

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NO CONTEXTO DE TRABALHO EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM AMBULATÓRIO HOSPITALAR



Sandra Elenice Mundt

Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC –Brasil

Teresinha Eduardes Klafke

Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC –Brasil



Resumo

O estudo teve como objetivo identificar os significados atribuídos pelos técnicos de enfermagem de um ambulatório hospitalar ao processo saúde-doença no contexto de trabalho em saúde. Os resultados indicam que a concepção sobre saúde-doença predominante está ancorada no modelo biomédico, refletido diretamente nas práticas de cuidado desenvolvidas e na esfera do autocuidado. A manifestação de certa insatisfação no trabalho, expressa na forma de descontentamento e falta de motivação dos trabalhadores, não está relacionada ao tempo de serviço na organização. Esta pode estar indicando a influência de fatores psicossociais à saúde do trabalhador que sofre em meio ao contexto e que se encontra desamparado pela atual política interna da saúde do trabalhador, apesar de observar-se o desenvolvimento de vários projetos visando à saúde dos trabalhadores da organização. Na percepção dos entrevistados a instituição acaba evidenciando a valorização da estrutura física ao investimento de melhorias na qualificação dos trabalhadores, o que não corresponde às expectativas da maioria dos que participaram do estudo. Portanto, ressalta-se a necessidade da instituição reavaliar conceitos, projetos e ações que estão sendo efetivados na área, buscando encontrar alternativas que favoreçam a formação de ambientes para processos de trabalho mais saudáveis.

Palavras Chave: processo saúde-doença, trabalho em saúde, sofrimento psíquico.

Introdução

Os estudos relacionados ao processo saúde-doença, de acordo com a época, assumem formas variadas de compreensão, viabilizando o surgimento de modelos explicativos que sublinham diferentes teses a seu respeito. Logo após a implantação da reestruturação produtiva no sistema capitalista, o modelo denominado de multicausal ganhou força frente ao contexto social, predominando, de certo modo, até os dias de hoje. Nesse sentido, argumenta-

se que o processo saúde-doença é a síntese de vários fatores determinantes, sendo necessário, desta forma, a identificação da rede das relações causais existente entre os fatores de risco e as doenças em si.

Para entender a relação existente entre saúde-doença-trabalho e melhorar as condições de trabalho e de vida do trabalhador, surgem três formas de compreensão nesta direção, que são: a Medicina do trabalho, centrada no sujeito, buscando minimizar influência do meio sobre a saúde dos trabalhadores; a Saúde Ocupacional, analisando a organização do trabalho e focando nos postos/cargos de trabalho e a Saúde do Trabalhador que se detém nos processos dinâmicos de trabalho, buscando garantir a atenção integral aos trabalhadores (CODO e JACQUES, 2002). Portanto, “a saúde e a doença são fenômenos com significados diferentes conforme a época e a cultura, pois, as pessoas têm saúde ou doença segundo a classificação da sociedade, visto que esses conceitos estão relacionados à transformação cultural e a estrutura social” (ALVES, 1996, p.63).

Conforme Ferreira (2000) e Pitta (1994), para a compreensão da inter-relação entre o surgimento dos distúrbios psíquicos dos trabalhadores e suas condições de trabalho é necessário, antes de qualquer coisa, investigar e analisar a situação e condições de trabalho e como a organização do trabalho está estruturada. Portanto, o processo saúde-doença não pode ser considerado como individual ou de origem exclusivamente biológica, mas “um processo particular de uma sociedade que expressa no nível individual as condições coletivas de vida, resultantes das características concretas dos perfis de produção” (MENDES, 1996, p.60).

No contexto da organização hospitalar, observa-se que os trabalhadores acabam por desenvolver mecanismos de defesa a fim de suportar a realidade do cotidiano de trabalho. A intensificação da utilização dos mecanismos de defesa no exercício de trabalho, pelos trabalhadores da saúde, pode estar sinalizando o aumento do sofrimento psíquico, sendo que os principais mecanismos utilizados são: fragmentação da relação técnico-paciente; despersonalização e negação da importância do indivíduo, distanciando e negando os sentimentos; busca de eliminação de decisões pelo ritual de desempenho das tarefas e a redução do peso da responsabilidade (MENZIES apud PITTA, 1994).

Segundo Leopardi (1999), os profissionais da área da saúde realizam uma inversão da moral. Um sujeito moral é entendido como aquele que não se deixa afetar sobre o outro sujeito (paciente), apenas pela doença. A inversão, assim, incute nos trabalhadores da saúde a supervalorização da rotina e do método em detrimento do doente (paciente), o que leva ao

aprisionamento do controle de si mesmo, corroborando para o surgimento do embotamento afetivo, ou seja, leva-os a agir como se fossem meramente uma peça da engrenagem do sistema institucional.

De acordo com Dejours (1992), os trabalhadores buscam alcançar o bem-estar, o qual atingem somente mediante a conquista de alguma das dimensões físicas, mental e/ou social de maneira criativa. Ao contrário, quando não conseguem mais dar vazão aos seus desejos e possibilidades de invenção, se deparam com o adoecimento psíquico. Todavia, é importante frisar que não se trata de quadros psicopatológicos propriamente, mas a busca da compensação psíquica que se dá na zona normal sofrente, localizada entre a saúde e a loucura. Os trabalhadores da saúde, frente à tensão da organização do trabalho e a falência de seus mecanismos de defesa individuais, buscam criar estratégias coletivas de defesa para não enlouquecer diante da realidade do sofrimento.

É importante acrescentar que o processo saúde-doença não se dá de forma linear, mas, de modo dinâmico. Isto significa que o caráter assumido será o de uma espiral que se instaura alternada e permanentemente, indo do polo saúde à doença. Assim, os modos de produção desencadeiam processos psicoemocionais individuais que na verdade se tornam manifestações de um coletivo. Porém, a manifestação de um sintoma individual pode ser um indicativo de que não é somente um sujeito que está adoecendo, mas a expressão de um grupo maior que está doente na organização, (EGRY, 1996). Do mesmo modo, Guareschi (1993, p.43) afirma que o “trabalhador sofre sozinho e adoece coletivamente”.

Nessa perspectiva, coloca-se que a dimensão da valorização e do cuidado para com os trabalhadores da saúde precisa estar sempre presente no contexto de trabalho e contemplado de maneira integrada para que se possa promover melhorias de qualidade de vida para o trabalhador e para a organização onde este trabalha.

Embora já tenham sido realizados vários estudos tendo como foco a saúde do trabalhador de modo geral, nos parece pertinente pesquisar acerca da saúde dos trabalhadores de saúde, no nosso caso, os que atuam em um determinado local da instituição hospitalar, que é o ambulatório. Este local apresenta características específicas pois é um dos principais elos de ligação da organização hospitalar com a comunidade e, além disso, os trabalhadores que atuam na unidade ambulatorial estão expostos a fatores específicos de sofrimento e risco pois os atendimentos requerem intervenção imediata sem haver prévia informação clínica do sujeito e são, via de regra, bastante impactantes, pois se trata de situações de urgência e

emergência. Ainda, chama atenção no serviço pesquisado o fato de terem ocorrido vários afastamentos de trabalhadores por motivos de doença nos últimos três anos, assim como a incidência de alta rotatividade de trabalhadores na organização.

Deste modo, procuramos investigar as concepções que os técnicos de enfermagem que atuam na unidade ambulatorial do hospital possuíam acerca do processo saúde-doença-trabalho. Acreditamos que compreender aspectos subjetivos envolvidos no processo saúde-doença dos trabalhadores de saúde torna-se importante porque possibilita entender a realidade existente no âmbito do trabalho e pode, assim, contribuir para a construção de estratégias de intervenção. Desta forma, o objetivo principal que estimulou a realização deste estudo foi o interesse de ampliar o tema pesquisado e identificar os significados atribuídos ao processo saúde-doença pelos técnicos de enfermagem da unidade ambulatorial do hospital, ou seja, averiguar qual a dinâmica que o sofrimento psíquico assume no contexto de trabalho em saúde.

O estudo foi do tipo qualitativo de caráter descritivo exploratório, tendo como sujeitos da pesquisa trabalhadores técnicos de enfermagem que atuam no ambulatório. O grupo era formado por quinze (15) técnicos de enfermagem que tinham entre um (1) a dez (10) anos de atuação nesta unidade. Destes, entrevistamos seis trabalhadores, dois de cada turno.

Quanto ao método utilizado para a coleta dos dados, utilizamos uma entrevista semi-estruturada composta por eixos temáticos norteadores: saúde, trabalho, política interna de saúde do trabalhador e sofrimento psíquico. O projeto foi apresentado à coordenadora da unidade e aos candidatos entrevistados e frente à aceitação do trabalhador na participação do estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista foi efetivada de forma individual no local de trabalho, sendo gravada e posteriormente transcrita na íntegra, gerando a construção de várias categorias para posterior análise de conteúdo.

Dos seis trabalhadores entrevistados, dois são homens e quatro mulheres, com idades que variaram entre 24 a 48 anos e com tempo de serviço em unidade ambulatorial de dois a 26 anos. Todos realizam plantão de doze (12) ou seis (6) horas, exceto um, que não faz qualquer tipo de plantão. Quanto ao regime de trabalho, este é de 36 horas semanais, com exceção de uma pessoa que trabalha 42 horas semanais. Quatro entrevistados trabalham também em outro local além do ambulatório do hospital.

Nosso objetivo era investigar se as concepções que os trabalhadores têm acerca do processo saúde/doença interferem (a) no modo como estes se relacionam com os serviços de

saúde onde atuam, (b) no processo de cuidado dispensado ao usuário e (c) no próprio autocuidado da saúde. Procuramos identificar como estas questões se manifestam no trabalho em saúde na unidade ambulatorial e interferem, de certo modo, na qualidade dos serviços prestados.

Saúde e doença sob a definição dos técnicos de enfermagem

Entre os técnicos de enfermagem deste ambulatório aparecem claramente três conceitos de saúde: a ausência de doença, conforme o paradigma biomédico tradicional atrelado a uma questão biológica, física, corporal; um completo estado de bem-estar, reconhecendo para isto a importância da interligação das dimensões biológica, física e mental do indivíduo, e saúde como um bem-estar consigo mesmo, supondo, por hipótese, um conceito direcionado à qualidade de vida ou possibilidade de mecanismos de sublimação.

Conforme Westphal (2006), o conceito de saúde definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e manifesta na Carta de Ottawa como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, contribui para que predomine a concepção do paradigma tradicional. A autora aponta, neste viés, que a saúde tem vários determinantes que estão relacionados e ligados às condições biomédicas (físicas/biológicas), comportamentais (estilo de vida) e socioambientais (economia, educação, cultura, política), chamando atenção para uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença. Já o Ministério da Saúde (2005) destaca que saúde é um conceito amplo e que pode ser entendido como estando relacionada à qualidade de vida. Neste sentido, acredita-se também que a saúde esteja relacionada contudo ao fato do sujeito ter acesso às ações e serviços de cuidado, tratamento e recuperação ofertados pela rede de serviços que integra o sistema de saúde (BRASIL, 2007a).

Ao que parece coabitam conceitos de saúde distintos no contexto de trabalho, havendo sensível avanço no reconhecimento da interligação mente-corpo no processo de saúde-doença, porém, sem ser cogitado a influência de fatores e aspectos sociais do contexto. Deste modo, numa visão reducionista, restringe-se a dimensão do saudável novamente a uma questão que remete ao indivíduo. Do mesmo modo, a ênfase dada à questão corporal faz com que o trabalhador da saúde toma como seu objeto de trabalho a doença, gerando desresponsabilização com o todo do indivíduo doente, ou seja, este em sua singularidade e subjetividade em relação com o mundo (CARVALHO e CUNHA, 2006).

Com relação à concepção de doença, a metade dos entrevistados a relaciona ao corpo, ou seja, as questões orgânicas, ligadas ao mau funcionamento do organismo causando dor, desconforto e mal-estar psicológico. A outra metade coloca que um mal-estar psicológico pode chegar a desencadear o desenvolvimento de algum problema de saúde mental ou vice-versa. Somente um dos entrevistados sugere que a doença pode ser reconhecida para além do ponto de vista biológico, sublinhando que a má distribuição da renda distancia as classes sociais, impedindo muitos indivíduos de viverem em condições dignas e terem acesso a cuidado e tratamento de sua saúde, denominando este fato de *'doença social'*.

Podemos entender pois, que como mente e corpo estão interligados, saúde e desenvolvimento estão inter-relacionados, em ritmos descompassados na maior parte do tempo. Isto traz conseqüências sérias às condições sociais e econômicas da população, se reflete no modo de vida dos indivíduos e interfere na produção de saúde e vice-versa. Assim sendo, a doença e o sofrimento são fenômenos sociais que refletem relações plurais, vividos em um dado contexto e momento histórico (CAMPOS, 2006).

Para Boff (1999), a doença significa um dano à totalidade da existência do indivíduo. Portanto, não é uma parte dele que está doente, não é o joelho que dói, mas é a vida que adocece em suas várias dimensões em relação a si mesmo, a sociedade e a vida, ou melhor, é a totalidade do ser que dói/sofre e não uma parte.

Entendemos que os sentidos atribuídos pelos trabalhadores da saúde desta categoria profissional à saúde e doença estão relacionados com suas práticas desenvolvidas na organização hospitalar, ou seja, a compreensão e definição do que vem a ser um problema de saúde delinea as formas de organização da equipe de trabalho na unidade, a configuração dos modelos de atenção, e organização do próprio processo de trabalho em saúde.

Trabalhadores de saúde: visão do autocuidado

Buscamos verificar se os trabalhadores técnicos de enfermagem cuidam de sua saúde, ou melhor, se valorizam e assumem a corresponsabilidade para com o cuidado da mesma de um modo geral, pois a outra parcela de responsabilidade fica a cargo da instituição oferecer aos trabalhadores a fim de garantir um ambiente de trabalho mais saudável e produtor de saúde.

Com relação à questão do autocuidado da saúde, os trabalhadores possuem consciência da importância deste. No entanto, na prática a responsabilidade do ato de se cuidar vai se

dissolvendo devido à falta de conhecimento em relação ao que se pode considerar como sendo uma doença e/ou pela ausência de significância e seriedade dado ao problema de saúde, tomando o mesmo como algo efêmero. Chama atenção no discurso dos entrevistados a explicação de que *‘o organismo cria automaticamente resistências imunológicas de proteção contra a contaminação de vírus com o passar dos anos’*. Parece-nos que, nesta afirmação, está muito presente a negação no que se refere aos riscos a que estão expostos no trabalho utilizando-se inclusive de explicações que são incongruentes com o conhecimento que deveriam ter a respeito, uma vez que são trabalhadores de saúde. Os entrevistados afirmam ainda que o único profissional que sentiram necessidade de procurar foi o médico, devido ao surgimento de algumas complicações orgânicas ou fraturas geradas durante o trabalho, enfatizando que não tiveram necessidade de consultar outro profissional de saúde.

Nardi (1999) diz que com o medo da incapacidade de produzir, os trabalhadores transformam a doença e o sofrimento em aspectos que se encontram afastados dele, pois reconhecer que está adoecendo/doente traz consigo a ideia de não poder retornar às atividades laborais, de não ser capaz de produzir. Ribeiro (1994) coloca que o contato que se mantém com o mundo interior reflete nos relacionamentos com o mundo exterior, ou seja, o nosso entorno. Quando não se estabelece percepção em relação ao estado de saúde, perde-se o contato consigo mesmo, podendo cair no adoecimento.

A corresponsabilização do cuidado por parte da instituição e dos trabalhadores de saúde é essencial para que estes últimos possam se sentir acolhidos e ter condições para uma realização profissional mais plena e comprometida com as demandas.

Sentidos, desejos e produção de subjetividade no trabalho

Analisando as percepções que os trabalhadores de saúde possuem acerca do processo de trabalho, buscamos identificar os possíveis aspectos e fatores que colaboram no surgimento de conflitos neste ambiente, assim como frente à realidade vivida, quais os sentidos e significados atribuídos ao mesmo.

Em relação ao trabalho na unidade ambulatorial hospitalar, os entrevistados conferem tanto características positivas quanto negativas ao mesmo. No entanto, ao que se evidencia nas entrevistas, o sentido dado ao exercício profissional se modificou significativamente, predominando no momento, sentimentos de insatisfação. Alguns entrevistados afirmam se identificar com o trabalho que realizam, referindo que ao ajudar os que necessitam de

cuidados, influenciam na melhora da saúde do indivíduo que busca atendimento e, deste modo, entendem o seu trabalho como integrante do processo de cuidado. Os restantes deixam claro que o trabalho não está tendo mais o mesmo valor/significado devido às circunstâncias atreladas a questões institucionais, problemas de equipe e na comunicação intersetorial, principalmente.

Os conflitos de ordem inter e intrapessoais são considerados, pelos entrevistados, de difícil resolução no ambiente de trabalho, ao contrário de quando se trata da emergência de algum problema de ordem técnica, os quais consideram de fácil solução. Destacam que a eclosão do primeiro deve-se devido ao estresse situacional mobilizado quando há uma incongruência em relação à real necessidade de um maior ou menor número de profissionais participando do atendimento de urgência; às frequentes discussões na troca de turno (diurno não se entende com o noturno) e o visível descompromisso entre colegas com a passagem de plantão e no atendimento; às competições entre os colegas técnicos de enfermagem no intuito de conquistar transferência para o noturno, no qual o salário é um pouco maior; a falta de diálogo entre as equipes de trabalho e a ausência de qualificação técnica dos profissionais com mais tempo de serviço.

Estas questões aparecem claramente na fala dos entrevistados: *‘quando vem para o atendimento um esfaqueado ou baleado que requer a ajuda de demais profissionais na sala, se sente a falta’*. *‘As pessoas fogem da sala. Chega um acidentado, o colega tira o corpo fora, some, te deixa sozinho quando tem que fazer um curativo, uma coisa chata (...) ou no horário de pique vai tomar um café (...) não é uma pessoa, são várias, são pessoas antigas com anos de casa’*.

Quanto às relações estabelecidas com os colegas profissionais das outras áreas da saúde, esta é manifestada como sendo acolhedora e amigável. Porém, a comunicação interna de alguns setores, ligados à unidade ambulatorial, percebem como falha, principalmente com o setor da Internação-Recepção e o Centro de Imagem, devido à ausência de uma boa comunicação intersetorial. Isto prejudica a dinâmica do processo de trabalho, acarretando conseqüentemente esperas desnecessárias dos pacientes e deslocamentos dispensáveis de profissionais de saúde de um setor a outro, afetando a agilidade dos procedimentos e ocorrência de atritos.

Já no que diz respeito à instituição hospitalar, os trabalhadores deixam claro que enquanto não houver uma iniciativa real por parte da direção em melhorar e investir na

qualificação técnica dos profissionais de saúde, as perspectivas de mudança organizacional serão uma verdadeira ilusão e a instituição continuará a perder ótimos profissionais. Afirmam que, nesta questão, o discurso empregado para justificar a situação aos trabalhadores de saúde é sempre o mesmo: *'não há recursos financeiros disponíveis para realização de tal investimento'* ou ainda, *'estamos com redução de custos no momento'*. Outra questão apontada se refere a insuficiência de transparência, ética e respeito nas relações de trabalho, ocorrendo interferências de algumas pessoas hierarquicamente superiores na vida pessoal dos trabalhadores. Nesse sentido, dizem que se exige dos trabalhadores determinados valores, atitudes e posturas, mas que estes não são colocados em prática por toda a organização.

Pitta (1994), abordando as relações de poder e disciplina que atuam no interior do hospital, coloca que estas não se manifestam de modo transparente, mas seguem uma tendência instituída de práticas institucionais articuladas que se encontram em constante movimento. Foucault (2001) pontua a existência da micropolítica do poder, a qual “se daria por meio de redes descentralizadas de poder advindo da organização hierarquizada (...) também do controle social exercido por instituições que modelam o comportamento humano” produzindo discursos estruturados. A micropolítica do processo do trabalho tem implicações diretas no modelo de atenção em saúde (MERHY, 1997), assim como a subjetividade é fator que influencia a coprodução de saúde (CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Segundo Kaës (1991), o sofrimento do sujeito pode ser desencadeado pelos excessos da instituição, e os elementos disparadores dos estados de sofrimento patológico estão relacionados à mudança institucional ou as ameaças da ocorrência desta, afetando os sujeitos da instituição.

Sofrimento psíquico

Buscamos visualizar quais os mecanismos utilizados pelos entrevistados para enfrentar a realidade de trabalho na unidade ambulatorial, e em que medida o sofrimento psíquico repercute para fora do ambiente de trabalho, afetando suas relações sociais e familiares.

Os entrevistados são unânimes em afirmar que o sofrimento no trabalho, no início do exercício profissional na unidade ambulatorial é sentido com mais intensidade emocional, mas com o passar dos anos esta situação vai sendo incorporada como algo natural, do cotidiano. Revelam que os sentimentos despertados frequentemente no exercício das atividades são os de insegurança, medo, tristeza e angústia podendo haver associações individuais

relacionadas à demanda que chega à unidade. Isto pode ser conferido no discurso seguinte: *‘No começo, a cada sirene que tocava lá fora, eu ficava com o coração na mão, nem sabia o que vinha (...) como tinha filhos adolescentes que queriam sair, parecia que eram eles que viriam (...) chegava a olhar para o paciente e não acreditava (...) é ele, e não meu filho’.*

A maneira que os entrevistados encontraram para lidar com o desconforto e aliviar o sofrimento que surge inevitavelmente durante as situações de trabalho é de não pensar sobre o acontecido ou chorar escondido como forma de negar a realidade e extravasar suas emoções. Ainda, pode-se dizer que o trabalhador procura não se envolver de maneira muito próxima com as demandas cotidianas de trabalho como tentativa de amenizar a sua angústia, possibilitando assim que continue a desenvolver as atividades que a função requer. Além desses, outro mecanismo incorporado à prática é a separação da vida pessoal da profissional e vice-versa, considerada pela maioria dos trabalhadores como elemento fundamental para a manutenção do equilíbrio psíquico. No entanto, tal atitude deve ser questionada, pois, percebe-se que o ambiente de trabalho afeta as relações sociais e familiares, sendo, portanto impossível a total separação entre vida profissional e pessoal.

Segundo Pitta (1994), a natureza do trabalho que é realizado, a maneira como o trabalhador lida com a dor, o sofrimento e a morte, está diretamente relacionado com a produção de sintomas psíquicos, que podem levar ao desenvolvimento de uma patologia séria de saúde. Deste modo, a dinâmica do sofrimento psíquico no ambiente de trabalho deve ser entendida não como manifestação singular do trabalhador, mas como sintoma de abrangência social, advindo das condições de organização do trabalho no qual este se encontra inserido. Os trabalhadores do ambiente hospitalar, para se protegerem da sobrecarga emocional podem ampliar a coesão entre a equipe baseada numa ajuda mútua; empregar a hiperatividade verbal; faltar excessivamente ao trabalho, como expressão da falência de defesas competentes para o enfrentamento de dificuldades; falar muito de questões não vinculadas ao trabalho e expressar agressividade reativa contra o paciente através de zombarias e colocações cínicas.

Percebe-se que dentre os mecanismos de defesa individuais expressos pelos trabalhadores em questão, existem evidências de excessivo autocontrole e presença do descaso frente às demandas com o eximir de responsabilidades/comprometimento no processo de trabalho. Quanto às estratégias coletivas de defesa¹ aparecem a acomodação dos membros da equipe de trabalho (voltados para a busca do autoconforto), a separação dos problemas relacionados a alguma atividade laboral/profissional dos empecilhos particulares/familiares e,

sobretudo, a evocação do sofrimento psíquico viabilizado através da reclamação do sistema hospitalar, o que denota a existência de intenso sofrimento na organizacional hospitalar.

Kaës (1991) considera que o ataque dos trabalhadores à instituição se dá devido o aumento da angústia destes sem a instituição oferecer recursos para resolução das questões. Sobretudo, a relação do trabalho no processo saúde-doença se cristaliza através das manifestações de sofrimento, adoecimento e mortes em acidentes de trabalho (BRASIL, 2007b).

Política interna de saúde do trabalhador

Procuramos analisar que ideia/visão os trabalhadores técnicos de enfermagem possuem a respeito da política interna de saúde do trabalhador da instituição em que trabalham, verificando se esta vai ao encontro das reais necessidades dos trabalhadores de saúde.

A política interna de saúde do trabalhador é gerida pelo grupo de segurança do trabalho ligado ao setor de Recursos Humanos que possui como objetivos trabalhar a prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, abrangendo uma série de ações de capacitações e treinamentos; investigação e inspeção da ocorrência de acidentes; mapeamento dos riscos no ambiente de trabalho em todos os setores, alas e unidades da organização; orientação do trabalhador quanto aos cuidados contra acidentes de trabalho e uso dos EPI's, bem como adequação destes, e participação em programas e projetos que ocorrem na instituição.

A minoria dos entrevistados disse conhecer a política interna de saúde do trabalhador, tecendo críticas à mesma, como por exemplo, que é uma *'ilusão'* perante a realidade vivida porque as *'cerras de gesso emitem um barulho ensurdecedor'* e *'as EPI's não são padronizadas, o que faz com que alguns trabalhadores não as utilizem quando preciso'*. A maioria dos entrevistados diz que não possui conhecimento em relação à política interna de saúde do trabalhador ou que seu conhecimento é limitado para emitir opinião.

De acordo com a visão destes trabalhadores, a política interna de saúde do trabalhador encontra-se distanciada da saúde do trabalhador. Neste sentido, Brito (2004, p.101) referencia Oliveira, o qual destaca: “que uma das fragilidades do campo da saúde do trabalhador é o fato de não se difundirem claramente os princípios e conceitos, especialmente no que concerne a importância conferida ao processo de trabalho no diagnóstico do quadro de adoecimento”.

Verifica-se, portanto a necessidade de maior divulgação e interação do setor de segurança do trabalho com os trabalhadores de saúde, intensificando esclarecimentos sobre a proposta da saúde do trabalhador enquanto política, assim como o envolvimento de todos os setores nas ações desenvolvidas.

Com relação aos acidentes de trabalho, a metade dos trabalhadores entrevistados afirmou ter vivenciado esta situação e os demais citaram fatos ocorridos com colegas de trabalho, não havendo pessoalmente sofrido nenhum acidente até o momento. Ao relatarem os acidentes, dois aconteceram durante a realização de uma cirurgia (respingou sangue/secreção) e foram notificados e o outro foi de fratura de vértebra que não foi registrado, sendo que o trabalhador diz ter esquecido de fazê-lo junto ao setor responsável.

Quanto aos riscos e agravantes que podem cooperar para que um acidente de trabalho ocorra, os entrevistados se referiram a fatores químicos, biológicos e ergonômicos, não fazendo referências a influências de aspectos psicossociais.

Os trabalhadores acreditam que tornar saudável o espaço de trabalho é uma *'utopia'* na situação atual, apesar de confiarem na viabilidade de algumas melhorias, como a disponibilização de estrutura e instrumentos adequada para o desenvolvimento do trabalho, acesso a medicamentos de uso pessoal; atendimento médico e psicológico aos funcionários e valorização do trabalho desenvolvido pelos técnicos de enfermagem pela instituição como um todo.

Considerações Finais

Atendo-se especialmente ao exercício de compreensão dos processos de saúde e doença no âmbito do trabalho em saúde percebe-se que estes se encontram interligados, o que proporciona a criação de possibilidades de se repensar o processo de trabalho, ou melhor, as práticas de saúde através de diferentes tecnologias e saberes visando à construção de novos modelos de atenção em saúde (BRASIL, 2007a). Segundo a Organização Mundial da Saúde referida por Lacerda e Valla (2004), o processo saúde-doença compreende tanto dimensões coletivas quanto individuais, porque, a saúde dos sujeitos é influenciada pela saúde do contexto no qual se encontram inseridos. O sofrimento e adoecimento, apesar de serem compartilhados com outras pessoas, sempre será uma experiência singular e pessoal de cada indivíduo.

Pode-se verificar que a insatisfação no trabalho, expressa na forma de descontentamento e falta de motivação pela maior parte dos entrevistados para com a organização do trabalho, não está relacionada ao tempo de serviço na unidade ambulatorial. Portanto, o trabalhador de saúde é vulnerável ao sofrimento e adoecimento psíquico assim como qualquer outro ser humano, indiferente do tempo de convívio na situação de trabalho, pois tal não está relacionada apenas a uma questão individual do trabalhador, mas está falando algo sobre a própria organização. Hallack e Silva (2005), apoiadas numa perspectiva dejouriana, pontuam que as reclamações manifestas pelos trabalhadores sinalizam a presença de sofrimento no ambiente de trabalho, podendo indicar também a existência de limites do equilíbrio psíquico destes em suportar a realidade atual, sendo as reclamações usadas então como forma de sustentar a subjetividade do grupo de trabalho, ou seja, um mecanismo coletivo de defesa.

A subjetividade é produzida e manifesta na dimensão da micropolítica do trabalho, onde se dão os processos e modos de produção de saúde e doença. Merhy (1997) aponta que com as transformações ocorridas no mundo do trabalho, novas tecnologias foram introduzidas à realidade. Nesta esfera sublinha a importância da coexistência do trabalho vivo e trabalho morto em saúde, ressaltando que quando se tem a prevalência dos modos de produção do trabalho vivo em ato (autonomia, criatividade...) sobre o trabalho morto (repetição, centralidade burocrática, reprodução...) haverá um maior nível de cuidado empregado pelos trabalhadores no processo de cuidado em saúde. Portanto, torna-se fundamental observar quais tecnologias (duras, leve-duras, leves)² são hegemônicas na dinâmica do trabalho quando o trabalhador de saúde presta assistência ao indivíduo que busca ajuda. Acrescenta ainda que a relação produtiva somente acontecerá quando o indivíduo for tratado como protagonista/sujeito no processo de trabalho em saúde.

Para Pinheiro, Guizardi e Machado (2004), a ação integral pode ser concretizada através de práticas onde as atitudes sejam de respeito com o outro, se ofereça tratamento digno, de qualidade e mantenha-se um vínculo acolhedor pelo efeito de interações positivas entre profissionais de saúde, usuários e instituições, propiciando então o surgimento da integralidade. Assim, pode-se destacar que quando o cuidado atende a dimensão da integralidade no desenvolvimento de ações em saúde tem-se a oferta de uma assistência de qualidade, mais saudável. Porém, quando há o predomínio da abordagem do modelo tradicional, o qual se centra na doença e não amplia seu foco sobre a saúde-doença,

desconsiderando a totalidade e a influência do contexto na vida do sujeito, a integralidade fica inviabilizada.

Portanto, para que se possa promover a integralidade do cuidado em saúde, é preciso que a equipe de trabalho tenha capacidade de se articular em trabalho de equipe e de gerar ações intersetoriais, bem como haja interação constante com a comunidade (BRASIL, 2007a). A saúde integral somente será alcançada através da efetivação de ações integrais que mantenham fluído o intercâmbio da população com os profissionais e os serviços oferecidos, com aproximação entre os sujeitos cuidadores e os usuários que necessitam serem cuidados, com o reconhecer e articular dos saberes e práticas (MATTOS, 2005).

De acordo com Dejours (1986), o trabalhador é um sujeito desejante e o trabalho é organizador de sua vida. O indivíduo busca adaptar suas necessidades ao ambiente de trabalho e as condições que lhe são oferecidas. No entanto, quando a realidade organizacional causa sofrimento ao trabalhador da saúde, este acaba desenvolvendo mecanismos de defesa que contribuem na diminuição de seu sofrimento. Todavia, se houver o acirramento dos conflitos e o trabalhador entrar num impasse para com a organização, não conseguindo mais dar vazão aos desejos e processos criativos/inventivos este acabará adoecendo.

Deste modo, o sofrimento do trabalhador está relacionado a um estado de luta deste sujeito contra as forças ligadas à organização do trabalho que o pressionam em direção à doença. É na dimensão da organização e das condições de trabalho, ou seja, nas relações de e no trabalho que se produzem subjetividades/processo de subjetivação, os quais vão sendo processados de forma individual através da significação do eu no coletivo. O sofrimento psíquico está intimamente relacionado com o contexto histórico de vida e o encadeamento de determinados eventos que colaboram na pulverização de uma dada situação e emersão de conflitos (MERLO, 2004).

Para que o trabalho em saúde seja eficaz e resolutivo é preciso que os agentes responsáveis pelas ações clínicas tenham acesso a certo grau de autonomia e a instituição distribua seu poder de modo mais horizontal, assim como seja reconhecido e valorizado o trabalhador como elemento fundamental na dinâmica relacional (MERHY e ONOCKO, 1997).

Segundo Merhy e Onocko (1997), gestores e trabalhadores devem questionar o sentido do trabalho. Caso descortinem sentidos opostos “às necessidades dos usuários, defende-se a intervenção para liberar o trabalho vivo da força instituinte do trabalho morto que está

cristalizada nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar”. A construção de novos saberes adequados às necessidades de trabalho e a invenção de práticas interdisciplinares nas equipes de saúde são extremamente importantes na superação da fragmentação que permeia as relações no trabalho em saúde (BRASIL, 2007a).

Nota-se que existem vários obstáculos que habitam o mesmo espaço, tornando a viabilização de práticas de integralidade em saúde algo complexo e de difícil concretização, porém não impossíveis. Frente à realidade expressa pelos trabalhadores, acredita-se que um trabalho na unidade ambulatorial hospitalar que combine ações sobre os arranjos institucionais e os modos de operar a gestão do trabalho seria interessante. Uma alternativa poderia ser trabalhar em rede, criar espaços coletivos de discussão e reflexão e ampliar o uso de tecnologias relacionais, o que poderá instaurar o cuidado integral em saúde.

HEALTH-DISEASE PROCESS IN THE CONTEXT OF WORK IN HEALTH: PERCEPTIONS OF NURSING TECHNICIANS OF AN OUTPATIENT HOSPITAL

Abstract

The study aimed to identify the meanings assigned by nursing technicians of an outpatient hospital to the health-disease in the context of work in health. The results indicate that the predominant conception of health-disease is anchored in the biomedical model, directly reflected in the practices of care developed and in the sphere of self-care. The expression of some dissatisfaction in the work, expressed in the form of discontent and lack of motivation of employees, is not related to length of service in the organization. It may indicate the influence of psychosocial factors on health of the worker suffering to the context and environment in which it is not supported by the current internal policy of the worker's health, although pointed out the development of several projects aimed at the health of the employees of the organization. At the perception of the interviewees, the institution has just evidenced the one appreciation from the bodywork physics to the investment as of quality improvement at the qualification of the laborers, which does not meet the expectations of most of those who participated in this study. Therefore, emphasizes the need to reassess concepts institution, projects and actions that are in the area done, seeking alternatives that environments for the formation of the working processes more healthy.

Keyword: health-disease process, work in health, mental suffering.

Notas

¹ Dejours (1992) faz uma análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Neste, salienta que os mecanismos de defesa individuais são interiorizados pelo próprio sujeito através da compensação psíquica, ou seja, o trabalhador cria métodos que o auxiliam a afastar ou amenizar o sofrimento gerado pela organização do trabalho. Assim, quando o trabalhador entra num impasse com a organização onde trabalha e seus desejos são bloqueados completamente, não existindo mais recursos/formas de invenção criativas que lhe possibilitem realizar a reparação psíquica este cai no adoecimento. Quanto às estratégias de defesa coletiva, estas podem ser observadas quando o conjunto de trabalhadores desafia o tempo, ritmo e a organização do trabalho com seu comportamento, aderindo a táticas operatórias que garantam uma espécie de vitória coletiva sobre a rigidez e a maneira como está organizado o seu trabalho. Porém, este tipo de defesa possui pouca eficácia contra o sofrimento psíquico, sendo seus efeitos prejudiciais ao funcionamento mental e à saúde.

² Merhy (1997), ao abordar a produção do cuidado em saúde, definiu três categorias para as tecnologias de trabalho em saúde: as tecnologias duras, que compreendem as máquinas e os instrumentos, já estando programadas para a produção de certos produtos; tecnologias leve-duras, abrangem o conhecimento técnico, podendo assumir diferentes formas, dependendo de como cada um trabalha e presta cuidados; e as tecnologias leves que referem-se às relações, ou seja, ao jeito ou atitudes próprias do profissional. Ambos deveriam coexistir na micropolítica do trabalho, porém, quanto maior o nível da predominância das tecnologias leve-duras e leves, maior a ocorrência do trabalho vivo em ato, o que possibilita mais cuidado ao usuário e mais saúde ao trabalhador e à instituição.

Referências:

ALVES, A. R. et al. *Saúde e doença: uma abordagem sociocultural*. Florianópolis: Papa Livros, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Educação Permanente Entra na Roda: Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília: CONASS, v.8, p.232, 2007a.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em saúde*. Brasília: CONASS, v.6, p.132, 2007b.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Org). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 91-110, 2004.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CAMPOS, G. W de S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria da paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 41-80, 2006.

CAMPOS, R. e CAMPOS, G. W. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. et al. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 669-688, 2006.

CARVALHO, S. R. e CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 837-868, 2006.

CODO, W. e JACQUES, M. (Org). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed. São Paulo: Cortez Oberé, 1992.

_____. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana a análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1986.

EGRY, E. Y. *Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 1996.

FERREIRA, M. J. *Saúde e trabalho: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores*. São Paulo: Roca, 2000.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 16 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GUARESCHI, P. A. *A fala do trabalhador*. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

HALLACK, F. S. e SILVA, C. O. A reclamação nas organizações de trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. *Psicologia & Sociedade*, v.17 (3), p.72-77, set-dez. 2005.

KAËS, R. et al. *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

LACERDA, A. e VALLA, V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3 ed. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, p.91-102, 2004.

LEOPARDI, Maria T. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIROS, R. e MATTOS, R. A.(Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ; ABRASCO, p.33-46, 2005.

MERLO, A. R. C. (Org). *Saúde e trabalho no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (Org). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

NARDI, H. *Saúde do trabalhador e discurso médico: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho*. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. e MACHADO, L. M. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R e MATTOS, R.(Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3 ed. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, p. 57-74, 2004.

RIBEIRO, J. P. *O ciclo do contato*. São Paulo: Summus, 1994.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. et al. (Org). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p.635-668, 2006.

Recebido em: 04/2008

Aceito em: 31/03/2009

Sobre os autores:

Teresinha Eduardes Klafke é Mestre em Psicologia, Professora e Supervisora do Estágio do Curso de Psicologia da UNISC-RS. Email: tklafke@unisc.br

Sandra Elenice Mundt é Psicóloga Graduada pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC-RS. Atualmente trabalha junto a Secretaria Municipal de Assistência Social no município de Gramado Xavier. Email: psicossandra@yahoo.com.br