no lançamento do livro “Sob pressão: a rotina de guerra de um médico brasileiro” (Maranhão, 2014), e que posteriormente virou série de televisão em uma rede de grande alcance popular.

A afirmação do *talvez* surge da crítica do autor desta pesquisa sobre a realidade de trabalho nas emergências médicas públicas do DF. Existe um certo distanciamento do que vira notícia na mídia para o que realmente acontece no dia-a-dia de trabalho em uma emergência médica. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Complementar, órgão vinculado ao Ministério da Saúde (ANS/MS), em março de 2019 apenas 24,2% da população brasileira tinham acesso a planos privados de saúde, não dependendo desta forma do Sistema Único de Saúde (SUS) como forma de acesso à saúde. Esta parcela privilegiada da população, considerando apenas o Distrito Federal, corresponde a 33,5% do total no DF (SIB/ANS/MS - 03/2019 e População - DATASUS/MS - 2012). Ou seja, o *problema* da saúde pública no DF, é encargo de mais de 60% da população assistida por este sistema, e dos profissionais de saúde que nela atuam. Se não se depende do SUS, ou se não é parte do SUS, não é problema do indivíduo. E mesmo que atinja grande parte da população do DF, esta parcela é formada principalmente por pessoas de menor renda familiar e menor nível de escolaridade conforme relatório do PNAD (1998; como citado em Pinto e Soranz, 2004), sustentando a crítica de que o SUS não é universal como preconiza em seus fundamentos, mas sim voltado para os pobres.

Então, o que é revelado na mídia são os fracassos de um sistema público, subfinanciado, mal gerido, onde os defeitos são mais exuberantes do que os resultados de sucesso. Cabe lembrar que no SUS existem vários exemplos de sucesso, como por exemplo: os programas de vacinação, o combate a endemias, os transplantes de órgãos, a redução da mortalidade infantil, entre outros. E essas ações de sucesso são tangíveis à toda a população, sejam estas atendidas exclusivamente pelo sistema público ou da parcela restrita que têm acesso à saúde complementar privada.

Porém, não constitui objetivo deste trabalho e tão pouco é discutido a seara dos problemas e da política do SUS, restringindo apenas ao recorte da descrição das emergências médicas, do campo estudado, e a discussão da atividade neste contexto de trabalho.

Não somente nos dias atuais, mas há muito tempo, o clima dentro de uma unidade de emergência se assemelha ao de uma guerra, onde o tempo transcorre entre gritos, lágrimas, desespero, revolta. Para os usuários do SUS, sistema financiado pelo governo, público, este tempo se reflete nas longas horas dentro de uma sala de espera, nas macas improvisadas em cadeiras ou no próprio chão da unidade, e nas frias geladeiras do necrotério. Para os profissionais de saúde, este tempo transcorre no enfrentamento diário e repetitivo das adversidades que se contrapõem ao exercício pleno, digno, humano e de qualidade da profissão. Contudo, neste cenário de guerra, as posições de luta são distintas: os usuários clamam por atendimento, por solução, por alívio, por respostas; enquanto os profissionais de saúde lutam por condições, por insumos e por estrutura, para ao menos no mínimo, prestar um atendimento de qualidade para o qual foram treinados. Neste front com diferentes protagonistas, um inimigo oculto, a gestão e o subfinanciamento na pele de antagonista.

Para lidar com essa situação, o trabalho exercido em unidades de emergências médicas requer o exercício de capacidades não somente técnico-cognitivas. Estes profissionais são postos em situações que vão além das competências adquiridas tanto na graduação ou na especialização. Por falta de recursos das mais diferentes formas (materiais, estruturais, humanos), e também por falta de planejamento e organização dos diferentes níveis de atenção em saúde, muitas são as situações em que estes profissionais devem nortear sua propedêutica clínica através do empirismo, ao invés das evidências científicas. Pensando no papel do médico dentro das emergências médicas, profissional que acaba assumindo grande parte da responsabilidade pelo cuidado dos pacientes, diariamente estes profissionais deparam com uma *escolha de Sofia*. São recorrentes as situações nas quais se deve escolher quem recebe tratamento *x* ou *y*, para qual paciente o recurso vai ser direcionado, mesmo que vários necessitem do mesmo recurso. Todas essas decisões na tentativa de melhor atender aquele que precisa de cuidado, preocupado sempre com o bem-estar do paciente, mesmo em um contexto onde os recursos são escassos, tentando ao máximo evitar a negligência e a omissão de socorro.

Esse cenário pode ser explicado pelas crescentes demandas por atendimento, a “pressão” sofrida por estes profissionais por produtividade e resolutividade sem contar com os devidos recursos para tal, o assédio da população representados na forma de intimidação e

agressões tanto físicas como morais, jornadas de trabalho extenuantes, entre vários outros problemas que permeiam a realidade do trabalho em emergências médicas. Tudo isto leva ao desenvolvimento de outras competências, como forma de lidar com estas adversidades, refletindo principalmente na qualidade do serviço prestado, mas sobretudo na satisfação, motivação e também na saúde destes trabalhadores.

Neste estado de guerra, os participantes, sejam os profissionais de saúde ou os usuários, todos sempre saem perdendo. Não se pode negar que o paciente, fragilizado pela doença, não seja o mais prejudicado neste front. Entretanto, o profissional de saúde que atua em emergências públicas, e que diariamente tem de lidar com o sofrimento humano sem as ferramentas mínimas para minimizar ou resolver este sofrimento, também sai prejudicado. Em especial a categoria médica, pois estes assumem uma posição de liderança em uma emergência médica ao definirem as condutas ao paciente. De acordo com Lima Júnior e Castanha (2011; citado por Barros, 2015), “os médicos estão no centro da responsabilidade da atenção e do cuidado com a saúde, mesmo que estejam atuando com uma equipe composta de outros profissionais”. Recai principalmente sobre o médico essa *escolha de Sofia*, colocando estes profissionais em constante dissonância cognitiva. Esta elevada responsabilidade reflete nos sentimentos de angústia, ansiedade, e desgaste vivenciados por estes profissionais

Considerando tudo isso, a pergunta que surge: quem cuida da saúde de quem cuida? Estudos desenvolvidos na França por Dejours (1987) demonstram que é a organização do trabalho a responsável pelas consequências penosas ou favoráveis para o funcionamento psíquico do trabalhador. O autor afirma que podem ocorrer vivências de prazer e/ou de sofrimento no trabalho, expressas por meio de sintomas específicos.

—A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora. (Dejours, 1987).

Motivado pela inquietude do autor desta dissertação, e ainda por este ser também um dos sujeitos inseridos neste contexto de guerra descrito, também médico e que padece do problema demonstrado anteriormente, orientou-se as seguintes perguntas: (a) como a atividade de médico em emergências médicas impacta na saúde destes trabalhadores?; (b) quais são os fatores estruturantes destes impactos nos trabalhadores?; e (c) existem meios para dirimir ou atenuar os impactos considerados negativos?. Estas perguntas nortearam a presente dissertação.

Ao se fazer uma reflexão sobre este problema, e tomando-o como ponto de partida, procedeu-se um levantamento da literatura acerca do tema. À princípio, em um rápido levantamento bibliométrico de artigos publicados no período compreendido entre 2009 a 2018 (10 anos), utilizando como descritores os termos ‘trabalho’, ‘emergências médicas’ e seus sinônimos em português e inglês, fazendo uso da ferramenta de busca do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior do Ministério da Educação (CAPES/MEC), selecionadas as bases (SCOPUS, EBSCO, BVS, MEDLINE/PubMed, PsycINFO, Web of Science), o resultado inicial foram 26 artigos. Contudo, após leitura apenas de seus títulos e resumos, apenas sete artigos abordavam trabalhadores em saúde (apenas quatro especificavam o trabalho médico) e suas relações com o trabalho, contudo não distinguiram se o trabalho em uma unidade de emergência ou não. Esse resultado demonstra que as publicações de artigos relacionando o trabalho específico em emergências médicas e seus impactos nos trabalhadores de saúde são escassos.

Posto o descrito, a relevância de se estudar as relações entre o trabalho médico e contexto de trabalho em emergências médicas. Nesta direção, os estudos em ergonomia, em Ergonomia da Atividade (EA) e em Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) foram os balizadores desta pesquisa, aqueles que serviram como referencial teórico para o entendimento do fenômeno proposto.

Segundo Wisner (1995), a Ergonomia apresenta dois pilares estruturantes: um de base comportamental; e outro subjetivo. A braço comportamental da ergonomia permite apreender as variáveis que determinam o trabalho pela via da análise do comportamento; o braço subjetivo, busca qualificar e validar os resultados. Ambos os pilares buscam elaborar um diagnóstico que vise transformar as condições de trabalho. A EA (Montmollin, 1995; Ferreira, 2013) é definida como uma abordagem científica com foco no indivíduo, fundamentada em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas visando a compatibilização dos produtos e tecnologias às características dos usuários e a humanização do contexto sociotécnico do trabalho, na perspectiva de promover o bem-estar no trabalho, a satisfação de consumidores e a eficiência e eficácia dos processos produtivos. Já QVT, segundo Ferreira (2017), é definida por duas perspectivas distintas:

Sob a ótica das organizações, onde QVT é um preceito de gestão organizacional que se expressa por um conjunto de normas, diretrizes e práticas no âmbito das condições, da organização e das relações socioprofissionais de trabalho, que visa a promoção de bem-estar individual e coletivo, o

desenvolvimento pessoal dos trabalhadores e o exercício da cidadania organizacional nos ambientes de trabalho. (p. 170);

Sob a ótica dos trabalhadores, onde QVT se expressa por meio das representações globais (contexto organizacional) e específicas (situações de trabalho) que estes constroem, indicando o predomínio de experiências de bem-estar no trabalho, de reconhecimento institucional e coletivo, de possibilidade de crescimento profissional e de respeito às características individuais. (p. 170).

Os estudos e a teoria acerca de QVT, pensado no contexto sociotécnico de uma emergência médica, surgem como um indicador do problema enfrentado por médicos na execução da atividade. Por este motivo, o **objetivo geral** desta pesquisa é investigar, no contexto de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Distrito Federal, a relação entre Custo Humano do Trabalho, Bem-estar no trabalho, Mal-estar no trabalho e Qualidade de Vida no Trabalho.

Os **objetivos específicos** são:

1. Descrever o contexto de trabalho de uma Unidade de Pronto Atendimento do DF;
2. Analisar os Custos Humanos do Trabalho e as Estratégias de Mediação Individuais e Coletivas destes trabalhadores;
3. Caracterizar as fontes de Bem-Estar e Mal-Estar do trabalho na UPA pesquisada;
4. Identificar os aspectos que estruturam a definição de Qualidade de Vida no Trabalho sob a ótica dos médicos que atuam na UPA.

A presente pesquisa tem relevância social visto vários aspectos do problema descrito, entre eles econômico, social e de saúde. Estes trabalhadores sofrem nas situações de trabalho em emergências médicas, e discutir o trabalho frente estas situações incrementa os debates acerca do tema. Deve-se considerar que, segundo a agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o Desenvolvimento Sustentável, uma das metas propostas é garantir que os ambientes de trabalho sejam seguros para todos os trabalhadores, considerando não apenas a proteção da segurança física, mas estendendo essa proteção para a promoção de bem-estar mental e psicológico (ONU, 2015). Ainda, conforme descrito por Ferreira (2017), o bem-estar no trabalho “se constitui em um fator de promoção da saúde nas situações de trabalho e indica a presença de qualidade de vida no trabalho (QVT).” (p. 177). O impacto social e econômico é claro e direto: menor absenteísmo, menores afastamentos por motivo de saúde, menos exonerações.

Já no campo institucional, a relevância desta pesquisa se filia às bases teóricas discutidas por Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg, & Kerguelen (2001), que em livro referência para a ergonomia da atividade, defendem o conceito de que é preciso compreender o trabalho para transformá-lo. Assim, a pretensão dessa dissertação é salientar as situações e as repercussões do trabalho para os trabalhadores na unidade pesquisada, que torna premente a necessidade de intervenção para a proteção destes trabalhadores. A contribuição do estudo não se restringe somente para a administração direta, mas também fomentando com dados pautados pelo rigor científico e metodológico que podem, por ventura, servir de base para programas e políticas de QVT.

Do ponto de vista acadêmico, esta dissertação pretende contribuir com um case para posteriores estudos sobre QVT em organizações de saúde, fortalecendo e validando a ergonomia da atividade como uma abordagem de viés não apenas explicativo e descritivo dos problemas elencados na investigação da díade indivíduo-contexto de trabalho – como clássico na ‘clínica do trabalho’ –, mas também com viés preventivo, ao explicitar os indicadores críticos e as estratégias para atenuação ou resolução destes. A literatura dominante sobre QVT discute o tema no contexto de trabalho dos serviços públicos, administrativos; este estudo possui relevância acadêmica ao lançar a discussão da temática de QVT para as organizações de saúde.

O presente documento se estrutura em cinco capítulos. O primeiro, este apresentado, introduz o tema e o problema de pesquisa, os objetivos elencados e as justificativas do estudo. Segue-se após os capítulos: (2) quadro teórico de referência; (3) método; (4) resultados e discussão; e (5) conclusões.

No capítulo do quadro teórico de referência são apresentadas e discutidas as dimensões de análise principais desta dissertação – trabalho, saúde e QVT. As dimensões analíticas descritas são cotejadas com os fundamentos teóricos da Ergonomia da Atividade (EA) e da Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA_QVT).

O terceiro capítulo, de método, descreve-se: o campo de pesquisa, o delineamento metodológico, os participantes, os instrumentos, os procedimentos de coleta, o tratamento e as ferramentas utilizadas para análise dos dados.

No capítulo de resultados e discussão faz-se a descrição e análise dos dados coletados, discutindo-os à luz das teorias descritas no capítulo do quadro teórico de referência.

O último capítulo, das conclusões do estudo, retoma-se as questões que nortearam esta pesquisa e os objetivos traçados, assim como um apanhado geral dos resultados gerados na

pesquisa, com objetivo de delimitar as contribuições, os limites e as perspectivas possíveis acerca do assunto.

Capítulo 2.

Quadro Teórico de Referência

2.1 Trabalho

Trabalho é uma derivação regressiva do verbo trabalhar. É substantivo masculino, e assume uma série de significações, cuja principal é: o ato de trabalhar. Como verbo, trabalho é conjugação da primeira pessoa do singular, presente do indicativo de trabalhar. Assume ainda significado de: qualquer ocupação manual ou intelectual; esmero, cuidado que se emprega na feitura de uma obra; obra feita ou que se faz ou está para se fazer; labutação, lida; o fenômeno da vitalidade dos órgãos; os exames, as discussões e deliberações de uma corporação, repartição, etc; tarefa de abrir fossos, trincheiras, caminhos subterrâneos; trabalho ardiloso e oculto; pena, que consiste na realização de trabalhos físicos, a que são condenados réus de crimes graves - trabalho forçado.

Etimologicamente a palavra trabalho deriva do latim *tripalium*, formado pela união dos elementos *tri* e *palum*, que significam três e madeira respectivamente. *Tripalium* era o nome dado ao instrumento de tortura utilizado na Roma antiga, objeto utilizado para o 'trabalho' pelo 'trabalhador' - estes termos em aspas assumindo a significação de tortura e carrasco, respectivamente. Desse modo, originalmente, trabalhar significava ser torturado e o trabalhador era aquele que utilizava do *tripalium* para exercer o trabalho. Do latim, o termo evoluiu para o francês *travailler*, assumindo significado de “sentir dor” ou “sofrer”. Com o passar do tempo, assume significado de “fazer uma atividade exaustiva” ou “fazer uma atividade difícil, dura”. Somente no século XIV começa a ter o sentido que hoje é utilizado.

A história das sociedades greco-romanas, feudais, mostra a característica do trabalho assumida à época. Apenas os escravos e os pobres executavam as tarefas que mantinham e fomentavam as necessidades dos nobres à época, enquanto estes se prestavam a festas e outras atividades visando o bem-estar. Então, no sentido original, os escravos e os pobres que não podiam pagar os impostos eram os que sofriam as torturas no *tripalium*. Assim, quem "trabalhava", naquele tempo, eram as pessoas destituídas de posses. Com a evolução das sociedades, a idéia de trabalho como tortura passou a dar entendimento não somente ao fato

de tortura em si, mas também às atividades físicas produtivas realizadas pelos trabalhadores em geral: camponeses, artesãos, agricultores, pedreiros, etc.

Apesar da dimensão negativa ao qual surge o termo, nos tempos modernos o termo trabalho apresenta significação polarizada (Blanch-Ribas, 2003). A categoria trabalho assume caráter central sociologicamente e lugar de destaque na vida das pessoas, pois atua como o principal regulador da organização do cotidiano, visto que os horários, atividades, relacionamentos pessoais e vida familiar são definidos, em grande parte, conforme as exigências do trabalho. É termo estudado por muitos sociólogos e psicólogos. Compreender a significação do trabalho é fundamental para entender a dinâmica e os contextos do mundo do trabalho, além de entender as transformações ocorridas no último século e para tanto, tentar intervir e propor melhorias.

A noção de centralidade do trabalho é compartilhada por vários autores que pesquisam sobre o termo. Dejours (1987) refere que trabalho além de apresentar caráter de julgamento utilitário, apresenta para o trabalhador sentido de afirmação da própria identidade por meio das atribuições individuais para a execução de tarefas, permitindo ao trabalhador a sensação de realização, satisfação e pertencimento ao grupo. Vários outros autores apresentam esta noção de centralidade: Antunes (1995; 1999); Blanch-Ribas (2003); Blanch-Ribas et al (2006); Dejours (1987; 1997; 2006); Borges e Alves Filho (2001); Borges e Yamamoto (2004); MOW (1987); Morin (2001), entre outros.

Blanch-Ribas (2003) apresenta as concepções dadas ao trabalho como associado a um continuum com diferentes polos. Para este autor, o polo negativo está associado à idéia de *tripalium*, de castigo, coerção, penalidade, designações da origem do termo. O polo positivo é representado pelos significados que remetem a valor, autorrealização, missão, dignidade, identidade. O polo central do trabalho, segundo Blanch-Ribas, representa a perspectiva instrumental: trabalho sinônimo de emprego; permite a sobrevivência e a dedicação à consecução desse fim.

Na sociedade contemporânea capitalista predominam os valores positivos associados ao trabalho, em decorrência da Reforma Protestante e pelo surgimento da ética do trabalho, traduzido por Max Weber em seu livro *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo* (1904). A ética do trabalho, também conhecida como a ética protestante, é um código de moral baseada nos princípios de honra, disciplina, trabalho duro, e individualismo. O sentido

do trabalho adquire portanto diferentes subjetividades. Passa-se de uma subjetividade resignada (trabalho-redenção), embasada no polo negativo de significações do trabalho, para uma subjetividade afirmativa (trabalho-glorificação), e até uma subjetividade da emancipação (trabalho-liberação), no sentido de que o trabalho não é mais fonte de vergonha, mas a chave para a conquista da felicidade e de pertença social.

O trabalho entendido pelo seu polo negativo estaria ligado às significações da origem do termo. Na sociedade capitalista contemporânea, esse mesmo pólo negativo remete ao pressuposto da economia política, entendido juntamente com as premissas de propriedade privada, de separação do trabalho, capital e terra, bem como de salário, lucro, arrendamento, competição, valor, troca, mercadoria, etc (Marx, 1844). O trabalho é objeto apenas para a produção de capital. Nessa concepção de trabalho, o trabalhador vira mercadoria.

Surge então a dimensão negativa mais comum do trabalho no capitalismo contemporâneo – a alienação do trabalho. Em seus manuscritos, Marx descreve a presença de quatro níveis de alienação do trabalho. O primeiro nível, a alienação do trabalhador em seu objeto – quanto mais o trabalhador produz, mais valor ele cria e menos ele passa a valer. O segundo nível relativo à despersonalização do trabalho, à exteriorização do sujeito do ato de trabalhar, onde a alienação ocorre com o processo de produção – o trabalho aparece como forçado, não para satisfazer necessidades diretas, mas como meio para suprir outras necessidades. O terceiro nível é a alienação do próprio ser humano, do ser genérico, pois o trabalhador perde o “humano” ao trabalhar somente para sobreviver, para manter a existência, igualando-se a condição de animal ao responder apenas ao instintivo de sobrevivência, abdicando da consciência de sua atividade. Por último, o quarto nível de alienação: quando o homem acaba alienado dos outros homens. Os homens não se relacionam mais como sujeitos; apenas como trabalhadores; o homem estranho ao próprio homem.

A alienação do trabalho faz com que trabalhadores se remetam às significações de dimensão negativa, como penalidade, castigo, coerção, labutação, lida, conforme descrito anteriormente, e oriundas da etimologia do termo. A divisão do trabalho é um dos fatores predisponentes dessa alienação, e acaba por dividir o próprio ser humano, que já não pode desenvolver-se como ser inteiro, mas que vale mais pela capacidade de repetição e especialização em determinada parte do processo produtivo. E esse “resultado” não é inerente ao trabalho ou a produção de modo geral, mas sim às formas capitalistas de divisão do trabalho, de industrialização e de divisão de classes.

Richard Sennett, sociólogo e historiador norte-americano, faz considerações relevantes e explicativas com relação a este polo negativo do trabalho. Este analista social, cotejando as transformações socioeconômicas do mundo com as dinâmicas do trabalho, buscou em seus estudos analisar as configurações e reconfigurações do trabalho. Em destacada contribuição para as ciências do trabalho está o conceito de flexibilidade: “A sociedade hoje busca meios de destruir os males da rotina com a criação de instituições mais flexíveis. As práticas de flexibilidade, porém, concentram-se nas **forças que dobram as pessoas.**” (Sennett, 1999) (*grifos nossos*). Este autor indica, portanto, que as transformações do mundo do trabalho, frente às demandas do mundo capitalista, são aquelas que visam a transformação do homem para o trabalho; e não a configuração do trabalho às características do homem.

Este conceito descrito anteriormente, da flexibilidade, auxilia na compreensão dos fenômenos relacionados ao trabalho e as respectivas significações direcionadas para o polo negativo do constructo. Ainda, permite compreender ainda o descrito mais adiante acerca da relação do trabalho com o processo saúde-doença.

2.2 Contexto de Trabalho

Neste documento foi adotado como referência o conceito de Contexto de Produção de Bens e Serviços (CBPS) (Ferreira e Mendes, 2003) para a definição de contexto de trabalho, que para estes autores é descrito como:

(...) o *locus* material, organizacional e social onde se opera a atividade de trabalho e as estratégias individual e coletiva de mediação, utilizadas pelos trabalhadores na interação com a realidade de trabalho. Esse contexto articula múltiplas e diversificadas variáveis, compondo uma totalidade integrada e articulada. (p. 41).

Este conceito, como defende os autores, apresenta algumas características que o distinguem de outros adotados em outras pesquisas, das quais: (a) visa superar e extrapolar reduções conceituais representados nos termos “processo de trabalho”, “ambiente de trabalho”, “relações de trabalho”, “organização do trabalho”, e outros conceitos adotados tanto pela Sociologia do Trabalho, Psicologia Organizacional e Medicina do Trabalho (Antunes, 1999; 1999; 2000; Mendes e Tamayo, 2001; Mendes e Morrone, 2002; Pereira, 2003; e Rezende, 2003; citado por Ferreira e Mendes, 2003); (b) fornece uma definição mais ampla, articulada e explícita das dimensões do trabalho; (c) expressa e sintetiza, sob uma perspectiva tridimensional (interação sujeito-atividade-mundo), uma parte do mundo do trabalho.

O CPBS é constituído por três dimensões analíticas interdependentes: a Organização do Trabalho (OT), as Condições de Trabalho (CT) e as Relações Socioprofissionais (RS). Estas dimensões apresentam as seguintes características: são complexas por natureza, visto a variabilidade, a diversidade, a dinâmica e a imprevisibilidade de seus elementos; fornecem os parâmetros básicos e configuradores do CPBS; são as bases materiais e sociais que descrevem a estrutura, os processos e a cultura organizacional; e podem, a depender do *lôcus* observado, apresentar pesos e importâncias diferenciadas. As dimensões são apresentadas no quadro a seguir:

Dimensões analíticas do Contexto de Trabalho

<i>Dimensões Analíticas</i>	<i>Definição</i>	<i>Componentes</i>
Organização do Trabalho	Constituída pelos elementos prescritos do trabalho, expressando as concepções e práticas de gestão de pessoas e do trabalho, balizando o seu funcionamento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Divisão do trabalho: hierárquica, técnica, social; ✓ Produtividade esperada: metas, qualidade, quantidade; ✓ Regras formais: missão, normas, dispositivos jurídicos, procedimentos; ✓ Tempo: jornada, pausas, turnos; ✓ Ritmos: prazos, pressão; ✓ Controles: supervisão, fiscalização, disciplina; ✓ Características das tarefas: natureza e conteúdo.
Condições do Trabalho	Constituída pelos elementos estruturais, expressando as condições presentes e que caracterizam a infraestrutura, o apoio institucional e as práticas administrativas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambiente físico: sinalização, espaço, ar, luz, temperatura, som; ✓ Instrumentos: ferramentas, máquinas, documentação; ✓ Equipamentos: materiais arquitetônicos, aparelhagem, mobiliário; ✓ Matéria-prima: objetos materiais/simbólicos, informacionais; ✓ Suporte organizacional: informações, suprimentos, tecnologias, políticas de remuneração, de capacitação e de benefícios.
Relações Socioprofissionais	Constituída pelos elementos interacionais, expressando as relações socioprofissionais e caracterizando a dimensão social do trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interações hierárquicas: chefias imediatas, chefias superiores; ✓ Interações coletivas intra e inter-grupos: membros da equipe de trabalho, membros de outros grupos de trabalho; ✓ Interações externas: usuários, consumidores, representantes institucionais (fiscais, fornecedores).

Fonte: adaptado de Mendes e Ferreira (2008, p. 112-113)

2.3 Trabalho e Saúde

Discutir saúde e doença no campo das ciências tem sido prática não apenas daqueles que lidam especificamente com a saúde, como a população selecionada para este estudo. Saúde e doença são temas estudados por diversos profissionais, das mais diversas áreas, e é de interesse da sociologia, economia, administração, filosofia, entre outras, pois envolve influências de realidades diversas, sejam físicas, sociais, econômicas, emocionais, filosóficas ou religiosas. Portanto, como já citado anteriormente, o conceito empregado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1947, já representava a complexidade deste conceito, quando afirmava que saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez. Cabe ressaltar que o conceito definido surgiu num contexto de pós-guerra, e buscou uma definição positiva para saúde, considerando outros fatores como alimentação, atividade física, acesso à saúde, entre outros, como elementos relacionados a saúde. A OMS, neste contexto de destruição humana do pós-guerra e de reconstrução, foi a primeira organização internacional a expressar preocupação com a saúde mental e não apenas a saúde do corpo.

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é resultado de longas discussões políticas e ideológicas da sociedade civil, provenientes de um período onde o direito democrático era tolhido dos cidadãos. O marco inicial foram os debates da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (VIII CNS), que instituíram ao conceito de saúde que esta é indissociável das condições gerais de vida, tanto políticas, sociais, econômicas e culturais. Esta conceituação também tem como base aquela definida pela OMS. A categoria trabalho aparece no relatório final desta conferência como um dos determinantes sociais de saúde, ao descrever que este deve ocorrer em condições dignas, com amplo conhecimento e controle sobre o processo e o ambiente de trabalho. Esta nova conceituação se aproxima das relações entre trabalho e saúde definidas pela psicossociologia do trabalho e clínicas do trabalho, quando estas descrevem que o trabalho não se resume apenas a um espaço de realização de tarefas, mas um espaço da transformação e reinvenção, da construção de sociabilidades, de saúde, de sofrimento e adoecimento (Rossetti e Araújo, 2015).

Porém, mesmo sendo um conceito amplamente difundido e aceito, e considerado um avanço para a época, Segre (1997) cita que estudos criticam este conceito da OMS pois o mesmo não compreende a confluência destes fatores, fazendo o destaque entre o bem-estar físico, o bem-estar mental, e o bem-estar social. Esse conceito, apesar de ainda atual e citado

em diversos estudos, permanece como idealista, pois desconsidera além das interações citadas a existência de comorbidades crônicas que, embora não sejam incapacitantes, influenciam nos estados de bem-estar físico, mental e social.

No que diz respeito à saúde na profissão, a literatura restringe-se apenas aos estudos sobre o adoecimento laboral. Não existe, tal qual o conceito de saúde, uma definição de saúde profissional. Na legislação brasileira, o que existe é a menção à doença profissional, ou doença ocupacional, definida como “a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social” (Lei 8.213, 24 de junho de 1991); e também à doença do trabalho, entendida como “a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente” (Lei 8.213, 24 de junho de 1991). Assim, ter saúde no trabalho, ou mesmo uma definição para saúde profissional, estaria ligado ao ambiente em condições adequadas à atividade, local onde possam ser respeitados os direitos fundamentais e sociais do ser humano, conforme preconizam as normas constitucionais do trabalhador (leis).

Portanto, para entender o processo de adoecimento relacionado ao trabalho, seja a doença profissional ou a doença do trabalho, é necessário passar pela compreensão de qual trabalho é executado, como este é executado, e em quais condições este é executado. Porém, para entender as funções de “como” o trabalho é executado, é importante saber quem o executa, pois a singularidade do indivíduo afeta os modos como uma mesma atividade é feita. Mendes (2015), em tese de doutorado na qual apresenta estudos sobre *burnout* em professores, cita Souza (2007), que destaca:

Para entender o adoecer dentro do processo de trabalho, é necessário perceber quem é o trabalhador que adoce e de que forma ele está inserido no processo produtivo. A intervenção somente no corpo não é suficiente para um diagnóstico que formule terapêuticas eficazes, diante dos milhares de casos de doenças decorrentes de ambientes insalubres e processos de trabalho mal dimensionados.

Ainda, é importante salientar que a relação entre saúde e trabalho não diz respeito apenas ao adoecimento, aos acidentes e ao sofrimento pois, segundo Assunção (2003), a construção da saúde dos trabalhadores é também feita no ambiente de trabalho. Esta autora descreve como exemplo um caso estudado em um banco de leite humano, quando afirma que os trabalhadores reforçam sua autoestima, desenvolvem suas habilidades e expressam suas emoções quando estes conseguem atingir um objetivo dado pela hierarquia, dando conta de uma demanda complexa sem as condições ideais para esta execução. Ainda, afirma que o

trabalho é uma das vias para o desenvolvimento da personalidade, pois ao relacionar-se com o outro por meio do material a ser transformado – o trabalho, é possível constituir os coletivos de trabalho e os trabalhadores constroem sua história e identidade social.

Desta forma, Assunção (2003) conclui que a construção da saúde para os trabalhadores “é a mobilização consciente ou não das potencialidades de adaptação do ser humano, permitindo-lhe interagir com o meio de trabalho, lutando contra o sofrimento, contra a morte, as deficiências, as doenças e a tristeza.”.

Deve-se considerar também que o ser humano é um organismo vivo e constantemente em desenvolvimento, que varia com o decorrer do tempo, que aprende e é marcado por circunstâncias vivenciadas no decorrer da vida, e que realiza ajustes para confrontar as adversidades respeitando os limites impostos pelo funcionamento biológico, fisiológico, perceptivo e mental. Esta característica o destaca do funcionamento sociotécnico das organizações de trabalho, posto que estas muitas vezes exigem de seus trabalhadores a extrapolação destes limites para a execução das tarefas. Daniellou et al. (1989) e Abrahão (2002) descrevem que toda atividade exercida pelo homem tem repercussões sobre o seu estado funcional, seja esta predominantemente física ou mental. Estas repercussões implicam em um custo psicofisiológico do trabalho, manifesto das mais diversas maneiras a curto e médio prazo. Estes autores citam mudanças no modo operatório, fadiga, doenças e acidentes. Assunção (2006) descreve ainda que a variabilidade interindividual é grande e importante para estas repercussões, pois as modalidades de execução de um trabalho diferem de um indivíduo para o outro, e ainda diferem para o mesmo indivíduo ao considerar-se que este não as realiza sempre da mesma maneira. O resultado é um custo psicofisiológico diferente para cada pessoa. Os diferentes fatores interferem na maneira de fazer o trabalho e de reagir aos constrangimentos advindos do trabalho, como: os fatores constitucionais – sexo, idade, origem geográfica; os fatores ambientais – nutrição, tradições socioculturais; e os fatores limitantes – senescência, deficiências e hábitos alimentares irregulares. O indivíduo-padrão não existe e tampouco a tarefa-padrão da organização científica do trabalho (Wisner & Marcelin, 1971).

Segundo Seligmann-Silva (2011), as circunstâncias do trabalho podem produzir formas de desgaste mental e mal-estar, pois pela dinamicidade do trabalho este pode constituir elemento tanto fortalecedor como promotor de vulnerabilidade da saúde mental, e os distúrbios podem se manifestar de maneira coletiva ou individual. Esta autora ainda cita

estudos de Hebert Freudenberger, que cita dois tipos de indivíduos que são mais susceptíveis ao desenvolvimento de *burnout*, uma síndrome descrita no rol de doenças da Classificação Internacional de Doenças (CID) e que tem maior incidência em profissionais que desempenham funções que prestam assistência aos outros (Mendes, 2003; em Mendes, 2015): o primeiro tipo são indivíduos particularmente dinâmicos e voltados a assumirem papel de liderança ou de grande responsabilidade; e o segundo tipo são pessoas idealistas que se dedicam a atingir metas frequentemente inatingíveis. Com isso, depreende-se que as pessoas mais suscetíveis ao desgaste mental e aos sentimentos de mal-estar são aquelas comprometidas com a realização do seu trabalho da melhor forma e que acreditam que poderiam fazer a diferença em seus trabalhos, mas que devido às circunstâncias nas quais estão envolvidas, acabam perdendo o sentido em seus trabalhos.

Assunção (2006), ao estudar as relações entre o trabalho de teleatendimento e o adoecimento destes profissionais, destaca como pressuposto que o trabalho exige do corpo e da inteligência para o enfrentamento daquilo que não é dado pela estrutura técnica-organizacional, constituindo desta forma um dos espaços da vida determinantes tanto da construção como da desconstrução da saúde. Esta mesma autora (Assunção, 2003) frisa que “a organização do trabalho, ao atingir o indivíduo, modifica a sua maneira de enfrentar os riscos e traz efeitos sobre a saúde ainda não perfeitamente conhecidos ou dimensionados.”.

Depreende-se, portanto, a complexidade do tema trabalho e saúde, visto por exemplo a variedade de autores citados. Porém, alguns insistem em tentar encontrar associações claras com as condições de trabalho no perfil dos diagnósticos médicos guiados pela CID. Teiger & Laville (1989; em Assunção, 2003) afirmam que os sintomas nem sempre são específicos, e ademais se referem à complexidade psicofisiológica dos seres humanos e à dinamicidade das situações de trabalho, tornando infrutífera as tentativas de encontrar associações óbvias entre os diagnósticos prevalentes da CID e o trabalho.

Os estudos tradicionais da relação trabalho e saúde fundamentam-se na ideia da exposição a fatores de risco, como se todos os fatores que podem influenciar no estado de bem-estar físico, mental e social pudessem ser quantificados e qualificados. Porém grande parte dos problemas de saúde ligados ao trabalho não é específica, não sendo claramente associados aos fatores de risco. Muitas das queixas são relacionadas ao desconforto dos postos de trabalho, à sensação de esgotamento, às influências do trabalho na vida familiar; queixas estas que não estão claramente associadas aos fatores de risco e por vezes são

oriundas de situações de hipersolicitação, por exemplo. Fica evidente então que as abordagens destes estudos se balizam pela ideia de passividade dos trabalhadores a estes fatores.

Assunção & Lima (2003) sugerem que os problemas de saúde ocupacional devem ser abordados sob uma nova perspectiva, quando dados as regras da organização do trabalho, o trabalhador é confrontado pelo fator de risco (formalmente reconhecido ou não) e tem suas possibilidades de enfrentamento tolhidas ou diminuídas dado determinada situação. O exemplo disso são as situações de pressão temporal e o desequilíbrio demanda/capacidade.

Um fator importante para a compreensão da complexidade do tema Trabalho e Saúde passa pelas definições de trabalho prescrito e trabalho real. O trabalho prescrito é aquele com base na definição de tarefas, formais e informais, que operacionaliza uma divisão do trabalho e pressupõe modelos de situações e sujeitos para execução. A cultura do trabalho prescrito, conforme descrito em capítulo de Ferreira (2004), está centrada na racionalização do trabalho, presente em modelos de gestão organizacional orientados por concepções rígidas das tarefas e que visam o controle dos modos de pensar e fazer dos trabalhadores. Porém, o trabalho real é balizado pelo conceito de atividade, na qual a execução das tarefas é mediada por estratégias que visam um equilíbrio entre as exigências do trabalho prescrito e o próprio bem-estar dos trabalhadores. A atividade é uma modalidade de regulação humana com base na qual o sujeito estabelece sua interação com as situações de trabalho (Faverge apud Leplat, 1992; em Ferreira, 2004), o que pressupõe o estabelecimento de estratégias pelos trabalhadores baseados nas representações *para e pela* ação (Weill-Fassin, Rabardel e Dubois, 1993; em Ferreira, 2004). A cultura do trabalho real, por sua vez, evidencia o papel fundamental da atividade dos trabalhadores por meio dos seus modos operatórios, visando confrontar as contradições do trabalho prescrito e garantir o bem-estar, a eficiência e a eficácia na execução do trabalho.

A organização do trabalho, de forma geral, é demarcada principalmente pelo conceito do trabalho prescrito, com a descrição de modelos restritos de tarefas e de trabalhadores. Desconsidera, todavia, que há um fator que sempre muda: o próprio trabalhador. O modelo de sujeito esperado pela organização do trabalho sofre influências diversas que muitas vezes não estão ligadas ao trabalho: em um dia pode estar mais cansado que no outro; pode estar preocupado com dinheiro ou com a família; pode não ter dormido direito; está ficando mais velho; etc. Essas influências interferem nos modos de agir e pensar dos trabalhadores, o que implica também em modos diferentes de fazer o trabalho por diferentes pessoas e inclusive pelo mesmo indivíduo. Por isso, compreender a relação entre o trabalho e saúde passa pela

compreensão não somente da organização do trabalho e das tarefas prescritas, visão esta que é reducionista do problema e noção dominante nas afirmações de que as doenças ocupacionais são decorrentes apenas da exposição aos fatores de risco identificáveis.

Outro aspecto importante é a ordem estabelecida para o estudo das relações entre Trabalho e Saúde. O interesse parte principalmente da comorbidade já constatada, sendo necessário que primeiro o trabalhador manifeste a doença, seja ela permanente ou não, para que os estudos dos fatores e circunstâncias que levaram à incidência desta sejam investigados. Todas as abordagens da segurança atêm-se quase que exclusivamente à análise dos acidentes, considerando que a manifestação de uma comorbidade é um acidente de trabalho.

"[...]acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho" (art. 19 da Lei nº 8.213/91).

Então, desta forma, é compreensível que a prevenção de acidentes parta da compreensão dos próprios acidentes. Contudo, conforme assinala Assunção e Lima (2003), esta forma de ação apesar de produzir conhecimentos importantes sobre o evento, acaba colocando a prevenção como uma prática meramente corretiva, limitando a análise das causas que culminaram no acidente de trabalho. O interesse exclusivo pela comorbidade, como descrevem Cru & Volkoff e Dejours et al. (1996; 1994; em Assunção & Lima, 2003), pode impedir o conhecimento das estratégias construídas pelos trabalhadores ao longo do tempo para evitar e contornar os riscos dados pelo sistema técnico-organizacional. Um exemplo clássico do descrito é o modelo de Mapa de Riscos, criado na década de 1980 pelo movimento operário sindical italiano como instrumento para dar visibilidade aos fenômenos de saúde relacionados ao trabalho. Esse instrumento foi adotado pelo Brasil ainda na década de 1980 e início dos anos 90, e foi importante ao fomentar as discussões acerca de saúde do trabalhador. Contudo, como concluiu Lima (2001; em Assunção, 2003), esse modelo é insuficiente e inadequado para uma abordagem das relações entre saúde e trabalho pois descarta as estratégias que são construídas pelos trabalhadores nos contextos de trabalho para o enfrentamento dos constrangimentos à saúde impostos pela organização do trabalho.

A simples descrição dos acidentes e a identificação das causas é menos explicativa do que parece. Apenas apontar as causas sem buscar a compreensão dos porquês acaba reduzindo os estudos da relação entre trabalho e saúde a práticas meramente preventivistas. A inversão da ordem dos estudos, buscando-se conhecer o trabalho e o trabalhador antes de buscar os

motivos para os problemas de saúde já manifestos cria um novo paradigma de análise, constituindo assim uma forma mais eficaz para lidar e prevenir os acidentes de trabalho.

2.4 Ergonomia

A ergonomia da qual este documento trata constitui um campo científico rico e diversificado, balizado pelas contribuições da ergonomia de origem franco-belga e principalmente dos lastros teóricos e metodológicos da Ergonomia da Atividade (EA). O próprio termo *ergonomia* já traz indícios em sua etimologia do caráter científico da disciplina: *ergo* deriva do grego, e significa tarefa, trabalho em sua extensão; *nomos*, também do grego, significa normas, regras. A primeira menção à palavra foi como um neologismo criado pelo polonês W. Jastrzebowski em 1857, em produção intitulada *Ensaio de ergonomia ou ciência do trabalho*.

Historicamente, a ergonomia é uma disciplina ‘filha’ do pós-guerra, e surge no contexto sociopolítico de uma sociedade em reconstrução, onde os valores da democracia e do socialismo, os movimentos sindicais, o desenvolvimento industrial e tecnológico associado às demandas por emprego, fomentavam as discussões e os avanços na relação entre o trabalho e os trabalhadores. Desta forma, em 1949, foi criada a *Ergonomic Research Society*, sob liderança do engenheiro K.F.H. Murrell; e em 1961 a *International Ergonomic Association* (IEA), com uma perspectiva voltada para a análise dos fatores humanos em projetos industriais, a chamada ergonomia de produto, de origem anglo-saxônica. Por outro lado, em 1963, sob a liderança de J.M. Favre, A. Wisner, E. Grandjean e J. Leplat, surge a *Société d’Ergonomie de Langue Française* (SELF), cuja perspectiva de análise era voltada à atividade humana nas situações de trabalho, a chamada ergonomia de correção, esta de origem franco-belga. M. Montmollin descreve desta forma a existência de “ergonomias”, defendendo que o plural é mais representativo da diversidade de objetos e perspectivas de análise da disciplina ergonomia, e como esta evoluiu desde o seu surgimento.

Já a Ergonomia da Atividade, produto da ergonomia de correção, surge também na França e Bélgica no mesmo período, fortemente articulada com o movimento operário da época, e em resposta às demandas sociais que buscavam transformar as situações de trabalho objetivando a melhoria das condições e a garantia de saúde para os trabalhadores. O eixo

motriz da construção da EA foram as constatações à época dos efeitos deletérios à saúde dos trabalhadores produzidos pela administração científica do trabalho, de face predominante taylorista-fordista. Ferreira (2008) cita Bonnardel (1946), que descreve a EA buscava ao invés da adaptação do homem ao trabalho, orientar as análises para a necessidade de adaptar o trabalho, no sentido largo do termo, ao trabalhador.

Este texto não se ateve à defesa de qual ergonomia é mais ou menos importante, tomando como concepção que ambas as origens e suas contribuições são complementares entre si. O termo pejorativo dado à ergonomia anglo-saxônica, por muitos chamada de “cadeirologia”, evidencia talvez o reducionismo produzido pelo estudo apenas dos postos de trabalho. Abrahão e Pinho (2002; em Ferreira, 2008) descrevem que inicialmente o estudo dos postos de trabalho da escola franco-belga da ergonomia estava centrada basicamente: no gestual; no agrupamento das informações; nos procedimentos adotados no sistema de produção; e nos processos de pensamento. Contudo, este é apenas um dos objetos de análise da ergonomia atual. Assunção e Lima (2003) descrevem que o que de fato existe são práticas e conhecimentos mais ou menos profundos do trabalho, e não diferentes ergonomias, e cita como exemplo a cadeira dita como ergonômica. Este objeto, a cadeira, pela escola norte americana, deve estar compatibilizada com as características do indivíduo para a execução das tarefas, visando a eficácia e a eficiência do processo produtivo, e secundariamente o menor impacto/custo ao trabalhador envolvido nesse processo. Contudo, este mesmo objeto está inserido em um ambiente, envolvido na realização de uma atividade, é utilizado por um indivíduo que difere de outro e que difere dele mesmo de um dia para o outro. Não necessariamente este objeto se adequa a todos os indivíduos e para todas as tarefas, muito menos em todos os ambientes, porém não deixa de ser importante quando da análise da atividade, pois os procedimentos do trabalho, o gestual empregado, o processamento de informações e pensamentos pode ser influenciado por um mobiliário que não esteja compatibilizado para o trabalhador. Desta maneira, Assunção e Lima (2003) descrevem que duas ergonomias não são suficientes em si para a definição de um assento ergonômico, mas que o problema a se tratar é entender o que é o trabalho e como melhorar a eficácia e a eficiência dos processos produtivos, com o menor impacto aos trabalhadores e de forma a evitar os problemas de saúde para estes.

Portando, em análise mais aprofundada de ambas as vertentes da ergonomia, ficam evidentes as diferenças destas abordagens, principalmente quando concernente às concepções de modelos de ser humano e de trabalho. Ferreira (2008) cita alguns autores como Sanders &

McCormick (1987) e Tichauer (1978), quando estes afirmam que os objetivos da ergonomia se fundamentavam primordialmente nos resultados do trabalho, e na produtividade. Este mesmo autor cita Rozestraten (2005), que destaca a diferença entre as visões europeia e norte americana da ergonomia: a primeira coloca em tudo o homem trabalhador em primeiro lugar; a segunda coloca a efetividade e a eficiência do trabalho como primeiro objetivo, visando o aumento da produtividade, e somente em segundo lugar vêm os “valores humanos”.

No campo das ciências é dominante as contribuições da ergonomia anglo-saxônica, porém este documento é balizado pelas contribuições epistemológicas da ergonomia franco-belga, e pelo lastro teórico-metodológico da Ergonomia da Atividade (Guérin, Laville, Daniellou, Duraffourg & Kerguelen, 2001; em Ferreira, 2008). As duas disciplinas que mais contribuíram para as raízes deste campo foram a fisiologia (ocupacional) e a psicologia (trabalho). Em verbete de dicionário crítico, Ferreira (2013) apresenta a seguinte definição para a EA:

“[...] uma abordagem científica antropocêntrica que se fundamenta em conhecimentos interdisciplinares das ciências do trabalho e da saúde para, de um lado compatibilizar os produtos e as tecnologias com as características dos usuários e, de outro lado, humanizar o contexto sociotécnico de trabalho, adaptando-o tanto aos objetos do sujeito e/ou grupo, quanto às exigências das tarefas.”

São três as características que definem a EA como uma disciplina científica: a primeira relacionada ao objeto de investigação, a inter-relação humano-trabalho e suas três dimensões analíticas interdependentes – os indivíduos, a atividade, e os ambientes; a segunda ligada à natureza dos estudos e intervenções, cujo enfoque é interdisciplinar, convocando não somente as disciplinas da psicologia e da fisiologia, mas também diversos outros campos científicos, como os da sociologia, administração, economia, engenharia, arquitetura, entre outros; e por último, relativo à natureza aplicada da disciplina, visto que a perspectiva de investigação e intervenção da EA busca a compreensão do trabalho e das situações de trabalho objetivando a formulação e aplicação de medidas para a adaptação das tarefas, produtos e serviços aos trabalhadores, numa perspectiva de transformação do trabalho.

Desta forma, o objetivo finalístico da EA, segundo assinala Ferreira (2013) é a produção de soluções e pactuações entre empregadores e empregados, de forma que o trabalho possa ser executado de forma mais adequada e sustentável, sob uma perspectiva de promoção de bem-estar no trabalho, de satisfação de consumidores, da eficiência e da eficácia dos processos produtivos. Estes aspectos descritos, conforme Ferreira (2008), apontam para a convergência entre o papel da EA e a Qualidade de Vida no Trabalho.

Como descrito em tópico anterior, sobre Trabalho e Saúde, a inversão do paradigma de análise dos acidentes de trabalho produzem conhecimentos mais aprofundados que podem fornecer orientações mais otimizadas para a promoção de bem-estar e prevenção de doenças. Assunção e Lima (2003) citam Amalberti (1996), autor que propõe uma abordagem produtiva da segurança, objetivando a manutenção da segurança ao invés de controlar os riscos. Para tal, este autor recorre da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), técnica que se dispõe primeiramente à análise da demanda proposta, seja ela pelo trabalhador ou oriunda de representantes (sindicatos ou associações) ou da própria organização (gestão/empregadores). Esse método detém como principais fontes de coleta de dados a observação dos trabalhadores em situação real de trabalho, à análise da atividade e não apenas das tarefas e, principalmente, dos conhecimentos oriundos dos próprios trabalhadores acerca de seus trabalhos e da demanda proposta para a AET. Ferreira (2015), em artigo sobre a AET, descreve fala recorrente de seus professores ergonomistas, dentre eles Alain Wisner e Jacques Duraffourg, que afirmam que “nenhum instrumento de observação pode substituir o conhecimento dos trabalhadores sobre as tarefas que realizam”. Assim, pela AET, se propõe a análise também dos mecanismos cognitivos colocados em ação pelos trabalhadores em situações normais.

Amalberti (1996; em Assunção e Lima, 2003) descreve que é nas situações de normalidade do trabalho onde são reveladas as causas potenciais dos acidentes, pois estas situações normais somente são mantidas pelo esforço ativo dos operadores (trabalhadores) ao regularem e corrigirem os múltiplos incidentes e disfunções inevitáveis do processo produtivo. Desta forma, como uma premissa do trabalho, o operador estabelece um compromisso entre o cognitivo e o prático, objetivando, conforme as situações de trabalho, a segurança (tanto individual como coletiva e do sistema produtivo), o desempenho (imposto pela organização; desejado pelo indivíduo e coletivamente) e os menores impactos à saúde (fisiológica e mental, representados na forma de esgotamento, fadiga, estresse, entre outros). Assim, Amalberti (1996; em Assunção e Lima, 2003) conclui: “O operador humano possui uma verdadeira arte para regular esse compromisso de modo dinâmico, em função das exigências da situação e de uma visão reflexiva de suas próprias capacidades no momento.”.

Dito isto, a AET permite a compreensão dos acidentes de trabalho sob uma nova perspectiva: o acidente seria a ruptura destes mecanismos de regulação, da capacidade de gestão pelos trabalhadores do compromisso cognitivo com o trabalho, e não decorrentes de erros ou falhas humanas. Por este motivo, como descrevem Assunção e Lima (2003), os

estudos das situações de normalidade ou incidentais (demanda) guarnecem de mais dados que permitem o aprofundamento do conhecimento sobre as relações entre Trabalho e Saúde.

No Brasil a AET é pouco conhecida, e ainda persiste no imaginário popular o conceito de ergonomia de origem anglo-saxônica. Apenas a partir da década de 1990, graças à publicação da Norma Regulamentadora 17 (NR 17) pelo Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 1990), este termo começa a ser difundido. Antes apenas tratado pelos ergonomistas com formação franco-belga, a AET ampliava o conceito de ergonomia da qual tratava a NR antes de sua reformulação. Desta forma ampliou as definições que antes restringiam-se a recomendações de como carregar ou levantar peso. Essa nova NR incluiu na análise ergonômica dos postos de trabalho: o mobiliário, as condições de trabalho, os equipamentos, e a organização do trabalho. Este último item foi a maior contribuição e avanço desta NR, pois para efeito de norma, incluía na análise ergonômica o “conteúdo do trabalho”, os “modos operatórios”, as regras e os tempos de trabalho.

Em resumo, Assunção e Lima (2003) afirmam que os estudos em ergonomia oferecem uma concepção de segurança no trabalho, por seu caráter aplicado, pois ao valorizar o cotidiano e a experiência, permitem prever e antever os “acidentes normais”, fornecendo indicadores de como evitá-los. Ferreira (2017), por sua vez, afirma que:

“os traços característicos do enfoque metodológico sustentam-se no paradigma de que a natureza do objeto de investigação (inter-relação indivíduo-trabalho-organização) subordina o método, seu instrumental e seus procedimentos na produção de conhecimento em Qualidade de Vida no Trabalho.” (p. 193).

Assim, ao fomentar dados sobre o conceito de QVT, permitem a indicação dos pontos críticos que estão na gênese dos acidentes de trabalho e possibilitando a proposição de ferramentas de evitação e a antecipação dos eventos negativos

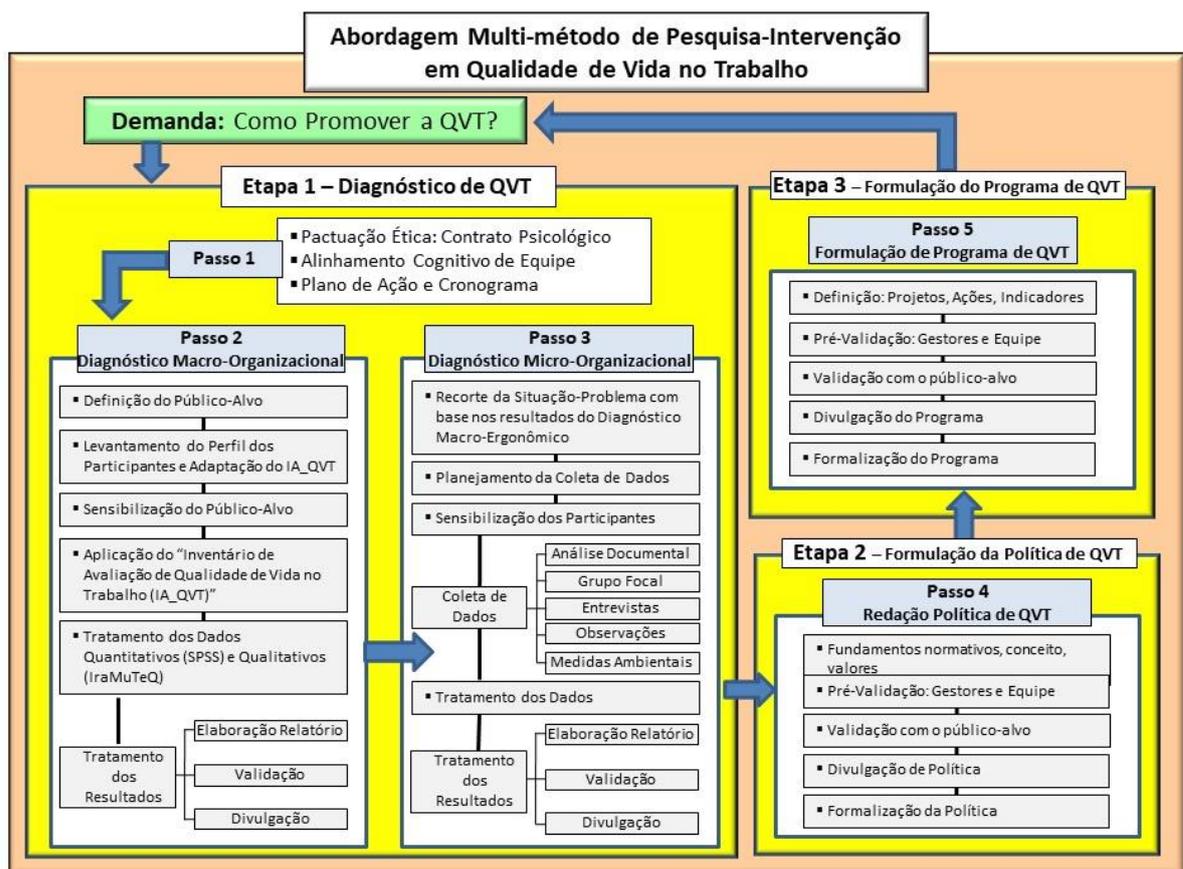
2.4 Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho

O presente estudo fundamenta-se em modelo teórico-metodológico intitulado de Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA_QVT). Esta abordagem é resultado de ampla aplicação e testes de replicação no âmbito do Grupo de Estudos e Pesquisas Aplicadas ao Setor Público (ErgoPublic) nos últimos 14 anos, sob coordenação do Prof. Dr. Mário César Ferreira. A base temática dos projetos vinculados ao

ErgoPublic é a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), e foram fontes de várias dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Segundo Wisner (1995), a Ergonomia apresenta dois pilares estruturantes: um de base comportamental; e outro subjetivo. A braço comportamental da Ergonomia permite apreender as variáveis que determinam o trabalho pela via da análise do comportamento. O braço subjetivo, busca qualificar e validar os resultados. Ambos os pilares buscam elaborar um diagnóstico que vise transformar as condições de trabalho. A Ergonomia da Atividade (Montmollin, 1995; Ferreira, 2001) é definida como uma abordagem científica com foco no indivíduo, fundamentada em conhecimentos interdisciplinares das ciências humanas visando a compatibilização dos produtos e tecnologias às características dos usuários e a humanização do contexto sociotécnico do trabalho. O resultado é a adaptação tanto de produtos e tecnologias como a reorganização do contexto sociotécnico aos objetivos do sujeito e/ou grupo e às exigências das tarefas.

Do ponto de vista teórico, a Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA_QVT) se apoia no seguinte modelo descritivo (Ferreira, 2012, p.177):



Quanto à natureza do modelo, o debate epistemológico em ciências é vasto. A concepção emprega conceitos dos argumentos de Amalberti, Montmollin & Theureau (1991), os quais salientam que os modelos em ergonomia têm quatro funções básicas: reduzir, descrever, explicar e simular. Sob esta óptica, se caracteriza por um corpo de conhecimentos datados, portanto provisórios, que se prestam à inferência para validação científica de dados obtidos e tem o papel heurístico para explicar o mecanismo e os fatores constitutivos de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). O modelo descritivo intenciona explicitar os níveis analíticos que o compõe, os fatores e as dimensões que o integram e os métodos correspondentes em cada nível. (Ferreira, 2012, pp. 176-177).

O modelo descritivo está organizado em dois níveis analíticos distintos e complementares, que permitem produção de uma “fotografia” em Qualidade de Vida no Trabalho para uma intervenção mais fundamentada, tanto conceitualmente quanto metodologicamente. O primeiro nível de análise é designado pelo autor como “Nível Analítico do Diagnóstico Macroergonômico”, onde a QVT é identificada com base no continuum de representações que os trabalhadores expressam sobre o contexto organizacional. Essas representações balizam e modulam a presença ou ausência de QVT e estão polarizadas em duas modalidades de representações de natureza afetiva: (a) bem-estar no trabalho; e (b) mal-estar no trabalho.

Ferreira define essas representações como:

Bem-estar no trabalho: sentimento agradável que se origina das situações vivenciadas pelo(s) indivíduo(s) na execução das tarefas; manifestação individual ou coletiva caracterizada pela vivência de sentimentos (isolados ou associados) que ocorrem, com maior frequência, nas seguintes modalidades: alegria, amizade, ânimo, confiança, conforto, disposição, equidade, equilíbrio, estima, felicidade, harmonia, justiça, liberdade, prazer, respeito, satisfação, segurança, simpatia; a vivência duradoura deste sentimento constitui um fator de promoção da saúde nas situações de trabalho e indica a presença de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). (Ferreira, 2017, pp. 176-177).

Mal-estar no trabalho: sentimento desagradável que se origina das situações vivenciadas pelo(s) indivíduo(s) na execução das tarefas; manifestação individual ou coletiva caracterizada pela vivência de sentimentos (isolados ou associados) que ocorrem, com maior frequência, nas seguintes modalidades: aborrecimento, antipatia, aversão, constrangimento, contrariedade, decepção, desânimo, desconforto, descontentamento, desrespeito, embaraço, incômodo, indisposição, menosprezo, ofensa, perturbação, repulsa, tédio; a vivência duradoura deste sentimento pelos trabalhadores constitui um fator de risco para a saúde nas situações de trabalho e indica a ausência de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). (Ferreira, 2017, pp. 178).

Há ainda uma zona de transição, uma região definida pelo autor do modelo de zona de coabitação no continuum de representações, onde as duas modalidades de representações estão presentes. Essa região, segundo Ferreira, evidencia teoricamente que não há uma

demarcação clara e evidente de onde começam e terminam os sentimentos representacionais de bem-estar e mal-estar no trabalho. Ainda, explicita que o modelo teórico-descritivo apresenta caráter dinâmico da ocorrência de tais sentimentos, em três estados distintos: a predominância de representações de mal-estar no trabalho; a coabitação de mal-estar e bem-estar no trabalho; e a predominância de representações de bem-estar no trabalho. Estas três zonas servem de balizadores sobre a presença ou ausência de Qualidade de Vida no Trabalho ou quando ele está inequivocamente em risco (zona de coexistência).

0,0	1	1,9	3	3,9	5	5,9	7	7,9	9	10
----	---	--	-	Tendência Negativa	Tendência Positiva	+	++	+++	++++	
Mal-Estar Intenso		Mal-Estar Moderado		Zona de Transição		Bem-Estar Moderado		Bem-Estar Intenso		
Mal-Estar Dominante				Zona de Transição		Bem-Estar Dominante				
Resultado negativo que evidencia a predominância de representações de mal-estar no trabalho. Representações que devem ser transformadas no ambiente organizacional.				Resultado mediano. Indicador de "situação-limite". Coexistência de mal-estar e bem-estar no trabalho. Estado de alerta		Resultado positivo que evidencia a predominância de representações de bem-estar no trabalho. Representações que devem ser mantidas e consolidadas no ambiente organizacional.				
Risco de Adoecimento						Promoção de Saúde				

As definições dos fatores presentes no modelo teórico, e que estão na gênese das vivências de bem-estar e mal-estar no trabalho, são os seguintes:

Condições de Trabalho e Suporte Organizacional. Equipamentos arquitetônicos: piso; paredes; teto; portas; janelas; decoração; arranjos físicos; layouts. Ambiente físico: espaços de trabalho; iluminação; temperatura; ventilação; acústica. Instrumental: ferramentas; máquinas; aparelhos; dispositivos informacionais; documentação; postos de trabalho; mobiliário complementar. Matéria-Prima: materiais, bases informacionais. Suporte organizacional: informações; suprimentos; tecnologias; políticas de remuneração, de capacitação e de benefícios.

Organização do Trabalho. Divisão do trabalho: hierárquica; técnica; social. Missão, objetivos e metas organizacionais: qualidade e quantidade; parametragens. Trabalho prescrito: planejamento; tarefas; natureza e conteúdos das tarefas; regras formais e informais; procedimentos técnicos; prazos. Tempo de trabalho: jornada (duração, turnos); pausas; férias; flexibilidade. Processo de trabalho: ciclos; etapas; ritmos previstos; tipos de pressão. Gestão do trabalho: controles; supervisão; fiscalização; disciplina. Padrão de conduta: conhecimento; atitudes; habilidades previstas; higiene; trajes/vestimentas.

Relações Socioprofissionais de Trabalho. Relações hierárquicas: chefia imediata; chefias superiores. Relações com os Pares: colegas de trabalho; membros de equipes. Relações externas: cidadãos-usuários dos serviços públicos; clientes e consumidores de produtos e serviços privados.

Reconhecimento e Crescimento Profissional. Reconhecimento: do trabalho realizado, empenho, dedicação; da hierarquia (chefia imediata e superiores); da instituição; dos cidadãos-usuários, clientes e consumidores; da sociedade. Crescimento profissional: uso da criatividade; desenvolvimento de competências; capacitações; oportunidades; incentivos; equidade; carreiras.

Uso da Informática. Qualidade dos aplicativos e equipamentos; suporte organizacional; rede elétrica; perda de dados; usabilidade; conexão; uso das mídias sociais; compatibilidade.

Práticas de Gestão do Trabalho. Participação nas decisões; interesse da chefia; cooperação; gestão flexível; liberdade de ação; obediência à hierarquia.

Desgaste. Limite da capacidade; esgotamento pessoal; levar trabalho para casa; cansaço; uso de tempo livre.

Relativo à cultura organizacional, conforme Ferreira (2012), ela constitui o plano de fundo no qual os fatores se inscrevem. É transversal aos elementos que estruturam os contextos de trabalho e, portanto, fundamental e estratégica para a interpretação da Qualidade de Vida no Trabalho. Os elementos que a compõem são os seguintes:

Linguagem e Simbolismo: jargões; padrões; estilos de comunicação (gestuais, verbais, escritos); códigos; produção de signos linguísticos; senso comum.

Comportamentos: inter-relação de ação e simbolismo; estilos de trabalho; perfis gerenciais; padrões de conduta e procedimentos; modos de controle; modalidades de cooperação.

Valores Organizacionais: respeito; cordialidade; disciplina; rigidez; equidade; fidelidade; continuidade; autonomia; liberdade; inovação.

Crenças: personalização das relações sociais (apadrinhamento); relação espaço público e espaço privado; jeitinho brasileiro; patrimonialismo na esfera pública; arquétipo do estrangeiro milagroso; interação social intensa; cordialidade de aparência afetiva; predominância do espírito coletivo; evitação de incertezas; modelo da grande família; gerência autocrática; pai-patrão.

Ritos: entradas e saídas da organização; eventos culturais; rituais administrativos.

Tomando este nível de análise, o diagnóstico de QVT é feito com base no Inventário de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho (IA_QVT), instrumento com evidências de validação e replicabilidade já testados.

O segundo nível de análise do modelo é definido pelo autor “Nível Analítico do Diagnóstico Microergonômico”, e duas dimensões analíticas estruturam a compreensão da Qualidade de Vida no Trabalho: o Custo Humano do Trabalho e as Estratégias de Mediação Individual e Coletivas.

O Custo Humano do Trabalho (CHT) expressa o que deve ser despendido pelos trabalhadores (individual e coletivamente) nas esferas física, cognitiva e afetiva, a fim de responderem às exigências de tarefas (formais e/ou informais) postas nas situações de trabalho. São características do CHT específicas e interdependentes, e caracterizam e traçam os perfis dos modos de ser e de viver dos trabalhadores nos contextos de trabalho.

As **exigências físicas** se referem, globalmente, ao custo corporal em termos de dispêndios fisiológico e biomecânico, principalmente, sob a forma de posturas, gestos, deslocamentos e emprego de força física.

As **exigências cognitivas** dizem respeito ao custo cognitivo em termos de dispêndio mental sob a forma de atenção necessária, do uso da memória, forma de aprendizagem requerida, de resolução de problemas e de tomada de decisão.

As **exigências afetivas** estabelecem o custo em termos de dispêndio emocional, sob a forma de reações afetivas, de sentimentos vivenciados e de estado de humor manifesto.

As Estratégias de Mediação Individual e Coletivas (EMICs), por sua vez, expressam os "modos de pensar, sentir e de agir" dos trabalhadores em face das situações vivenciadas. Buscam responder de melhor modo possível (modos operatórios pertinentes) à diversidade de contradições que caracteriza e impacta no custo humano do trabalho, prevenindo as vivências de mal-estar no trabalho e instaurando as vivências de bem-estar no trabalho.

[...] se apoia na noção de agir finalístico em termos de regulação e equilibração, que os trabalhadores operacionalizam visando manter o equilíbrio e assegurar o funcionamento correto de um sistema, por definição, complexo de trabalho. A noção de regulação é, de longa data, utilizada para explicar as condutas dos trabalhadores em situação de trabalho. O processo de agir finalístico é indissociável das atividades cognitivas que possibilitam aos trabalhadores organizarem mentalmente a solução de certos problemas vivenciados nas situações de trabalho, antes mesmo de, propriamente, intervirem nestas situações para garantirem uma estabilidade das situações de trabalho. (Ferreira, 2012, pp. 187)

As EMICs apresentam, portanto, duas características importantes: (a) quando são mal sucedidas, geram significativo custo humano, e potencializam a ocorrência das representações de mal-estar no trabalho, configurando assim a ausência de Qualidade de Vida no Trabalho; e (b) em contrapartida, quando bem sucedidas, alcançam o finalismo pretendido com um reduzido custo humano, potencializando a ocorrência das representações de bem-estar no trabalho e representando assim a presença de Qualidade de Vida no Trabalho. Essas resultantes permitem retomar as dimensões avaliadas pelo diagnóstico do nível macroergonômico no modelo teórico para, desta vez, compreender de modo mais aprofundado sua gênese, dinâmica e características.

Neste ponto da abordagem é que o cenário explicativo de análise de QVT se completa, onde os resultados obtidos permitem juntos traçar um diagnóstico de ausência ou presença de Qualidade de Vida no Trabalho. Este nível analítico é investigado pelo uso da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), conforme preconizado por Guérin, Laville, Daniellou, Durafforg e Kerguelen (2001).

Capítulo 3.

Método

O conteúdo deste capítulo trata das características do campo de pesquisa e do delineamento metodológico adotado nesta pesquisa.

3.1 Campo de Pesquisa

Esta pesquisa foi realizada no âmbito de uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) de uma região administrativa do Distrito Federal e a escolha da unidade seguiu o critério de conveniência para o autor, onde este acreditou ser possível o melhor acesso aos dados pretendidos. Esta UPA, segundo a Portaria nº 386 de 27 julho de 2017, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 148 de 3 de agosto de 2017, corresponde ao componente pré-hospitalar fixo da rede de atenção às urgências e emergências do Distrito Federal. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 10, de 3 de janeiro de 2017, define-se uma UPA como o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar, que possui como finalidade possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta mesma portaria ministerial define, em seu Capítulo II, artigos 3º e 5º, as diretrizes da UPA e as características das atividades desempenhadas para as quais considerar-se-ão o efetivo funcionamento da unidade, respectivamente.

Em suma, são diretrizes de uma UPA: (a) o funcionamento ininterrupto; (b) a presença de equipe assistencial multiprofissional; (c) o acolhimento; e (d) a classificação de risco. As atividades desenvolvidas giram em torno da prestação de atendimento médico aos pacientes acometidos por quadros clínicos agudos ou agudizados, e ainda o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e/ou de trauma. O objetivo é o atendimento resolutivo, incluindo o diagnóstico e tratamento, mas por vezes apenas a estabilização clínica, a investigação diagnóstica inicial, e o correto referenciamento dos pacientes.

Nesta pesquisa, entre todos os profissionais que atuam na UPA, optou-se pelo trabalho com os profissionais que lidam diretamente com os cuidados em saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, nutricionistas). Destes, em específico, compuseram o população-alvo nesta pesquisa os médicos que atuavam na unidade durante o período de coleta de dados.

3.2 Delineamento Metodológico

O pesquisador Demo (1989) descreve metodologia como o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, indagando e questionando acerca de seus limites e possibilidades. Para a adequada descrição do delineamento metodológico utilizado nesta pesquisa, optou-se pela conceituação de método descrita por Gil (2008), considerada por este como um conjunto de procedimentos suficientemente gerais que possibilitam o desenvolvimento de uma investigação científica ou de significativa parte dela.

A presente pesquisa é de natureza aplicada, abordagem qualitativa, do tipo exploratória (Gil, 2008), caracterizada como um estudo de caso (Yin, 2015). Posto o problema de pesquisa e os objetivos traçados para a presente dissertação, o estudo de caso, frente as outras estratégias de pesquisa, correspondeu a melhor estratégia para este estudo. Este estudo foi conduzido ancorado às perspectivas teórico-metodológicas da EAA_QVT (Ferreira, 2017), orientada para a produção de conhecimento, considerando a relação entre indivíduo e ambiente (contexto socio-técnico) mediado pela atividade de trabalho.

Segundo Yin (2015), o estudo de caso é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos dos quais não se podem manipular comportamentos relevantes; é ainda uma investigação empírica que estuda fenômenos dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. É uma ferramenta que, como método, abrange diferentes abordagens tanto relacionadas à coleta como à análise dos dados, desta forma não correspondendo apenas a uma tática ou uma característica do planejamento de pesquisa em si (Stoecker, 1991). Este tipo de pesquisa tem contribuído de sobremaneira para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, permitindo uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real. É considerada

uma importante ferramenta nas pesquisas sociais, e frequente estratégia nas pesquisas da psicologia, sociologia, ciência política, administração, trabalho social e planejamento (Yin, 1983).

Yin (2015) ainda define as limitações e críticas acerca do método, descrevendo as três preocupações principais, e as rebatendo: (1) a falta de rigor na condução dos estudos de caso, quando o pesquisador negligencia ou permite que evidências equivocadas ou visões tendenciosas influenciem o significado das descobertas e das conclusões – principalmente ‘deslizes’ na descrição/cumprimento dos procedimentos de pesquisa, como o planejamento dos questionários ou a condução das entrevistas; (2) fornecem pouca base para se fazer uma generalização científica, crítica comum dos pesquisadores positivistas, rebatida quando o autor afirma que estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos, e que nesse sentido não representam uma "amostragem" da população, objetivando expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística); e (3) a demora na realização dos estudos de caso e a descrição maçante das narrativas, contornado pelo rigor procedimental tanto no planejamento da pesquisa como na execução da coleta de dados, análise e descrição dos resultados.

Objetivando o devido alcance e considerando o nível de abrangência do estudo, este se insere na perspectiva da metodologia dialética, de concepção hegeliana (Hegel, 1770-1831). Para este filósofo, as contradições presentes na história da humanidade dão origem a novas contradições, as transcendendo, exigindo novas soluções. Esse ciclo foi criticado por Karl Marx e Friedrich Engels, que defendem a concepção de dialética de natureza materialista e não idealista como proposto por Hegel. Para esses, o materialismo dialético pode ser entendido como um método de interpretação da realidade, e se fundamenta em três grandes princípios (Engels, 1974): (1) a unidade dos opostos, em que todos os objetos e fenômenos apresentam aspectos contraditórios que são organicamente unidos, em um estado de luta entre si, constituindo desta forma a fonte do desenvolvimento da realidade; (2) quantidade e qualidade, que são características de todos os objetos e fenômenos e estão inter-relacionados; e (3) negação da negação – a mudança nega o que é mudado, e o resultado é negado mais uma vez, sendo essa segunda negação aquela que conduz a um desenvolvimento e não a um retorno do que era antes. Desta feita, a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, uma vez que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas,

culturais, etc (Gil, 2008). Como privilegia as mudanças qualitativas, a dialética então opõe-se naturalmente a qualquer modo de pensar em que a ordem quantitativa se torne norma.

A abordagem adotada nesta dissertação é do tipo qualitativa. Contudo, em razão do tratamento e da análise dos dados coletados – a ser descrita adiante, apresenta ainda um enfoque quantitativo. Martins (2004) salienta que as chamadas metodologias qualitativas privilegiam em geral a análise de macroprocessos, através do estudo das ações individuais e grupais. A autora destaca que, ao fazer um exame intensivo dos dados, tanto em amplitude quanto em profundidade, os métodos qualitativos tratam as unidades investigadas como totalidades, que desafiam o pesquisador. Neste caso, a preocupação básica do pesquisador é a estreita aproximação dos dados, de modo a fazê-lo falar da forma mais completa possível, abrindo-se à realidade social para melhor apreendê-la e compreendê-la (Martins, 2004). O método qualitativo, por sua vez, possui maior ênfase no significado do que na frequência do fenômeno, com foco no específico, no peculiar, em busca da compreensão de um fenômeno que geralmente está relacionado a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e representações da população estudada. Uma importante característica, e também uma vantagem do método, consiste na possibilidade de captação imediata e corrente da informação desejada, bem como de correções, esclarecimentos e adaptações (Nogueira Martins & Bógus, 2004). Ainda, a característica heterodoxa do momento da análise dos dados, pois a variedade de material obtido qualitativamente exige do pesquisador uma capacidade integrativa e analítica que, por sua vez, depende do desenvolvimento de uma capacidade criadora e intuitiva para a descrição e discussão dos resultados (Martins, 2004).

Desta forma, a abordagem adotada neste estudo objetiva os estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias. Torna evidente a congruência do método com o problema e os objetivos elencados para o estudo. E concerne ainda com aquilo que Turato (2003) descreve como assuntos valorizados correntemente em pesquisas qualitativas, dentre os quais: fatores facilitadores e dificuldades frente à profissão e frente às condições de trabalho. Desta maneira, como pesquisa exploratória, o objetivo finalístico deste estudo é proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca do problema de pesquisa, objetivando ainda desenvolver e esclarecer conceitos e ideias, pela formulação de problemas mais precisos e/ou hipóteses pesquisáveis para outros estudos (Gil, 2008).

Em decorrência principalmente da proximidade entre o pesquisador e pesquisados, a metodologia qualitativa levanta mais questões éticas do que qualquer outra metodologia de pesquisa (Martins, 2004). Esta pesquisa em específico segue rigorosamente os preceitos da Resolução CNS 466/2012, garantindo a autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. O presente segue ainda o disposto na Resolução CNS 510/2016, Art. 1º, Parágrafo único, inciso VII, que isenta de submissão de projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa.

3.3 Participantes da pesquisa

À época da coleta dos dados desta pesquisa, 18 profissionais faziam parte do quadro de médicos da UPA pesquisada, dos quais 10 mulheres (55,5%) e 8 homens (44,5%). O contato e convite para a participação na pesquisa com a população selecionada foi feito diretamente pelo pesquisador, facilitada pelo fato de o próprio fazer parte do quadro de profissionais da unidade.

Deste total de profissionais ($N=18$), 13 contribuíram com a etapa de coleta de dados, perfazendo um total aproximado de 72% da população-alvo da pesquisa. Os cinco médicos que não fazem parte do banco de dados desta pesquisa foram excluídos da etapa de coleta por três motivos: (1) três destes solicitaram exoneração durante o período de coleta; (2) uma médica encontrava-se em licença-maternidade no período de coleta e, logo após o término da licença, solicitou exoneração do cargo; e (3) um dos médicos é o pesquisador do presente estudo. Foram excluídos do convite à participação na pesquisa aqueles que exoneraram do cargo pois, alinhado com os objetivos desta pesquisa em captar as percepções dos respondentes acerca de bem-estar, mal-estar, QVT e CHT, estas poderiam estar/encontrar-se influenciadas pelas circunstâncias e/ou pelo ato da exoneração no momento da coleta de dados. Ainda, a médica que se encontrava em licença-maternidade durante o período de coleta também foi excluída do convite pois: já manifestava intenção de exoneração do cargo após o término da licença; esteve afastada da assistência médica por vários meses devido à condição de gestante; e, por último, residia à época da coleta em outro estado da federação.

Desta forma, considera-se a amostra apresentada neste estudo como uma amostra não-probabilística, de conveniência, constituída por parcela da população disponível para a coleta de dados no período determinado para esta pesquisa e formada por aqueles que se

encontravam no desempenho de suas atribuições como médicos na assistência à saúde dos usuários da UPA. Segundo levantamento bibliográfico realizado por Oliveira (2001) acerca de amostragem não probabilística, a autora destaca que amostras por conveniência são adequadas em pesquisas exploratórias e para geração de ideias como base para hipóteses e *insights*, sendo então desta forma adequada para o presente estudo.

A tabela 1 apresenta as características demográficas e profissiográficas dos participantes da pesquisa. Com relação aos aspectos demográficos da amostra, observou-se: um equilíbrio na proporção de participantes do sexo feminino ($n = 7$; 53,8%) e do sexo masculino ($n = 6$; 46,2%); uma idade média de 32 anos (DP = 3,85), sendo a maioria dos entrevistados com idade menor que 36 anos ($n = 10$; 77%); a proporção de casados ($n = 6$; 46,2%), solteiros ($n = 6$; 46,2%) e um divorciado ($n = 1$; 7,6%); e também um equilíbrio na proporção de profissionais com especialização médica ($n = 7$; 53,8%) em relação aos apenas graduados ($n = 6$; 46,2%).

Já em relação aos aspectos profissiográficos, calculado em meses devido a grande variabilidade dos dados coletados, observou-se que o tempo desde a graduação como profissional médio desta amostra foi de aproximadamente 66 meses (5 anos e 6 meses), mediana de 66 meses, com tempo mínimo de 31 meses (2 anos e 6 meses) e tempo máximo de 132 meses (11 anos); desvio-padrão de 28,82. Grande parcela dos participantes são médicos há mais de 3 anos ($n = 11$; 84,6%). O período de tempo em meses como trabalhadores na unidade foi na média de 25,7 meses (aproximadamente 2 anos e 2 meses), com mediana de 28 meses, tempo mínimo de 4 meses e tempo máximo de 47 meses (3 anos e 11 meses); desvio-padrão de 14,89. Considerando o tempo de serviço na unidade, aproximadamente 77% ($n = 10$) da amostra ainda se encontravam em período de estágio probatório, que compreende aos três primeiros anos de efetivo serviço; enquanto apenas 23% ($n = 3$) já eram servidores efetivos estáveis.

Tabela 1: Características Demográficas e Profissiográficas dos Participantes

		Absoluta	%	Média	DP ¹	Med ²	Min ³	Máx ⁴
Sexo	Feminino	7	53,8%					
	Masculino	6	46,2%					
Idade (faixa etária)	Até 30 anos	5	38,5%					
	31 a 35 anos	5	38,5%	32,23	3,85	33	27	39
	Acima 36 anos	3	23%					

Estado Civil	Casado	6	46,2%					
	Solteiro	6	46,2%					
	Divorciado	1	7,6%					
Escolaridade	Superior Completo	6	46,2%					
	Especialização	7	53,8%					
Tempo desde a graduação	Até 36 meses	2	15,4%					
	36 a 72 meses	6	46,2%	65,92	28,82	66	31	132
	Acima 72 meses	5	38,4%					
Tempo na Unidade	Até 36 meses	10	77%					
	Acima de 36 meses	3	23%	25,69	14,89	28	4	47

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa

¹DP – Desvio-padrão, ²Med – Mediana, ³Min – Mínimo, ⁴Máx – Máximo

Considerando os dados apresentados na tabela 1, depreende-se relativa homogeneidade dos dados demográficos (gênero, idade, estado civil, escolaridade) e uma grande variabilidade dos sujeitos em relação aos dados profissiográficos (tempo desde a graduação profissional e tempo na unidade). Contudo, este tipo de análise não cabe a esta pesquisa, visto que os resultados obtidos não se prestam a generalização dos resultados à outras populações, mas sim a produção de resultados satisfatórios e representativos desta amostra, que podem servir de subsídios para novas agendas de pesquisa com delineamentos mais adequados e, ainda, fomentar a discussão na esfera organizacional para futuros programas e políticas de promoção da Qualidade de Vida no Trabalho para os trabalhadores em saúde, não somente médicos.

3.4 Fundamentos Metodológicos da Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho

Uma vez descritos os fundamentos epistemológicos da Ergonomia da Atividade (EA), da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e da Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA_QVT), a seguir serão descritos os aspectos metodológicos que norteiam, especificamente, o nível analítico do diagnóstico microergonômico em QVT proposto pelo modelo teórico-metodológico adotado para este

estudo. Este nível analítico é investigado pelo uso da AET, estratégia já testada e validada, de origem franco-belga, conforme preconizado por Guérin, Laville, Daniellou, Durafforg e Kerguelen (2001).

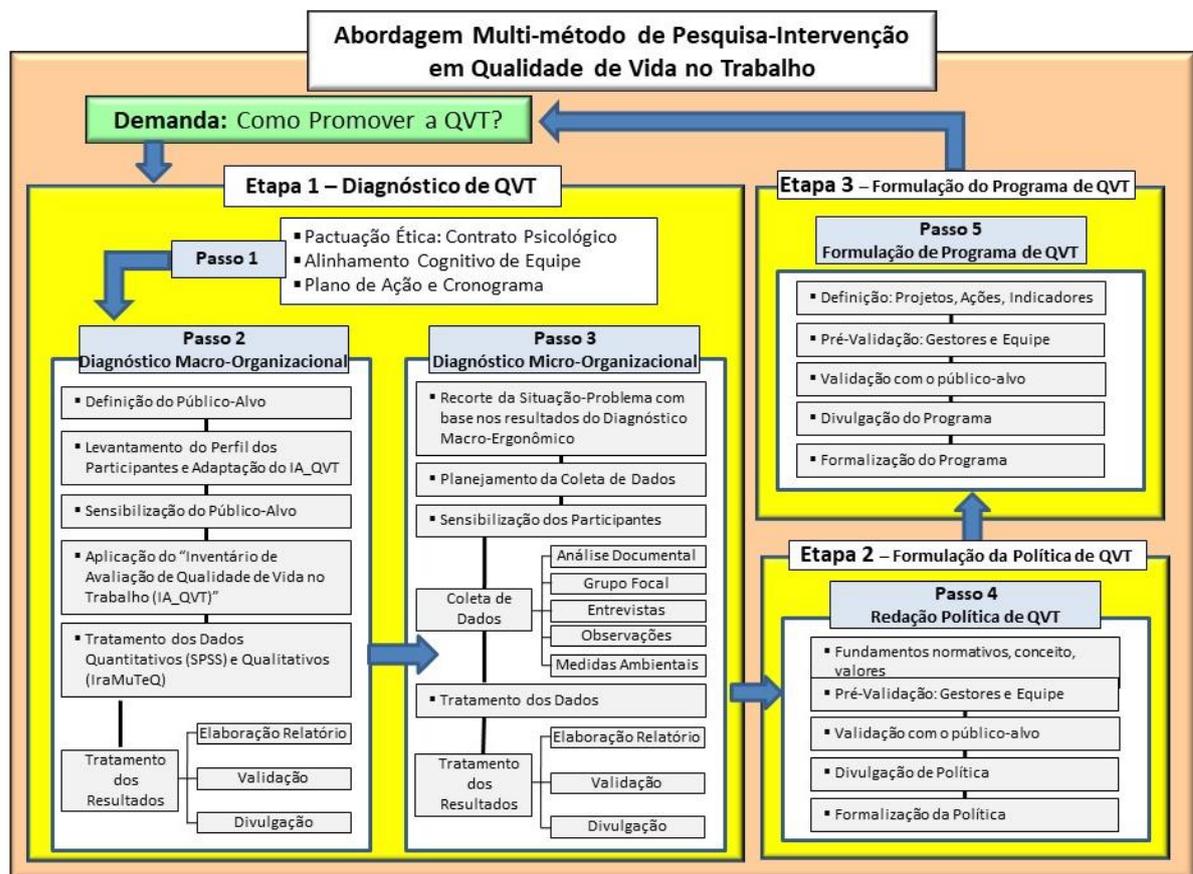
Ferreira (2017), descreve o modelo metodológico como uma abordagem filiada a vertente instrumental, no campo científico, que orienta o modo de produção do conhecimento face as especificidades do objeto. Enfatiza que a natureza do objeto de investigação subordina o método, seu instrumental e seus procedimentos na produção de conhecimento em QVT. Salienta, entretanto, que alguns pressupostos devem ser atendidos, sob risco de colocar em dúvida a eficiência e a eficácia da abordagem metodológica.

- *Conhecer para aplicar.* A abordagem visa conhecer a inter-relação indivíduo-trabalho-organização, destacando os indicadores críticos existentes nesta inter-relação para apontar as medidas para promoção de QVT; ou seja, filia-se na perspectiva de transformar os aspectos produtores de mal-estar no trabalho e de consolidar os aspectos produtores de bem-estar no trabalho.
- *Construir coletivamente.* O indivíduo (trabalhador) assume papel de centralidade nesta abordagem, e são os principais protagonistas na sua condução. Requer a participação efetiva e não-formal, o desejo voluntário, e caráter global, em todas as fases da pesquisa. Esta abordagem se insere no enfoque de pesquisa-ação (Thiollent, 1997), onde o conhecimento sobre o trabalho é construído pelos próprios trabalhadores.
- *Informar para formar.* A informação é a matéria-prima da abordagem metodológica, permitindo a construção de um quadro explicativo para se compreender as razões do objeto estudado. O acesso a estas informações implica, necessariamente, em: conhecer *in loco* as situações de trabalho; acesso a documentações referentes ao processo de trabalho; contatar os participantes do diagnóstico. Para tanto, o acesso às informações deve respeitar todos os preceitos éticos que regulam a pesquisa, respeitando o anonimato das fontes, o acesso apenas pelos pesquisadores, a difusão acordada dos resultados.
- *Respeitar a diversidade.* A variabilidade existente nos sujeitos de pesquisa (intra e interindividual) e no contexto sociotécnico estudado influenciam e interferem na condução da abordagem, devendo *a priori* serem respeitadas.

- *Compreender o fazer.* A atividade como categoria epistemológica central, dimensão analítica fundamental da abordagem. Os aspectos determinantes da atividade são aqueles que estão na gênese das vivências de bem-estar e mal-estar no trabalho, e que possibilitam ao trabalhador a construção de estratégias operatórias mais eficientes e eficazes para a promoção/manutenção do bem-estar no trabalho. Parte da compreensão das questões: “o que faz” o trabalhador e “como faz” o trabalho.

O modelo metodológico da EAA_QVT se sustenta em um conjunto de etapas, passos e tarefas, cujo ponto de partida é a análise da demanda – a “situação-problema”. A figura 1 descreve o “caminhar” metodológico a ser seguido para a promoção de QVT.

Figura 1: Modelo descritivo metodológico da EAA_QVT para o diagnóstico de QVT.



Fonte: Ferreira, 2017, p.199.

Para fins desta pesquisa, considerando a natureza e o recorte da amostra, o problema de pesquisa e os objetivos propostos, este modelo serviu como inspiração para a condução desta pesquisa, baseado principalmente na realização da etapa 1, que concerne ao diagnóstico

de QVT. Esta etapa prevê a realização de 3 passos: um concernente aos compromissos preliminares da condução metodológica; outro relativo ao nível analítico do diagnóstico macroergonômico em QVT; e por último aquele relativo ao nível analítico microergonômico em QVT. Cada um desses passos apresenta uma série de tarefas específicas a serem realizadas. O passo 1 requer uma pactuação ética, um alinhamento cognitivo da equipe e um plano de ação e cronograma adequados. Este passo não foi devidamente atendido pois: não houve possibilidade de pactuação e comprometimento efetivo do quadro dirigente da unidade, uma vez que estudar QVT para a amostra descrita foi uma demanda do pesquisador e não da unidade ou de instâncias superiores; ou seja, não foi possível garantir o engajamento necessário para a promoção de QVT para a unidade. O passo 2, por sua vez, está centrado na aplicação do instrumento Inventário de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho (IA_QVT), instrumento científico com evidências de validade (Ferreira, 2009). A utilização deste instrumento não foi possível posto o tamanho da amostra. Por fim, o passo 3, centrado na AET, que não foi devidamente atendido visto que as tarefas deste são dependentes do diagnóstico realizado pelo passo 2.

Uma vez configurada como estudo de caso, uma pesquisa do tipo exploratória, esta pesquisa fornece dados que são substancialmente significativos e com nível de profundidade adequada para um diagnóstico de QVT da amostra selecionada. Para tanto, esta pesquisa valeu-se das técnicas da AET objetivando ampliar seus resultados para estabelecer o nível analítico desejado tanto para o diagnóstico microergonômico em QVT como para o diagnóstico macroergonômico em QVT. Restringiu-se à análise documental, com finalidade de conhecer e compreender as características organizacionais, seus regimentos e diretrizes; e à realização de entrevistas individuais do tipo semiestruturadas, direcionadas ao problema proposto e ao objetivo deste estudo. Foram suprimidos da deste estudo a etapa de observações e de medidas ambientais, fato pela qual este estudo não pode ser considerado uma AET clássica.

A etapa de observação foi suprimida porque, assim como descrevem Ferreira, Torrecilha e Simões-Machado (2012), as observações podem gerar desvios no que diz respeito ao conhecimento e crenças do pesquisador e, como este faz parte da população selecionada para estudo, esses desvios poderiam se tornar ainda mais evidentes, enfraquecendo a técnica como um método válido de obtenção de dados científicos. As medidas ambientais foram suprimidas pois não constituem objeto de análise neste estudo.

3.5 Instrumento

Para a coleta de dados desta pesquisa, optou-se pela utilização de um roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice 1) para a condução de entrevistas individuais. A entrevista individual é uma interação de díade (pesquisador-pesquisado), vantajosa quando o objetivo desta é conhecer em profundidade os significados e a visão da pessoa entrevistada (Fraser & Gondim, 2004). Esta é a modalidade de entrevista frequentemente utilizada em estudos de caso que requeiram um maior detalhamento das informações, do objeto e/ou do fenômeno estudado. Se apresenta como instrumento adequado para esta pesquisa pois, conforme Fraser e Gondim (2004) descreve, os modos como a conversação se opera em uma entrevista favorecem o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que os entrevistados atribuem a si mesmos, aos outros e ao mundo circundante. Desta maneira, torna acessível para o entrevistador-pesquisador àquilo que está na mente no interlocutor, suas representações mentais, no momento da interação.

As questões que nortearam a coleta de dados desta pesquisa foram as seguintes:

- “[Nome do Médico], quando você pensa no seu trabalho na [Unidade], o que é que mais lhe causa mal-estar no trabalho?”
- “[Nome do Médico], quando você pensa no seu trabalho na [Unidade], o que é que mais lhe causa bem-estar no trabalho?”
- “[Nome do Médico], na sua opinião, o que é Qualidade de Vida no Trabalho?”
- “[Nome do Médico], como você se sente ao final de um dia de trabalho na [Unidade]? (Final do Plantão – momentos bons e ruins)”
- “O que você faz para lidar com esse custo humano proveniente de seu trabalho como médico na [Unidade]?”
- “Dúvidas, comentários e sugestões”

Considerando que as questões descritas serviram apenas de norte para as entrevistas realizadas, os participantes, após suas respostas iniciais, eram convidados/incentivados a elaborar/complementar/elucidar mais suas respostas de acordo com aquilo que haviam respondido inicialmente e com o concernente nas categorias epistemológicas centrais de bem-

estar no trabalho, mal-estar no trabalho, Qualidade de Vida no Trabalho, Custo Humano do Trabalho e Estratégias de Mediação Individual e Coletivas.

3.6 Procedimentos

Valendo-se do fato de o pesquisador do presente estudo fazer parte do quadro de profissionais médicos da unidade pesquisada, o estabelecimento de um *rapport* positivo com os participantes da pesquisa foi um facilitador. Desta maneira o pesquisador, em momento prévio à coleta de dados, pôde realizar o convite individual e informal à participação na pesquisa, através de conversa direta entre pesquisador e pesquisado. Ainda, esse *rapport* foi reforçado ao início de cada uma das entrevistas, onde eram fornecidos aos participantes algumas informações preliminares do estudo, tais como a apresentação das justificativas de pesquisa e dos objetivos da entrevista. Destaca-se que foram salientados os pressupostos éticos da pesquisa: o caráter voluntário das participações e o tratamento agrupado dos dados, apenas pelo pesquisador, preservando o sigilo das informações coletadas e o anonimato dos participantes.

Inicialmente, solicitou-se à Gerencia da Unidade e à Diretoria de Atenção Secundária da região ao qual se insere a UPA, a autorização informal para a realização da pesquisa dentro da unidade. Estes foram solícitos e permitiram o uso da sala de reuniões da unidade para a realização das entrevistas. Esta era localizada em um setor da unidade restrito apenas aos funcionários, com característica de baixa circulação de pessoas, preservando assim a privacidade e permitindo assim a livre participação. Todas as entrevistas, após o devido consentimento dos participantes, foram gravadas utilizando-se de gravador digital de áudio. O período de coleta de dados foram os meses de junho e julho de 2018, e ocorreu, em sua maioria, dentro do ambiente de trabalho dos participantes. O horário, local e data para a realização das entrevistas foram acordados previamente com os participantes, principalmente após contato por meio de aplicativo *WhatsApp*. Estas entrevistas, em sua maioria, ocorreram durante o período de descanso dos participantes em sua jornada de trabalho, garantindo assim que a pesquisa não interferisse na rotina de trabalho da unidade. Apenas duas das entrevistas ocorreram fora do ambiente de trabalho, sendo uma na residência de um dos participantes e outra em um restaurante. Esta última foi realizada em um restaurante durante o período de almoço, sendo importante pontuar que o devido cuidado para permitir a reserva da conversa e

uma boa qualidade da gravação foi feito ao se escolher uma mesa com certo distanciamento de outras, e em local com menos pessoas.

A característica predominante das entrevistas foi que estas se constituíram para os participantes um espaço de fala, livre, onde prevaleceu o diálogo franco e cordial. Não houveram momentos de constrangimentos relatados, ou percebidos pelo entrevistador, durante a coleta de dados.

Todas as entrevistas foram transcritas unicamente pelo pesquisador deste estudo e submetidas a posterior validação do conteúdo pelos participantes. Contudo, nenhum dos participantes manifestou interesse na revisão do conteúdo transcrito. Os textos foram codificados com números e conforme as variáveis selecionadas para análise. Durante as transcrições das entrevistas, foram suprimidos os segmentos de texto que pudessem identificar os respondentes ou a unidade estudada.

3.7 Tratamento e Análise dos Dados

Após a transcrição das entrevistas, os trechos foram identificados e classificados em categorias analíticas pré-definidas, seguindo o roteiro de entrevista semiestruturado e o referencial teórico-metodológico adotado para este estudo. Este procedimento visou a formação de corpus textuais específicos que foram submetidos a análise pelo *software IRaMuTeQ – Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires* (Camargo e Justo, 2013).

É importante destacar que, devido à característica da entrevista como um espaço de fala, aberto, muitos dos participantes acabaram elencando elementos importantes que respondiam mais a uma pergunta do que a outra, e isso ocorreu principalmente na etapa de dúvidas, comentários e sugestões do roteiro utilizado. Desta forma, procedeu-se inicialmente à análise de conteúdo seguindo as técnicas descritas por Bardin (2006), especificamente as etapas de pré-análise e exploração do material, objetivando desta forma a correta classificação nas categorias analíticas determinadas para a posterior análise pelo *software*.

O *software* utilizado permite identificar as informações essenciais das respostas às questões, com finalidade de extrair as classes temáticas que lhe são características, as quais serão denominadas neste estudo de Núcleos Temáticos Estruturadores do Discurso (NTED) e

intituladas conforme seu conteúdo. Esse resultado é baseado em cálculos sobre a co-ocorrências de palavras em segmentos de texto, e representam as diferentes formas de discurso sobre um dado assunto. O pressuposto fundamental é que a distribuição das palavras em um determinado texto não se dá ao acaso (Ferreira & Antloga, 2012). Desta forma, o *software IRaMuTeQ* fornece um viés quantitativo para dados qualitativos, apresentando o devido rigor estatístico e permitindo aos pesquisadores uma série de recursos técnicos de análise lexical, desde a análise lexográfica (estatísticas básicas) até análises multivariadas, como a classificação hierárquica descendente e análise fatorial de correspondência.

Para fins de análise pelo *software*, e considerando o tratamento prévio das entrevistas pela técnica de análise de conteúdo, os corpus textuais foram tratados e organizados seguindo as cinco categorias empíricas descritas a seguir:

- Mal-estar no trabalho;
- Bem-estar no trabalho;
- Qualidade de Vida no Trabalho;
- Custo Humano do Trabalho;
- Estratégias de Mediação Individual e Coletivas.

Ainda, durante a etapa de preparação dos corpus textuais, o texto de cada um dos participantes foi identificado por variáveis definidas pelo pesquisador, procedimento que acrescenta mais possibilidades de análise pelo *software* utilizado, como por exemplo na análise fatorial confirmatória. Deve-se lembrar que, conforme descrito em texto de Assunção e Lima (2003) e concernente às discussões em ergonomia, o indivíduo-padrão não existe e tampouco a tarefa-padrão da organização científica do trabalho, portanto a maneira de fazer o trabalho e de reagir às contradições do trabalho sofrem influência de fatores constitucionais, ambientais e limitantes. As variáveis utilizadas foram:

- a) Identificação do participante – de 1 a 13;
- b) Sexo – masculino e feminino;
- c) Idade – faixas etárias (1- até 30 anos; 2- 31 a 35 anos; e 3- acima 36 anos);
- d) Estado civil – 1-casado, 2- solteiro, 3- divorciado;
- e) Escolaridade – 1- graduação completa e 2- especialização;
- f) Tempo desde a graduação – períodos (1- até 36 meses; 2- 36 a 72 meses; 3- acima de 72 meses);
- g) Tempo na unidade – períodos (1- até 36 meses; 2- acima de 36 meses).

Camargo & Justo (2013) destacam que o uso de *softwares* para a análise de dados textuais tem-se intensificado bastante nas áreas de ciências humanas e sociais, principalmente quando os corpus de análise textuais são complexos e volumosos. Contudo, estes autores ressaltam que o uso de um *software* não é um método, e os relatórios gerados não são a análise dos dados. A exploração e a interpretação correta dos resultados gerados por este devem passar pela experiência e pelo domínio do pesquisador das técnicas de processamento dos dados empregadas, da forma de recuperação do material analisado, e do método de pesquisa usado no estudo que utiliza este recurso.

Capítulo 4.

Resultados e Discussão

O autor deste documento reconhece que, pensando exclusivamente no contexto acadêmico, a apresentação tradicional dos capítulos de resultados e discussão em pesquisas científicas deve ocorrer em separado, assim como preconiza o Manual de Publicações da *American Psychological Association*. (APA, 2010) – utilizado na estruturação desta dissertação. Contudo, respeitando um dos princípios epistemológicos da ergonomia, seria um contrassenso o fazer desta forma, pois a apresentação dos resultados e a discussão destes em conjunto torna mais inteligível a leitura do capítulo, reduzindo o custo cognitivo aos leitores.

Os resultados apresentados a seguir são provenientes da análise documental acerca do contexto de trabalho e dos *outputs* das análises rodadas no *software IRaMuTeQ* – conforme os termos propostos por Camargo e Justo (2013) – de cada um dos corpus textuais correspondentes às cinco categorias empíricas propostas. Inicialmente descreve-se os resultados relativos às estatísticas descritivas do texto, seguido dos núcleos temáticos estruturadores de discurso (NTED) oriundos da classificação hierárquica descendente (CHD). As correlações entre os NTED são apresentadas em texto e por meio de figuras. Ainda, para cada categoria empírica, são expostas as características relativas a cada uma das variáveis da pesquisa: idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo desde a graduação e tempo na unidade.

A discussão dos resultados ocorre pelo cotejamento com estudos anteriores e com as categorias epistemológicas descritas no capítulo do quadro teórico de referências, identificando quando pertinente as contribuições e os limites identificados.

Logo de início é importante salientar que nem todas as variáveis aplicadas obtiveram resultados com nível estatístico de significância ($p < 0,05$); e aqueles resultados que os apresentam são descritos e avaliados quanto à pertinência ao banco de dados e à literatura. O comentário sobre a pertinência com o banco de dados decorre da amostra reduzida e da variabilidade dos sujeitos, visto que alguns apresentaram discursos tão relevantes – em termos da extensão das entrevistas – e distintos que, ao analisar a CHD, observou-se a formação de NTED isolados contendo apenas evocações de um participante, influenciando nos resultados

de predominância das falas com relação às variáveis aplicadas. Isto descrito, revela-se um dos limites desta pesquisa.

A sequência dos tópicos apresentados neste capítulo obedece à um encadeamento lógico dos resultados. O primeiro cenário é a descrição do contexto de trabalho dos pesquisados, as peculiaridades da unidade estudada e as similaridades com outras emergências médicas, e os elementos da organização do trabalho. Após essa descrição do *locus*, são apresentados os resultados e as discussões sobre os dados coletados. Inicia-se pela descrição dos Custos Humanos do Trabalho (CHT) relativos à atividade dos participantes na referida unidade; após, as Estratégias de Mediação Individual e Coletivas (EMIC) que estes lançam a fim de lidar com os custos elencados; as fontes de Mal-estar no Trabalho (MET) e Bem-estar no Trabalho (BET) são apresentadas e discutidas em face dos custos levantados e das estratégias lançadas, sendo resultantes tanto de estratégias que falham – causadoras de MET; como de estratégias que promovam o BET. Tendo em vista todo este panorama gerado pelos resultados e discussões, este capítulo encerra com a análise do corpus textual de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), dando sentido ao conceito que os participantes dão para o constructo QVT.

4.1 Contexto Sociotécnico de Trabalho

As informações aqui apresentadas são resultantes de pesquisa documental realizada pelo autor desta dissertação. As fontes primárias consultadas são as portarias que instituem e regem o funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) no Brasil e no âmbito do Distrito Federal (DF) e o Portal do Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br>). O'Dwyer et al. (2017) apresentam artigo que faz um panorama geral sobre a implantação das UPA em todo o Brasil e estudo qualitativo das percepções dos coordenadores estaduais de urgências sobre vários aspectos, desde a implementação até ao funcionamento dessas unidades. Este documento constitui arquivo mestre que norteou a descrição e a discussão sobre o contexto sociotécnico estudado.

A partir de 2003, com o intuito de organizar e coordenar as ações no atendimento de urgências e emergências, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU; Portarias nº1863/GM, 1864/GM, em 29 de setembro de 2003; Portaria

nº2048/GM, em 5 de novembro de 2002), definindo a criação do componente pré-hospitalar de atendimento, instituindo assim a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e das UPA. Dentro desta política, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) foi então pensada, considerando o perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, como uma forma de organizar uma rede de atenção que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo os levantamentos realizados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br>), as maiores taxas de morbimortalidade da população brasileira estão relacionadas às doenças do aparelho circulatório, aí incluídas o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico, e às comorbidades decorrentes da violência e dos acidentes de trânsito. Esta rede é constituída pela Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; pela Atenção Básica; pelo SAMU; pela Sala de Estabilização; pela Força Nacional do SUS; pelas UPA; e pelas Unidades Hospitalares e de Atenção Domiciliar. Objetiva coordenar estes diferentes pontos de atenção, definindo fluxos e referências adequadas para as situações de urgência e emergência, agudas ou crônicas agudizadas, sejam elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica ou outras. O marco referencial desta rede de atenção é o oferecimento de assistência qualificada aos usuários do SUS, de forma integrada, articulada e sinérgica.

Uma UPA é definida como um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, integrante da RAU, que deve articular-se com a Atenção Básica, o SAMU, a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar. O objetivo é possibilitar o melhor funcionamento desta rede de atenção no âmbito do SUS. Essa concepção está presente na Portaria do Ministério da Saúde nº 10/GM/MS, de 3 de janeiro de 2017 (2017, 3 de janeiro), documento este que redefine as diretrizes de modelo assistencial e de financiamento dessas unidades.

Constituindo desta forma um dos elos da RAU, sem o qual esta rede não funcionaria plenamente, as UPA tem papel fundamental na atenção às urgências e emergências. As diretrizes que regem o funcionamento das UPA são descritas no artigo 3º da portaria ministerial citada (2017, 3 de janeiro), e definem que esta: (a) deve funcionar de forma ininterrupta, 24 horas em todos os dias, incluindo feriados e pontos facultativos; (b) deve ter quantitativo de profissionais compatível com a demanda pelo atendimento, considerando aspectos relativos à operacionalização do serviço, o tempo-resposta, a garantia de acesso ao paciente e o custo-efetividade; respeitando as normativas dos conselhos de classe profissional e a necessidade da Rede de Atenção à Saúde – RAS; (c) deve realizar o acolhimento dos pacientes – parte da Política Nacional de Humanização, que determina o cuidado do paciente

envolvendo a escuta qualificada e o respeito às suas especificidades, com resolutividade e responsabilização; e (d) deve realizar a classificação de risco dos pacientes – ferramenta protocolar de apoio à decisão clínica, utilizada por profissionais capacitados, sejam médicos ou enfermeiros, objetivando a identificação dos pacientes mais graves para permitir o atendimento oportuno, rápido e seguro destes e com base em evidências científicas.

Esta mesma portaria descreve que as ações das UPA deverão fazer parte do planejamento e do plano de ação da RAU, conforme determinação de portaria anterior (Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011). O efetivo funcionamento da unidade decorre do desempenho de atividades conforme descrito no artigo 5º: (a) acolhimento dos pacientes em situações de urgência e emergência sempre que buscarem a UPA; (b) a articulação com as demais estâncias de atendimento em saúde, com fluxos lógicos e efetivos de referência e contra referência – Atenção Básica, SAMU, Atenção Domiciliar, Atenção Hospitalar, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; (c) prestar primeiro atendimento, resolutivo, qualificado, de quadros tanto de natureza clínica como cirúrgica e/ou trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, para definição de conduta e para garantir o encaminhamento; (d) funcionar como um local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU; (e) realizar atendimento médico em regime de pronto atendimento nos quadros de menor gravidade; (f) realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos demandados à UPA; (g) prestar apoio diagnóstico e terapêutico conforme a sua complexidade; e (h) manter os pacientes em observação clínica por até 24 horas, objetivando a elucidação diagnóstica ou a estabilização clínica; e encaminhar os pacientes que não tiveram suas queixas resolvidas para internação em serviços hospitalares de retaguarda, por meio da regulação do acesso assistencial, garantindo a continuidade do cuidado.

A implantação das UPA no Brasil começou por volta de 2008, porém de forma desarticulada. Inicialmente, seguindo a PNAU, a ênfase inicial da política foi na implantação do SAMU; a partir de 2008 a ênfase foi na implantação das UPA; e somente em 2011 definiu-se a RAU, articulando estes serviços. Iniciando primeiro no estado do Rio de Janeiro, as UPA somente atingiram alcance nacional a partir de 2011, com o início do financiamento federal no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Até 2011, apenas a região sudeste era contemplada com este tipo de estabelecimento de saúde; contudo, já em 2016, havia um número expressivo de UPA em todo o território nacional. Segundo fonte citada por O'Dwyer et al. (2017), do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência (DAHU)/Ministério da

Saúde e da Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE), o número de unidades em funcionamento saltou de 101 em 2011 para 446 em 2016, com mais 620 unidades em construção e 134 com instalações prontas, porém sem funcionamento.

Segundo as definições normativas da RAU, para a implementação da UPA em determinada localidade – municípios com pelo menos 50 mil habitantes – havia a exigência da presença do SAMU, de uma rede hospitalar de referência e de atenção primária com cobertura mínima de 50% ou em desenvolvimento. Essas exigências foram respeitadas ainda quando do primeiro PAC, a PAC1. Porém, a segunda fase deste programa, a PAC2, algumas UPA foram construídas sem o adequado estudo de um plano de emergências regional, o que segundo os coordenadores estaduais de urgências pesquisados pode ter sido um dos motivos para a existência de algumas unidades sem funcionamento (O’Dwyer et al., 2017).

O Distrito Federal foi uma das unidades da federação contempladas por este programa de aceleração do desenvolvimento. Em 2011, haviam uma UPA em funcionamento e mais oito unidades em construção; em 2016, seis unidades encontravam-se em funcionamento, com mais quatro em construção – segundo fonte citada por O’Dwyer et al. (2017), do DAHU/Ministério da Saúde e da SAGE. Até a data de submissão deste documento, em junho de 2019, nenhuma das quatro unidades em construção havia sido inaugurada (<http://www.saude.df.gov.br>), permanecendo com o mesmo quantitativo de seis unidades atendendo a população do DF.

A principal característica das UPA é a padronização da sua estrutura, garantindo o conforto das instalações e a adequação dos equipamentos. Foi, segundo os entrevistados de O’Dwyer et al. (2017), a primeira vez que um componente do SUS apresentou grande exigência nos critérios estruturais. Para estes, foi uma evolução em relação aos prontos-socorros existentes. As UPA são unidades intermediárias entre a atenção primária e as emergências hospitalares, e o principal componente fixo de urgência pré-hospitalar. De acordo com a portaria ministerial (2017, 3 de janeiro), classificam-se em três diferentes portes, ajustados em consonância com a população referenciada, a área física, o número de leitos disponíveis, a gestão de pessoas e a capacidade de atender.

Ainda segundo o Portal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) (<http://www.saude.df.gov.br>) e o Portal do Ministério da Saúde (<http://portalms.saude.gov.br>), os usuários das UPA devem procurar atendimento nestas unidades quando: febre alta, acima de 39°C; fraturas e cortes com pouco sangramento; infarto e derrame; queda com torção e dor

intensa ou suspeita de fratura; cólicas renais; falta de ar intensa; crises convulsivas; dores fortes no peito; e vômito constante. Estes estabelecimentos de saúde oferecem uma estrutura simplificada para exames, incluindo radiografia simples, eletrocardiograma, exames laboratoriais, além dos leitos de observação por até 24 horas. É previsto o funcionamento com atendimentos de urgência e emergência em pediatria, porém, no DF, nenhuma unidade conta com este tipo de atendimento no momento. Portanto, o requisito único para o atendimento na unidade é a idade – 14 anos completos.

Existe um fluxo de atendimento destes usuários nas UPA

(<http://www.saude.df.gov.br>):

1. Paciente dá entrada no serviço, comparecendo ao balcão de atendimento e solicitando abertura de Guia de Atendimento de Emergência (GAE);
2. Paciente passa então pela sala de acolhimento onde será avaliado pela equipe de enfermagem, sendo acolhido e/ou classificado;
3. Conforme a classificação de prioridade, o paciente é encaminhado à equipe médica para que seja efetuado o atendimento;
4. Após o atendimento médico, paciente é medicado, podendo receber alta com prescrição ou ser encaminhado para sala de observação;
5. Na sala de observação poderá permanecer por até 24h, sendo então ou encaminhado para internação em hospital geral, ou recebe alta com orientação e retorno programado para Unidade Básica de Saúde de referência.

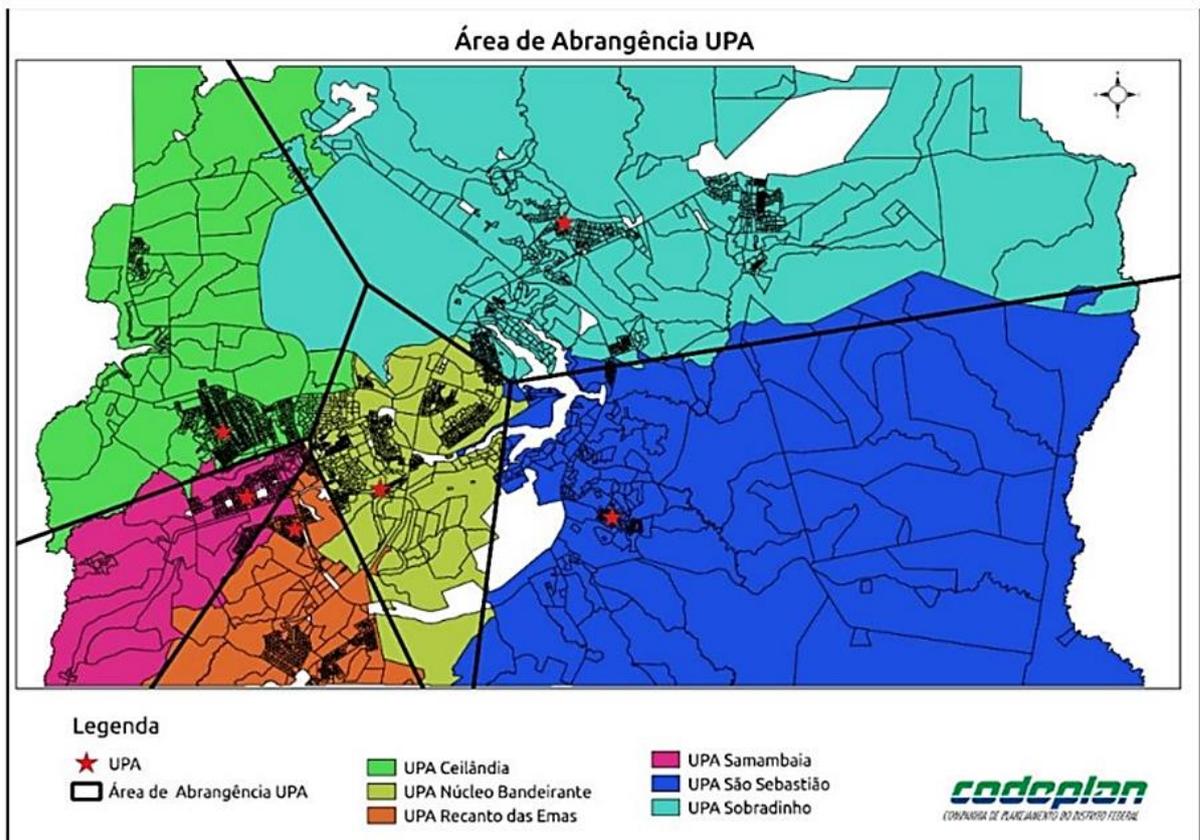
A busca por cuidados médicos, contudo, não é função apenas da necessidade. Pinheiro e Escosteguy (2002, como citado em Pinto e Soranz, 2004) descrevem que “a utilização dos serviços de saúde é consequência de diversas determinações que explicam as variações entre grupos sociais ou entre áreas”. Ou seja, uma determinada população pode demandar serviços de forma diferenciada, dependendo de fatores da própria demanda ou da oferta de serviços. Hulka e Wheat (1985, como citado em Pinto e Soranz, 2004) afirmam que fatores como condição e necessidade de saúde (morbidade), disponibilidade de médicos, características demográficas, características organizacionais dos serviços de saúde e o modelo de financiamento, todos estes influenciariam as pessoas a utilizar os serviços de saúde.

Em novembro de 2015, a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), vinculada à Secretaria de Estado de Planejamento, Orçamento e Gestão do Distrito Federal (SEPLAG), lança nota técnica com o objetivo de contribuir para o processo de avaliação e monitoramento das políticas de saúde do DF, em especial no que se refere à localização e eficiência das UPA (Nota Técnica - DIPOS/CODEPLAN, 2015). Este documento contribui para a compreensão do dimensionamento da demanda e da unidade pesquisada. Não foram encontrados documentos oficiais recentes ou pertinentes à época da coleta de dados, prestando esta nota apenas como um referencial geral.

Nesta Nota Técnica (DIPOS/CODEPLAN, 2015) foi realizado uma análise da distribuição espacial das UPA, pela elaboração de um Diagrama de Voronoi – método que consiste em dividir o território em poligonais de acordo com os setores censitários mais próximos dos pontos de atendimento. Este documento reconhece os limites da análise pois considera apenas a população do DF, excluindo a população que integra a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), que também acaba por demandar dos serviços de saúde no DF. Ainda, foram tomados alguns cuidados com relação ao dimensionamento, visto que não apenas as UPA realizam atendimento em urgências e emergências; a presença de hospitais influencia diretamente na demanda por absorver parte destes atendimentos. Para tanto, a demanda potencial das UPA foi verificada em três diferentes cenários.

O primeiro cenário (Figura 2) estima a demanda por atendimento considerando apenas a área de influencia da UPA, sem considerar as demais unidades de atendimento de urgência e emergência. Este cenário fornece o tamanho máximo do potencial de demanda da unidade.

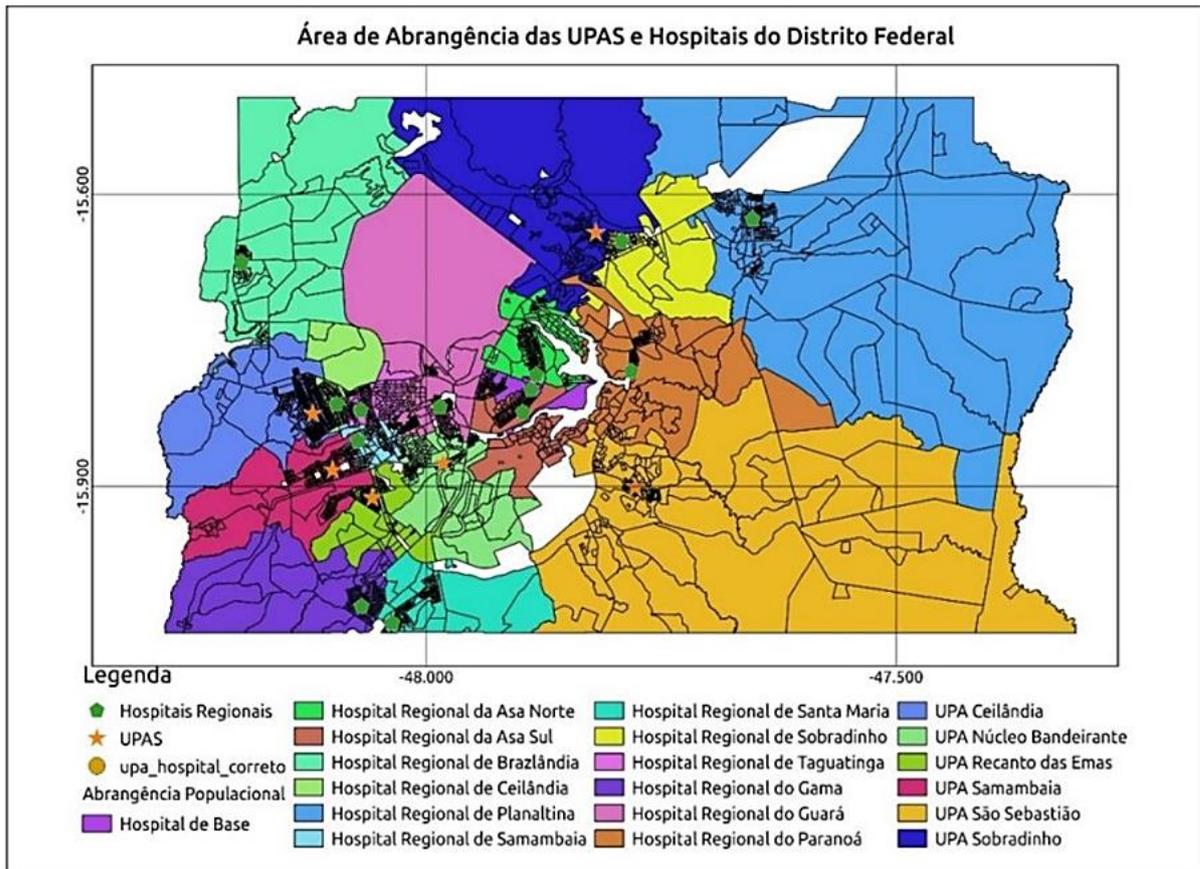
Figura 2: Localização e área de influência das UPA no Distrito Federal - Cenário 1



Fonte: Adaptado de Nota Técnica – DIPOS/CODEPLAN (2015)

O segundo cenário (Figura 3) estima a demanda por atendimento considerando as áreas de influência tanto das UPA quanto dos Hospitais Regionais. Este é o cenário que fornece estimativa mais próxima do real, uma vez que os hospitais também atendem às demandas de atendimento de urgência e emergência.

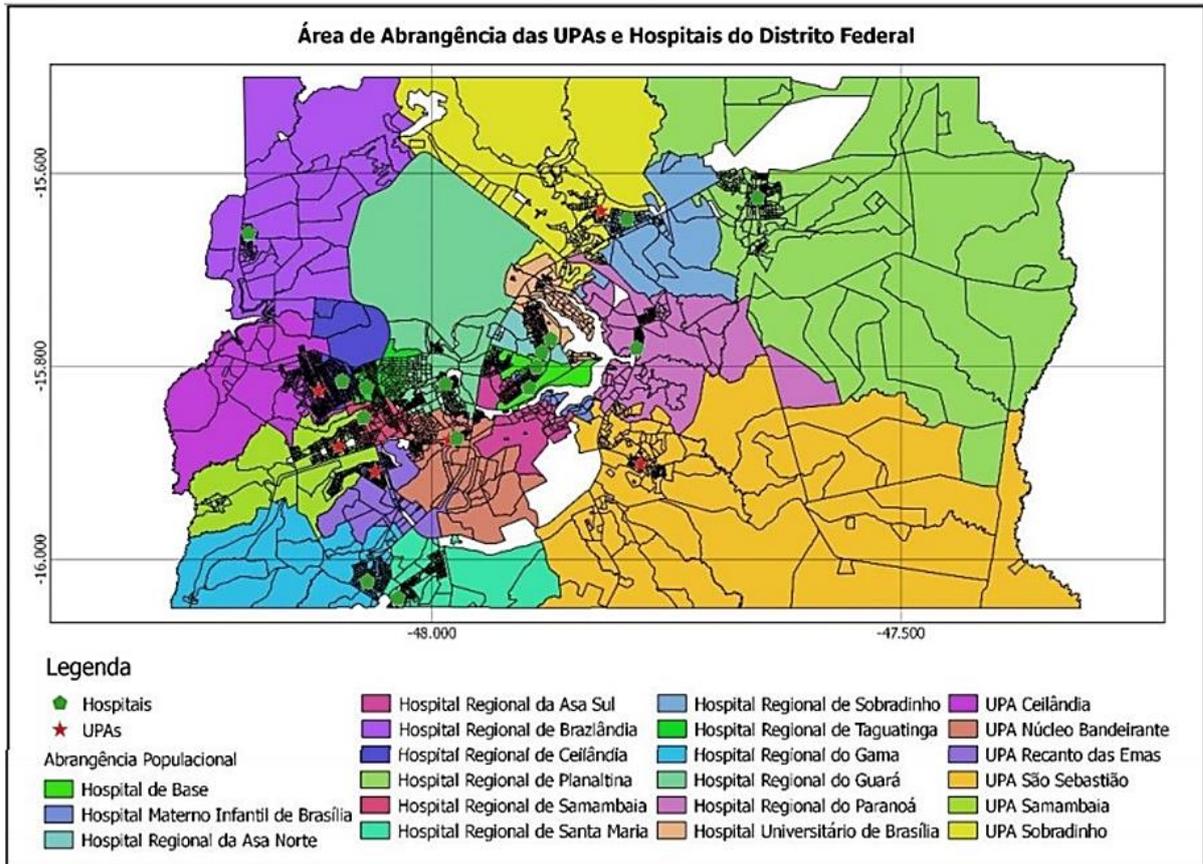
Figura 3: Localização e área de influência das UPA e Hospitais Regionais no Distrito Federal - Cenário 2



Fonte: Adaptado de Nota Técnica – DIPOS/CODEPLAN (2015)

O terceiro e último cenário (Figura 4) estima a demanda por atendimento incluindo não somente as UPA e os Hospitais Regionais nas áreas de influência, assim como o Hospital Universitário de Brasília (HUB) e o Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). As interpretações considerando este 3º cenário devem ser interpretados com cautela, uma vez que o HMIB é caracterizado pelo atendimento de urgências e emergências pediátricas e ginecológicas.

Figura 4: Localização e área de influência das UPAs e Hospitais Regionais e demais Hospitais no Distrito Federal - Cenário 3



Fonte: Adaptado de Nota Técnica – DIPOS/CODEPLAN (2015)

Considerando estes cenários apresentados e o censo populacional considerado em estudo – Censo 2010, a nota técnica apresenta uma tabela (Tabela 2) com os dimensionamentos de cobertura populacional de cada uma das unidades de saúde do DF que apresentam serviços de atendimento em urgência e emergência. Todas as UPA do DF são classificadas, de acordo com a Portaria nº 104/GM, de 15 de janeiro de 2014, do Ministério da Saúde, como de porte III. Desta forma, é previsto para esse tipo de unidade a presença de quinze (15) leitos de observação, seis médicos por plantão diurno (das 7 horas até às 19 horas) e três médicos no plantão noturno (das 19 horas até 7 horas). A população da área de abrangência da UPA, para este porte de unidade, é de 200.001 a 300.000 habitantes. Considerando apenas o critério de abrangência populacional, praticamente todas as UPA do DF atendem a este critério, à exceção de uma. Entretanto, essa característica se perde quando se considera as outras unidades de saúde (Hospitais Regionais, HUB e HMIB) na área de abrangência – cenários 2 e 3.

Tabela 2: População potencialmente coberta por Unidade de Pronto Atendimento e Hospitais - Distrito Federal, 2015

Centro de Saúde	Cenário 1 - Somente as UPAS	Cenário 2 - UPAS + Hospitais Regionais	Cenário 3 - UPAS + Hospitais Regionais + Outros Hospitais	Redução na demanda potencial - Cenário 2	Redução na demanda potencial - Cenário 3	
					Em relação ao Cenário 1	Em relação ao Cenário 2
Hospital de Base		62.682	58.672			-6%
Hospital Materno Infantil de Brasília		ND	41.692			ND
Hospital Regional da Asa Norte		156.795	18.909			-88%
Hospital Regional da Asa Sul		106.874	70.568			-34%
Hospital Regional de Brazlândia		56.792	56.759			0%
Hospital Regional de Ceilândia		138.690	138.320			0%
Hospital Regional de Planaltina		168.962	169.301			0%
Hospital Regional de Samambaia		112.387	113.208			1%
Hospital Regional de Santa Maria		119.768	119.722			0%
Hospital Regional de Sobradinho		58.631	63.409			8%
Hospital Regional de Taguatinga		148.990	152.448			2%
Hospital Regional do Gama		126.755	126.801			0%
Hospital Regional do Guará		208.908	209.085			0%
Hospital Regional do Paranoá		109.605	106.429			-3%
Hospital Universitário de Brasília		ND	141.670			ND
UPA Ceilândia	632.717	326.306	327.823	-48%	-48%	0%
UPA Núcleo Bandeirante	581.317	148.625	142.280	-74%	-76%	-4%
UPA Recanto das Emas	386.284	118.464	125.101	-69%	-68%	6%
UPA São Sebastião	181.096	113.818	114.694	-37%	-37%	1%
UPA Samambaia	278.654	182.732	175.494	-34%	-37%	-4%
UPA Sobradinho	510.092	104.376	97.775	-80%	-81%	-6%
Total	2.570.160	2.570.160	2.570.160	0%	0%	0%

Fonte: Adaptado de Nota Técnica – DIPOS/CODEPLAN (2015)

Cabe agora algumas considerações com relação à unidade estudada, considerações estas que não podem ser estendidas para as outras unidades. A UPA que serviu de campo de pesquisa para esta dissertação encontra-se em uma região de saúde do DF onde dois Hospitais Regionais também fazem parte, totalizando três estabelecimentos de saúde que oferecem atendimento de urgência e emergência. Ao avaliar o cenário 2, de demanda potencial considerando a UPA estudada e os Hospitais Regionais da mesma região de saúde, o porte desta unidade cairia para a classificação II; situação esta que pouco muda ao se analisar o cenário 3 de demanda potencial. A redução da demanda potencial da unidade foi a mais expressiva em comparação às outras unidades do DF, o que à primeira análise colocaria a UPA em uma posição de privilégio em relação às demais.

Considerando as demais análises realizadas no documento citado (DIPOS/CODEPLAN, 2015), e a realidade do campo de pesquisa à época da coleta de dados, algumas afirmações presentes na nota não se perpetuam. O documento traz análises comparando o dimensionamento das unidades com o número de médicos na equipe, com o número de atendimento/mês; análises de custo/unidade, custo/atendimento; e análises de demanda/disponibilidade de recursos. Por exemplo: no período de coleta dos dados apresentados pela CODEPLAN, ainda estavam vigentes outras formas de captação de profissionais para a SES, na modalidade de Contrato por Tempo Determinado, que findaram no final do segundo semestre de 2016; em meados de 2016 houve uma pactuação entre a unidade e um dos Hospitais Regionais da região, onde ficou acordado que todos os atendimentos de urgência e emergência seriam realizados apenas na UPA estudada, aumentando de sobremaneira a demanda por atendimento; entre nomeações, desligamentos por término de contrato, exonerações, afastamentos e remoções de profissionais, o quantitativo de médicos na unidade flutuou bastante, considerando que na nota técnica apresentada, de 2015, o quantitativo de profissionais médicos foi de 22, em setembro de 2016 eram 33 médicos, e ao final da coleta de dados desta pesquisa haviam 14 médicos na UPA; em junho de 2018, a unidade pesquisada passou a atuar em situação crítica, quando permaneceu por vezes fechada por falta de médicos para a cobertura do plantão.

Retomando o estudo de O'Dwyer et al. (2017), os resultados apresentados sobre as percepções dos coordenadores estaduais de urgências explicam algumas das características presentes na unidade estudada. Segundo o levantamento dos autores, para estes coordenadores a estrutura e os equipamentos da UPA são suficientes e adequados, contudo o grande problema é a inexistência de contratos de manutenção, precarizando as condições de trabalho

na unidade. Ainda, os entrevistados elencam que a questão estrutural mais impactante foi a falta de profissionais, e que nenhum ente dos três níveis governamentais envolvidos na criação e implementação das UPA foi capaz de equacionar. Apesar do protagonismo do governo federal na implementação e disseminação dessas unidades de atendimento em todo o Brasil, estes problemas não foram previstos, e estudo de Machado et al. (2016; como citado em O'Dwyer et al., 2017) cita que a característica dos profissionais que lá atuam é: de baixa qualificação; predominância de profissionais jovens e inexperientes; alta rotatividade de médicos; UPA vista como trabalho temporário. Ainda, a dificuldade de internar pacientes foi descrita como o maior desafio para as UPA, apesar da obrigatoriedade da referência hospitalar. Os autores citam estudos que evidenciam a redução dos números de leitos no SUS, insuficientes para as demandas das unidades abertas, resultando na permanência por mais de 24 horas nas UPA por falta de vaga em leito de retaguarda, o que prejudica a qualidade do atendimento.

Por fim, nota-se que os pesquisados em O'Dwyer et al. (2017) apresentam distorções conceituais com relação a UPA. Estes avaliaram que as UPA foram implantadas com finalidade de substituir os prontos-socorros de hospitais e para substituir os hospitais ineficientes, quando o plano original era desafogar os hospitais ao priorizar a estes os atendimentos mais complexos, deixando para o componente pré-hospitalar demandas de baixo/intermediário risco. Relataram ainda que os recursos da atenção primária foram destinados à criação das UPA, quando o objetivo era complementar a atenção primária, ao fazer ponte com a rede hospitalar. Ainda, descrevem que apesar de discordarem da internação em leitos de UPA, admitem que alguns gestores contabilizem estes leitos como leitos hospitalares, inclusive de tratamento intensivo. Na verdade, as UPA se prestam ao atendimento de pacientes graves objetivando a estabilização e o correto encaminhamento, permanecendo na unidade por até 24 horas. Essas percepções dos coordenadores estaduais de urgências se perpetuam nas instâncias inferiores – gestão – e, pior, para os usuários, gerando confusão na hora de buscar atendimento médico. Isso reflete a falta de compreensão e de conhecimento acerca da RAU, resultando, portanto, na desarticulação entre os estabelecimentos que compõem a rede e explicitando a ausência de programas de orientação para as RAU.

Para tentar contornar os problemas descritos, algumas estratégias foram identificadas, desde o repasse de financiamento pelo governo federal até o fortalecimento de vínculos com hospitais de pequeno porte e filantrópicos. Porém, a nível federal, as tentativas ainda são

frustradas, visto que poucas unidades conseguem atingir os requisitos mínimos descritos em portaria para habilitação da UPA para recebimento de recursos. Essa é uma realidade que atinge muitas unidades em todo o Brasil, e também a unidade que serviu de campo para esta pesquisa. Os requisitos perpassam pelo quantitativo de profissionais e de equipamentos conforme os termos da portaria (2017, 3 de janeiro), até a declaração de cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

A consequência imediata destes problemas: a superlotação nas emergências dos hospitais de referência, o que gera pressão por atendimento nas UPA por serem a única alternativa de acesso aberto além dos hospitais, e impacta na resolutividade e eficiência dos hospitais para absorver os pacientes da emergência.

A UPA que serviu de campo de pesquisa para esta dissertação padece de todos os problemas descritos, somados às particularidades citadas como a atuação em situação de crise citada anteriormente. Apesar de classificada como porte III pelo governo do DF, esta não apresenta nem o quantitativo mínimo esperado de médicos previsto na classificação. Ainda, considerando apenas o DF, não existe portaria específica que regule e organize o componente pré-hospitalar da RAU, tal qual existe para o componente hospitalar da rede (Portaria nº 386 de 27 julho de 2017, Diário Oficial do Distrito Federal nº 148, de 3 de agosto de 2017). Essa falta de normatização do estado aponta a desarticulação deste nível de atenção em relação à RAU, sendo possível inferir o descomprometimento tanto do governo federal como do governo distrital na gestão dessas unidades. Perpetua desta forma os apontamentos levantados em estudos, que caracterizam o trabalho na UPA como apenas temporário, como se este serviço prestasse aos médicos como uma passagem, onde não se há investimento e nem incentivo para a qualificação, configurando talvez uma porta de entrada para médicos jovens e inexperientes, como também demonstrado na amostra em estudo – 77% dos entrevistados com menos de 35 anos de idade; pouco mais de 60% com menos de seis anos desde a graduação; e 77% dos participantes trabalhando há menos de 3 anos na unidade.

4.2 Custo Humano do Trabalho

O corpus textual referente ao Custo Humano do Trabalho (CHT) foi elaborado com as respostas dos participantes à pergunta abaixo:

“[Nome do Médico], como você se sente ao final de um dia de trabalho na [Unidade]? (Final do Plantão – momentos bons e ruins)”.

O corpus textual referente ao CHT foi separado em 122 ST, apresentando a maior percentagem de retenção entre os corpos textuais analisados, com aproveitamento de 101 ST (82,79%). Emergiram 4290 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 879 palavras distintas e 452 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em sete NTED: NTED 1 com 12 ST (11,88%); NTED 2 com 12 ST (11,88%); NTED 3 com 15 ST (14,85%); NTED 4 com 13 ST (12,87%); NTED 5 com 16 ST (15,84%); NTED 6 com 21 ST (20,79%); e NTED 7 com 12 ST (11,88%).

Por meio de análise da Classificação Hierárquica Descendente foi possível depreender que, para os participantes desta pesquisa, o CHT na unidade pesquisada podem ser divididos em dois eixos distintos e complementares. Um versa sobre as repercussões fisiológicas destes custos descritos, ou seja, descreve a percepção pelos participantes da incidência de sintomas e doenças relacionadas ao trabalho na unidade, aqueles passíveis de tratamento com medicações, remédios. Este eixo foi formado apenas pelo NTED 7, recebendo desta forma a denominação de “*Repercussões fisiológicas do trabalho*”. Já o outro eixo, mais amplo e ramificado, compreende todos os outros NTED (1, 2, 3, 4, 5 e 6), e apresenta discursos que concernem com o conceito de CHT, aqui denominado de “*Repercussões físicas, cognitivas e afetivas do trabalho*”.

Pela distribuição assimétrica das porcentagens de retenção dos ST, já é possível fazer algumas inferências sobre as percepções de custos humanos no trabalho para os participantes da pesquisa. Para estes trabalhadores, quando se fala nos custos do trabalho, apenas 11,9% das evocações já fazem relação/nexo causal destes com doenças. A maior parte das evocações (88,1%) são representativas dos custos físicos, cognitivos e afetivos do trabalho, que podem ter relação com o aparecimento de doenças, mas não fazendo a conexão direta com o trabalho, como no primeiro eixo.

Apesar da pequena porcentagem, 11,9% do total dos ST que compõem o corpus textual total, esse dado da incidência de doenças relacionados ao trabalho é significativo, visto que impacta tanto nos trabalhadores como em custos previdenciários e para a instituição, uma vez que doenças são relacionadas a afastamentos de saúde – como descrito em um dos trechos da entrevista – que repercutem ainda mais na sobrecarga de trabalho que os participantes referem nos demais núcleos resultantes desta análise.

Ramos-Cerqueira e Lima (2002), em artigo relativo a formação da identidade médica, cita estudos que descrevem a incidência de síndromes relacionadas à atividade médica: a síndrome da sobrecarga de trabalho, com sintomas de fadiga, irritabilidade, distúrbio do sono, dificuldade de concentração, depressão e queixas físicas (Walker, 1980; como em Ramos-Cerqueira e Lima, 2002) e a síndrome do estresse profissional, a conhecida síndrome de “*burnout*” (Freudenberg, 1975; como em Ramos-Cerqueira e Lima, 2002).

O segundo eixo de análise, das “*Repercussões físicas, cognitivas e afetivas do trabalho*”, apresenta os discursos dos participantes aglomerados em dois níveis distintos de análise. Este eixo compreende mais de 88% dos ST considerados para a análise pela CHD.

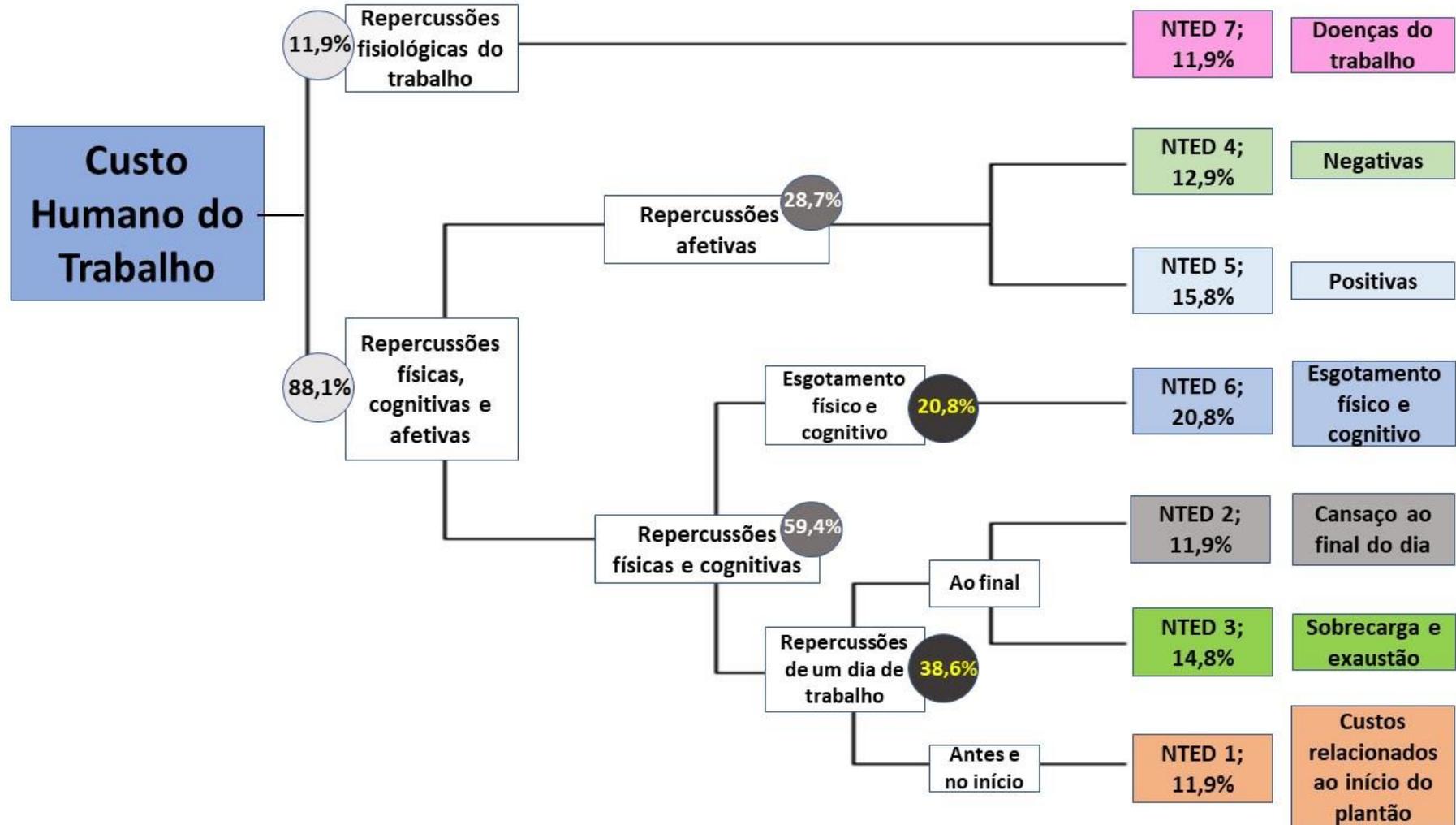
O primeiro nível, formado pelos NTED 4 e 5, apresentam evocações relativas às repercussões afetivas do trabalho na unidade pesquisa, sendo desta forma denominado de “*Repercussões afetivas*”. Esta parcela do corpus textual analisado corresponde a aproximadamente 32% dos ST que compõem o eixo das “*Repercussões físicas, cognitivas e afetivas do trabalho*”; e a 28,7% dos ST do corpus total.

O segundo nível é ainda mais ramificado, apresentando à CHD dois subníveis distintos, porém ambos versando sobre as repercussões físicas e cognitivas do trabalho, e por este motivo denominado de “*Repercussões físicas e cognitivas*”. Este subnível corresponde a aproximadamente 67,4% dos ST do eixo e a 59,4% dos ST do corpus total. O primeiro subnível apresenta os ST que versam sobre o esgotamento como resultado do trabalho executado na unidade, tanto físico como mental, representados na forma de falta de energia, adinamia, esgotamento cognitivo. Este subnível é formado apenas pelo NTED 6, sendo desta forma denominado de “*Esgotamento físico e cognitivo*”. Já o segundo subnível apresenta os discursos que remetem às manifestações físicas e cognitivas relativas ao dia de trabalho, diferindo os custos relativos ao início do dia de trabalho na unidade, àqueles que até mesmo precedem o início da atividade em si, dos custos que emergem ao final do dia de trabalho, resultantes da jornada executada. Este segundo subnível foi denominado de “*Repercussões de*

um dia de trabalho”. As evocações que versam sobre os custos “*Antes e no início*” do dia de trabalho padrão formaram o NTED 1 – “*Custos relacionados ao início do plantão*” – na CHD do corpus textual de CHT, e apresenta descrições como “chegar cansado” no trabalho e apresentar “ansiedade” antes mesmo de chegar no trabalho. Já as evocações dos custos apresentados “*Ao final*” do dia de trabalho formaram os NTED 2 e 3 – respectivamente “*Cansaço ao final do dia*” e “*Sobrecarga e exaustão*” – na CHD, com discursos que remetem ao cansaço físico do trabalho, à exaustão e à baixa de rendimento no trabalho, resultados sobrecarga e da carga de trabalho na unidade.

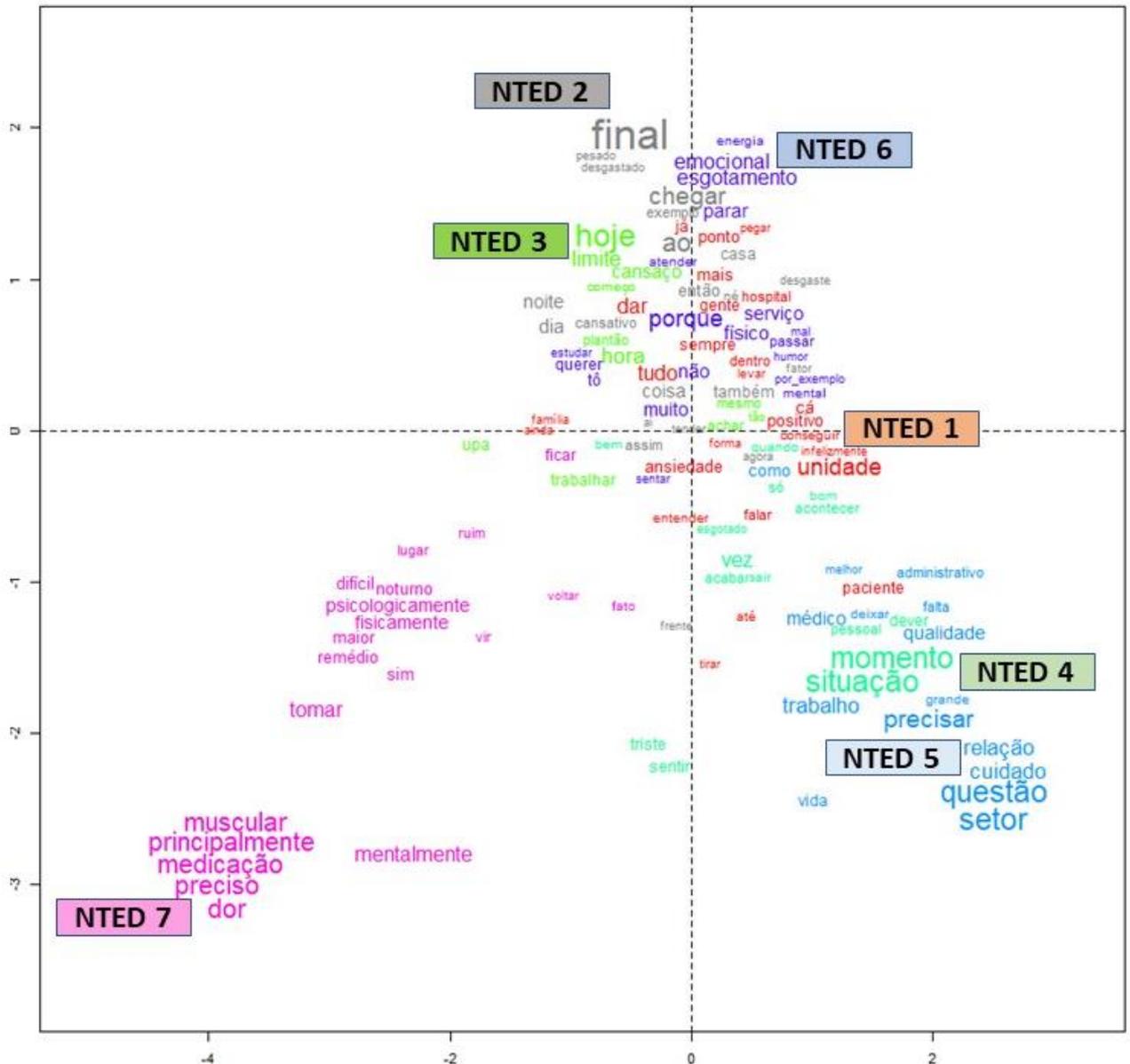
Para uma melhor compreensão do CHT para os médicos pesquisados, a seguir serão descritos cada um dos NTED que emergiram do corpus textual analisado, e os nomes designados para estes núcleos. As relações entre os eixos, níveis e subníveis constituintes da análise do CHT, explicitados no parágrafo anterior, são melhor visualizadas pelo dendograma apresentado na Figura 5 abaixo. As relações e as diferenças entre os núcleos próximos, que constituíram níveis e subníveis distintos, são explicitados quando da descrição de cada um deles. Ainda, as localizações das palavras no plano cartesiano, resultados da Análise Fatorial de Correspondência, explicitam ainda mais as relações entre os NTED, como visualizado na Figura 6.

Figura 5: Dendograma do Corpus Textual de Custo Humano do Trabalho



Fonte: O autor

Figura 6: Análise Fatorial de Correspondência das evocações sobre Custo Humano do Trabalho



Fonte: O autor

Eixo 1 – Repercussões fisiológicas do trabalho

NTED 7 – Doenças do trabalho

Este eixo é formado apenas pelo NTED 7, que recebe a denominação de “Doenças do trabalho”. O nível de retenção dos ST para este eixo foi de 11,88% ($f = 12$ ST) do corpus textual total analisado. É resultado das relações e co-ocorrências de palavras e radicais que se encontram no intervalo de $x^2 = 5,78$ (adjetivo “Ruim”) e $x^2 = 22,93$ (substantivo “Medicação”). As palavras que compõem este núcleo são: “Ruim” ($x^2 = 5,78$), “Vir” ($x^2 =$

5,78), “Lugar” ($x^2 = 5,78$), “Ficar” ($x^2 = 6,81$), “Difícil” ($x^2 = 8,86$), “Noturno” ($x^2 = 8,86$), “Remédio” ($x^2 = 8,86$), “Sim” ($x^2 = 8,86$), “Maior” ($x^2 = 8,86$), “Fisicamente” ($x^2 = 11,63$), “Psicologicamente” ($x^2 = 11,63$), “Mentalmente” ($x^2 = 15,85$), “Tomar” ($x^2 = 15,85$), “Dor” ($x^2 = 22,93$), “Muscular” ($x^2 = 22,93$), “Preciso” ($x^2 = 22,93$), “Principalmente” ($x^2 = 22,93$), “Medicação” ($x^2 = 22,93$).

Neste núcleo não emergiram diferenças estatisticamente significativas das variáveis adotadas em estudo. Os segmentos de texto típicos descrevem a percepção pelos participantes da incidência de sintomas e doenças relacionadas ao trabalho na unidade, àqueles passíveis de tratamento com medicações, remédios. Como descrito por Assunção (2003), os efeitos do trabalho sobre a saúde ainda não são claros ou dimensionados, visto a variabilidade dos sujeitos e dos contextos de trabalho. Também, esta mesma autora cita em seu artigo Teiger e Laville (1998; como em Assunção, 2003), que descrevem que nem sempre os sintomas referidos pelos trabalhadores são específicos o suficiente para classificá-los dentro de uma determinada patologia, como as descritas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Portanto as representações aqui apresentadas são reflexos das evocações dos participantes da pesquisa que relatam que o trabalho na unidade está diretamente relacionado com a incidência de dores musculares, transtornos de ansiedade e de humor, e crises de enxaqueca.

Adiante seguem alguns exemplos de falas que compõe este NTED:

“Saio daqui com uma dor muscular assim, que eu não tenho nenhum outro plantão, entendeu?” (participante 4);

“Periodicamente eu acabo tendo crise de ansiedade. Em função disso eu estou fazendo uso de ansiolítico, de medicação para ansiedade. Recentemente, tem 15 dias eu tive que voltar pro psiquiatra para poder ajustar novamente a medicação. E em função disso, acabei que eu fiquei 10 dias afastado daqui da UPA pra poder ajustar a medicação e tudo. Preciso fazer tratamento com terapia e tudo. Entendeu? E em função da minha vida como médico.” (participante 4);

“É, por exemplo: eu tenho do plantão, no outro dia eu tô com enxaqueca. É fato. É um fato, eu tô com dor na cervical, aqui de um lado, contratura muscular. Aí eu fico gastando para fazer as outras coisas. Tipo assim: eu me acabo no plantão. Entende? É fisicamente, é afetado. Oh, eu tenho que tomar remédio toda vez. Eu tenho que tomar um relaxante muscular. Coisa que eu não preciso se eu tiver no meu dia normal. Não. Então tipo assim: eu me medico muito mais para dar plantão.” (participante 9);

“Mas aí eu falei que eu não preciso, que eu tenho que me acostumar. Porque que eu vou ficar tomando remédio pra trabalhar? Pra aguentar? Não, não quero. Mas assim, é bem difícil. É bem difícil.” (participante 9);

“Eu vivia assim triste, com vontade de chorar, às vezes descontava em outras, outras pessoas que não tinham nada a ver com o problema. Às vezes tinha que tomar alguma medicação pra tentar tirar a dor, pra dormir, pra... Às vezes até chegava a usar álcool, pra dormir, pra relaxar um pouco.” (participante 13).

Eixo 2 – *Repercussões físicas, cognitivas e afetivas*

Este segundo eixo apresenta discursos que concernem às características epistemológicas do CHT, com evocações que remetem às exigências físicas, cognitivas e afetivas para a realização do trabalho na unidade pesquisada. Difere do primeiro eixo porque enquanto esse relata as repercussões no sentido patológico e que necessitam de tratamento medicamentoso, este eixo versa mais sobre os sinais, os sintomas e os sentimentos vivenciados pelos médicos com relação às exigências do trabalho na unidade. É o eixo mais *robusto* da análise, contemplando todos os seis NTED restantes, com ramificações em níveis e subníveis. É formado pela retenção de aproximadamente 88,1% dos ST do corpus total analisado.

A importância deste eixo na análise, e talvez o maior grau de retenção dos discursos analisados, sejam decorrentes das queixas que estes participantes referem em relação à execução de suas atividades, não guardando especificidade suficiente para a classificação dentro de uma patologia ou síndrome em específico. Ou seja, são queixas que, isoladas, não podem ser descritas como sinais e sintomas de doenças. Cabe ressaltar que sinais e sintomas não são termos sinônimos: enquanto sinais são manifestações que podem ser perceptíveis por outro indivíduo na observação direta, os sintomas são queixas relatadas, que sem a descrição do indivíduo, não podem ser percebidas por outros.

Resgatando ainda a referência de Assunção (2003), esse eixo de análise guarda coerência com a literatura acerca das relações entre o trabalho e o processo saúde-doença, pois segundo esta autora, que considera o conceito de saúde para além da dimensão da ausência de doenças, as repercussões sociais, econômicas e psicológicas interferem neste processo. Essa concepção de saúde dificulta à muitos estudiosos da linha de trabalho e saúde fazerem conexões diretas entre as queixas e a incidência de doenças em específico. A descrição pelos participantes, mesmo que em pequena parcela, no eixo anteriormente descrito, pode ter sido resultado da experiência clínica – o fato de serem médicos – somado a inserção no contexto de trabalho ‘adoecedor’; ou mesmo pode ser resultante de uma inferência incorreta por estes participantes, pois talvez tenham desconsiderado outros fatores na gênese das comorbidades descritas.

Esta percepção – de que talvez o diagnóstico realizado pelos participantes no eixo anterior seja decorrente da profissão destes – não constitui crítica àqueles que estudam o

assunto, pois mesmo na literatura são descritos os limites dos estudos epidemiológicos e da medicina do trabalho quando estes procuram estabelecernexo-causal entre sintoma e doença, reconhecendo que mesmo quando se sabe que determinado fator pode ser considerado de risco para o desenvolvimento de particular patologia, um indivíduo exposto não necessariamente irá desenvolver/manifestar o sintoma ou doença, visto a variabilidade dos sujeitos.

Portanto, os resultados aqui descritos são apenas as manifestações e queixas destes participantes com relação a execução de suas atividades na unidade pesquisada, e que podem de sobremaneira contribuir para o melhor entendimento do processo saúde-doença, mas não objetiva ‘bater o martelo’ para esta relação com as doenças citadas no eixo anterior.

Primeiro nível – *Repercussões afetivas*

Representando aproximadamente 32,6% dos discursos considerados para a formação do eixo, este primeiro nível é formado pelos NTED 4 e 5, apresentando evocações relativas aos afetos vivenciados enquanto da realização do trabalho na unidade. São descritos pelos participantes tanto os estados de humor deprimido, tristeza, labilidade emocional – representado principalmente por estados/momentos de agressividade, como alguns afetos relativos à satisfação e à gratificação do trabalho realizado, com descrições de “sair bem”, “feliz” com o trabalho realizado apesar das adversidades.

Apesar de representativo, a relativa menor importância com relação aos afetos vivenciados pelos participantes talvez decorra da dificuldade destes, e de todos os indivíduos, de manifestar, expressar ou reconhecer as emoções (Domingues, 2001).

O NTED 4 e o NTED 5 apresentam, cada, as evocações predominantes de um dos participantes da pesquisa; porém o NTED 5 ainda elenca que os discursos dos participantes do sexo masculino ($x^2 = 9,35$; 14 ST) e com tempo de formação entre 36 a 72 meses ($x^2 = 8,84$; 15 ST) foram mais significativos para a formação deste núcleo. Diferem entre si porque enquanto um apresenta a descrição de afetos predominantemente negativos, o outro tem representações de afetos positivos.

A descrição dos afetos positivos serem predominantemente resultados das evocações dos participantes do sexo masculino pode ser discutida pela perspectiva da distinção de gênero com relação ao (auto)cuidado. Historicamente, o cuidado com a saúde e a vida teve

como foco as mulheres e as crianças, determinando o estereótipo de ‘sexo frágil’ às mulheres, que requerem mais cuidado, e de ‘sexo forte’ aos homens. Barata (2009) refere que em estudos sobre a percepção de saúde, as mulheres são as que relatam pior avaliação do próprio estado de saúde, ou seja, avaliações negativas. Segundo Botton, Cúnico e Strey (2017), as diferenças de gênero decorrem da trajetória histórica e cultura da formação sobre os modos de viver e de se cuidar, uma vez que a orientação para o cuidado de si e dos outros não faz parte da socialização dos homens. Por isso, pode-se depreender que as percepções sobre o cuidado com o outro podem ter conteúdo mais positivo para os homens, uma vez que a preocupação com o cuidado é histórica e culturalmente mais relacionada às mulheres. Contudo, para a pesquisa realizada, o núcleo relativo aos afetos negativos não mostrou nível estatístico de significância para as evocações das participantes do sexo feminino. Tal resultado provavelmente esteja relacionado ao número de sujeitos entrevistados.

A seguir são apresentadas as descrições estatísticas dos núcleos que fazem parte deste primeiro nível do segundo eixo de CHT, assim como as palavras e radicais que os compõem, e alguns exemplos de falas típicas.

NTED 4 - Negativas

Esta NTED corresponde a 12,87% (f = 13 ST) do corpus textual de CHT, apresentando as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,26$ (advérbio “Quando”) e $x^2 = 28,19$ (substantivo “Situação”). São palavras e radicais com nível estatístico de significância as seguintes: “Quando” ($x^2 = 4,26$), “Acabar” ($x^2 = 5,08$), “Pessoal” ($x^2 = 5,12$), “Acontecer” ($x^2 = 6,03$), “Só” ($x^2 = 6,03$), “Também” ($x^2 = 6,58$), “Sentir” ($x^2 = 7,84$), “Dever” ($x^2 = 7,84$); “Triste” ($x^2 = 7,98$); “Vez” ($x^2 = 15,04$); “Momento” ($x^2 = 28,19$), “Situação” ($x^2 = 28,19$). Algumas falas representativas deste núcleo seguem abaixo:

“O que acaba que às vezes eu fico um pouco desproporcional com as outras pessoas. Eu acabo que às vezes agrido verbalmente alguém que não deveria ser naquele momento, se eu tivesse numa situação que eu tivesse saindo de um plantão daqui, não teria acontecido isso.” (participante 4);

“Às vezes quando você perde um paciente que você acha que poderia ter dado um pouco mais, você fica se perguntando se faltou alguma coisa e tudo, e isso acaba me deixando assim bem chateado e triste em relação à essa situação.” (participante 4);

NTED 5 - Positivas

Este NTED contém a retenção de 21,05% (f = 16 ST) dos segmentos de texto que emergiram da análise do corpus total de CHT. As palavras e radicais que o compõem estão no intervalo de $x^2 = 3,91$ (adjetivo “Inteiro”) e $x^2 = 12,78$ (substantivo “Hora”). As palavras que

compõem o núcleo são: “Inteiro” ($x^2 = 3,91$), “Já” ($x^2 = 3,91$), “Ficar” ($x^2 = 4,21$), “Não” ($x^2 = 6,84$), “Momento” ($x^2 = 8,15$), “Almoço” ($x^2 = 11,71$), “Hora” ($x^2 = 12,78$). As evocações típicas deste núcleo são:

“Se eu tiver um bem-estar no trabalho eu mantenho um humor bom, até o fim. E não é qualquer coisa que tira meu humor... precisa ser forte...” (participante 1);

“Porque, como eu falei anteriormente, é um trabalho que é um trabalho que tem um retorno assim, você vê ali o paciente melhorando na sua frente, você vê o paciente que tava ali em parada cardíaca que retorna, o paciente que tava em edema agudo de pulmão que volta a respirar bem, o paciente com falta de ar que deixa de ficar com falta de ar, um paciente que se ver melhorar objetivamente na sua frente ali. É um paciente que é um paciente que precisa de cuidados. Você vê que é um paciente que precisa de um atendimento médico de qualidade, e às vezes consegue, mesmo com todas as limitações, a gente consegue fazer um atendimento, que poderia ser um pouco melhor, mas que a gente consegue fazer. Isso dá uma satisfação pra gente.” (participante 4).

Segundo nível – *Repercussões físicas e cognitivas*

Este segundo nível de análise do segundo eixo, referente às repercussões físicas, cognitivas e afetivas, apresenta as evocações relativas apenas às “*Repercussões físicas e cognitivas*”, e por este motivo leva este nome destacado em grifo (itálico). É formado por quatro NTED distintos – 1, 2, 3 e 6, com a retenção de aproximadamente 59,4% dos ST considerados do corpus total analisado. Comparativamente ao eixo do qual faz parte, corresponde a quase 70% dos ST que o compõem. Como discutido anteriormente, provavelmente este maior grau de ‘importância’ decorra das dificuldades em expressar afetos pelos participantes da pesquisa.

Este nível de análise é distribuído em dois subníveis distintos. Um subnível contendo representações relativas ao sentimento de esgotamento físico e cognitivo causado pelo trabalho, composto pelo NTED 6, e por este motivo levando o nome de “*Esgotamento físico e cognitivo*”; e o outro subnível com representações dos participantes relativos às repercussões físicas e cognitivas resultantes de um dia de trabalho na unidade que, para a análise qualitativa, foi considerado apenas como um plantão na unidade, desconsiderando o turno realizado e a quantidade de horas relacionada ao plantão – o plantão diurno pode ser de seis horas, tanto manhã (07:00 – 13:00) ou tarde (13:00 – 19:00), ou de 12 horas; e o plantão noturno pode ser de seis horas, das 19:00 às 01:00, ou de 12 horas. Este subnível apresenta discursos relativos às repercussões ao final do plantão na unidade e relativos às repercussões sentidas tanto antes como no início do plantão. No dendograma apresentado na Figura 5 fica

mais inteligível a compreensão do apresentado a seguir, onde este subnível recebeu o nome de “*Repercussões de um dia de trabalho*”.

As repercussões físicas e cognitivas descritas ao início e antes do início do plantão são resultantes das evocações dos participantes acerca dos CHT, que na CHD foi estruturado como um núcleo distinto, o NTED 1; e por este motivo é denominado de “*Custos relacionados ao início do plantão*”. Já as repercussões relativas ao final do plantão apresentam discursos que organizam dois núcleos distintos, os NTED 2 e 3. O NTED 2 apresenta evocações que remetem ao sentimento de cansaço ao final do plantão na unidade, recebendo o nome de “*Cansaço ao final do dia*”. O NTED 3 apresenta discursos que remetem aos sentimentos de exaustão e sobrecarga, relacionando-os com a carga de trabalho e resultando em baixa de rendimento no trabalho, denominado aqui de “*Sobrecarga e exaustão*”.

As descrições estatísticas deste segundo nível do segundo eixo de CHT, os subníveis que o compõem, e os núcleos que os caracterizam, são descritos a seguir, contemplados com alguns exemplos de falas típicas.

Primeiro subnível – *Esgotamento físico e cognitivo*

NTED 6 – *Esgotamento físico e cognitivo*

Este subnível, como descrito anteriormente, é formado apenas pelo NTED 6, e leva o mesmo nome citado. Corresponde a 20,79% (f = 21 ST) do corpus textual de CHT, apresentando as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,95$ (substantivo “Energia”) e $x^2 = 19,46$ (advérbio “Porque”). As palavras e radicais com nível estatístico de significância que a compõem são: “Energia” ($x^2 = 3,95$), “Passar” ($x^2 = 4,91$), “Estar” ($x^2 = 7,43$), “Querer” ($x^2 = 7,43$), “Muito” ($x^2 = 10,87$), “Serviço” ($x^2 = 11,2$), “Não” ($x^2 = 11,75$), “Parar” ($x^2 = 11,78$); “Físico” ($x^2 = 12,83$); “Emocional” ($x^2 = 15,15$); “Esgotamento” ($x^2 = 15,15$), “Porque” ($x^2 = 19,43$).

Este núcleo apresenta evocações predominantes de uma participante em específico, e dos participantes com menor tempo de graduação (até 36 meses). Isto permite inferir que, para esta variável dos participantes – menor tempo de graduação, talvez possa influenciar nessas representações de esgotamento, e que aqueles com mais tempo de ‘lida’ como profissionais médicos tenham mais aparatos ou artifícios para contornar este esgotamento.

Abaixo algumas falas representantes deste núcleo:

“Bom, esgotamento físico e mental sem dúvida né? Eu acho que é impossível você não sair esgotado. Porque nós somos muito expostos aqui. A nossa média de atendimento aqui, especialmente durante o dia, a gente mexe, a gente atende muitas pessoas, convive com muitas pessoas, muitos problemas dos mais simples aos mais complexos. É impossível não causar um esgotamento emocional e físico.” (participante 5);

“Eu simplesmente tô muito cansada e quero descansar. Físico, emocional. Porque você tem que, infelizmente, você tem que ver as pessoas né... você tem que conviver com morte, por exemplo.” (participante 6);

“Ah, é um esgotamento. Físico, mental. Assim, é muito desgastante. Em outros trabalhos, em outros serviços não desgasta tanto como aqui. Assim, a gente fica muito sobrecarregado.” (participante 10).

Segundo subnível – Repercussões de um dia de trabalho

Este subnível de análise, componente do eixo de repercussões físicas, cognitivas e afetivas, no nível das repercussões físicas e cognitivas, apresenta retenção de cerca de 38,6% dos ST analisados. Estes segmentos se dividem nas repercussões relativas ao final e ao início de um dia de trabalho, sendo que ao final de um dia de trabalho as evocações relativas foram suficientes para a formação de núcleos que são distintos, porém complementares (NTED 2 e 3). O NTED 1, o núcleo restante, apresenta discursos relativos às repercussões físicas e cognitivas que ocorrem antes e ao início de um dia de trabalho na unidade.

Mais uma vez, a leitura deste texto acompanhado da visualização da Figura 5 facilita a compreensão dos resultados apresentados.

NTED 1 – Custos relacionados ao início do plantão

Com retenção de 11,88% ($f = 12$ ST) dos segmentos de texto que emergiram da análise do corpus total de CHT, este núcleo apresenta as evocações das repercussões físicas e cognitivas de um dia de trabalho, **manifestas tanto antes como logo ao início do plantão**. As palavras e radicais que o compõem estão no intervalo de $x^2 = 3,97$ (advérbio “Até”) e $x^2 = 18,29$ (substantivo “Unidade”). As evocações são predominantes de dois participantes da pesquisa, e daqueles que não possuem nenhum tipo de especialização após a graduação (12 ST; $x^2 = 8,57$). Uma inferência possível é que, para estes profissionais menos capacitados, o exercício da atividade médica em condições precárias gera maior custo cognitivo para a resolução de problemas do que para aqueles com a devida capacitação. Barros (2015) cita estudos em que a necessidade de se manterem constantemente atualizados é elemento, dentre

vários outros, indicativo da presença de pressão para a execução do trabalho médico – (Swanson; Power; Simpson, 1998; Comber et al., 2002; como citado em Barros, 2015).

As palavras que compõem o núcleo são: “Até” ($x^2 = 3,97$), “Falar” ($x^2 = 4,34$), “Dentro” ($x^2 = 5,78$), “Hospital” ($x^2 = 5,78$), “Sempre” ($x^2 = 6,89$), “Vez” ($x^2 = 7,05$), “Já” ($x^2 = 7,07$), “Chegar” ($x^2 = 7,07$), “Paciente” ($x^2 = 7,07$), “Gente” ($x^2 = 7,7$), “Ansiedade” ($x^2 = 8,85$), “Aqui” ($x^2 = 8,86$), “Positivo” ($x^2 = 8,86$), “Ponto” ($x^2 = 8,86$), “Mais” ($x^2 = 8,91$), “Dar” ($x^2 = 14,9$), “Tudo” ($x^2 = 14,9$) e “Unidade” ($x^2 = 18,29$). As evocações típicas deste núcleo são:

“E tudo isso acaba me dando muita apreensão e muita ansiedade. E mais importante de tudo é, que eu fico louco pra tirar férias.” (participante 4);

“A gente chega com uma estafa mesmo, mental e física. Sim, é... algumas vezes, eu já pensei assim, de estar desenvolvendo algum transtorno de ansiedade. Mais por essa cobrança mesmo. Né? Assim: eu noto que é diferente. A pessoa assim que ela chega no começo do plantão, ela tá com o humor mais leve. Ao final a gente já tá mais... não é a mesma coisa. A gente já tá com um desgaste emocional maior. E aí isso realmente interfere.” (participante 10);

“Aí eu sempre digo pro pessoal: gente, eu já chego cansado aqui. Porque é a estrada, o sol, e tudo.” (participante 11).

NTED 2 – Cansaço ao final do dia

Apresentando retenção de 11,88% ($f = 12$ ST) tal qual o NTED anterior, este núcleo apresenta os segmentos que estão relacionados às repercussões físicas e cognitivas de um dia de trabalho, **manifestas ao final do dia de trabalho**, com a descrição de que ao final da jornada de trabalho o sentimento é de cansaço extremo. As evocações predominantes foram de dois participantes da pesquisa. Com relação às variáveis adotadas, os participantes com maior tempo desde a graduação são os mais representativos deste núcleo (6 ST; $x^2 = 7,05$). Burbeck, Coomber, Robinson e Todd (2002; como citado em CFM, 2007) descrevem em seus estudos que existem indícios claros que a profissão médica em si é estafante.

As palavras e radicais que fazem parte deste núcleo estão no intervalo de $x^2 = 4,32$ (advérbio “Tudo”) e $x^2 = 47,31$ (substantivo “Final”). As palavras com nível de significância são: “Tudo” ($x^2 = 4,32$), “Cansado” ($x^2 = 5,08$), “Plantão” ($x^2 = 5,29$), “Cansativo” ($x^2 = 5,78$), “Exemplo” ($x^2 = 5,78$), “Assim” ($x^2 = 6,16$), “Casa” ($x^2 = 6,89$), “Também” ($x^2 = 7,34$), “Então” ($x^2 = 9,79$), “Coisa” ($x^2 = 10,7$), “Noite” ($x^2 = 11,63$), “Dia” ($x^2 = 13,94$), “Chegar” ($x^2 = 21,46$), “Ao” ($x^2 = 23,31$), e “Final” ($x^2 = 47,31$). Os segmentos típicos deste núcleo são:

“Então isso tudo é, pra mim assim, é energia. E vem pra gente. Então no final do dia, você tá pesado, pesado, esgotado, cansado.” (participante 6);

“Então no final do plantão, a coisa boa que tem é: chegou o final, vou embora. Sendo bem sincera. É assim, mas o cansaço, esgotamento, ele é evidente.” (participante 6);

“Assim: eu noto que é diferente. A pessoa assim que ela chega no começo do plantão, ela tá com o humor mais leve. Ao final a gente já tá mais... não é a mesma coisa. A gente já tá com um desgaste emocional maior.” (participante 10);

“Mas a parte mental vai sendo desgastada e dilapidada ao longo do dia também, que é aquele cansaço que quando você chega o final do plantão você: ufa, sobrevivi.” (participante 11);

“É você tentar fazer pelo paciente, não conseguir resolver ou resolver parcialmente, e parece que no final do dia você enxugou gelo. Porque você fez, fez, fez, fez, mas se no final do dia, será que eu deixei do jeito que eu queria? Que... deixar? Então tem isso. Que é, é cansativo. Sempre no final do plantão você se sente cansado. É, vai somando as coisas ao longo do dia. Né?” (participante 11).

NTED 3 – Sobrecarga e exaustão

Este núcleo, junto com o anterior, apresenta discursos relativos às repercussões físicas e cognitivas decorrentes de um dia de trabalho na unidade também **manifestas ao final do dia de trabalho**. Porém, difere do núcleo anterior por apresentar evocações acerca da sobrecarga e da exaustão causadas pelo trabalho na unidade, reflexos da carga de trabalho acumulada e que repercutem no rendimento profissional. É formado por 14,85% dos ST analisados ($f = 15$ ST), com palavras compreendidas no intervalo de $x^2 = 4,07$ (substantivo “Começo”) e $x^2 = 30,16$ (advérbio “Hoje”). Os discursos predominantes vêm das entrevistas dos participantes 1, 3 e 12 da amostra. Ainda, sobressaem as evocações dos participantes com maior tempo desde a graduação (8 ST; $x^2 = 11,83$) e dos com maior idade da amostra – acima de 36 anos (5 ST; $x^2 = 9,14$).

Os dados levantados de certa forma contradizem os levantamentos de Machado et al sobre o perfil dos médicos no Brasil (1996, 1997; como citado em Silva, 2001), os quais afirmam que, com relação à faixa etária, os médicos mais jovens são aqueles que apresentam um maior desgaste. Há de se considerar que este estudo descreve desgaste de forma geral, não explicitando a forma como o é apresentado, assim como se faz neste e em outros tópicos deste documento.

As palavras constituintes deste núcleo são: “Começo” ($x^2 = 4,07$), “Lugar” ($x^2 = 4,07$), “Já” ($x^2 = 4,52$), “Mais” ($x^2 = 4,71$), “Mesmo” ($x^2 = 4,76$), “Achar” ($x^2 = 5,18$), “Não” ($x^2 = 5,35$), “Plantão” ($x^2 = 5,92$), “UPA” ($x^2 = 6,56$), “Trabalhar” ($x^2 = 7,71$), “Cansaço” ($x^2 = 10,64$), “Limite” ($x^2 = 17,73$), “Hora” ($x^2 = 17,89$), e “Hoje” ($x^2 = 30,16$).

Os segmentos típicos deste núcleo são:

“Então assim... você trabalha 12 horas, vamos concordar que é 4 horas a mais, é um terço a mais do que qualquer outra pessoa faz em qualquer outro lugar... entendeu? Então a gente faz um terço a mais do que qualquer outro... todo mundo trabalha 8 horas. A gente trabalha 12 horas. Então assim, é normal você ter um cansaço físico. Não é... a gente anda, a gente atende.” (participante 1);

“Eu acho que já não consigo mais render igual rendia no começo do plantão né? Que eu acho assim, 12 horas é o limite máximo de um plantão. Não sei como alguém consegue fazer 18. Te juro. E nem 24, e nem 36. Então pra mim 12 horas é o limite de plantão.” (participante 3);

“Fisicamente porque eu acho que a gente trabalha além do limite. Entende? No lugar que era pra ter muito mais gente, você trabalha... por exemplo: no plantão de hoje você vai trabalhar 2 pessoas, no lugar que precisava de mais. Então você tá desgastado fisicamente porque você atendeu muita gente.” (participante 9);

“É sempre cansado. É sempre. Não tem nenhum plantão que você diga assim: não, hoje foi leve, foi tranquilo. Claro que tem uns que são mais puxados que os outros, mas é sempre cansativo. Por conta desse desgaste, porque é... às vezes você tá lá naquela correria tentando, tentando, tentando fazer pelo paciente. Eu acho que é o que mais desgasta.” (participante 11).

4.3 Estratégias de Mediação Individual e Coletivas

O corpus textual referente às Estratégias de Mediação Individual e Coletivas (EMIC) foi elaborado com as respostas dos participantes à pergunta abaixo:

“O que você faz para lidar com esse custo humano proveniente de seu trabalho como médico na [Unidade]?”.

O corpus textual referente às EMIC é formado pelos treze trechos das entrevistas dos participantes quando da resposta à pergunta acima. Esse corpus foi separado em 106 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 74 STs (69,81%). De todas as análises realizadas nesta pesquisa, este corpus é o que apresentou o menor grau de retenção, o que pode ser resultado de um preparo inadequado do corpus textual. Contudo foi considerado para a análise, uma vez que os pesquisadores que utilizam como ferramenta o *software IRaMuTeQ* descrevem que o grau de retenção mínimo aceitável é de 70%. Como o resultado foi muito próximo, e analisando os núcleos que emergiram desta análise e a pertinência com a pesquisa, optou-se por manter este corpus na descrição e discussão dos resultados.

Posto isto, da análise estatística textual e da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) emergiram 3582 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 847 palavras distintas e 464 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco

núcleos distintos (NTED): NTED 1 com 13 ST (17,57%); NTED 2 com 16 ST (21,62%); NTED 3 com 18 ST (24,32%); NTED 4 com 12 ST (16,22%); e NTED 5 com 15 ST (20,27%).

As Estratégias de Mediação Individual e Coletivas (EMIC), conforme descreve Ferreira (2017), expressam os modos de pensar, agir e sentir dos trabalhadores nas situações vivenciadas no trabalho, objetivando responder às contradições que caracterizam e impactam nos custos humanos do trabalho de forma a prevenir o mal-estar no trabalho e instaurar, em contrapartida, o bem-estar no trabalho.

Os modos operatórios que os participantes desta pesquisa descrevem para lidar com os CHT apresentados anteriormente, de acordo com a classificação hierárquica descendente do corpus textual em análise, são de dois tipos: um relativo às estratégias em si, distintas, que serão discutidas adiante; e outro relativo ao apoio, no sentido de que, para lidar com estes custos na unidade pesquisada, é importante ter apoio das mais diversas formas (dos pares, da equipe, psicológico e profissional).

Os discursos relativos à importância do apoio para estes profissionais assumem o sentido de amparo, suporte, ajuda e auxílio. Estes estão concentrados em um núcleo isolado da análise, o NTED 3, que apresenta semântica suficientemente distinta para o afastar dos demais núcleos que emergiram do corpus textual, todos estes referentes às estratégias lançadas pelos trabalhadores. No dendograma resultado desta análise (Figura 7), o NTED 3 compõe um eixo explicativo isolado, com retenção de 24,32% dos ST ($f = 18$ ST). Este eixo foi denominado de “*Apoio*”, e o mesmo nome foi adotado para o núcleo que o compõe.

O segundo eixo apresenta os discursos relativos às estratégias, aos modos de agir, pensar e sentir destes trabalhadores frente aos custos do trabalho na unidade. Este eixo contempla todos os demais núcleos que emergiram da análise, correspondendo à 75,7% dos ST aproveitados no corpus. As estratégias, segundo os participantes, são descritas em dois momentos distintos: àquelas realizadas durante o trabalho na unidade; e àquelas que ocorrem fora do trabalho. Com relação às estratégias utilizadas enquanto trabalho, os discursos relativos à estas se organizam em um núcleo apenas, o NTED 5, representativos de 20,3% ($f = 15$ ST) dos ST do corpus total e pouco mais de um quarto das evocações relativas apenas às estratégias (26,8% aproximadamente). Este núcleo graças ao conteúdo recebe o nome de “*Religiosidade e ressignificação do trabalho*”. Já as estratégias referidas fora do trabalho são resultados dos aproximados três quartos restantes dos ST deste eixo (73,2%

aproximadamente). Em relação ao corpus total, corresponde a 55,4% dos ST.

Comparativamente às demais evocações, pode-se inferir que, para os participantes, as estratégias que estes utilizam fora do trabalho são as mais importantes e/ou efetivas para lidar com os custos do trabalho na unidade e para a promoção de bem-estar, visto a predominância deste tipo de estratégias no corpus total analisado – mais de 50% dos ST aproveitados.

É importante ressaltar a relevância deste levantamento, da predominância das estratégias de mediação fora do ambiente de trabalho. Os estudos clássicos sobre QVT sob a perspectiva da ergonomia da atividade, especialmente àqueles conduzidos pelo Grupo de Estudos e Pesquisas Aplicadas ao Setor Público (ErgoPublic), descrevem as EMIC que concorrem para lidar com as situações de trabalho que constroem ao indivíduo, àquelas lançadas no momento da experiência destas situações. Assim, os resultados aqui apresentados contradizem as descrições de estudos anteriores. Deve-se destacar o contexto distinto de trabalho, o que talvez justifique este resultado, uma vez que nos contextos descritos por este grupo – ErgoPublic – predominam as tarefas administrativas, burocráticas. O contexto de trabalho de uma emergência médica pública é distinto, uma vez que os processos burocráticos e administrativos também fazem parte da execução das tarefas, mas a atividade dos profissionais de saúde envolve ainda a lida com os afetos dos usuários, influenciando nos seus próprios afetos, e talvez limitando a identificação ou mesmo a eficácia das estratégias dentro do trabalho. Esta constatação é reforçada quando se analisa as descrições dos participantes desta pesquisa sobre as estratégias fora do trabalho, todas relatando ações que são alheias às situações de trabalho.

Para facilitar a compreensão, e a fim de titular os tópicos descritos a seguir, estas estratégias “*dentro*” e “*fora*” do trabalho são consideradas como dois níveis distintos dentro do eixo das estratégias. Mais uma vez, a leitura e o acompanhamento do dendograma da Figura 7 em paralelo facilita a compreensão do discutido nesta dissertação.

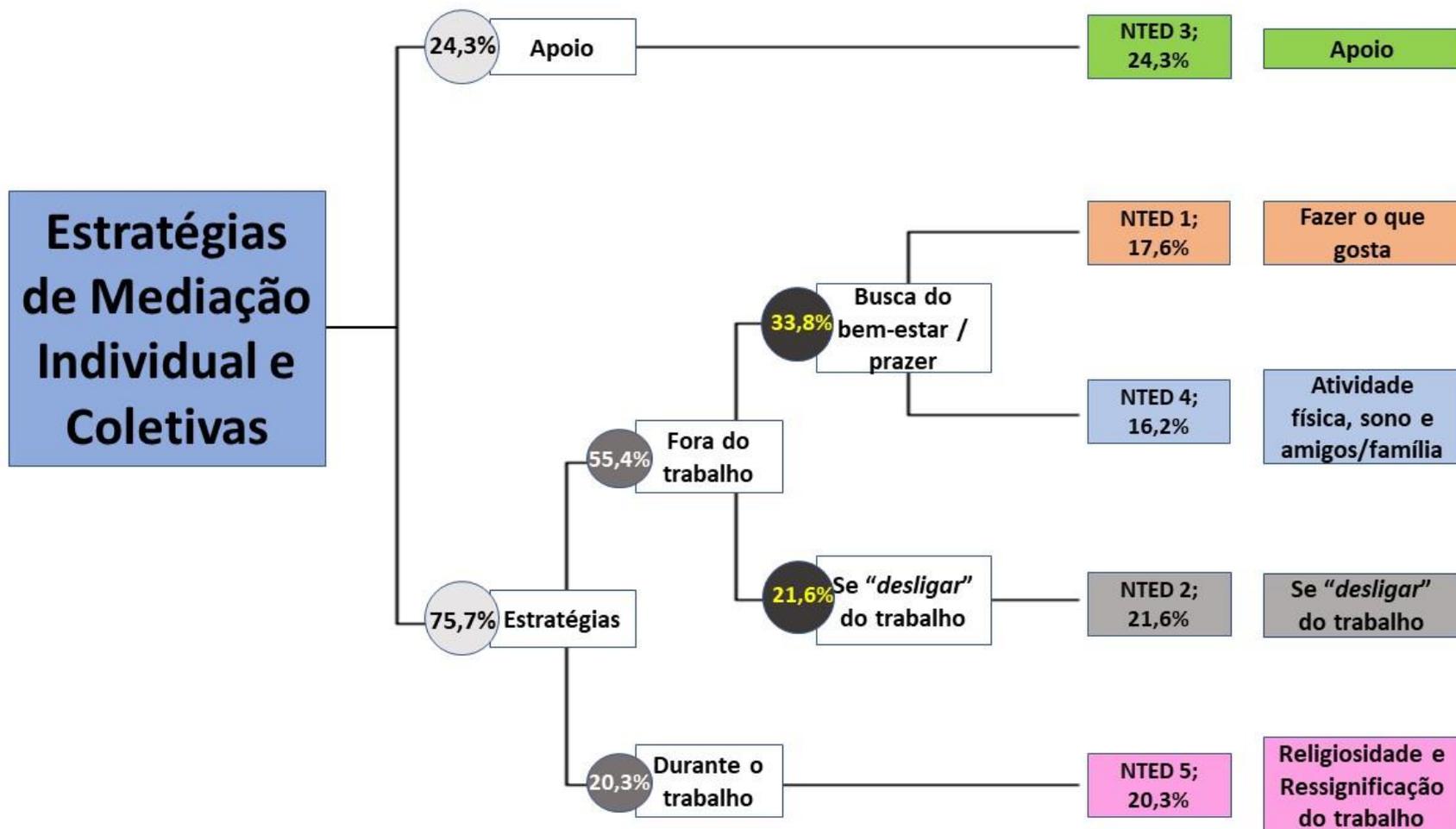
Das estratégias fora do trabalho, estas são, segundo os participantes, de dois tipos. Uma delas relacionado a ações e atividades que objetivam o completo ‘desligamento’ do trabalho executado, como férias, exercícios físicos com vistas a esquecer e espairer dos problemas relativos ao trabalho na unidade, pausas durante a jornada. Deve-se salientar que, apesar de descrito como estratégias fora do trabalho, essas pausas descritas anteriormente são no sentido de que, durante a jornada de trabalho, é importante fazer pausas para ‘parar’, para ‘dar umas voltas’, e desta forma mesmo o corpo físico estando dentro da unidade, no contexto de trabalho, a ‘cabeça’, a mente, por assim dizer, está localizada fora dos limites territoriais da

unidade. Este subnível das estratégias fora do trabalho recebe o nome de “*Se “desligar” do trabalho*”, e apresenta evocações que formam um núcleo de análise, o NTED 2, com 21,6% dos ST analisados, e que recebe assim o mesmo nome.

O outro tipo de estratégias fora do trabalho remete a ações e atividades que buscam o bem-estar e o prazer para estes profissionais. São descritos o ‘fazer o que gosta’, a realização de atividade física, a restauração/preservação do sono, o convívio com familiares e amigos. Esses discursos se organizam em dois núcleos distintos e complementares, os NTED 1 e 4. Diferem entre si porque enquanto um fala de ações e atividades em específico – o NTED 4; o outro remete apenas a ‘fazer o que gosta’, sem discriminar o que seria isso – NTED 1. O NTED 4 recebe o nome das atividades e ações que o compõem: “*Atividade física, sono e amigos/família*”. O NTED 1 é o núcleo que recebe o nome “*Fazer o que gosta*”.

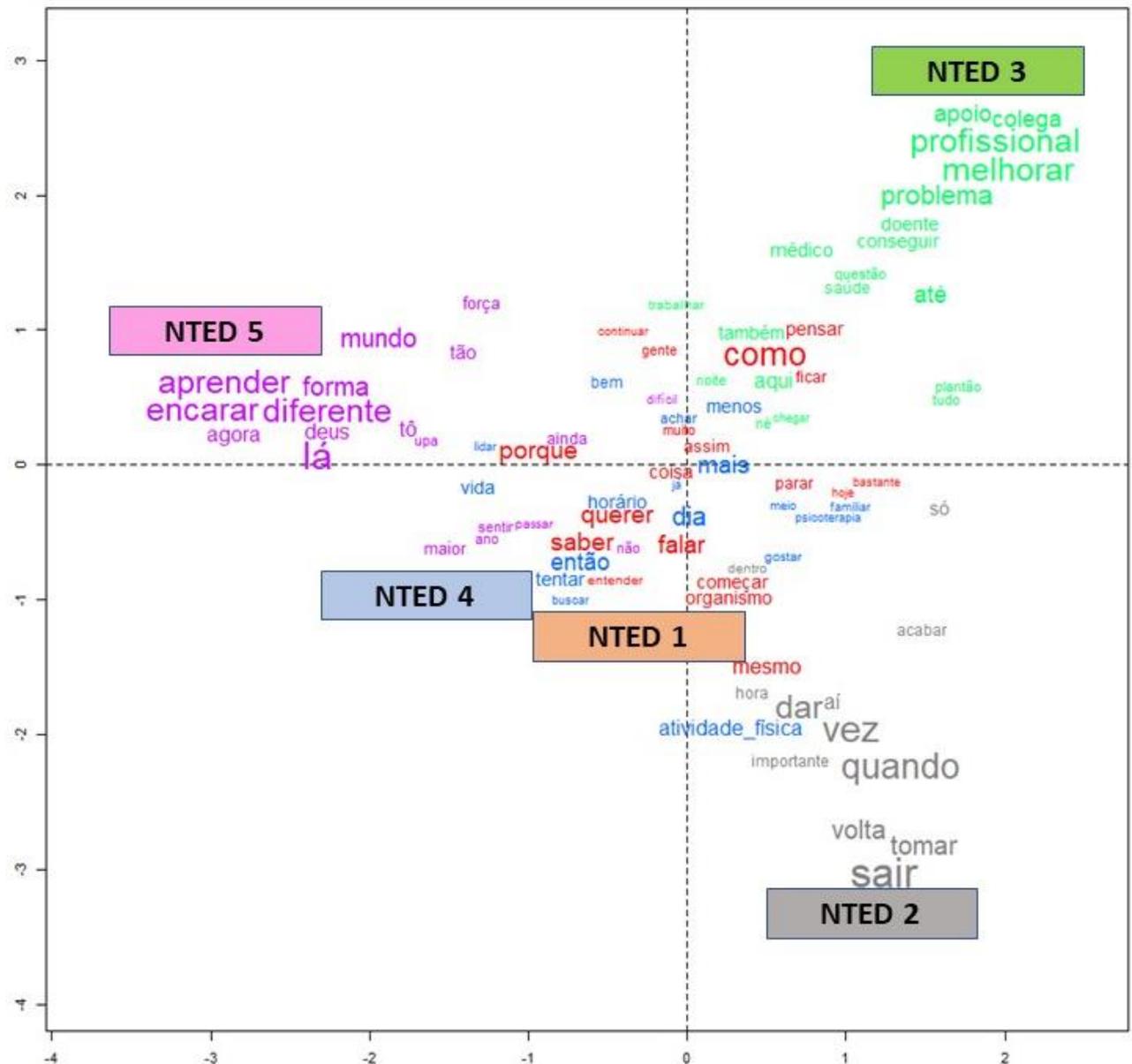
A Análise Fatorial de Correspondência (AFC) evidencia as correlações entre as palavras que compõem os núcleos, pois o resultado gráfico das representações dos participantes (Figura 8) mostra as aproximações e os afastamentos que cada uma das palavras dos núcleos apresenta entre si. Portanto, é de fácil interpretação a visualização do plano cartesiano apresentado, onde as palavras significativas do NTED 3 se distanciam consideravelmente das demais componentes dos outros núcleos; onde percebe-se a intrincada relação entre as palavras dos NTED 1, 4 e 2 e o distanciamento destas em relação ao NTED 5.

Figura 7: Dendograma do Corpus Textual das Estratégias de Mediação Individual e Coletivas



Fonte: O autor

Figura 8: Análise Fatorial de Correspondência das evocações sobre Estratégias de Mediação Individual e Coletivas



Fonte: O autor

Eixo 1 – Apoio

NTED 3 – Apoio

Formado apenas pelo NTED 3, este eixo/núcleo apresenta nível de retenção dos ST de 24,32% ($f = 18$ ST), com discursos relativos à necessidade de apoio das mais diversas formas para lidar com os custos humanos provenientes do trabalho na unidade. Percentualmente é o

núcleo mais robusto da análise, com quase um quarto dos ST considerados para análise do corpus textual das EMIC. Este dado permite inferir que, para os entrevistados, ter apoio familiar, dos colegas de trabalho, dos amigos e o apoio profissional, dentre todas as estratégias citadas e que serão descritas adiante, talvez seja a mais importante.

Este eixo/núcleo é distinto dos demais porque não pode ser caracterizado como uma estratégia que os médicos da unidade tomam como forma de lidar com os constrangimentos oriundos do trabalho na unidade. O sentido de apoio que é mencionado é daquele vindo externamente, sem necessariamente a procura do indivíduo que é apoiado.

As palavras e radicais que compõe este núcleo estão no intervalo de $x^2 = 4,14$ (adjetivo “Só”) e $x^2 = 16,68$ (substantivo “Profissional”). As palavras consideradas para este núcleo são: “Só” ($x^2 = 4,14$), “Também” ($x^2 = 5,1$), “Doente” ($x^2 = 5,9$), “Conseguir” ($x^2 = 5,9$), “Médico” ($x^2 = 6,36$), “Aqui” ($x^2 = 7,37$), “Até” ($x^2 = 9,32$), “Apoio” ($x^2 = 9,73$), “Colega” ($x^2 = 9,73$), “Problema” ($x^2 = 12,35$), e “Melhorar” ($x^2 = 16,68$).

Para este núcleo, o discurso presente na entrevista de um dos participantes da pesquisa foi bastante expressivo para o tema ($x^2 = 8,6$; 8 ST). Porém, considerando as variáveis de análise adotadas, verificou-se que para os médicos com menos de 3 anos de graduação, a estratégia de apoio foi a mais relevante ($x^2 = 4,39$; 8 ST). Pode-se deduzir então que, para médicos inexperientes, com pouca prática clínica, quando inseridos no contexto de emergências médicas públicas, a estratégia de apoio pode ser acertada para lidar com as exigências do trabalho e seus custos relacionados. Levi (1983; como citado em Silva, 2001), identificou e listou vários estressores psicossociais no contexto de trabalho médico, dentre os quais cita a falta de apoio social (dos colegas de trabalho, das chefias, da família, etc), o que fortalece o dado apresentado como uma estratégia válida. Ainda, segundo levantamento realizado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2018, a maioria dos médicos recém-formados considera fundamental uma boa combinação entre trabalho e vida pessoal, pois quando questionados sobre os fatores de satisfação no trabalho, 83,6% deles responderam que a capacidade de obter um equilíbrio entre a profissão e a vida pessoal é um dos fatores mais importantes para o sentimento de satisfação e gratificação no trabalho (CREMESP/CFM, 2018).

Como mencionado anteriormente, o termo ‘Apoio’ adotado para o título do núcleo, neste assume os sentidos de suporte, amparo, ajuda e auxílio. Abaixo são apresentados alguns segmentos de texto típicos deste núcleo:

“Mas assim, eu costumo me apegar a colaboração e o conselho dos amigos né? Que são colegas médicos aqui, que dão um apoio pra gente e a gente continuar. Aos meus familiares também. Até a questão de origem assim espiritual, eu conto com essa força para poder também conseguir seguir em frente, né? Tendo uma oração e tudo.” (participante 4);

“Que a gente... nosso acesso direto aqui é a nossa chefia imediata né? E a nossa chefia imediata ela acaba ficando cientes dos nossos problemas que a gente tem aqui no trabalho. Então quando a gente sai daqui e volta, a gente volta, manda e-mail, manda mensagem, procura pessoalmente pra poder cobrar assim deles, pra poder cobrar do sistema, do governo, pra corrigir as nuances, as falhas que estão acontecendo, pra poder corrigir.” (participante 4);

“E também, de repente, até um apoio psicológico, né? Um psicólogo aqui é... à disposição dos médicos na Secretaria de Saúde.” (participante 6);

“Eu tenho apoio religioso também. Bem menos do que eu gostaria, mas auxilia bastante. Eu acho que conversar com outros colegas de trabalho também, e ver o que que a gente pode fazer para melhorar, e até desabafar só. Já ajuda bastante a reduzir essa situação de estresse né?” (participante 7);

“A principal felicidade é hora de sair do plantão e saber que vai para casa. Né? Que vai encontrar com a família, vai descansar. Acho que o fator principal. Tanto ajudar o doente, como também pensar aqui com um pouco você vai estar junto da família novamente.” (participante 12).

Eixo 2 – Estratégias

O segundo eixo apresenta os discursos relativos às estratégias, aos modos de agir, pensar e sentir destes trabalhadores frente aos custos do trabalho na unidade. Este eixo contempla todos os demais núcleos que emergiram da análise, correspondendo à 75,7% dos ST aproveitados no corpus (f = 56 ST). Este resultado sugere a diversidade de estratégias adotadas para lidar com os custos relativos ao trabalho na UPA pesquisada, principalmente quando se analisa as ramificações presentes no eixo. Todas os demais núcleos que emergiram da CHD encontram-se condensados neste eixo (NTED 1, 2, 4 e 5), distribuídos em dois níveis que correspondem a modos operatórios distintos: o primeiro nível, e mais denso do eixo, com discursos que remetem às estratégias que os pesquisados utilizam fora do trabalho; o segundo nível com as estratégias que estes lançam mão durante o trabalho.

Considerando as estratégias fora do trabalho, estas são divididas conforme seus objetivos, formando no dendograma apresentado dois subníveis. O primeiro tipo objetiva a

busca de bem-estar pessoal e de prazer, com evocações que remetem a “fazer o que gosta”, estar com amigos e familiares, realização de atividades físicas, e a restauração/preservação do sono. Este tipo de estratégia organiza dois núcleos distintos e complementares visto que os objetivos são os mesmos: a busca de bem-estar. O NTED 1, denominado de “*Fazer o que gosta*”, apresenta os segmentos de texto que afirmam a importância disto para lidar com os aspectos negativos do trabalho, mas não explicita quais ações seriam estas. O NTED 4, diferentemente do núcleo descrito anteriormente, explicita as ações que, para estes participantes, são meios para a obtenção de bem-estar e prazer, ajudando na lida dos problemas da UPA. Estatisticamente, este nível de análise – busca do bem-estar / prazer – obteve retenção de 33,8% dos ST total analisados no corpus.

O segundo tipo de estratégias descritos fora do trabalho apresenta evocações que remetem a estratégias de distanciamento, ‘desligamento’ do trabalho e dos impactos negativos que este causa para os entrevistados. É composto por apenas um núcleo, que recebe o mesmo nome do subnível das estratégias fora do trabalho, “*Se “desligar” do trabalho*”. É formado pelas co-ocorrências das palavras presentes em 16 dos 74 ST analisados no corpus, correspondendo a aproximadamente 21,6%. Os discursos estão relacionados a férias, realização de exercícios físicos e pausas, todos objetivando ‘esquecer’ o trabalho, a atividade realizada na unidade.

Nesta pesquisa não se identificam estratégias coletivas de mediação pelos pesquisados, o que também ocorre em pesquisa realizada por Barros (2015). A autora cita Mendes, Lancman, Sznelwar e Dejours (1999; 2004; 2012; como citado em Barros, 2015) ao explicar que este fenômeno ocorre em razão de a organização do trabalho ser de tal forma que as relações interpessoais são enfraquecidas, não favorecendo os processos participativos que possibilitem aos trabalhadores ações coletivas de mediação.

Ainda em Barros (2015), esta autora cita Lunardi Filho e Mazzili (1996; como mencionado em Barros, 2015), quando coteja os resultados de sua pesquisa com o conceito destes autores, “de que a vida das pessoas não pode se reduzir ao trabalho, não obstante sua compreensão não poder se dar em sua ausência”. Segundo Dejours (1992; como citado em Barros, 2015), as estratégias assumem papel indispensável na evitação da desestabilização, de modo que o indivíduo possa equilibrar a relação que estabelece com a organização do trabalho e, conseqüentemente, evitar a sofrimento psíquico.

Adiante seguem as descrições dos níveis e subníveis que compõem o eixo das estratégias, com as palavras e segmentos típicos de cada núcleo e a descrição estatística e discussão dos resultados.

Primeiro nível – *Fora do trabalho*

Este primeiro nível do eixo das estratégias é formado por aproximadamente 55,4% dos ST analisados do corpus total das EMIC ($f = 41$ ST), demonstrando o predomínio da descrição deste tipo de estratégias para a amostra pesquisada. Isto pode sugerir que essa modalidade seja a mais importante para os médicos pesquisados, visto a relevância nos discursos coletados. Três dos cinco núcleos resultantes da CHD do corpus das EMIC são contemplados neste nível, distribuídos em dois subníveis distintos.

Primeiro subnível – *Busca do bem-estar / prazer*

Os discursos presentes neste subnível, das estratégias fora do trabalho, descrevem atitudes e ações que objetivam a promoção de bem-estar, tanto físico como afetivo. São dois os núcleos que descrevem este tópico, os NTED 1 e 4. As diferenças entre os núcleos já foi explicitada e neste tópico cabe destacar a relevância de cada núcleo. Estatisticamente, ambos apresentam peso semelhante dentro do corpus das EMIC. Enquanto o núcleo “*Fazer o que gosta*” (NTED 1) reteve 13 dos 74 ST do corpus total, perfazendo aproximadamente 17,6% dos ST; o núcleo da “*Atividade física, sono e amigos/família*” reteve 12 ST, com aproximadamente 16,2%.

Comparativo ao próximo subnível, que é apresentado mais adiante, ambos os núcleos que versam sobre as estratégias fora do trabalho que visam o bem-estar apresentam domínio de cerca de 61% dos segmentos de texto que compõem as estratégias fora do trabalho, e como mencionado anteriormente, 33,8% do corpus total.

NTED 1 – *Fazer o que gosta*

Esta NTED corresponde a 17,57% ($f = 13$ ST) do corpus total analisado das estratégias de mediação individual e coletivas. As palavras e radicais que o compõem estão no intervalo entre $x^2 = 4,27$ (adverbio “Assim”) e $x^2 = 17,06$ (adverbio “Como”), e são as seguintes: “Assim” ($x^2 = 4,27$), “Começar” ($x^2 = 5,21$), “Organismo” ($x^2 = 5,21$), “Pensar” ($x^2 = 5,21$),

“Coisa” ($x^2 = 5,74$), “Mesmo” ($x^2 = 8,4$), “Saber” ($x^2 = 10,4$), “Porque” ($x^2 = 10,63$), “Querer” ($x^2 = 10,87$), “Falar” ($x^2 = 10,87$); e “Como” ($x^2 = 17,06$).

Neste núcleo não emergiram da análise nenhuma das variáveis adotadas em pesquisa, o que pode sugerir o comportamento genérico dos participantes com relação a fazer o que gosta. Ou seja, para todos os pesquisados, fazer o que gosta ao sair do trabalho é uma importante estratégia de mediar os conflitos e contradições oriundos do trabalho. Lancman e Snelwar (2004; como citado em Barros, 2015) pontuam que a busca pela saúde e pelo prazer é um processo inacabado e contínuo.

A seguir algumas falas que exemplificam este NTED:

“Eu tento fazer uma coisa que eu gosto também depois... primeiro porque eu faço uma coisa que eu gosto. Entendeu? Eu sinto muito prazer no que eu faço. Eu gosto mesmo, sabe? Eu me sinto bem... eu não sei de onde eu tiro energia, porque são 12 horas. Você tem que manter num nível bom. Hamm... Mas aí depois você vai fazer uma coisa que você gosta... assistir um filme... assistir uma série... sair com alguém... namora... faz o que você quiser... entendeu? Uma coisa que você gosta, e aí dá aquela... entendeu?” (participante 1);

“Tentar fazer o que eu gosto, que é música. Tentar conviver com outro, fazer outras coisas para não... né? Ficar focado só aqui.” (participante 6).

NTED 4 – Atividade física, sono e amigos/família

Com domínio de 16,22% ($f = 12$ ST) dos ST do corpus total, esse núcleo complementa em significado o núcleo descrito anteriormente, uma vez que explicita as atividades e ações que os médicos da unidade citam como estratégias fora do trabalho para a promoção de bem-estar e busca do prazer, contornando os custos do trabalho. É composto pelos termos, palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,04$ (advérbio “Bem”) e $x^2 = 11,67$ (substantivo “Dia”). As palavras que compõem este núcleo são as seguintes: “Bem” ($x^2 = 4,04$), “Horário” ($x^2 = 5,86$), “Menos” ($x^2 = 5,86$), “Vida” ($x^2 = 5,86$), “Tentar” ($x^2 = 6,32$), “Atividade física” ($x^2 = 7,54$), “Então” ($x^2 = 9$), “Mais” ($x^2 = 10,12$), e “Dia” ($x^2 = 11,67$).

Deste núcleo constatou-se a predominância das evocações de um dos participantes da pesquisa. Ainda, foi predominante e estatisticamente significativo às evocações dos participantes com idade inferior a 30 anos (8 ST; $x^2 = 4,06$). As evocações típicas remetem à realização de atividades físicas após a jornada de trabalho e com regularidade; à preservação do sono e a restauração do mesmo, com a manutenção de uma quantidade de horas adequada e reservando tempo suficiente para o sono após uma jornada de trabalho; e citações como

estar com amigos e familiares, não no sentido de apoio como no núcleo isolado descrito anteriormente, mas como uma atividade prazerosa, do convívio e dos prazeres desta relação.

Assim como citado no documento do CFM (2007), que trata sobre a saúde dos médicos no Brasil, contrariando o que existe no imaginário popular, os médicos não são insusceptíveis às doenças prevalentes na população em geral. Uma das falas dos médicos ilustra muito bem esta constatação, quando cita:

“Então se você não cuidar da sua saúde, ninguém tá preocupado, se você tá bem ou se você não tá. Você tem que impor você. As pessoas falam e, falam, falam, falam, e não sabe o que o médico passa. Não sabe o que você tá passando.” (participante 6).

Este documento do CFM afirma que estes profissionais de saúde, assim como todas as pessoas, necessitam de cuidados de saúde, como a prática de exercícios físicos, a alimentação adequada, o sono suficiente, enfim, realizar em si tudo aquilo que prescrevem aos seus pacientes. Porém, nem sempre estes profissionais conseguem tais intentos, boa parte em vista das condições muitas vezes adversas no exercício da profissão. O documento do CFM relata que o desgaste resultante de jornadas de trabalho exaustivas não raro leva os médicos a negligenciar o cuidado com a sua saúde, o que pode resultar em adoecimento com proporções até mesmo superiores às das pessoas a quem prestam assistência. As atitudes destes profissionais, conforme Forsythe, Calnan e Wall (1999, como citado em CFM, 2007) diante dos sinais e/ou sintomas apresentados costumam ser na maioria das vezes como as das pessoas em geral – a busca do descanso, a automedicação, a consulta informal com algum colega médico ou mesmo em consultório.

Adiante seguem alguns exemplos de falas típicas deste núcleo, às quais em conjunto com o núcleo anterior, complementam o sentido de busca de bem-estar e prazer como forma de mediar os custos do trabalho na unidade.

“Pessoalmente, eu tento levar um estilo de vida, atualmente, que não me faça gerar ansiedade. Então tento preservar, fazer a minha escala de vida que eu tento preservar sono diário, fazer atividade física. Porque eu sei que a médio, longo prazo, isso me deixaria mais ansioso.” (participante 5);

“Ah, eu acho que é você tentar manter um vínculo de amizade, de familiares. De você poder desabafar também sobre isso. Atividade física também ajuda. Eu faço bem menos do que eu gostaria, mais ajuda sim.” (participante 7);

“Busco a família. Né? Então a minha esposa, a minha família. Busco as pessoas que estão mais próximas de mim.” (participante 11).

Segundo subnível – *Se “desligar” do trabalho*

As falas constituintes deste tipo de estratégias fora do trabalho organizam um núcleo isolado, o NTED 2, com 21,62% (f = 16 ST) do corpus total analisado das EMIC. Por este motivo, o NTED 2 recebe o mesmo nome descrito para o subnível, “*Se “desligar” do trabalho*”.

Essas falas remetem a atitudes e ações que objetivam o distanciamento e o completo ‘desligamento’ do trabalho executado na unidade e dos impactos negativos que este causa nos médicos entrevistados. São mencionadas ações como tirar férias. Outras ações descritas guardam pertinência com os demais núcleos já descritos, como a atividade física. Porém, neste núcleo, as menções com relação à atividade física adquirem sentido de que, durante a realização do mesmo, objetiva-se ‘esquecer’ o trabalho e os impactos deste no profissional, diferentemente do descrito anteriormente quando a menção era a busca de bem-estar e prazer com a realização de atividade física, desta forma atenuando os custos do trabalho.

Ainda, são mencionadas falas com o conteúdo de pausas durante a jornada de trabalho. Apesar de descrito como estratégias fora do trabalho, estas são descritas neste núcleo porque adquirem o sentido de que, para os entrevistados, é importante fazer pausas para ‘parar’, para ‘dar umas voltas’ durante a jornada de trabalho, objetivando a desconexão da sua ‘mente’ e da ‘cabeça’, mesmo estando o corpo físico dentro da unidade, do contexto de trabalho. Desta forma o pensamento, a mente, a cabeça, durante estas pausas, extrapolaria os limites territoriais da unidade.

NTED 2 – *Se “desligar” do trabalho*

Formado por 21,62% (f = 16 ST) dos ST do corpus total, este núcleo apresenta termos, palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,26$ (termo “Atividade física”) e $x^2 = 23,67$ (verbo “Sair”). As palavras que compõem este núcleo são as seguintes: “Atividade física” ($x^2 = 4,26$), “Só” ($x^2 = 5,49$), “Mesmo” ($x^2 = 5,49$), “Aí” ($x^2 = 7,82$), “Volta” ($x^2 = 11,33$), “Tomar” ($x^2 = 11,33$), “Dar” ($x^2 = 15,97$), “Quando” ($x^2 = 18,74$), “Vez” ($x^2 = 19,91$) e “Sair” ($x^2 = 23,67$).

São exemplos de segmentos típicos deste núcleo:

“Eu tento esquecer quando eu saio daqui. Só. Não pratico... às vezes você fala: ah, faz atividade física pra distrair, alguma atividade lúdica. Infelizmente não dá tempo porque eu moro longe.” (participante 3);

“Dou umas voltas. A cada uma hora, uma hora e meia. Aí eu dou uma volta, tomo uma água, converso. Saio um pouco, vejo o dia que para mim é importante. Olho ali pela janela. E aí volto. Não, tem que dar uma volta não dou... Passar o dia sentado aqui, não posso.” (participante 3);

“E mais importante de tudo é, que eu fico louco pra tirar férias.” (participante 4);

“Aí eu tento recuperar fazendo atividade física, pra ver se diminui um pouco..., mas é de tensão mesmo assim sabe? Ah, faz a atividade física.” (participante 9);

“A principal felicidade é hora de sair do plantão e saber que vai para casa. Né? Que vai encontrar com a família, vai descansar.” (participante 12);

“Eu acabo tentando descansar mais quando eu tenho oportunidade e tentar prática física, tentar atividade física.” (participante 13).

Segundo nível – Durante o trabalho

NTED 5 – Religiosidade e Ressignificação do trabalho

Das estratégias citadas pelos participantes, este segundo tipo/nível do eixo das estratégias apresenta discursos relativos àquelas que são lançadas durante o trabalho para contornar os problemas da atividade na UPA. As falas que compõe as estratégias ‘dentro’ do trabalho organizam apenas um núcleo isolado, com 20,27% (f = 15 ST) do corpus total analisado das EMIC. As evocações remetem à religiosidade como um fator importante para lidar com os custos descritos, com menções de que é preciso ter fé em Deus para dar conta do trabalho. Ainda, apresenta falas que remetem à ressignificação do trabalho para os participantes, como forma de atenuar os impactos negativos oriundos do trabalho.

Mendes e Ferreira(2007) e Dejours (2012; como citado em Barros, 2015) falam das estratégias que os trabalhadores criam para ressignificar o sofrimento e transformar o que fazem no trabalho em fonte de prazer. Em sua pesquisa com médicos e enfermeiros em um hospital regional, Barros (2015), assim como levantado nesta pesquisa, apontou que seus pesquisados acabaram recorrendo à práticas religiosas ou de cunho espiritual e à revisão de valores pertinentes ao equilíbrio entre vida social e vida profissional, entre outros, como mecanismos para lidar com problemas do trabalho.

Dos discursos analisados, predominaram as evocações de dois participantes em específico da pesquisa, permitindo deduzir que esta estratégia é a mais importante para estes dois médicos. Não houve nível de significância com relação às variáveis adotadas em pesquisa.

As palavras e radicais que compõe este núcleo estão no intervalo de $x^2 = 4,16$ (adjetivo “Maior”) e $x^2 = 20,49$ (advérbio “Lá”). As palavras consideradas para este núcleo são: “Maior” ($x^2 = 4,16$), “Força” ($x^2 = 4,16$), “Tão” ($x^2 = 5,24$), “Deus” ($x^2 = 7,84$), “Agora” ($x^2 = 7,84$), “Estar” ($x^2 = 7,89$), “Mundo” ($x^2 = 11,84$), “Forma” ($x^2 = 11,84$), “Diferente” ($x^2 = 16,62$), “Encara” ($x^2 = 16,63$), “Aprender” ($x^2 = 16,63$), e “Lá” ($x^2 = 20,49$).

Segue-se alguns dos segmentos de texto típicos deste núcleo:

“O que que eu faço pra lidar? Olha... é bem difícil essa resposta. Acho que é uma coisa que eu ainda estou aprendendo ainda a lidar. Apesar de estar aqui há 3 anos e 1 mês, acho que é uma coisa que ainda estou aprendendo a lidar. Acho que cada dia é um aprendizado diferente. De saber como lidar com essa situação.” (participante 4);

“Porque eu não quero ficar doente. E eu sei, porque assim, a gente... pontualmente aqui é a minha fonte de estresse. Mesmo, assim... os problemas começam aqui. Mas eu tô tentando meio que ressignificar isso. Assim, encarar de uma forma diferente. Eu acho que vai se tornar mais leve. Entendeu? Tô tentando. Porque eu acho... porque eu ainda preciso. Eu não acho que a gente pode, ah, largar assim. Não é. É difícil ter um concurso.” (participante 9);

“E eu tô tentando encarar de uma forma diferente. Porque o mundo lá fora não é tão fácil. Ah, tem melhorado porque eu tô tentando encarar de forma diferente. Assim, eu tô fazendo um esforço muito grande! [...] É sério. Porque eu acho que eu tenho que encarar de forma diferente. Porque por um tempo eu ainda vou ter que ficar aqui. Então eu tenho que aprender a ver de forma diferente. Porque se toda vez eu ficar pensando: ah, eu tô indo pro inferno. Porque eu pensava assim né? Tava, tava sendo muito difícil. (participante 9);

“Acho que é isso. Mas eu tô tentando ressignificar.” (participante 9);

“Eu aprendi que, que, assim... não que eu aprendi, né? Mas é o que eu tenho comigo. É, é a fé em Deus. Né? É a religiosidade. É se apegar a Deus porque, sem essa fé, sem Deus, eu acho que é... a gente não é nada lá dentro não. Então eu acredito que, se eu tô indo lá, e continuo indo ou, seja por uma força maior, é Deus que me dá forças. Eu acredito nesse sentido. Porque se fosse por mim eu não, acho que eu não ia, sei lá, enfrentar aquele rojão. Mas a, busco uma espiritualidade, uma força maior. A gente procura ir à missa.” (participante 11).

4.4 Mal-estar e Bem-estar no Trabalho

A seguir são descritas as fontes de mal-estar e bem-estar no trabalho identificadas pelos participantes desta pesquisa, originadas do trabalho na UPA estudada. O referencial teórico conceitual de mal-estar e bem-estar no trabalho são aqueles adotados por Ferreira (2017, p.176-178). Comparando os corpus textuais relativos, o de mal-estar no trabalho é aquele com maior conteúdo textual analisado, obtendo-se mais que o dobro de palavras neste do que no corpus de bem-estar no trabalho. Por si só, esta diferença é um dado relevante nesta pesquisa, pois para os médicos da unidade pesquisada foi talvez mais fácil identificar as fontes de mal-estar do que aquelas que seriam geradoras de bem-estar no trabalho, permitindo inferir um predomínio destes sentimentos no trabalho.

I. Mal-estar no Trabalho

O corpus textual referente a Mal-estar no Trabalho (MET) foi formado pelas respostas dos participantes à pergunta:

“[Nome do Médico], quando você pensa no seu trabalho na [Unidade], o que é que mais lhe causa mal-estar no trabalho?”.

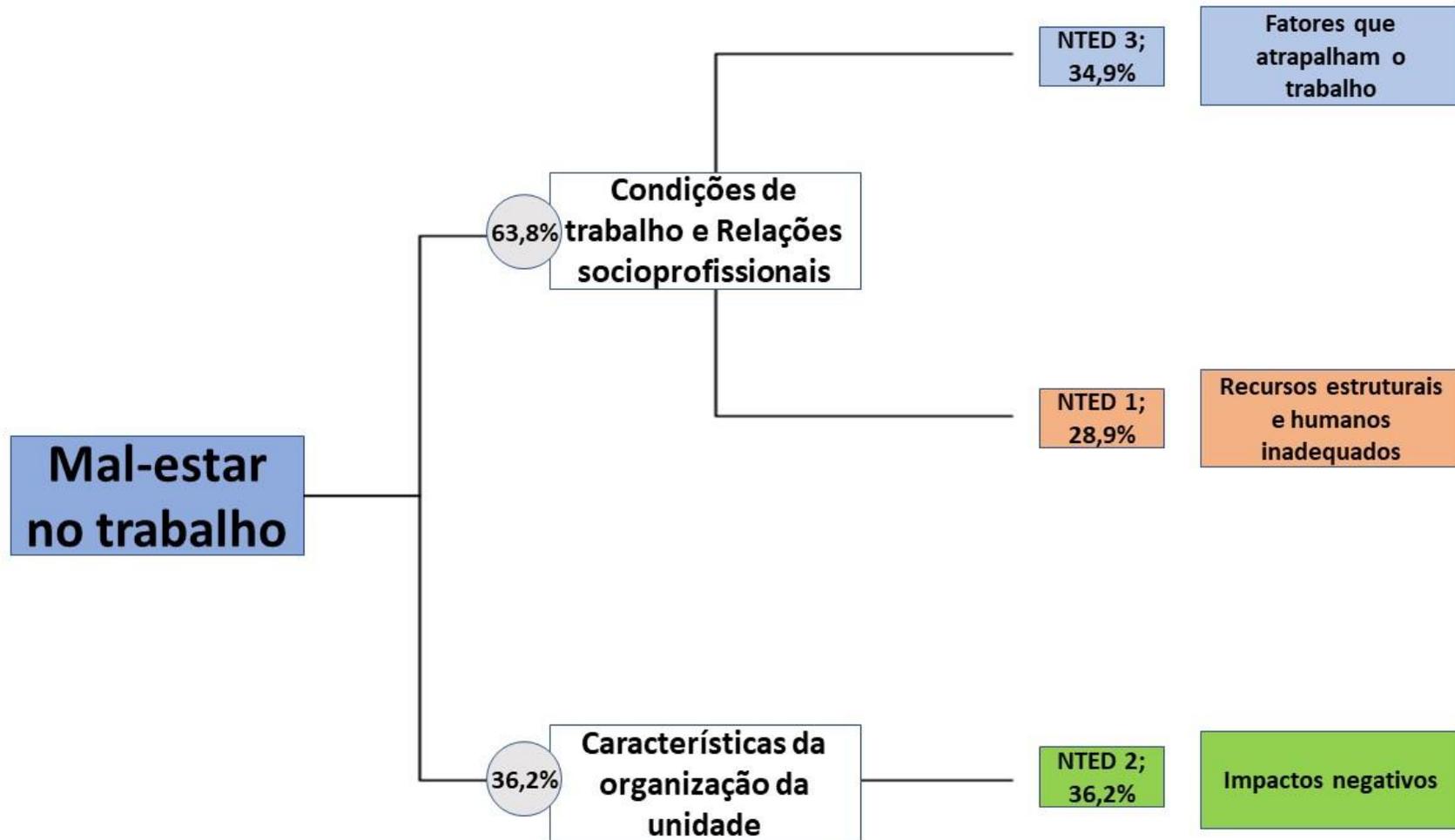
Os treze fragmentos de texto foram então separados em 210 segmentos de texto (ST) pelo *software* IRaMuTeQ, com aproveitamento de 149 ST (70,95%). Emergiram 7374 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1253 palavras distintas e 674 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em três NTED: NTED 1, com 43 ST (28,86%); NTED 2 com 54 ST (36,24%); e NTED 3 com 52 ST (34,9%).

Segundo os participantes desta pesquisa, as fontes de mal-estar no trabalho podem ser representadas por dois eixos distintos (Figura 9). O primeiro eixo é formado por apenas um núcleo na CHD, o NTED 2, aqui denominado de “*Características da organização da unidade*”, e remete aos impactos negativos que a gestão, os processos, e o tempo de trabalho exercem sobre os trabalhadores. Este eixo/núcleo isolado apresentou retenção de aproximadamente 36,2% dos ST considerados no corpus total de MET (f = 54 ST), e é denominado de “*Impactos negativos*”. O segundo eixo remete às “*Condições de trabalho e Relações socioprofissionais*” na unidade, e recebe o nome destacado em grifo. Este eixo

apresentou retenção de aproximadamente 63,8% dos ST (f = 95 ST), os quais organizam dois núcleos distintos e complementares – NTED 1 e 3 – acerca das condições de trabalho e das relações socioprofissionais que, para os participantes, são fontes de MET. O NTED 1, denominado “*Recursos estruturais e humanos inadequados*”, formado por cerca de 28,9% dos ST; e NTED 3, intitulado de “*Relações socioprofissionais conflitantes*”, com aproximadamente 34,9% dos ST do corpus total.

Por meio da Análise Fatorial de Correspondência (AFC), evidencia-se as correlações existentes entre as palavras que compõem os NTED, pois o resultado gráfico das representações dos participantes (Figura 10) mostra uma aproximação maior das evocações dos NTED 1 e 3 e um distanciamento destas com relação às evocações do NTED 2.

Figura 9: Dendograma do Corpus Textual de Mal-estar no Trabalho



Fonte: O autor

Esta NTED corresponde a 36,24% (f = 54 ST) do corpus analisado acerca de mal-estar no trabalho. Fazem parte desta as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,94$ (verbo “Colocar”) e $x^2 = 23,53$ (verbo “Chegar”). Este núcleo é formado pelos verbos “Chegar” ($x^2 = 23,53$), “Atender” ($x^2 = 22,96$), “Estar” ($x^2 = 21,47$), “Existir” ($x^2 = 5,39$), “Xingar” ($x^2 = 5,39$), “Pressionar” ($x^2 = 5,39$), “Expôr” ($x^2 = 5,39$), “Acontecer” ($x^2 = 4,29$), “Contar” ($x^2 = 4,29$), “Colocar” ($x^2 = 3,94$); pelos adjetivos “Grave” ($x^2 = 9,61$), “Sozinho” ($x^2 = 3,94$); pelos advérbios “Já” ($x^2 = 20,38$), “Lá” ($x^2 = 10,68$), “Mais” ($x^2 = 8,54$); e pelos substantivos “Porta” ($x^2 = 12,96$), “Emergência” ($x^2 = 9,1$), “Horário” ($x^2 = 7,23$), “Plantão” ($x^2 = 6,84$), “Coisa” ($x^2 = 5,83$), “Experiência” ($x^2 = 5,39$), “Casa” ($x^2 = 5,39$).

Na análise dos segmentos de texto típicos deste NTED, notam-se evocações que contemplam as características que os participantes dão à unidade pesquisada, relativos à organização do trabalho – processos, gestão, tempo, tarefas – e relativos à atividade do trabalho na unidade. Algumas destas características são: a pressão por atendimento, tanto dos usuários quanto dos demais servidores da unidade; a ausência de tempos de pausa e de descanso; a sobrecarga de trabalho; a superlotação da unidade; a complexidade dos pacientes atendidos; a falta de organização do fluxo de atendimento dos pacientes.

Silva (2001) aponta que “a estrutura da organização em dada situação concreta pode levar os trabalhadores a experimentar sentimentos negativos”, descritos na forma de impotência, falta de sentido, isolamento social e auto-estranhamento. O resultado seria um sofrimento psíquico, que segundo Canguilhem (1966; como citado em Machado et al.,1997), seria entendido como o “sentimento de vida contrariada”; ou o sofrimento para Dejours (1987, 1993; como citado em Machado et al.,1997), que para este autor estaria associado à especificidade do psíquico, na linha tênue entre a saúde e a doença mental, “caracterizado por uma intensa luta contra a doença e o próprio sofrimento”.

Predominam neste núcleo as evocações das médicas (variável sexo feminino, 41 ST; $x^2 = 6,59$) e dos participantes com tempo de formação menor que 3 anos (variável tempo de formação inferior a 36 meses, 21 ST; $x^2 = 8,97$). Esse achado concerne com o levantamento realizado por Machado et al. (1996; 1997), que descreve que os médicos mais jovens e do sexo feminino são aqueles que mais apresentaram desgaste.

A seguir estão alguns exemplos de falas que compõe este NTED:

“Você não sabe se você vê porta, você não consegue pensar no paciente. Você não consegue fazer uma... uma avaliação clínica direito. Você não consegue pensar numa

hipótese pra um paciente porque já tem outro paciente, já tem... é desesperador!” (participante 1);

“Caos. **É chegar aqui e estar o caos.** Ou o caos se instalar durante. Eu acho que é o que mais pesa. **Mais paciente grave do que o que a UPA pode tratar.**” (participante 1);

“A gente engole a comida, e muitas vezes você tá almoçando você é interrompido, porque **chega coisa grave.** Você larga o seu almoço. **Você não tem um.... você não tem um horário de descanso.** Entendeu? Então acho isso... isso é ruim!” (participante 6);

“**A gente é xingado, a gente é pressionado.** Às vezes a gente **vai almoçar, a gente é interrompido.** Não pode ter 20 minutos de almoço. Não pode, interrompe, aí você não sai, você... Ah, não quer atender. Não sei que. Tá só você. As pessoas lá fora te pressionando.” (participante 6);

“O que mais causa mal-estar? **É a superlotação da unidade.** Né? Ter que atender muita gente em, às vezes, pouco tempo. A pouca quantidade de médicos. Né?” (participante 10);

“[...], mas a quantidade de profissionais também sobrecarrega muita a gente. Inclusive **pacientes graves a gente não consegue ter um referencial de mais colegas pra tá ajudando.** Porque isso compromete o atendimento da porta.” (participante 10).

Eixo 2 – Condições de trabalho e Relações socioprofissionais

NTED 1 – Recursos estruturais e humanos inadequados

Esta NTED corresponde a 28,86% (f = 43 ST) do corpus analisado acerca de mal-estar no trabalho. Fazem parte desta as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,97$ (verbo “Achar”) e $x^2 = 19,04$ (advérbio “Como”). Este núcleo é formado pelos verbos “Achar” ($x^2 = 3,97$), “Sobrecarregar” ($x^2 = 4,26$), “Gerar” ($x^2 = 4,35$), “Sair” ($x^2 = 6,48$), “Pensar” ($x^2 = 7,41$), “Resolver” ($x^2 = 9,04$), “Falar” ($x^2 = 13,53$); pelos adjetivos “Só” ($x^2 = 5,42$), “Pessoal” ($x^2 = 6,59$), “Básico” ($x^2 = 7,55$); pelos advérbios “Não” ($x^2 = 7,82$), “Como” ($x^2 = 19,04$); e pelos substantivos “Fator” ($x^2 = 4,26$), “Falta” ($x^2 = 4,26$), “Causa” ($x^2 = 4,66$), “Vida” ($x^2 = 4,66$), “Unidade” ($x^2 = 6,48$), “Problema” ($x^2 = 8,77$), “Diagnóstico” ($x^2 = 9,04$), “Estrutura” ($x^2 = 9,04$), “Demanda” ($x^2 = 10,13$), “Momento” ($x^2 = 10,13$), “Questão” ($x^2 = 11,16$).

Predominam as falas dos médicos com tempo de formação maior que 72 meses (12 ST; $x^2 = 10,91$) e que possuem alguma especialização (24 ST; $x^2 = 7,89$). Na análise dos segmentos de texto típicos deste NTED, notam-se evocações relativas às condições de trabalho, tanto no que tange à falta de recursos materiais para a realização de um diagnóstico preciso e um tratamento adequado aos pacientes, como também relativos ao dimensionamento do quantitativo de profissionais médicos à demanda da unidade, sendo recorrente a avaliação

pelos participantes de que a demanda pelo serviço supera as condições estruturais e de recursos humanos da unidade. Abaixo seguem alguns exemplos de falas que compõem este NTED:

“Eu acho que o desgaste passa muito pela **exposição e sobrecarga de trabalho** aqui. Eu faço trabalho, **não faço só o meu trabalho. Eu faço trabalho de uns 2 ou 3 médicos** deveria fazer.” (participante 5);

“Então, às vezes eu fico pensando em **você tá no trabalho tão sem estrutura, sem possibilidade de fechar diagnóstico, de fazer um tratamento adequado**, às vezes eu acho isso meio que fecha um roll de conhecimento e de possibilidades de dar um diagnóstico que você poderia ter num hospital com mais, com mais estrutura né?” (participante 7);

“Você **ter um paciente grave e não ter material suficiente, o monitor suficiente, um ventilador adequado. Estrutura mesmo. Não ter transporte para levar pra uma UTI**, entendeu?” (participante 7);

“Porque às vezes **sobrecarregou, por ficar em menos médicos**, né? Aqui, no caso. Aí como nós estamos em menos, e mesmo limitando o atendimento, **a gente passa mais tempo sob estresse**, né? E eu acho que é isso que eu acho que mais sobrecarrega aqui. É a falta de RH mesmo.” (participante 8);

“**É muito serviço pra pouca gente. Né? E a superlotação, a falta de condição, de estrutura de trabalho**. A falta das coisas. Né? **Você faz uma medicina de guerra**. Não é uma medicina que eu teria orgulho de, de eu falar que eu faço. Não é o tipo de medicina que eu faria pros meus pais.” (participante 9).

NTED 3 – Relações socioprofissionais conflitantes

Esta NTED corresponde a 34,9% (f = 52 ST) do corpus analisado acerca de mal-estar no trabalho. Fazem parte desta as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 3,84$ (substantivo “Chefia”) e $x^2 = 16,57$ (adjetivo “Melhor”). Este núcleo é formado pelas palavras “Acabar” ($x^2 = 11,07$), “Entender” ($x^2 = 7,5$), “Gostar” ($x^2 = 6,46$), “Trabalhar” ($x^2 = 5,81$), “Achar” ($x^2 = 5,28$), “Sentir” ($x^2 = 4,25$), “Ficar” ($x^2 = 3,87$), “Melhor” ($x^2 = 16,57$), “Bom” ($x^2 = 9,08$), “Interpessoal” ($x^2 = 7,67$), “Difícil” ($x^2 = 7,67$), “Ruim” ($x^2 = 4,63$), “Profissional” ($x^2 = 4,31$), “Bem” ($x^2 = 10,3$), “Muito” ($x^2 = 8,18$), “Assim” ($x^2 = 7,46$), “Ainda” ($x^2 = 4,63$), “Relação” ($x^2 = 14,65$), “Função” ($x^2 = 9,65$), “Recurso” ($x^2 = 7,67$), “Enfermagem” ($x^2 = 7,67$), “Ansiedade” ($x^2 = 7,67$), “Equipe” ($x^2 = 5,98$), “Relacionamento” ($x^2 = 5,71$), “Dia” ($x^2 = 4,31$), “Mundo” ($x^2 = 4,25$), “Chefia” ($x^2 = 3,84$).

Predominam as falas dos participantes com menos de 3 anos na unidade (variável tempo na unidade inferior a 36 meses, 48 ST; $x^2 = 5,85$) e que não possuem especialização – apenas graduados médicos (variável escolaridade, 38 ST; $x^2 = 4,34$). Na análise dos segmentos de texto típicos deste NTED, as evocações remetem aos fatores que de alguma forma atrapalham e o resultado da influência destes no trabalho, resultando em mal-estar.

Alguns fatores elencados são relativos às condições de trabalho, como descritos no NTED 1, e por isso sua aproximação com este núcleo, formando o segundo eixo da análise do corpus textual de mal-estar no trabalho. Mas além destes, são descritos os fatores relacionados aos relacionamentos socioprofissionais, principalmente no que concerne às relações hierárquicas. A seguir estão alguns exemplos de falas que compõe este NTED:

“Eu acho que assim, uma relação interpessoal de você trabalhar com quem você gosta... até mesmo a chefia, a enfermagem... trabalhar com uma equipe legal, com uma chefia legal, entendeu? Isso muda o seu plantão.” (participante 1);

“[...], porque eu gostaria de dar o melhor para o paciente e acabo não conseguindo dar. Isso acaba me gerando ansiedade e me desestimula assim, como profissional do SUS né?” (participante 4);

“**Eu acho que eles (chefia) têm uma ausência muito grande aqui** no nosso, no nosso... na presença em nossos processos de trabalho. E eles estão mais num olhar burocrático da situação, e não conseguem sentir realmente aquilo que a gente sente aqui na pele do dia a dia do trabalho.” (participante 4);

“Ter um tipo de trabalho que respeite a um intervalo ali pra descanso, um intervalo pra alimentação. E aqui é um pouco difícil associar isso. Porque com a sobrecarga de trabalho né, e poucos recursos, você fica cheio de funções, que até não seriam suas.” (participante 10).

II. Bem-estar no trabalho

O corpus textual referente a bem-estar no trabalho foi formado pelas respostas dos participantes à pergunta:

“[Nome do Médico], quando você pensa no seu trabalho na [Unidade], o que é que mais lhe causa bem-estar no trabalho?”.

Os treze fragmentos de texto foram separados em 100 ST, com aproveitamento de 75 ST (75%). Emergiram 3523 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 714 palavras distintas e 367 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em cinco NTED: NTED 1 com 13 ST (17,33%); NTED 2 com 14 ST (18,67%); NTED 3 com 18 ST (24%); NTED 4 com 13 ST (17,33%); e NTED 5 com 17 ST (22,67%).

Fazendo a análise da classificação hierárquica descendente do corpus textual de bem-estar no trabalho, foi possível verificar que, para os participantes desta pesquisa, as fontes de bem-estar no trabalho podem ser representadas por dois eixos distintos (Figura 11). O primeiro eixo contempla apenas um NTED, o NTED 5, relativo às condições de trabalho que

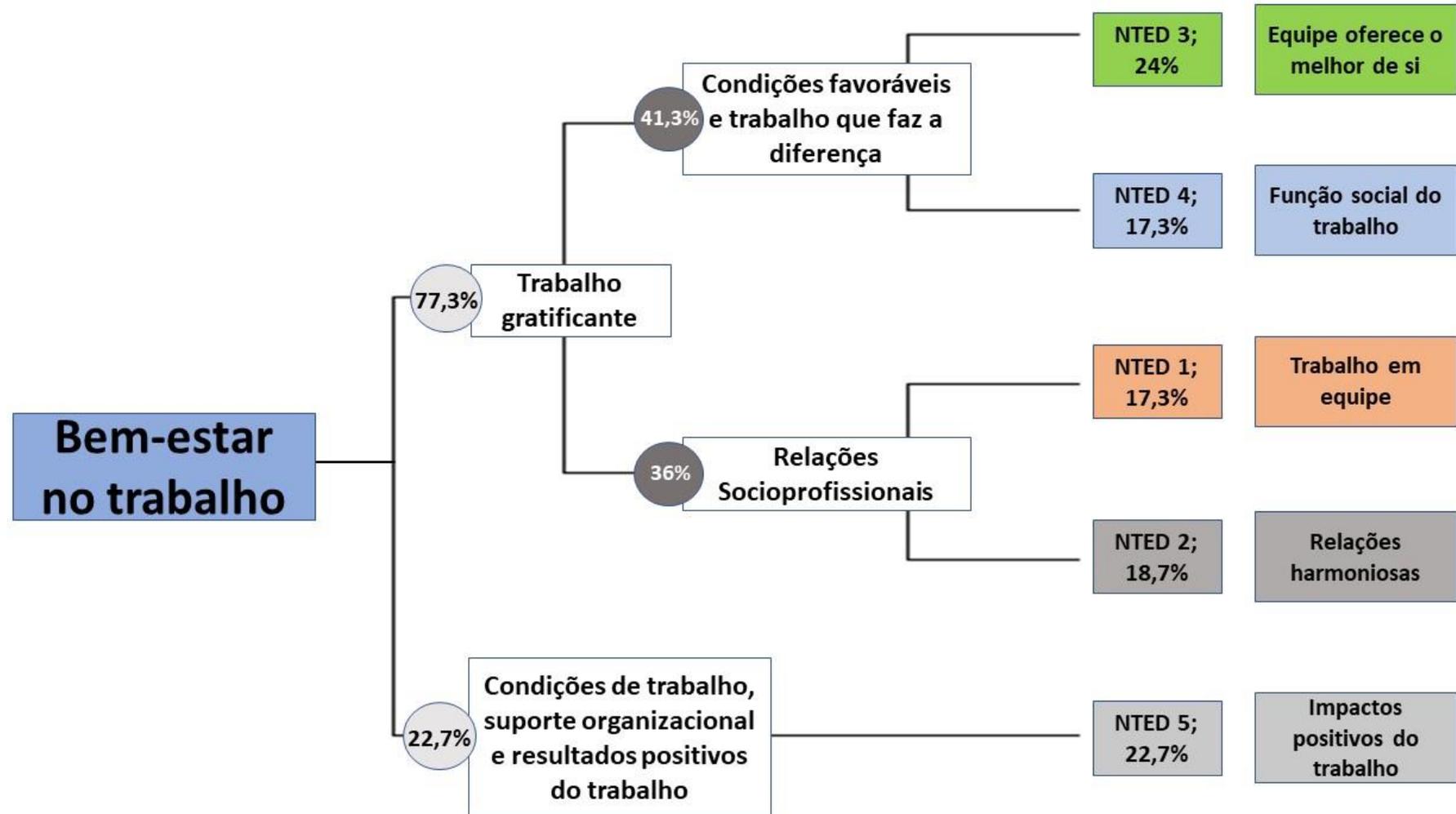
geram conforto e segurança aos participantes, como a presença de climatização no ambiente de trabalho e a política de remuneração; à organização do trabalho, quando mencionam que a presença de classificação de risco, uma das etapas do atendimento ao usuário na unidade, geram bem-estar e segurança no trabalho; e por fim evocações que relatam o quanto o trabalho pode ser gratificante. Aqui, este eixo será denominado “*Condições de trabalho, suporte organizacional e resultados positivos do trabalho*”, e o núcleo correspondente recebe o nome de “*Impactos positivos do trabalho*”.

O segundo eixo é subdividido em dois níveis, cada um contemplando dois NTED distintos. O primeiro nível apresenta os NTED 1 e 2, e ambos são relativos às relações socioprofissionais; e o segundo nível é formado pelos NTED 3 e 4, e versam sobre o reconhecimento profissional.

Fazendo a interpretação dos dados por meio da AFC, ficam evidentes as correlações existentes entre as palavras que compõem os NTED, pois o resultado gráfico das representações dos participantes (Figura 12) mostra uma aproximação maior das evocações dos NTED 1 e 2, das evocações dos NTED 3 e 4, e um distanciamento destes com relação às evocações do NTED 5.

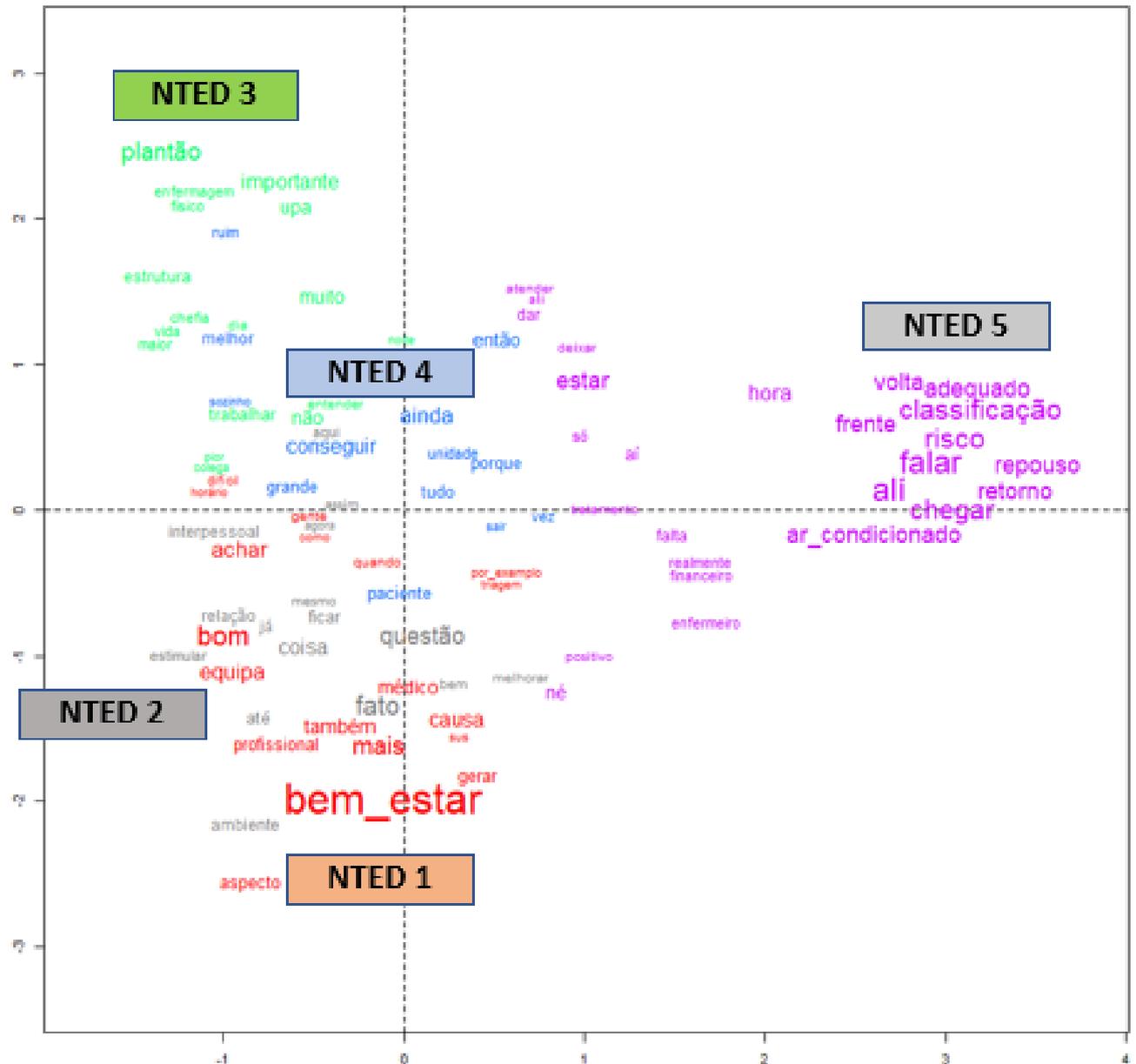
Como ilustrado no dendograma, e analisando os resultados apresentados em cada NTED, fica explicitado que nos NTED 1, 2, 3 e 4 as palavras que compõem maior nível de significância com o núcleo são relativas às evocações de um ou dois participantes em específico, cujos discursos apresentaram grau de significância suficiente para compor uma NTED isolada. Porém, ainda assim, os discursos são muito próximos em relação às demais NTED. Isso ocorreu nas evocações dos NTED 1 e 2, e dos NTED 3 e 4. Para fins didáticos, optou-se por descrever os níveis aos quais estes núcleos fazem parte, para facilitar o entendimento dos resultados. Por fim, denominou-se o primeiro nível, que contém os NTED 1 e 2, de “*Relações socioprofissionais*”, e o segundo nível, que contém os NTED 3 e 4, de “*Condições favoráveis e trabalho que faz a diferença*”. Estes dois níveis compõem o segundo eixo relativo às evocações de bem-estar no trabalho, eixo este denominado de “*Trabalho gratificante*”.

Figura 11: Dendograma do Corpus Textual de Bem-estar no Trabalho



Fonte: O autor

Figura 12: Análise Fatorial de Correspondência das evocações de Bem-estar no Trabalho



Fonte: O autor

Eixo 1 – Condições de trabalho, suporte organizacional e resultados positivos do trabalho

NTED 5 – Impactos positivos do trabalho

Esta NTED corresponde a 22,67% ($f = 17$ ST) do corpus analisado acerca de bem-estar no trabalho. Fazem parte desta as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,26$ (substantivo “Falta”) e $x^2 = 18,28$ (verbo “Falar”). Este núcleo é formado pelas palavras “Falar” ($x^2 = 18,28$), “Risco” ($x^2 = 14,42$), “Classificação” ($x^2 = 14,42$), “Chegar” ($x^2 = 14,42$), “Estar” ($x^2 = 11,62$), “Ar condicionado” ($x^2 = 10,66$), “Retorno” ($x^2 = 10,66$),

“Repouso” ($x^2 = 10,66$), “Adequado” ($x^2 = 10,66$), “Volta” ($x^2 = 10,66$), “Frente” ($x^2 = 10,66$), “Hora” ($x^2 = 10,05$), “Falta” ($x^2 = 4,26$).

Neste núcleo, as representações predominantes foram dos participantes com tempo de formação entre 3 a 6 anos (variável tempo de formação de 36 a 72 meses; 17 ST; $x^2 = 14,66$) e daqueles com mais de 3 anos lotados na unidade (variável tempo na unidade acima de 36 meses, 9 ST; $x^2 = 8,86$). Os segmentos de texto típicos deste núcleo remetem às condições do ambiente físico de trabalho, relativos ao bem-estar individual do participante, como a presença de ar condicionado nos consultórios e demais instalações, e o repouso médico. Também, versam sobre as políticas de remuneração, com referência à segurança de ter o salário certo, justo e em dia. Ainda, remetem ao aspecto positivo de se ter uma classificação de risco de pacientes/usuários, quando a tem, ao mencionarem que a falta de classificação de risco gera mal-estar no trabalho, função esta relacionada aos processos de trabalho e da organização do trabalho. Por fim, é constituído por evocações que remetem a gratificação de ver um paciente melhorando, independente das condições para diagnóstico ou para tratamento oferecidos pela unidade. Adiante seguem alguns exemplos de falas que compõe este NTED:

“E tudo isso me dá uma **tranquilidade para poder pagar minhas contas** e seguir em frente com a minha família.” (participante 4);

“[...] , isso é muito gratificante, né? Você ver alguém sair do estado de... alí na beira da morte, você conseguir dar um tratamento adequado e ele sair daqui bem, agradecido, isso é muito importante. (participante 7);

“Então, você chegar e resolver aquele paciente, na gravidade que ele precisa, com agilidade que ele precisa, dar o diagnóstico adequado e um tratamento humano... você conseguir fazer isso, e no tempo hábil que ele necessita, né?” (participante 7);

“Assim, o que causa bem-estar é só a questão do, talvez **o retorno certo financeiro**. Aí a condição, **o ar condicionado**, ajuda. Porque as demais dependências da sala aqui da UPA que não tem ar condicionado, a gente sente a falta.” (participante 10);

“A falta de **classificação de risco** à noite atrapalha muito. Porque... né? Você atende às vezes um retorno com... paciente 2 horas da manhã volta com um exame, ou é uma queixa de longa data sem ser uma emergência, e isso alí compromete. Era pra ser um sistema voltado pra urgência, né? Pra não desgastar o servidor que tá alí, às vezes 12, 18 horas, e pra dar assistência à emergência. E também pra deixar quem tá com emergência realmente de fato ser atendido. E a falta da classificação de risco no período da noite, bagunça tudo isso aí.” (participante 10).

Eixo 2 – Trabalho gratificante

Este eixo é formado por dois níveis distintos, resultantes de quatro NTED. Ambos os níveis remetem aos aspectos da unidade e às características da equipe que resultam em sentimento de gratificação na execução do trabalho na UPA.

Primeiro Nível – Relações socioprofissionais

Este nível é resultado da união de dois núcleos distintos que emergiram da análise do corpus textual de bem-estar no trabalho, os NTED 1 e 2. Ambos versam sobre as relações socioprofissionais harmoniosas presentes na unidade, reforçando os aspectos positivos principalmente do trabalho em equipe, do bom relacionamento dos participantes com os pares e demais trabalhadores da unidade, e que essas relações culminam em um resultado positivo do trabalho, este gratificante.

Não houve nível estatístico de significância para as variáveis adotadas em estudo para estes núcleos, sendo estes resultantes das falas predominantemente dos participantes 5, 7 e 8. Divergem em conteúdo pois o NTED 1 fala das boas relações socioprofissionais e do trabalho em equipe que resultam em um trabalho positivo, gratificante, apesar das adversidades; e este resultado como a fonte de bem-estar para os participantes. Aqui este núcleo é denominado de “*Trabalho em equipe*”. O NTED 2 também versa sobre as boas relações socioprofissionais, tanto entre pares como com os demais trabalhadores da unidade, e que estas relações harmoniosas é que são fontes de bem-estar, e por este motivo é denominado de “*Relações harmoniosas*”.

Abaixo seguem as descrições estatísticas dos núcleos, e as palavras e radicais que as compõem, seguidos de alguns exemplos de falas típicas.

NTED 1 – Trabalho em equipe

Esta NTED corresponde a 17,33% (f = 13 ST) do corpus analisado. Fazem parte deste núcleo as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 5,31$ (substantivo “Aspecto”) e $x^2 = 14,66$ (adjetivo “Bom”). São exemplos de palavras que compõem o núcleo: “Aspecto” ($x^2 = 5,31$), “Gerar” ($x^2 = 5,31$), “Profissional” ($x^2 = 5,31$), “Médico” ($x^2 = 6,67$), “Também” ($x^2 = 7,83$),

“Causa” ($x^2 = 8,54$), “Achar” ($x^2 = 9,7$), “Equipe” ($x^2 = 10,43$), “Mais” ($x^2 = 12,08$), “Bom” ($x^2 = 14,66$).

São exemplos de evocações típicas deste núcleo:

“[...] a gente tem um **relacionamento entre médicos, e entre a equipe também, muito bom**. A gente tem uma relação de confiança né? Até conversei isso agora com o enfermeiro. A gente pode... elas tem... acho que por ser também um perfil de uma... de médicos mais jovens, mais abertos, né?, sugestão... a gente tem um relacionamento bom. Entre a equipe.” (participante 7);

“E a gente **conseguir discutir em grupo**, tudo isso gera um bem-estar. [...] Momentos bons acho que é isso. Quando você **consegue fazer um trabalho em equipe** né? Consegue ser resolutivo. Quando consegue aprender alguma coisa também.” (participante 7);

“Tem as amizades que a gente faz. Tem, tem... isso tudo causa bem-estar. Você quer em relação ao trabalho né? Em relação ao trabalho seria isso. É a satisfação mesmo, dos pacientes.” (participante 8).

NTED 2 – *Relações harmoniosas*

Esta NTED corresponde a 18,67% ($f = 14$ ST) do corpus, contendo as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,06$ (substantivo “Relação”) e $x^2 = 13,27$ (substantivo “Fato”). As palavras que compõem o núcleo são: “Relação” ($x^2 = 4,06$), “Paciente” ($x^2 = 4,13$), “Ambiente” ($x^2 = 4,74$), “Interpessoal” ($x^2 = 4,74$), “Já” ($x^2 = 4,74$), “Trabalhar” ($x^2 = 4,98$), “Ficar” ($x^2 = 5,79$), “Até” ($x^2 = 6,03$), “Coisa” ($x^2 = 9,24$), “Questão” ($x^2 = 11,33$), “Fato” ($x^2 = 13,27$).

Abaixo um exemplo de fala deste núcleo.

“Tem uma **relação interpessoal melhor** sabe? Tem uma confiança maior... tem uma questão mais, entendeu?... de companheirismo, de camaradagem, entendeu? Uma conversa melhor. Eu acho que assim, uma relação interpessoal de você trabalhar com quem você gosta... até mesmo a chefia, a enfermagem... trabalhar com uma equipe legal, com uma chefia legal entendeu? **Isso muda o seu plantão.**” (participante 1).

Segundo Nível – *Condições favoráveis e trabalho que faz a diferença*

Este segundo nível de análise também foi resultante da união de dois NTED, os NTED 3 e 4. Estes núcleos apresentam discursos relativos às condições de trabalho que são favoráveis para a execução do atendimento e o reconhecimento pelos participantes da função social do trabalho, que o trabalho que executam faz a diferença para a população assistida na unidade.

Novamente não houve nível estatístico de significância para as variáveis adotadas em estudo nestes núcleos, e os resultados apresentados são provenientes das falas principalmente dos participantes 1 e 2. O NTED 3 fala de aspectos do trabalho em equipe que geram bem-estar no trabalho, dos quais: o bom relacionamento entre os colegas e a chefia, o suporte organizacional – principalmente nos plantões durante o período diurno e em meio de semana –, e que os colegas na unidade “dão o melhor de si” para a execução do trabalho. Este núcleo recebe o nome de “*Equipe oferece o melhor de si*”. O NTED 4 apresenta discurso referente à função social do trabalho, do atendimento em saúde, pelo reconhecimento de que a execução do trabalho faz a diferença para os usuários e para a unidade, resultam em expressões de gratidão pelos pacientes, e que mesmo apesar das adversidades todos se empenham na execução do trabalho da melhor forma possível.

Abaixo seguem as descrições estatísticas dos núcleos, e as palavras e radicais que as compõem, seguidos de alguns exemplos de falas típicas.

NTED 3 – *Equipe oferece o melhor de si*

Esta NTED corresponde a 24% (f = 18 ST) do corpus de bem-estar. As palavras e radicais que compõem este núcleo se encontram no intervalo entre $x^2 = 5,29$ (verbo “Trabalhar”) e $x^2 = 12,59$ (substantivo “Plantão”). As palavras que apresentam significância no núcleo são: “Trabalhar” ($x^2 = 5,29$), “Estrutura” ($x^2 = 6,06$), “UPA” ($x^2 = 6,51$), “Muito” ($x^2 = 6,59$), “Não” ($x^2 = 7,02$), “Importante” ($x^2 = 9,21$), “Plantão” ($x^2 = 12,59$).

Seguem abaixo algumas evocações típicas deste núcleo:

“[...] a enfermagem... **trabalhar com uma equipe legal**, com uma chefia legal entendeu? Isso muda o seu plantão.” (participante 1);

“Em relação a estrutura de trabalho eu acho que tem muito que... **estrutura física eu acho que aqui a gente tem, só que eu acho que não suporta a demanda**. Né? Eu acho que nenhum local do DF suporta a demanda mais. Então é espaço físico. Então aqui eu ainda acho que a gente consegue ter um espaço físico bom pro paciente ficar um pouco mais confortável. Eu acho que aqui ainda é a unidade até melhor.” (participante 3);

“Eu acho que, **os colegas aqui, na maior parte deles estão aqui para poder dar o melhor deles e isso me estimula a vir pra cá**.” (participante 4);

“[...] eu acho que a UPA ainda assim tem uma, oferece uma boa estrutura de... estrutura física pra a gente trabalhar. Entendeu? Diferente do hospital, que é um hospital muito antigo e tudo.” (participante 4);

“[...] sábado e domingo, é meio parecido com o pessoal que trabalha à noite. Então tem que ter um suporte assim, meio bacana, porque não é muito resolutivo. Diferente do pessoal que trabalha durante a semana, de dia, que o chefe de equipe às vezes consegue agilizar uma coisa ou outra e tudo.” (participante 11).

NTED 4 – Função social do trabalho

Esta NTED corresponde a 17,33% (f = 13 ST) do corpus analisado e apresenta as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,14$ (adjetivo “Melhor”) e $x^2 = 10,43$ (advérbio “Ainda”). São palavras com nível de significância no núcleo as seguintes: “Melhor” ($x^2 = 4,14$), “Paciente” ($x^2 = 5,21$), “Conseguir” ($x^2 = 8,72$), “Ainda” ($x^2 = 10,43$).

As evocações típicas deste núcleo são:

“Aqui na UPA o que causa bem_estar é saber que mesmo com tudo contra, faltando tudo, você ainda consegue **fazer uma grande diferença na população** que não tem acesso a parte particular. Eles só têm a gente.” (participante 2);

“Então a gente ainda sai de casa sabendo **que a gente é que vai fazer a diferença**, mesmo no caso de não ter reconhecimento a gente sabe que no fundo a gente faz uma grande diferença pra unidade de saúde e pro paciente.” (participante 2);

“Aqui as vezes o paciente está na verde e ele ainda acha melhor estar aqui do que estar lá, entendeu? Então aqui eu ainda acho que a **gente consegue dar um tratamento pouquinho melhor pros pacientes**.” (participante 3).

4.5 Qualidade de Vida no Trabalho

O corpus textual referente a qualidade de vida no trabalho (QVT) foi formado pelas respostas dos participantes à pergunta:

“[Nome do Médico], na sua opinião, o que é Qualidade de Vida no Trabalho?”.

O corpus textual formado foi separado em 101 ST, com aproveitamento de 76 ST (75,25%). Emergiram 3466 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 752 palavras distintas e 411 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em seis núcleos temáticos: NTED 1 com 11 ST (14,47%); NTED 2 com 10 ST (13,16%); NTED 3 com 12 ST (15,79%); NTED 4 com 16 ST (21,05%); NTED 5 com 10 ST (13,16%); e NTED 6 com 17 ST (22,37%).

Para os participantes desta pesquisa, qualidade de vida no trabalho é definido com base em dois fatores: um referente às condições de trabalho e outro relativo à organização do

trabalho. Pela análise da CHD, esses fatores constituem dois eixos estruturadores do discurso dos participantes sobre o que é QVT.

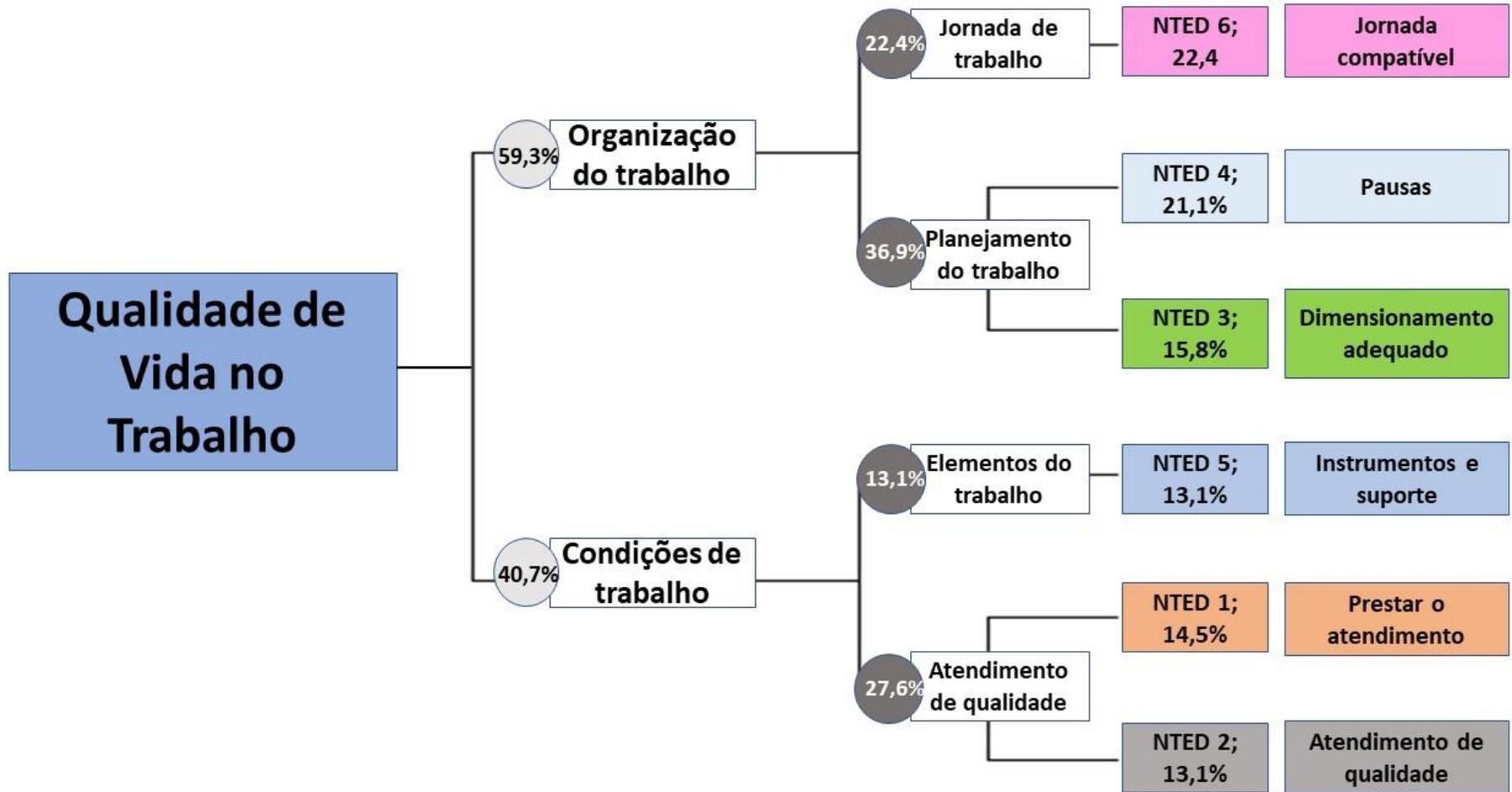
Com relação ao primeiro eixo, denominado “*Condições de trabalho*”, fazem parte deste três NTED distintos, arrançados em dois níveis de análise: um contemplando os NTED 1 e 2, que apresentam discursos relativos às condições para realizar o atendimento médico de qualidade, de forma a garantir o acesso, um correto diagnóstico e tratamento dos pacientes; e outro nível resultante do NTED 5, que versa mais acerca das ferramentas, insumos e suporte necessários para prestar o atendimento. Desta forma, os dois níveis que formam o eixo descrito se aproximam visto que ambos falam que, para se promover QVT, é necessário ter condições de trabalho; porém se distinguem quando um fala daquilo que se precisa ter (NTED 5) e o outro fala da finalidade destas condições, que é prestar atendimento de qualidade (NTED 1 e 2). Como adotado na descrição dos resultados de bem-estar no trabalho, também se optou pela descrição dos eixos e níveis. Aqui, o primeiro nível é denominado de “*Atendimento de qualidade*”, formado pelos NTED 1 e 2; e o segundo nível, formado pelo NTED 5, é denominado de “*Elementos do trabalho*”.

Já o segundo eixo resultante do discurso sobre QVT dos participantes, assim como o primeiro, também contempla três NTED diferentes, distribuídos em dois níveis de análise: o primeiro com os NTED 3 e 4; e o segundo com o NTED 6. Este eixo foi denominado de “*Organização do trabalho*”. O primeiro nível apresenta discursos relativos à estruturação do trabalho, com suporte material e humano suficientes para atendimento da demanda, respeitando o tempo de trabalho principalmente em relação às pausas. Este nível é formado pelos NTED 3 e 4, que são próximos visto que ambos versam sobre o mesmo tema e que é o título dado ao nível: “*Planejamento do trabalho*”. Mas, enquanto um NTED salienta que para se ter QVT é necessário um quantitativo adequado de profissionais, o outro núcleo diz respeito às pausas para descanso, para alimentação e para as necessidades fisiológicas, tempos estes que não são respeitados pela sobrecarga de trabalho proveniente do déficit de profissionais. O segundo nível deste eixo é formado pelo NTED 6, e denominado “*Jornada de trabalho*”. Este fala sobre as pausas necessárias visto que, para os participantes desta pesquisa, a característica do trabalho destes na unidade é extenuante, exaustiva, cansativa. Então para estes, QVT requer uma jornada com pausas para descanso que evitem esta exaustão.

A Figura 13 a seguir apresenta o dendograma resultante da classificação hierárquica descendente do corpus textual de QVT, e organiza os NTED dos participantes acerca do tema.

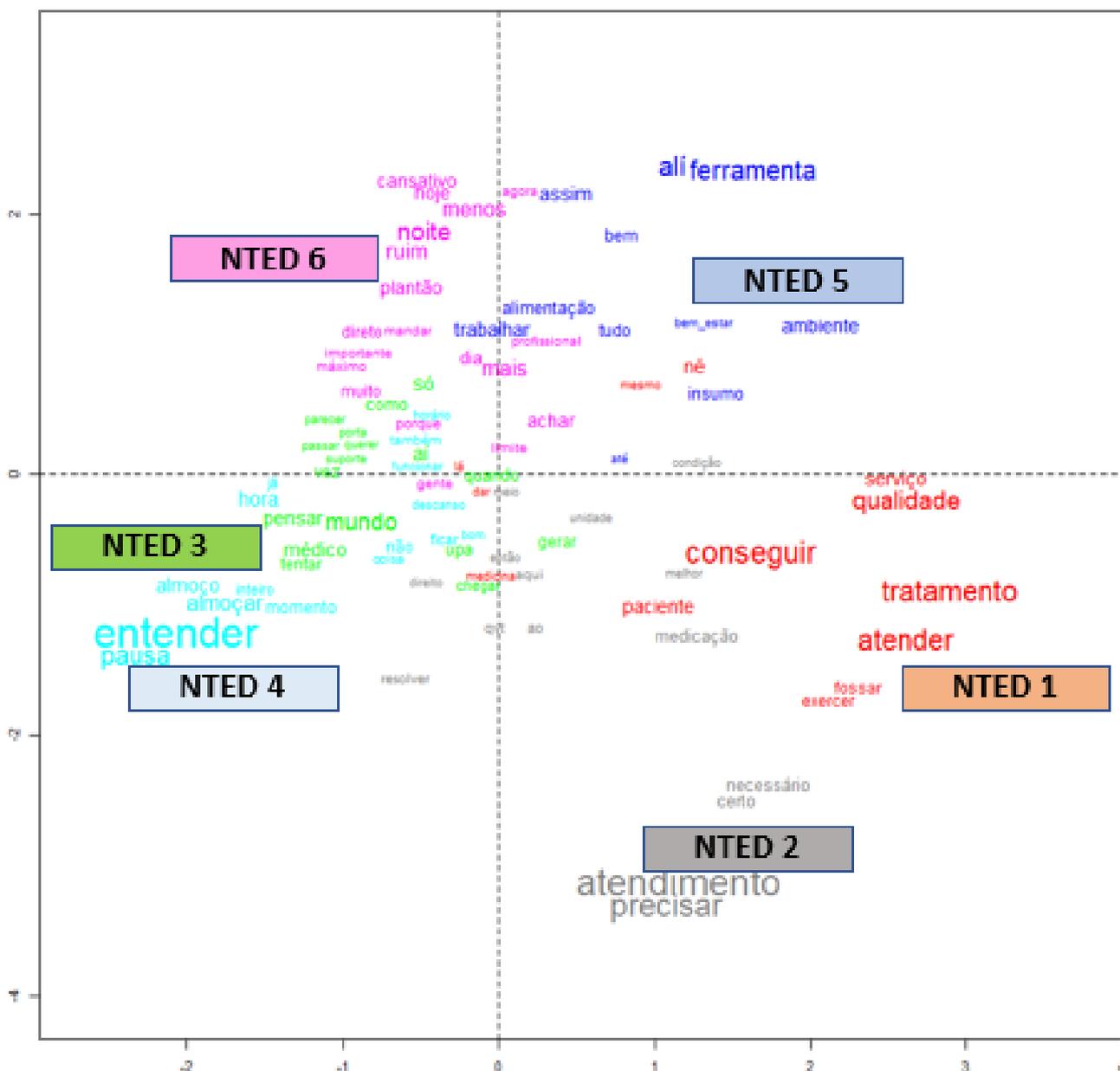
Ainda, a Figura 14 apresenta uma ‘cartografia’ da localização das palavras em um plano cartesiano, evidenciando as relações entre as palavras que compõem cada NTED. Desta forma, pode-se visualizar graficamente os eixos e níveis resultantes da CHD do corpus analisado.

Figura 13: Dendograma do Corpus Textual de Qualidade de Vida no Trabalho



Fonte: O autor

Figura 14: Análise Fatorial de Correspondência das evocações de Qualidade de Vida no Trabalho



Fonte: O autor

Eixo 1 – Condições de trabalho

Resultante de dois níveis distintos, formados por três NTED. Ambos os níveis apresentam discursos que remetem às condições de trabalho necessárias para a vivência de QVT para os participantes.

Primeiro nível – Atendimento de qualidade

Formado pela união de duas NTED distintas, as NTED 1 e 2, ambas apresentam discursos relativos à prestação de um atendimento de qualidade para os usuários, e que isto permite vivenciar QVT. Novamente estes discursos emergiram principalmente (apresentaram nível estatístico de significância) das evocações de três participantes da pesquisa. Não houveram resultados significativos relativos às variáveis adotadas, ou seja, as respostas sobre o que é QVT não diferem com relação à sexo ou faixa etária, por exemplo.

Apesar de falarem de um mesmo nível de análise, e ambos versarem sobre a prestação de um atendimento de qualidade, as NTED diferem entre si pelos seguintes pontos: enquanto a NTED 2 fala de um atendimento de qualidade resultado de condições favoráveis para a sua execução, a NTED 1 apresenta discursos que salientam que, para experimentar QVT, é necessário “*Conseguir*” ($x^2 = 26,18$; $p < 0,0001$) – *que se consiga* – prestar esse atendimento de qualidade.

As descrições estatísticas dos núcleos que fazem parte deste eixo, as palavras e radicais que os compõem, e alguns exemplos de falas típicas são apresentadas abaixo.

NTED 1 – Prestar o atendimento

Esta NTED corresponde a 14,47% ($f = 11$ ST) do corpus textual de QVT. Fazem parte deste núcleo as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 6,87$ (verbo “Exercer”) e $x^2 = 26,18$ (verbo “Conseguir”). As palavras que compõem o núcleo são as seguintes: “Exercer” ($x^2 = 6,87$), “Ser” ($x^2 = 6,87$), “Paciente” ($x^2 = 9,24$), “Serviço” ($x^2 = 12,5$), “Qualidade” ($x^2 = 18,56$), “Tratamento” ($x^2 = 24,95$), “Atender” ($x^2 = 24,95$), “Conseguir” ($x^2 = 26,18$).

Alguns exemplos de discursos típicos que compõem este núcleo são apresentados abaixo.

“[...] **consegue atender**, ter um lugar pra colocar o paciente aqui, que é a proposta da UPA né? Então a qualidade para mim do serviço é **você conseguir fazer aquilo que você se propôs**.” (participante 3);

“Ah, eu acho que é **você conseguir exercer a medicina de uma forma ampla** né? Conseguir dar atenção suficiente praquele paciente. Primeiro atender o paciente de acordo com a... a rapidez que a classificação do paciente exige.” (participante 7);

“[...] **dar o diagnóstico adequado e um tratamento humano**... você conseguir fazer isso, e no tempo hábil que ele necessita, né? E a gente conseguir discutir em grupo, tudo isso gera um bem-estar.” (participante 7);

“[...] sendo que você sabe que aquele não é o melhor. Então, QVT é você **conseguir fazer o mínimo do seu trabalho com qualidade**. Ter acesso aos recursos. É fluir,

tipo o tratamento dos pacientes. Porque aí eles vão, eles vão ficar satisfeitos. E a gente também fica.” (participante 9).

NTED 2 – Atendimento de qualidade

Esta NTED corresponde a 13,16% (f = 10 ST) do corpus total de QVT, e as palavras e radicais que o compõem estão no intervalo de $x^2 = 5,02$ (advérbio “Ao”) e $x^2 = 35,32$ (substantivo “Atendimento”). As palavras que compõem o núcleo são: “Ao” ($x^2 = 5,02$), “QVT” ($x^2 = 5,06$), “Medicação” ($x^2 = 7,83$), “Certo” ($x^2 = 7,83$), “Necessário” ($x^2 = 7,83$), “Precisar” ($x^2 = 27,87$), “Atendimento” ($x^2 = 35,32$).

As evocações típicas deste núcleo são:

“Então eu tenho que **ter os exames** que eu preciso pedir para poder, no tempo certo, para poder fazer um melhor atendimento ao paciente. **É ter os insumos necessários**, as medicações, para poder fazer o atendimento ao paciente.” (participante 4);

“O que é QVT? **É poder exercer os processos de trabalho com dignidade, com segurança, com os instrumentos e recursos necessários pra você poder fazer um bom atendimento ao paciente**, com todos os aspectos envolvidos.” (participante 4);

“Você **ter as medicações** que você precisa, você ter a organização da enfermagem. **É um conjunto**. Eu acho que isso é QVT.” (participante 6);

“Que o paciente vai **ter aquela estrutura** que você precisa, monitor adequado, o ar-condicionado estar funcionando. Você ter um transporte, e alguém para poder ir para o transporte, e alguém ficar na unidade de atendimento com os outros pacientes.” (participante 7).

Segundo nível – Elementos do trabalho

NTED 5 – Instrumentos e suporte

Formado apenas pelo NTED 5, este segundo nível do eixo de Condições de trabalho apresentou retenção de 13,16% (f = 10 ST) do corpus textual analisado. É formado por palavras e radicais que se encontram no intervalo de $x^2 = 5,95$ (advérbio “Tudo”) e $x^2 = 20,61$ (substantivo “Ferramenta”). As palavras que compõem este núcleo são: “Tudo” ($x^2 = 5,95$), “Insumo” ($x^2 = 7,83$), “Alimentação” ($x^2 = 7,83$), “Bem” ($x^2 = 8,75$), “Ambiente” ($x^2 = 10,28$), “Trabalhar” ($x^2 = 11,74$), “Assim” ($x^2 = 11,74$), “Ferramenta” ($x^2 = 20,61$).

Não houveram diferenças estatisticamente significativas das variáveis adotadas em estudo nas representações que compõem este núcleo. Os segmentos de texto típicos remetem às ferramentas necessárias para se ter QVT, tanto no sentido literal como figurado da palavra, quando mencionam que é necessário insumos, equipamentos e instrumentos adequados para a

execução do trabalho, e ainda a necessidade de um ambiente adequado, alimentação balanceada, e suporte de chefia. Adiante seguem alguns exemplos de falas que compõe este NTED:

“Que tenha uma **um banheiro que funcione** também, pra poder fazer minhas necessidades. Que tenha **uma alimentação** balanceada nutricionalmente, para que no horário de eu fazer minha refeição eu consiga fazer uma refeição e voltar a trabalhar bem alimentado.” (participante 4);

“Que os **insumos de trabalho**, tanto medicação quanto... É eu chegar aqui e ter um bem_estar pra poder trabalhar né? Porque assim, para ter qualidade pessoal, tem que ter qualidade no serviço né?” (participante 4);

“Ah, é... eu acredito que QVT é você fazer o seu ofício ali, pra qual você foi treinado e tudo. Né? Foi graduado. É **ter meios pra isso, ferramentas pra isso.**” (participante 10);

“Acho que é justamente isso. É você fazer o trabalho fluir a favor não só de você, mas do paciente também. Ou seja, **ter os insumos**, ter um coordenador que trabalhe em prol de tudo isso, e que o fluxo possa seguir. Né?” (participante 11).

Eixo 2 – Organização do trabalho

Este segundo eixo de análise resultante dos discursos de QVT dos participantes, assim como no primeiro eixo, também é subdividido em dois níveis distintos, e ambos falam acerca de características da organização do trabalho que são promotoras de QVT para os pesquisados. Estes dois níveis também contemplam três NTED distintas.

Neste eixo, diferente do que ocorreu no primeiro acima descrito, as evocações dos participantes representavam mais os exemplos daquilo que acreditam que se deve mudar na unidade para a promoção de QVT do que exemplos ou citações do que acreditam ser QVT. Deste modo, muitas falas precisaram da interpretação pelo contexto do que versavam. Por exemplo, para explicitar que para se ter QVT é requerido um quantitativo de profissionais adequado, muitos participantes citaram que a sobrecarga de trabalho é um fator que vai contra a QVT.

Primeiro nível – Planejamento do trabalho

Apresentando evocações relativas organização do trabalho, as NTED 3 e 4 versam de aspectos relativos à estruturação do trabalho, no que concerne à parametragem do serviço, com suporte adequado à demanda, principalmente com relação ao quantitativo de

profissionais; e também referente à jornada de trabalho, com menção às pausas necessárias tanto para descanso como para alimentação. Mais uma vez estes núcleos emergiram principalmente dos discursos de três participantes em específico, não apresentando diferença estatisticamente significativa para as variáveis descritas em método.

As NTED que discursam acerca do planejamento do trabalho diferem nos seguintes aspectos: o NTED 3 fala que, para se ter QVT, é necessário um número adequado de profissionais para o atendimento da demanda do serviço; já o NTED 4 explicita que é necessário pausas bem definidas, e que estas sejam respeitadas, durante a jornada de trabalho. São próximas e constituem um mesmo nível no eixo de organização do trabalho porque no NTED 4 as menções acerca das pausas ocorrem em alusão à sobrecarga de trabalho que ocorre caso a demanda de trabalho seja maior que o quantitativo de profissionais atuando.

Por fim, para descrição deste primeiro nível do eixo de organização do trabalho, segue abaixo todas as descrições estatísticas dos núcleos que fazem parte, as palavras e radicais que os compõem, e alguns exemplos de falas típicas.

NTED 3 – Dimensionamento adequado

Esta NTED corresponde a 15,79% (f = 12 ST) do corpus textual de QVT, apresentando as palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 4,25$ (verbo “Chegar”) e $x^2 = 16,66$ (substantivo “Mundo”). Este núcleo é formado pelas palavras: “Chegar” ($x^2 = 4,25$), “Gerar” ($x^2 = 6,08$), “Tentar” ($x^2 = 6,08$), “Quando” ($x^2 = 7,87$), “Como” ($x^2 = 7,87$), “UPA” ($x^2 = 7,87$), “VeZ” ($x^2 = 8,51$), “Pensar” ($x^2 = 11,13$); “Médico” ($x^2 = 11,13$); “Só” ($x^2 = 12,14$); “Mundo” ($x^2 = 16,66$). Abaixo seguem alguns exemplos de falas que compõe este NTED:

“QVT é estar feliz quando pensa que vem para cá. Né? Só que aí quando a gente pensa: nossa, eu vou, posso chegar na UPA e lá vai ter um monte de paciente na cadeira, vai ter um monte de paciente precisando de assistente e a gente não vai conseguir.” (participante 3);

“Vamos ter mais profissionais. Tem gente querendo trabalhar. Se não é concursado, porque que o governo não contrato então? Não vem por via de contrato? OK, não dá pra todo mundo ser chamado no concurso, é uma despesa muito grande pro GDF. Mas, e contrato? Tanta gente tá querendo trabalhar. Porque que não contrata mais uns 3 médicos.” (participante 6);

Quando tinha a sala amarela e tudo, era cheio, não dava aquela resolutividade. Você tentava resolver o amarelo, o vermelho, aí chegava a porta, e tinha gente no verde. Às vezes só um médico, e aquela... sabe? Uma correria danada. (participante 11);

“Então que, a qualidade de vida naquele sentido é dar o suporte, não só para nós. Eu acho que como médico, como profissional, mas também para a possibilidade de tratar o paciente.” (participante 11).

NTED 4 - Pausas

Este NTED contém a retenção de 21,05% (f = 16 ST) dos segmentos de texto que emergiram da análise do corpus total de QVT. As palavras e radicais que o compõem estão no intervalo de $x^2 = 3,91$ (adjetivo “Inteiro”) e $x^2 = 12,78$ (substantivo “Hora”). As palavras que compõem o núcleo são: “Inteiro” ($x^2 = 3,91$), “Já” ($x^2 = 3,91$), “Ficar” ($x^2 = 4,21$), “Não” ($x^2 = 6,84$), “Momento” ($x^2 = 8,15$), “Almoço” ($x^2 = 11,71$), “Hora” ($x^2 = 12,78$). As evocações típicas deste núcleo são:

“Pra mim QVT é **uma organização**... uma coisa de cada vez... você **ter tempo pra você ir no banheiro, pra você lanchar, pra você ter uma alimentação**... um tempo de **pausa**, porque a gente trabalha 12 horas então não é necessariamente direto entendeu? Você tem que ter uma pausa também, entendeu... uma pausa a cada 1 hora e meia, a cada 1 hora, você dá uma pausa... de 10 minutos, de 15 minutos... você poder fazer isso.” (participante 1);

“É você até também **ter um período**, você poder sentar para almoçar, tranquilamente. Você ter o seu período de almoço.” (participante 6);

“Que já é um trabalho muito estressante. Adrenalina o tempo inteiro. Então eu acho que **ter os momentos de pausa são... ideais**.” (participante 7);

“[...] sei lá, tipo pausas pra ir ao banheiro. Às vezes eu fico percebendo que às vezes eu fico tentando correr o tempo inteiro aqui. E não funciona no meu normal. Parece que eu tô acelerada. Ter essas pausas. Tipo você comer direito. Entendeu?” (participante 9).

Segundo nível – Jornada de trabalho

NTED 6 – Jornada compatível

Formado apenas por este NTED, este segundo nível apresentou retenção de 22,37% (f = 17 ST) do corpus textual analisado. É formado por palavras e radicais que se encontram no intervalo de $x^2 = 4,86$ (advérbio “Porque”) e $x^2 = 18,57$ (substantivo “Noite”). Fazem parte deste segundo nível as palavras: “Porque” ($x^2 = 4,86$), “Muito” ($x^2 = 6,27$), “Direto” ($x^2 = 6,74$), “Dia” ($x^2 = 7,36$), “Assim” ($x^2 = 7,67$), “Achar” ($x^2 = 9,74$), “Plantão” ($x^2 = 10,24$), “Cansativo” ($x^2 = 10,84$); “Hoje” ($x^2 = 10,84$); “Menos” ($x^2 = 14,65$); “Ruim” ($x^2 = 14,65$); “Mais” ($x^2 = 15,24$); “Noite” ($x^2 = 18,57$).

Neste núcleo, diferente do que ocorreu em todos os outros cinco descritos anteriormente, as evocações predominantes foram dos participantes com idade de 36 anos e

acima (5 ST; $x^2 = 3,95$). Este nível apresenta evocações que remetem à jornada de trabalho, principalmente quando citam que para ter QVT é preciso pausas para descanso, em especial para os plantões no período noturno. São alguns exemplos de falas que compõe este NTED:

“Que eu acho assim, 12 horas é o limite máximo de um plantão. Não sei como alguém consegue fazer 18. Te juro. E nem 24, e nem 36. Então pra mim **12 horas é o limite de plantão**. E o importante para mim é fazer um **plantão durante o dia**. À noite eu não dou conta.” (participante 3);

“[...], **você ter o direito a dormir**, pelo menos um... Porque assim, tudo bem. Teoricamente o plantão você tem que dar 12 horas, só que **a noite é muito mais cansativo**.” (participante 6);

“Então acho isso... isso é ruim. Porque você fica de 7 da manhã à 7 da noite as vezes direto, sem descansar. E assim, eu sei que a noite é cansativo, é muito, as vezes um pouco mais, mas o dia também é cansativo. Eu acho que a gente também, esse horário de lazer, descanso, a gente não tem. Emenda. Isso é ruim. Então acho que isso não é qualidade de vida, né?” (participante 6);

“Eu acho que, para mim hoje, eu já fiz muito plantão, perdi muita noite de sono, e pra mim qualidade de vida hoje é poder estar ao máximo em casa à noite, quando pode.” (participante 12).

5. Capítulo 5

Conclusões

Para se obter avanços na saúde dos trabalhadores é necessário dar a devida atenção ao trabalho, cuidar do trabalho antes mesmo de cuidar das pessoas. O princípio da flexibilização de Sennett não pode ser perpetuado como medida de ação sobre os trabalhadores como naturalmente ocorre em decorrência das transformações do mundo do trabalho. Conhecer e definir os custos relacionados ao exercício do ofício, seja de médico ou de qualquer outra profissão, e identificar as estratégias que realmente conseguem contornar, atenuar ou até mesmo anular os constrangimentos originados nas situações de trabalho, é importante não somente para a promoção de bem-estar no trabalho como para a prevenção de adoecimentos e fomentar saúde aos trabalhadores. Isso sem desconsiderar a individualidade do sujeito no contexto de trabalho, e sua variabilidade quando em grupo, enquanto período de tempo, enquanto circunstâncias.

Os resultados desta pesquisa respondem parcialmente às perguntas que problematizaram o fenômeno proposto. Retomando-as neste capítulo final, em vista dos resultados apresentados, é possível responder como a atividade de médico em emergências impacta na saúde destes. Os dados coletados e apresentados demonstram o alto desgaste ao qual estes médicos estão expostos em sua unidade, e que representam custos físicos, cognitivos e afetivos importantes para estes. Ainda, os participantes fazem relação direta entre o trabalho e a manifestação de sinais e sintomas específicos, como dor, cefaleia, transtornos mentais menores (depressão e ansiedade). Cabe ressaltar que esta é a percepção dos participantes e não se presta a generalizações, visto que nem mesmo estudos epidemiológicos acerca de trabalho e doença conseguem estabelecer relação direta com alguma patologia em específico.

A afirmação de que as respostas aqui apresentadas são parciais decorre pois reconhece-se logo de partida um dos limites desta pesquisa. Compreender o contexto de trabalho e quais seriam os impactos deste na saúde dos trabalhadores aí inseridos não pode restringir-se à apenas uma categoria profissional. Da unidade estudada também fazem parte enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, técnicos de laboratório, nutricionistas, copeiras, técnicos administrativos, chefia de enfermagem, chefia do corpo médico, gerente geral, gerente de emergência, e vários outros cargos tão importantes quanto ao cargo de

médicos. O contexto de trabalho apresentado nesta dissertação modifica-se pelas influências sociais dos atores envolvidos neste contexto, e concretizar que as inferências aqui apresentadas são generalizáveis a todos os trabalhadores da unidade constitui um erro grosseiro de análise. O que foi apresentado até então, e as considerações a seguir, são apenas a parte de um todo complexo, e apenas uma das pontas de um *'iceberg'*, sob a perspectiva de apenas uma categoria.

A compreensão dos impactos à saúde perpassa pelo conceito ampliado do mesmo, de que saúde compreende além da dimensão de ausência de doença e considera os fatores sociais, econômicos e psicológicos no cerne do processo saúde-doença. Contemplando as categorias que Davezies (1998) descreve, é perceptível que no processo saúde-doença destes trabalhadores em emergências médicas decorre, principalmente, devido a hipersolicitação destes no trabalho. Os dados levantados comprovam que os médicos da UPA estudada referem sobrecarga, exaustão, desgaste físico e cognitivo, afetos negativos – como irritabilidade e tristeza, além da incidência de doenças em específico. Os relatos de plantões sozinhos, com uma sobrecarga extenuante, exigem destes profissionais dispêndios cognitivos altos, de forma a solucionar e coordenar uma série de demandas que, se em um plantão com escala de médicos adequada, esses dispêndios seriam compartilhados. Para este autor, essa hipersolicitação cognitiva pode explicar a dificuldade destes profissionais em obter êxito nos modos de contornar esse problema. Ainda, Machado et al. (1997) descreve que:

“a atividade médica é por natureza desgastante, principalmente pelo fato de lidar com vidas frequentemente em situação de fragilidade, exigindo decisões rápidas, que muitas vezes envolvem riscos vitais ou mesmo intervenções clínicas e cirúrgicas. Esse fato torna o médico mais propenso a sentir-se, ao longo de sua vida profissional, desgastado física e psicologicamente.”

Já as representações de mal-estar no trabalho levantadas nesta pesquisa demonstram a importância do contexto de trabalho como fonte destes sentimentos negativos. Para os médicos da UPA investigada, as condições de trabalho inadequadas e as relações socioprofissionais conflituosas são percentualmente aquelas que mais se relacionam ao mal-estar no trabalho vivenciado pelos participantes. Algumas características da organização do trabalho aparecem como segundo elemento gerador de mal-estar, como tempo de trabalho, processos de trabalho e a gestão do trabalho. Ainda, são descritas as relações hierárquicas conflituosas, com descrição pelos participantes da baixa autonomia destes no processo de trabalho, principalmente pelo desconhecimento dos gestores acerca da realidade do contexto ao qual estes trabalhadores estão inseridos. Ferreira (2017) descreve que a vivência duradoura destes sentimentos negativos no trabalho constituem um fator de risco para adoecimento.

Refletindo acerca dos fatores estruturantes dos impactos na saúde dos médicos pesquisados – a segunda pergunta de pesquisa –, a análise das fontes de mal-estar no trabalho e o cotejamento destas com os custos humanos levantados identificam que, para estes trabalhadores, as condições de trabalho, a organização do trabalho e as relações socioprofissionais da unidade pesquisada são os responsáveis por estes impactos negativos. Ou seja, o contexto de trabalho, ou o Contexto de Produção de Bens e Serviços (CBPS), como descrevem Ferreira e Mendes (2003), é aquele imputado como causador de mal-estar e de custos físicos, cognitivos e afetivos negativos, resultando em sintomas, sinais e até mesmo em doenças nos pesquisados. Essa constatação concerne com o descrito por Barros (2015) que, em sua pesquisa com médicos e enfermeiros de um hospital, levantou dados que são congruentes aos de pesquisas anteriores que afirmam que nenhum trabalho é isento de possibilitar tanto a satisfação como o desgaste; a natureza do trabalho, a forma como este é organizado e as condições em que é realizado podem impulsionar – ou não – os sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho, e o adoecimento. Ainda, da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina em 2007 sobre a saúde dos médicos no Brasil (CFM, 2007), constatou-se que o estresse resultante das condições inadequadas de trabalho é fator determinante no surgimento, permanência e/ou agravamento de diversas comorbidades orgânicas e mentais. Pode-se concluir na presente pesquisa que um dos pilares explicativos dos impactos na saúde dos pesquisados é o contexto de trabalho da unidade estudada.

Por fim, para responder se existem meios de dirimir ou atenuar os impactos mediados pelo trabalho na saúde dos médicos em emergências, os resultados levantados nos tópicos de bem-estar no trabalho, estratégias de mediação individual e coletivas e a definição, para os pesquisados, de qualidade de vida no trabalho, facilitam esta tarefa.

Quando estes médicos descrevem que, apesar das adversidades do trabalho, este para eles tem momentos gratificantes, e que essa gratificação no trabalho pode ser potencializada pelo esforço conjunto de uma equipe, por relações harmoniosas, pelo sentido que o trabalho traz para estes trabalhadores, todos estes aspectos geram bem-estar para os pesquisados e podem constituir meios de dirimir ou atenuar os problemas descritos na unidade. Ainda com relação às fontes de bem-estar elencadas, para os médicos da UPA pesquisada, é fator importante as condições de trabalho, a organização do trabalho e os resultados positivos de um trabalho bem feito. Esses são indicadores que podem ser melhorados, quando relativos às condições e organização do trabalho; e os resultados positivos de um trabalho bem-feito pode

ser potencializado pelo simples reconhecimento destes feitos, ainda mais nas situações de adversidade encontrados na unidade.

Os resultados descritos nas estratégias de mediação individual e coletivas, apesar de não indicar qual/quais seriam as estratégias coletivas para a população pesquisada, apenas indicam o que, para estes médicos, seriam estratégias que auxiliam neste sentido de dirimir ou atenuar os impactos na saúde. A questão do apoio institucional e profissional pode (e deve) ser uma medida da organização do trabalho, podendo ser discutida quando das práticas gerenciais da unidade. Já as estratégias que os respondentes levantam, tanto ‘dentro’ como ‘fora’ do trabalho remetem mais a ações individuais; entretanto, a instituição pode neste sentido propiciar meios e incentivar essas ações individuais no âmbito coletivo, como por exemplo: acompanhar, incentivar e facilitar a realização de atividade física contínua por seus trabalhadores; discutir e incentivar a religiosidade e os significados do trabalho, como em clínicas do trabalho; identificar e incentivar a realização de atividades prazerosas pelos seus trabalhadores. Todas essas ações tomando o devido cuidado para não oferecer práticas de “ofurô corporativo”, meramente assistencialistas.

Desta forma, por último, considerando aquilo que os participantes conceituam por Qualidade de Vida no Trabalho, a instituição ao se atentar para os indicadores levantados pode promover políticas e programas direcionados a estes indicadores, fomentando as necessidades dos trabalhadores e promovendo aumento na QVT e a promoção de bem-estar no trabalho. Para os médicos pesquisados, essas mudanças passam por melhorias tanto das condições como da organização do trabalho, com a definição de jornadas de trabalho compatíveis aos indivíduos, o dimensionamento adequado da unidade, a instituição e o respeito às pausas, o fornecimento de instrumentos e suporte adequados para um atendimento de qualidade ao usuário. São medidas que, em geral, este autor reconhece que dependem não somente da gestão da unidade, mas considerando o serviço público, dependem principalmente de ações governamentais, com direção a recursos financeiros e de gestão de pessoas que são críticos não somente na saúde, mas também em outras autarquias do governo. Contudo, vale lembrar que a unidade pesquisada é passível de financiamento federal, e que perde este recurso por não atender aos requisitos previstos, fato que pode sim ser contornado pela gestão governamental e que beneficiaria a todos: gestão, trabalhadores e usuários.

Apesar do limite já exposto com relação à amostra selecionada, esta pesquisa por si só apoia uma série de outros estudos que descrevem a realidade do trabalho em emergências

médicas, explicitando a vulnerabilidade destes trabalhadores e a nocividade do trabalho que executam. Isto constitui importante contribuição, pois ao se conhecer o tamanho do problema, pode-se refletir sobre maneiras de contorná-lo, impactando para a sociedade na manutenção destes serviços de forma plena, com a satisfação tanto dos trabalhadores como dos usuários deste tipo de estabelecimento de saúde. Para a academia, contribui para o campo de pesquisa em Qualidade de Vida no Trabalho, fornecendo dados de um campo ainda não abordado pela perspectiva da Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida (EAA_QVT). Ainda, provoca outros estudos que podem utilizar o *software IRaMuTeQ* como instrumento para uma análise quantitativa de dados qualitativos, ainda pouco utilizado na produção de ciências, mas com potencial de emudecer as críticas dos pesquisadores positivistas.

Um importante aspecto ainda a ser considerado, cujos resultados e discussões apresentados e os estudos elencados neste documento não foram capazes de elucidar: seria a atividade de trabalho em emergências médicas um fator importante para o aparecimento de doenças específicas, configurando-o na lista de riscos ocupacionais; ou o contexto de trabalho é quem influencia para o aparecimento destas, configurando-se uma doença do trabalho? Os estudos elencados neste documento, a maioria deles relacionando-se ao trabalho em emergências públicas, mas muitos deles citando características também do trabalho em serviços privados, apontam características que são consonantes do contexto de trabalho e que estas influenciam na saúde dos trabalhadores deste contexto. Ou seja, é uma conclusão que nenhum estudo, e nem este, foi capaz de fazer, podendo constituir hipótese para demais pesquisas: seria o resultante da atividade médica em emergências médicas uma doença ocupacional ou uma doença do trabalho apenas?.

Assim como afirma Chiavegato Filho (2017) em sua pesquisa sobre a prática médica no Sistema Único de Saúde, nesta apresentada também não foi possível “construir e consolidar um espaço para análise e transformação das atividades laborais”. Entretanto, mais do que apenas registrar e reconhecer o sofrimento dos médicos, se espera que o conteúdo apresentado notabilize a importância de se reconhecer o ambiente de trabalho, sua influência sobre seus trabalhadores, e o papel ativo destes na organização e no desenvolvimento das atividades. Da forma como descreve Clot (2010; como citado por Chiavegato Filho, 2017), ao invés de auxiliar no desenvolvimento de “um novo campo de gestão dos recursos humanos” de ideologia gerencialista, a idéia deste estudo é contribuir para o desenvolvimento de situações de trabalho mais saudáveis e estimulantes.

Outro limite evidente, relacionado ao método, remete à análise dos dados levantados. O fato de o pesquisador desta ser também parte da população pesquisada pode ter contribuído com viés de análise, pois por mais que se tenha suprimido a observação do conteúdo de análise e que esta tenha se restringido apenas aos resultados oriundos das análises realizadas pelo *software IRaMuTeQ*, assim como descrevem Ferreira, Torrecilha e Simões-Machado (2012), o conhecimento e as crenças do pesquisador podem gerar desvios. Contudo, é viés relativamente contornado visto que os resultados aqui apresentados são cotejados e reforçados por outros presentes em literatura correlata. E ainda, apesar disso, constituiu para o desenvolvimento desta pesquisa como um importante facilitador, abrindo caminho para o livre discurso dos participantes e a ampla participação (não houveram nenhuma resistência, desistência ou negativa à participação).

Outro limite importante, que pode influenciar nos resultados obtidos, é a possível relação dos dados com outra variável, relativa à quantidade de vínculos empregatícios destes profissionais. Segundo levantamento do CFM (2015), a maioria dos médicos possuem mais de um emprego, e acabam por submeterem-se a longas jornadas de trabalho semanais. Deste levantamento, apenas 22% dos médicos descreveram possuir apenas um emprego. A multiplicidade de vínculos empregatícios é mais comum entre os médicos mais jovens – 28,7% daqueles até 35 anos de idade possuem de quatro a mais vínculos empregatícios. Estudos confrontando esta variável com as percepções destes trabalhadores de emergências médicas podem fornecer mais bases explicativas, configurando assim uma nova agenda para pesquisas futuras.

A pesquisa desenvolvida, que resulta nesta dissertação, fornece dados para a elaboração de medidas de prevenção dos danos à saúde dos médicos provocados pela situação de trabalho na unidade. Essas medidas devem considerar: tanto as atividades físicas imbricadas na ação do trabalho como as atividades mentais envolvidas, a dependência entre os componentes da atividade; os limites físicos, cognitivos e afetivos relacionados às exigências do trabalho; a variabilidade dos sujeitos; a vulnerabilidade dos sujeitos. São todos aspectos cotejados pela ergonomia da atividade, cujos estudos colocam em evidência que o trabalho real difere muito do trabalho prescrito, envolvendo não somente força, gestos ou postura, mas também alto dispêndio cognitivo, afetivo; a variabilidade dos indivíduos – ao longo do tempo, durante a jornada de trabalho, de um dia a outro, ao curso de sua vida, em função da sua idade, em função da sua história profissional; não existe o trabalhador padrão e a tarefa padrão.

Referências Bibliográficas

Abrahão, Júlia Issy, & Pinho, Diana Lúcia Moura. (2002). As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da Ergonomia. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(spe), 45-52.

American Psychological Association (APA). (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association (6th ed.)*. Washington, DC.

Assunção, A.D., Lima, F.P.A (2003). A contribuição da Ergonomia para a identificação, Redução e Eliminação da Nocividade do Trabalho. Do Livro de RENÉ MENDES (org). *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Ed. Atheneu. 2003, p.1768-1789

Assunção, Ada Ávila. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 1005-1018. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000400022>

Assunção, Ada Ávila, Marinho-Silva, Airton, Vilela, Lailah Vasconcelos de Oliveira, & Guthier, Maria Helena. (2006). Abordar o trabalho para compreender e transformar as condições de adoecimento na categoria dos teleatendentes no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 31(114), 47-62. <https://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572006000200005>

BARROS, N. M. G. C. (2015) *Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense*. 23. , São Paulo – SP, Brasil, v. 22, n. 1, p. 21-39, jan.

BARATA, RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books .

Benevides, Regina, & Passos, Eduardo. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 561-571.

<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>

Botton, A., Cúnico, S.D., Strey, M.N., (2017) Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25 (1), Jan.-Jun. 2017

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Dados do setor. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 18 maio. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Manual de aplicação da Norma Regulamentadora nº 17. 2. ed. Brasília: MTE, 2002.

Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência Social. Portaria MTPS nº 3.751, de 23 de novembro de 1990. NR-17 Ergonomia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 nov. 1990.

CFM (2007) A Saúde dos Médicos no Brasil. / coordenação de Genário Alves Barbosa et alli. – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007. 220p. ;

Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga. (2017). A prática médica no Sistema Único de Saúde: quando uma atividade de trabalho pede socorro. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 63-73. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100007>

Corrêa, C., & Jobim e Souza, S. (2017). Dinâmicas profissionais contemporâneas: algumas contribuições da sociologia de Richard Sennett. *Fractal: Revista de Psicologia*, 29(1), 54-64. doi:<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1457>

Demografia médica no Brasil 2015. / Coordenação de Mário Scheffer; Equipe de pesquisa: Aureliano Biancarelli, Alex Cassenote. – São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de

Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2015.

Demografia Médica no Brasil 2018 / Coordenação de Mário Scheffer; equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aline Gil Alves Guilloux, Aureliano Biancarelli, Bruno Alonso Miotto e Giulia Marcelino Mainardi. – São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2018.

DEMO, Pedro. Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

Domingues, Adriana Rodrigues. A dificuldade de expressar emoções: um estudo psicossocial da servidão. 2001. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001. APENAS RESUMO

Ferreira, Leda Leal. (2015). Sobre a Análise Ergonômica do Trabalho ou AET. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 8-11. <https://dx.doi.org/10.1590/0303-7657ED0213115>

Ferreira, L., Torrecilha, N., & Simões-Machado, S.H. (2012). A técnica de observação em estudos de administração. XXXIV Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro/RJ – 22 a 26 de setembro de 2012.

Ferreira, M.C. & Rosso, S.D. (2003). A regulação Social do Trabalho. Brasília: Paralelo 15.

Ferreira, M. C. (2003). O sujeito forja o ambiente, o ambiente “forja” o sujeito: mediação indivíduo-ambiente em ergonomia da atividade. In: M. C. Ferreira, & S. D. Rosso (Orgs). *A regulação social do trabalho*. (pp. 21-46). Brasília: Paralelo 15.

Ferreira, M.C. (2004). Bem-estar: Equilíbrio entre a Cultura do Trabalho Prescrito e a Cultura do Trabalho Real. In Álvaro Tamayo (org.) *Cultura Organizacional e Saúde*. São Paulo: Editora Artmed, p. 181-207.

FERREIRA, M.C (2008). A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, v.11.(1), 83-99.

Ferreira, M.C. (2008). A ergonomia da atividade se interessa pela qualidade de vida no trabalho? Reflexões empíricas e teóricas. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 2008, vol. 11, n. 1, pp. 83-99.

FERREIRA, M. C. & SEIDL, J. (2009). *Mal-estar no trabalho: análise da cultura organizacional de um contexto bancário brasileiro*. Psicologia: Teoria e Pesquisa 25 (2), 245- 254.

Ferreira, M. C., Antloga, C., Ferreira, R.R., & Bergamaschi, A.V. (2009). As Fontes do Bem-Estar e do Mal-Estar no Trabalho em um Contexto Organizacional do Serviço Público. In 61ª Reunião Anual da SBPC. Manaus: Brasil. Disponível em http://www.ergopublic.com.br/?pg=descricao_conteudo&id=385&categoria=8&su_bcat=14

Ferreira, M.C. (2011). A Ergonomia da Atividade pode Promover a Qualidade de Vida no Trabalho? Reflexões de Natureza Metodológica. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho, 11, 1, jan-jun 2011, 8-20.

FERREIRA, M.C. (2012). *Qualidade de Vida no Trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores* (2ª ed.). Brasília: Paralelo 15.

Ferreira, M.C. (2013). Ergonomia da Atividade. In: Fernando de Oliveira Vieira; Ana Magnólia Mendes; Álvaro Roberto Crespo Merlo. (Org.). *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho*. 1ed. Curitiba: Juruá, 2013, p. 135-142.

Ferreira, M.C. (2015). Ergonomia da Atividade aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho: lugar, importância e contribuição da Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, 40 (131): 18-29, 2015.

Fraser, Márcia Tourinho Dantas, & Gondim, Sônia Maria Guedes. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 139-152. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>

Gil, Antonio Carlos Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

Guérin, F., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J., & Kerguelen, A. (2001). *Compreender o trabalho para transformá-lo. A prática da Ergonomia*. São Paulo: Editora Edgard Blücher.

HUSE, Edgar; CUMMINGS, T. (1985). Organization development and change. St Paul: Ed Minn.

Jackson Filho, José Marçal. (2004). Introdução: inteligência no trabalho e análise ergonômica do trabalho - as contribuições de Alain Wisner para o desenvolvimento da Ergonomia no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 29(109), 7-10. <https://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572004000100002>

Jackson Filho, José Marçal, & Lima, Francisco de Paula Antunes. (2015). Análise Ergonômica do Trabalho no Brasil: transferência tecnológica bem-sucedida?. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 12-17. <https://dx.doi.org/10.1590/0303-7657AP0113115>

LEI Nº 8.213, DE 24 DE JULHO DE 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil.

Localização e Eficiência das Unidades de Pronto Atendimento do Distrito Federal. Nota Técnica - DIPOS/CODEPLAN. Brasília-DF, novembro de 2015.

LÚCIO, CLEMENTE GANZ. (2015). Desafios para o crescimento e o emprego. *Estudos Avançados*, 29(85), 21-33.

LIMONGI-FRANÇA, A. (2004). Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pos-industrial. São Paulo: Atlas.

MORIN, E. (2004). The meaning of work in modern times. 10th World Congress on Human Resources Management, Rio de Janeiro, Brazil, August 20th, 2004.

Martins, Heloisa Helena T. de Souza. (2004). Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, 30(2), 289-300. <https://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>

Medeiros, L.F.R. (2016). CONTRIBUIÇÕES DA ERGONOMIA DA ATIVIDADE APLICADA À QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO Trabalho (En)Cena, Vol. 01, n. 1, Janeiro a Junho de 2016, 143 - 156.

Mozzato, A. R.; Grzybovski, D. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *RAC*, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

MACHADO, M.H. (coord.); ÁVILA, C.; BRAGA, M.; CAMPOS, M.; LOZANA, J.A.; OLIVEIRA, E.; PEREIRA, S.; PINTO, L.F.; REGO, S.; SERTÃ, F.; TEIXEIRA, M. & VIEIRA, M. - Perfil dos

Médicos no Brasil – relatório final: Médicos em números. Volumes I e XII. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1996. FIOCRUZ/CFM/MS/PNUD.

MACHADO, M.H. (coord.); BARCELLOS, E.R.; BRAGA, M.L.S.; CAMPOS, M.; LOZANA, J.A.; OLIVEIRA, E. S.; PEREIRA, S. R.; PINTO, L.F.; REGO, S. & SERTÃ, F. - Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1997. 244p.

Mendes, M.L.M. (2015). A tradução do fracasso: Burnout em professores do Recife (tese de doutorado, UFPE). Recuperado em:

https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/15778/1/TESE%20FINAL%20BURNOUT%20%283%29_editada%20%282%29.pdf

MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C. Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

NADLER, D. A.; LAWLER, E. E.(1983). Quality of work life: perspectives and directions. *Organizational Dynamics*, v. 11(3), 20-30.

Neves, M., Alvarez, D., Roosli, A., Moraes, T., Masson, L., & de Oliveira, V. (2018). Ação-formação: uma leitura das contribuições da Ergonomia da Atividade. *Fractal: Revista de Psicologia*, 30(2), 112-120. doi:<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5872>

Nogueira-Martins, Maria Cezira Fantini, & Bógus, Cláudia Maria. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300006>

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL- ONU BR. A Agenda 2030. Disponível em :<<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 18de maio. de 2019 b.

OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e quotas. FECAP. São Paulo, 2001. Disponível em :<http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm>. Acesso em: 26 mar. 2019.

O'Dwyer, G., Konder, M., Reciputti, L., Lopes, M., Agostinho, D., & Alves, G. (2017). O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Revista De Saúde Pública*, 51, 125. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>

PORTARIA Nº 10/GM/MS, DE 3 DE JANEIRO DE 2017 (2017). *Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União. BRASIL: Ministério da Saúde.

Portaria nº 386 de 27 julho de 2017, publicada no Diário Oficial do Distrito Federal nº 148 de 3 de agosto de 2017. (2017). Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal.

Portal Ministério da Saúde. (2019). Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/componente-hospitalar-da-rede-de-atencao-as-urgencias>

Portal Ministério da Saúde. (2019). Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h): o que é, quando usar, diretrizes e competências. Recuperado de <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>

Pinto, Luiz Felipe, & Soranz, Daniel Ricardo. (2004). Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 85-98. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100009>

Pizo, Carlos Antonio, & Menegon, Nilton Luiz. (2010). Análise ergonômica do trabalho e o reconhecimento científico do conhecimento gerado. *Production*, 20(4)Epub November 26, 2010.

Ramos-Cerqueira, Ana Teresa de Abreu, & Lima, Maria Cristina Pereira. (2002). A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6(11), 107-116. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200008>

SELIGMANN-SILVA, Edith. (2011) *Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo. Ed. Cortez Editora.

SILVA, Marta Maria Alves da. *Trabalho medico e o desgaste profissional: pensando um metodo de investigação*. 2001. 186p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Medicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313166>>. Acesso em: 2 ago. 2018

- Stedile, Nilva Lúcia Rech, Guimarães, Maria Cristina Soares, Ferla, Alcindo Antonio, & Freire, Rafaela Cordeiro. (2015). Contribuições das conferências nacionais de saúde na definição de políticas públicas de ambiente e informação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 2957-2971. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82320152010.15142014>
- SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. (1997). O Conceito de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, 31 (5): 538-42.
- WALTON, R.E. (1973). Qualidade de vida no trabalho: O que é isto? *Sloan Manage Rev.*15 (1):11-21,1973
- WERTHER, William; DAVIS, Keith. (1983). *Administração de pessoal e recursos humanos*. São Paulo: McGraw-Hill.
- WESTLEY, William A.(1983). Problems and Solutions in the Quality of Working Life. *Human Relations*. 32, 113-123.
- Yin, Robert K (2015). *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman. pp 48, pp 140.. Eisenhardt, K. (1989). Building Theory from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 4

Apêndices

Apêndice 1 - Roteiro semiestruturado para coleta de dados

Bem Estar, Mal Estar e Qualidade de Vida no Trabalho No Contexto de Trabalho Médico de uma Unidade de Pronto Atendimento

I - Informações Preliminares ao Entrevistado

- ✓ Agradecimento
- ✓ Apresentação
- ✓ Objetivos da Entrevista
- ✓ Autorização de gravação
- ✓ Interrupção possível
- ✓ Tratamento e divulgação dos dados
- ✓ Sigilo das informações: pessoas, cargos, funções.
- ✓ Há dúvidas, questões?

II – Dados de Identificação da Entrevista e do Entrevistado

Código	Duração		Entrevistador	Observação	
Nome (iniciais)	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de Trabalho (meses)	
				Como Médico	Na Unidade

III - Questões

1 – Diagnóstico de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) segundo as representações dos Médicos da Unidade de Pronto Atendimento

- a) [Nome do Médico], quando você pensa no seu trabalho na [Unidade], o que é que mais lhe causa mal-estar no trabalho?
- b) [Nome do Médico], quando você pensa no seu trabalho na [Unidade], o que é que mais lhe causa bem-estar no trabalho?

[Após resposta inicial, explorar as dimensões]

- ✓ Condições de Trabalho – CT: equipamento, posto de trabalho, espaço, iluminação, ruído
- ✓ Organização do trabalho – OT: regras, rotinas, procedimentos, desempenho
- ✓ Relações Sociais de Trabalho – RST: interações com chefias, colegas e usuários
- ✓ Reconhecimento e Crescimento Profissional – RCP: variáveis relativas ao reconhecimento no trabalho e ao crescimento profissional
- ✓ Elo Trabalho-Vida Social – ETVS: percepções sobre a instituição, o trabalho e as analogias com a vida social

2 – Significado de Qualidade de Vida no Trabalho segundo os Médicos da Unidade de Pronto Atendimento

[Nome do Médico], na sua opinião, o que é Qualidade de Vida no Trabalho?

3 – Diagnóstico do Custo Humano do Trabalho e das Estratégias de Mediação Individual e Coletivas para os médicos da Unidade

a) [Nome do Médico], como você se sente ao final de um dia de trabalho na [Unidade]?
(Final do Plantão – momentos bons e ruins)

[Explorar as três dimensões]

- ✓ Exigências físicas: dispêndios fisiológico e biomecânico – posturas, gestos, deslocamentos e emprego de força física.
- ✓ Exigências cognitivas: dispêndio mental – atenção necessária, uso da memória, aprendizagem requerida, resolução de problemas e tomada de decisão.
- ✓ Exigências afetivas: dispêndio emocional – reações afetivas, sentimentos vivenciados e estado de humor.

b) O que você faz para lidar com esse custo humano proveniente de seu trabalho como médico na [Unidade]?

4 – Fechamento da Entrevista

Antes de encerrar a entrevista, gostaríamos de saber se você tem alguma dúvida, questão e/ou sugestão sobre o nosso trabalho?

[Nome do Médico], há alguma questão que não perguntamos, mas que você gostaria de falar.

[Nome do Médico], gostaríamos de agradecer enormemente a sua disponibilidade e interesse.

A sua participação está sendo muito valiosa para a nossa avaliação em ergonomia aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho.

[Nome do Médico], estamos à sua disposição para outras informações, sugestões e críticas que você queira fazer no transcorrer do nosso trabalho.

Obrigado.