



acesso livre



Interfaces

entre

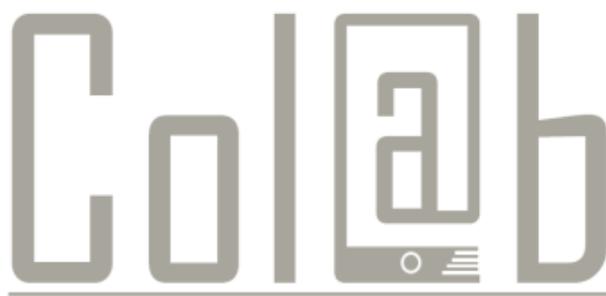
**Saúde, Ambiente,
Trabalho e Sociedade**

Vivianne Peixoto da Silva | Org.

Interfaces

entre

**Saúde, Ambiente,
Trabalho e Sociedade**



Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade

ISBN 978-65-86920-04-8 (eBook)

Colab | Edições Colaborativas
contato@editoracolab.com
www.colab.com.br



Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional

Direitos reservados aos autores. É permitido download do arquivo (PDF) da obra, bem como seu compartilhamento, desde que sejam atribuídos os devidos créditos aos autores. Não é permitida a edição/alteração de conteúdo, nem sua utilização para fins comerciais.

A responsabilidade pelos direitos autorais do conteúdo (textos, imagens e ilustrações) de cada capítulo é exclusivamente dos autores.

Autores:

Ailton de Souza Aragão • Ana Paula Malagoli Ribeiro • Anaeliza dos Santos e Oliveira • Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos
Carla Denari Giuliani • Daiane Cardoso da Silva • Edilson Azevedo de Oliveira • Marcelle Aparecida de Barros Junqueira
Mateus Bender • Rafael Lemes de Aquino • Roberta Peixoto Nogueira • Rosimár Alves Querino
Vinícius Geraldo de Oliveira Amaral • Vivianne Peixoto da Silva • Wellington Roberto Gomes de Carvalho

Conselho Editorial e Responsabilidade Técnica

A Colab possui Conselho Editorial para orientação e revisão das obras, mas garante, ética e respeitosamente, a identidade e o direito autoral do material submetido à editora.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Ailton de Souza Aragão, Ana Paula Malagoli Ribeiro, Anaeliza dos Santos e Oliveira, Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos, Carla Denari Giuliani, Daiane Cardoso da Silva, Edilson Azevedo de Oliveira, Marcelle Aparecida de Barros Junqueira, Mateus Bender, Rafael Lemes de Aquino, Roberta Peixoto Nogueira, Rosimár Alves Querino, Vinícius Geraldo de Oliveira Amaral, Vivianne Peixoto da Silva (**Org.**), Wellington Roberto Gomes de Carvalho

Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade [livro eletrônico]

Uberlândia, MG : Editora Colab, 2020.

3,0 MB ; PDF

Bibliografia

ISBN 978-65-86920-04-8

1. Saúde – Ambiente. 2. Trabalhador. 3. Sociedade. 4. Promoção. 5. Saúde Coletiva

**Índices para catálogo sistemático: Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade
614 : Saúde Pública**

Apresentação

Intencionou-se com a organização dessa obra, compartilhar estudos e pesquisas que abordassem Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade bem como, as interfaces entre tais temas, que pudessem retratar as necessidades e possibilidades de atuação, ao considerar a contemporaneidade no Brasil.

Dentre as recentes transformações político-econômicas e sociais ocorridas no país, destacam-se a crise no setor saúde, evidenciada especialmente, pela pandemia da COVID-19; mudanças na legislação e condução de ações no tocante aos outros dois pilares da seguridade social (assistência e previdência), com repercussão direta sobre o trabalho, o ambiente e a sociedade.

Nesse sentido, a academia possui papel essencial de incorporar às pesquisas, a discussão de padrões econômicos neoliberais, nos quais inserem-se a produção desenfreada, estímulo ao consumismo e destruição da biodiversidade. Na outra face, na ponta da produção, a exploração de mão de obra a baixo custo, ou até mesmo, análogo ao trabalho escravo, revela a degradação das condições e relações de trabalho, além de uma sociedade adoecida física e mentalmente.

Assim, a obra reuniu seis pesquisas, em forma de capítulos, com abordagens que envolvem a lógica da iniciativa privada dentro do setor público, por meio da terceirização, onde são analisadas as condições, relações e a organização do trabalho no qual os trabalhadores estão inseridos; uma pesquisa documental que avalia as mudanças na legislação trabalhista e a proteção da saúde mental no ambiente de trabalho, por meio da tutela constitucional; o trabalho no setor saúde, expresso em uma das pesquisas, pela fragilidade da organização do trabalho em turnos, de equipes de enfermagem, em um pronto socorro hospitalar e, em outra pesquisa, pelas relações entre trabalho, sofrimento psíquico e adoecimento em técnicas de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Também compuseram a obra, o estudo sobre impactos e possíveis complicações advindas do/pelo trabalho, realizado por gestantes, no setor de telecomunicações e o estudo da prevalência de lombalgias e fatores associados em polícias militares, devido à dinâmica da atividade de trabalho e equipamentos utilizados em sua execução.

Nessa vertente, espero que a presente obra constitua um importante cenário de reflexões e estimule a construção de pesquisas que retratem a realidade do país, pensando em contribuir para as futuras gerações, no que tange às relações estabelecidas entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade.

Prof^a.Dr^a. Vivianne Peixoto da Silva | **Organizadora**

Sumário

Apresentação	05
---------------------------	-----------

CAPÍTULO 1 |

Condições, relações e organização do trabalho de terceirizados na manutenção predial: contribuições para uma matriz de riscos	
--	--

Edilson Azevedo de Oliveira, Vivianne Peixoto da Silva	07
--	-----------

CAPÍTULO 2 |

A saúde mental no meio ambiente do trabalho: das reivindicações sociais à tutela constitucional	
--	--

Mateus Bender	39
---------------------	-----------

CAPÍTULO 3 |

Trabalho em Unidade de Terapia Intensiva & Saúde do Trabalhador: perspectivas de técnicos de enfermagem	
--	--

Daiane Cardoso da Silva, Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos, Rosimár Alves Querino	59
---	-----------

CAPÍTULO 4 |

Gestantes: impacto das condições de trabalho em empresa de telecomunicação	
---	--

Anaeliza dos Santos e Oliveira, Ana Paula Malagoli Ribeiro, Carla Denari Giuliani, Marcelle Aparecida de Barros Junqueira	76
--	-----------

CAPÍTULO 5 |

Lombalgia e fatores associados em policiais militares do 32º Batalhão de Polícia Militar da cidade de Uberlândia-MG	
--	--

Vinícius Geraldo de Oliveira Amaral, Wellington Roberto Gomes de Carvalho	88
---	-----------

CAPÍTULO 6 |

O trabalho em turnos em Pronto Socorro Hospitalar: vivências de profissionais de enfermagem	
--	--

Roberta Peixoto Nogueira, Rafael Lemes de Aquino, Rosimár Alves Querino, Ailton de Souza Aragão	104
--	------------

Condições, relações e organização do trabalho de terceirizados na manutenção predial: contribuições para uma matriz de riscos

Edilson Azevedo de Oliveira†

Mestre em Saúde Ambiental e
Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia

Vivianne Peixoto da Silva

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia
vivianne.peixotos@gmail.com

†Em memória de:

Edilson Azevedo de Oliveira,
autor desta pesquisa, defendida em
janeiro de 2018, um mês antes de
seu falecimento.

Como citar este trabalho:

OLIVEIRA, E. A.; SILVA, V. P. Condições, relações e organização do trabalho de terceirizados na manutenção predial: contribuições para uma matriz de riscos. In: SILVA, V.P. **Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade**, 1Ed. Editora Colab, 2020. p.7-38.

RESUMO: A presente pesquisa teve por objetivo construir uma matriz de riscos por meio do conhecimento das condições, relações e organização do trabalho dos terceirizados de manutenção predial. Para tanto, foi realizada pesquisa de abordagem quali-quantitativa com triangulação de métodos, por meio de análise documental, observações *in loco*, entrevistas semiestruturadas e construção de um modelo de matriz de risco. De forma geral, os trabalhadores têm percepção do risco à sua saúde e segurança e possuem conhecimento moderado sobre possíveis consequências. Sugerem medidas de melhoria e controle dos riscos que vão desde ações que envolvem mudanças nas relações, condições e organização do trabalho. Mostrou-se também relevante o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Conclui-se que os trabalhadores terceirizados estão expostos a condições desfavoráveis de trabalho entendidas como “precarização” do trabalho, porém, a adoção de medidas de gerenciamento de riscos pode contribuir para modificar esse contexto, por meio do mapeamento, identificação e medidas mitigadoras. Sugere-se a partir deste exemplo de matriz, que todas as atividades realizadas na manutenção predial sejam adaptadas de modo a identificar os riscos potenciais à saúde e segurança dos trabalhadores e, estabelecer medidas de controle de risco junto aos setores responsáveis da IFES e empresa terceira.

Palavras-chave: Terceirização; Saúde do Trabalhador; Matriz de riscos.

INTRODUÇÃO

A Lei nº 13.429/2017 (BRASIL, 2017a), que sancionou a ampliação da terceirização, acarretou implicações sérias quanto a precarização do trabalho, exposição a condições nocivas à saúde e segurança dos trabalhadores além do enfraquecimento das organizações sindicais. Por sua vez, a reforma trabalhista, aprovada pela Lei nº 13.467/2017 possibilitou a regulamentação do trabalho intermitente, terceirização na atividade fim das empresas, redução de direitos via negociação coletiva e ampliação da jornada de trabalho, dentre outros aspectos (BRASIL, 2017b),

Salienta-se que a terceirização foi incorporada ao setor público pelo Decreto-Lei nº 200/67 (BRASIL, 1967), e teve aumento exponencial como comprovam Silva e Previtali (2012) em sua pesquisa realizada em uma IFES.

Antunes e Druck (2013), Antunes (2011;2015) e Druck (2013) concordam que não só as relações contratuais são afetadas com a terceirização, como também as condições do trabalho, as relações interpessoais e a organização do trabalho, o que repercute em prejuízos para saúde e segurança dos trabalhadores. Terceirizados recebem menos treinamentos, tem acesso limitado às instalações da empresa, menores salários, maior índice de adoecimentos e acidentes no trabalho (ANTUNES E DRUCK 2013).

Para Filgueiras (2011) e Filgueiras e Cavalcante (2015), questões como saúde e segurança do trabalho das empresas brasileiras são em geral de cunho predatória até mesmo com relação aos trabalhadores contratados de forma direta.

Esta afirmação é sustentada por diversos indicadores, a saber: acidentes típicos, doenças ocupacionais, omissão dos agravos, descumprimento de normas, resistência e luta contra qualquer regulação que reduza infortúnios e mortes. Assim, os riscos são transferidos aos trabalhadores e são reproduzidas as condições que engendraram os acidentes, perpetuando-os (FILGUEIRAS, 2011).

Desse modo, a literatura mostra que medidas que buscam mudança de comportamento ou medidas nas quais o processo de trabalho sofre pouca alteração, não eliminam a recorrência de acidentes com características semelhantes, ou melhor, as recomendações não contribuem mais para uma evolução na segurança (ALMEIDA, 2006). Assim, a avaliação das condições e da organização do trabalho poderá propiciar a elaboração de um diagnóstico articulado dos diversos fatores intervenientes, estabelecer um cronograma de intervenções e, hierarquizar prioridades.

Objetivou-se Construir uma matriz de riscos por meio do conhecimento das condições, relações e organização do trabalho dos terceirizados de manutenção predial.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de caso descritivo desenvolvido com a triangulação de métodos segundo Minayo (2010), que envolveu pesquisa quali-quantitativa.

Campo da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no campus de uma instituição federal de ensino superior (IFES), localizada no interior de Minas Gerais.

A escolha do campus foi tomada em função da diversidade de cenários entre os prédios, para execução do trabalho, quais sejam, fachadas, acessos a coberturas, telhados, proteções contra radiação solar, instalações elétricas e hidráulicas, bem como as estruturas de acessibilidade que não apresentavam padronização. Além disso, os prédios foram edificados em momentos históricos distintos, apresentando dessa forma, idades e modo construtivo correspondente à época.

Participantes do estudo

Compuseram o estudo os trabalhadores terceirizados da empresa contratada pela IFES, responsáveis pela manutenção predial no campus do estudo. A empresa contava com um total de 36 trabalhadores distribuídos por quantidade e função conforme Tabela 1.

Tabela 1 | Trabalhadores de manutenção predial distribuídos por quantidade e função.

Quantidade	Função
01	Mestre de Obras
01	Encarregado eletricitista
01	Encarregado de obras
06	Pedreiro
06	Serventes de pedreiro
08	Eletricistas
08	Auxiliares de eletricitista
03	Encanadores
02	Auxiliares de encanador
02	Carpinteiros
01	Auxiliar de carpinteiro
36	Total

Inicialmente, a pesquisa realizou análise documental dos dados referentes aos serviços de manutenção predial. Essa etapa permitiu estabelecer um juízo de valor preliminar sobre as condições e o estado de saúde dos trabalhadores.

Analisou-se os dados referentes à empresa contratada, tais como tipo de contratos, número de funcionários, Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), Programa de Controle Médico e de Saúde Ocupacional (PCMSO) e Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT).

A seguir, a etapa de investigação de campo se deu por meio de visitas *in loco* para realização das observações em locais já edificadas que passavam por manutenção, no momento da pesquisa; a fim de verificar as condições para execução do trabalho; identificar os principais riscos a que estavam expostos os trabalhadores, de acordo com os riscos ocupacionais estabelecidos pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), existente à época. As visitas de campo para observações ocorreram durante 05 dias durante a jornada de trabalho, totalizando 40 horas de observação.

A entrevista semiestruturada realizada no local e, durante a execução do trabalho, possibilitou identificar a percepção dos trabalhadores em relação às condições laborais, situações no cotidiano do trabalho geradoras de quase acidentes e/ou acidentes. Os quase acidentes não são considerados em nenhum indicador de saúde e segurança do trabalho, mas são de grande importância para a adoção de medidas de prevenção. Fatores tais como o dimensionamento do tempo para a execução das tarefas, ferramentas disponíveis e estado de conservação, percepção em relação ao aspecto relacionado à segurança e sugestão de melhoria das condições laborais foram levantados com as entrevistas.

Foram entrevistados um representante de cada função, a saber: mestre de obras (MO), encarregado de eletricista (EE), encarregado de obras (EO), pedreiro (P), servente de pedreiro (SP), encanador (E), auxiliar de encanador (AE), eletricista (E), auxiliar de eletricista (AE), carpinteiro (C) e auxiliar de carpinteiro (AC), totalizando um total de 12 entrevistas. Todos os entrevistados foram designados como "entrevistado" seguido de um número com vistas a preservar seu anonimato.

A entrevista seguiu um roteiro prévio para direcionamento das perguntas, porém, sem engessamento das respostas. Foram gravadas e transcritas na íntegra e posteriormente, foram submetidas à análise de conteúdo temático e operacionalizadas em três etapas: (i) pré-análise; (ii) codificação, classificação e categorização do material; e (iii) interpretação dos resultados a partir de Bardin (2011) e Minayo (2010). A partir daí, foram identificadas três categorias temáticas, a saber: 1) Visão dos trabalhadores sobre o risco à saúde e segurança no trabalho; 2) Conformidades e não-conformidades das condições e da organização do trabalho e, 3) Medidas de controle de risco baseadas na experiência adquirida dos trabalhadores

Com base nas informações levantadas, foi possível identificar aspectos relacionados à atividade estudada, com o propósito de estimar e avaliar os riscos por meio de uma matriz de riscos. Optou-se pela utilização da matriz semi-quantitativa ou quanti-qualitativa) a exemplo da ferramenta *Workplace Risk Assessment Control* (WRAC), adaptada por FERMA (2003), que relaciona os parâmetros probabilidade e severidade, ou seja, a chance de um evento indesejado ocorrer, com dada severidade. Entende-se por severidade a gravidade da consequência, se o evento indesejado vier a ocorrer.

As dimensões da matriz são representadas nas linhas da probabilidade e nas colunas da severidade, resultando nos riscos: Tolerável; Moderado; Substancial e Intolerável. As probabilidades de ocorrência de um evento são classificadas segundo Ferma (2013) em:

- **Remota:** nunca ocorreu, ou poderá ocorrer raras vezes;
- **Possível:** pode ter histórico de ocorrências e poderá ocorrer algumas vezes;
- **Provável:** quase certo de que ocorrerá ou tem potencial para ocorrer várias vezes.

Já as consequências são classificadas como:

- Baixa**: representada por lesões superficiais, cortes e pequenas irritações.
- Média**: representada por queimaduras, choque, dermatites e incapacidades menores.
- Alta**: representada por amputações, doenças ocupacionais que encurtam a vida e, fatalidade.

Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres vivos (CEP) da IFES e obteve parecer favorável sob o nº.1.414.616.

Em consonância com os preceitos éticos, todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e os instrumentos para coleta de dados. O convite para participar do estudo foi realizado de modo individualizado e cada participante assinou o TCLE.

RESULTADOS

Análise documental

O contrato que regia as relações entre a empresa de manutenção predial (contratada) e a IFES (contratante) destacava a prestação de serviços para a realização de pequenas construções, reforma e manutenção em instalações prediais englobando serviços de operação, manutenção preventiva e corretiva, incluindo o fornecimento de mão de obra operacional, equipamentos, ferramentas, materiais de consumo e acessórios de uso individual por parte da contratada. Ressalta-se ausência de cláusula(s) no contrato que explicitasse a corresponsabilidade da contratante pelos trabalhadores terceirizados da contratada.

Pôde-se verificar a indisponibilidade de veículo para o transporte de trabalhadores à serviços de atendimento à saúde, em caso de acidente ou mal súbito. Além dessa, destaca-se a não disponibilização de instalações sanitárias e locais apropriados para os funcionários da contratada realizarem suas refeições.

Quanto às funções, não verificou-se inadequação ou desvio em relação à prescrição no contrato, porém, pôde-se observar e ouvir dos trabalhadores que em muitos momentos as atividades não são concluídas devido à necessidade de atender demandas emergenciais em outros campi, o que dificulta a execução continuada e, por vezes, ocasiona trabalhos repetidos com desperdício de material e, por vezes, retrabalho.

Sobre a documentação da contratada, foi possível verificar a descrição das funções dos terceirizados, as medidas de controle básicas, a planilha de antecipação de riscos ambientais por função, seguido de um modelo de matriz de riscos e, a relação de EPI indicados para cada função, além das recomendações de uso e controle, como determina a NR 01 da Portaria 3.214/78 do MTE, que versa sobre o PPRA. Porém, importa saber que apesar de constar no documento, o modelo da matriz de risco não foi colocado em prática.

Na descrição das funções, foi verificada uma extensa lista de responsabilidades e atribuições, por vezes não compatível com o cargo exercido pelos trabalhadores, quando comparada à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do MTE.

Outro documento analisado foi o PCMSO, que segundo o MTE em sua NR-7, destaca que o mesmo tem caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstica precoce dos agravos à saúde relacionada ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis a saúde, privilegiando o instrumental clínico e epidemiológico.

Porém, salienta-se que o PCMSO não é uma garantia contra acidentes, adoecimentos e ou agravos à saúde dos trabalhadores da empresa. O empregador deve garantir que as atividades realizadas estejam em conformidade com as condições biopsíquicas e fisiológicas do conjunto de seus trabalhadores, sobretudo aspectos ergonômicos/conforto/segurança e, em consonância com o que estabelece as leis trabalhistas e previdenciárias, dentre outras.

Ao analisar dados sobre comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) identificou-se que a empresa contratada apresentou dois documentos de um acidente típico envolvendo queda com diferença de nível e, a segunda referente a um acidente de trajeto. Os acidentes tiveram por consequência luxação e fratura sendo que o primeiro acidentado se afastou do trabalho por 03 dias e o segundo por 07.

Análise da pesquisa empírica

Observações de campo

Durante as visitas o pesquisador acompanhou os trabalhos realizados, fez perguntas abertas sobre as atividades executadas e ouviu diversas verbalizações espontâneas dos trabalhadores. Todas as informações foram anotadas em um caderno denominado diário de campo.

Verificou-se não conformidades na serra circular da carpintaria como: falta de coifa protetora, inexistência do bloqueio da chave de partida e coletor de pó e serragem. Além dessas, identificou-se o acúmulo de madeira no interior do cômodo. Um dos carpinteiros externou que a tarefa com maior risco seria a manutenção em telhados em edificações sem linha de vida instalada. Foi possível também acompanhar a reposição de ladrilhos hidráulicos soltos em frente a um bloco movimentado do campus, apontada pelos trabalhadores como um retrabalho e desperdício de material, pois, os ladrilhos após assentados não foram rejuntados.

O conhecimento investido do profissional indicou como possível solução, o rejunte de todas as peças, porém, apesar de alertar sobre o ocorrido, o trabalhador sinalizou não haver comunicação com a contratante para discutir a situação.

Outro acompanhamento, que merece destaque foi na manutenção elétrica, que requereu dos trabalhadores atenção constante para se evitar acidentes e, a irregularidade relacionada ao guarda-corpo de vidro do mezanino, pois o fato do mesmo não descer até o piso, ocasiona um vão que pode propiciar incidentes e acidentes.

Foi possível também acompanhar a atividade desenvolvida pela equipe de execução física: retirada do briquete, rebaixamento ao remover pedrisco e pó de pedra do contra piso e por fim novo assentamento e rejuntamento, que, segundo os trabalhadores ocorre muitas vezes ao longo do mês já que as raízes das árvores provocam o levante provocando a irregularidade do piso da calçada.

Uma atividade de alto risco acompanhada foi a reparação de trincas em calha central do telhado de um prédio. As telhas, do tipo calhetão transpassam o limite do perímetro da edificação e, o fato de ser de concreto, dificulta o acesso para manutenção, que ocorreu sem apoio e fixação na edificação. Por falta de sistema de ancoragem, não estavam equipados com linha de vida e trava-quedas. Ao subir pela escada um dos funcionários expressou muito receio em fazê-lo.

Verificou-se que em algumas situações, foi necessário a retirada do EPI para acesso e manutenção. Um exemplo foi a troca de eletrocalhas por tubulações rígidas onde o trabalhador tirou o capacete de proteção, uma vez que o vão da luminária estreito, não o comportava.

Entrevistas semiestruturadas

A partir da fala dos atores sociais foi possível traçar três categorias temáticas (1,2 e 3) identificadas na Tabela 3, juntamente com as áreas de percepção por quantitativo de entrevistados.

Tabela 2 | Categorias Temáticas por áreas de percepção e quantitativo de entrevistados.

		QUANTITATIVO		
		Áreas de percepção	%	n
CATEGORIAS TEMÁTICAS	1. Visão dos trabalhadores sobre risco à saúde e segurança no trabalho	Percepção do risco	66,66%	08
		Não percepção do risco	33,33%	04
		Execução de tarefa de risco	25%	03
		Não execução de tarefa de risco	75%	09
	2. Conformidades e não-conformidades das condições e da organização do trabalho	Clareza das Informações da OS	91,66%	11
		Diferenças entre Trabalho prescrito na OS e trabalho real	33,33%	04
		Adequação das ferramentas de trabalho	25%	03
		Inadequação das ferramentas de trabalho	75%	09
		Espaço temporal adequado para execução do trabalho	100%	12
		Existência de ações de promoção a saúde	58,33%	07
		Inexistência e insuficiência de ações de promoção a saúde	41,67%	05
	3. Dificuldades apontadas <i>versus</i> Medidas de controle de risco baseadas na experiência adquirida dos trabalhadores	Dificuldades relatadas	66%	8
		Não identificaram dificuldades ou não responderam	34%	4
		Medidas de controle sugeridas	50%	6

Categoria Temática 1

Quando questionados sobre suas percepções a respeito da existência de riscos para saúde e segurança no trabalho que executam, 66,66% (8 pessoas) afirmaram que correm diariamente sérios riscos em suas atividades laborais e 33,33% (4 pessoas) disseram que não correm riscos, conforme a Tabela 3.

Os entrevistados que confirmaram a presença de riscos à saúde e segurança demonstram uma visão alargada com relação aos aspectos ligados às relações, condições e à organização do trabalho geradoras de perigos ao trabalhador e, explicitaram tais riscos que vão desde ausência de equipamento de segurança, à riscos eminentes do processo laboral, ao despreparo para a função, dentre outros, como pode ser verificado nas falas que seguem.

“Nós sempre estamos correndo risco. Ferramentas elétrica, altura, sempre tem risco.” (Entrevistado 3)

“O que eu considero perigoso mesmo usando EPI é dentro de cabine de alta tensão, ali que é a fonte de alimentação direta, mexer no gerador... isso é muito perigoso, mesmo estando com EPI, se qualquer coisa der errado ali, o EPI não vai salvar sua vida [...] com o tempo você vai se acomodando com o risco.” (Entrevistado4)

“Geralmente, é o pó da serra. Por isso, a gente usa a máscara. [...] Sobre a altura aqui, geralmente a gente não tem a linha de vida. A gente está precisando com urgência dessa linha de vida Entrevistado 5).

Além de reconhecerem os riscos, percebeu-se que devido a não priorização das medidas de proteção pela empresa, os trabalhadores adotavam mecanismos alternativos na tentativa de criar estratégias de proteção.

“Geralmente, quando a gente está em cima do telhado, a gente arreda uma telha, e passa “umas cordas nas vigotas”. Então, a gente trabalha amarrado nas cordas. O certo mesmo seria a linha de vida original, que é o cabo de aço” (Entrevistado 5).

Com relação aos trabalhadores que responderam não correr risco de saúde e segurança em suas frentes de trabalho, percebeu-se que não demonstram uma real dimensão dos perigos que correm, observado num discurso funcionalista, de culpabilização /responsabilização do próprio trabalhador por qualquer acidente que aconteça.

*“Existe risco desde que **a gente provoque**, com uma falta de conhecimento, uma falta de atitude, pode provocar um risco, ou até mesmo um próprio acidente.” (Entrevistado 6)*

“Não, se usar os EPIs certinho, não tem risco.” (Entrevistado 1)

“Sempre que a gente vai executar o serviço, executa com precisão (Entrevistado 5)

Apesar de a maioria dos entrevistados terem referido presença de riscos à saúde e segurança laboral, quando questionados se já executaram alguma tarefa no trabalho que colocava sua vida em risco, 75% (9 trabalhadores) disseram que não e 25 % (3 trabalhadores) narraram que sim. As verbalizações que seguem, demonstram certa contradição, pois as falas negativas estão pautadas num discurso ligado a prevenção unicamente individual e não das reais condições e organização do trabalho, colocando o trabalhador como o maior ou único responsável, mais uma vez, pela sua segurança no trabalho.

*“A gente se **precavê**. Primeiro a gente toma determinadas atitudes com relação à segurança exatamente para evitar, para não passar por essa situação de risco (Entrevistado 6)*

“Todas as vezes que a gente vai trabalhar com alguma coisa que possa gerar um risco, se não tiver tudo adequado, a gente espera um pouco para ver como se faz. Bom para gente mesmo, A gente troca ideia entre nós mesmos e depois vemos, por exemplo, uma escada, um andaime, um cinto” (Entrevistado 4)

“Sempre quando acontece de ter risco, a gente não executa” (Entrevistado 5)

Embora alguns trabalhadores tenham verbalizado “não execução de tarefas de risco” e, confiarem na avaliação técnica, ficou evidente a presença de contradições a esse respeito, como sugerem as falas:

[...]o trabalho é seguro desde que tenha ponto de ancoragem, onde você está prendendo a escada. Aí sim, se torna um trabalho seguro (Entrevistado 2)

Olha, o que falta é um ponto de ancoragem. Você vai lá, amarra a corda, você já vem prendendo o cinto. (Entrevistado 1)

Apesar de ser minoria, alguns trabalhadores afirmaram a execução de trabalhos que expuseram suas vidas ao risco eminente, não só devido à ausência de EPI ou autocuidado, mas, pelas características inerentes ao trabalho realizado.

“Todo tempo você tem que ter atenção pelo fato de que a sua vida está em risco. Ainda mais aqui, nesse local, que alguns lugares a gente não pode desligar 100% a energia. Então, sempre você trabalha com uma área energizada do seu lado, certo? Tem que ter a maior atenção.” (Entrevistado 8)

Ah, sempre a gente fica em altura (Entrevistado 9)

Categoria Temática 2

Sobre a percepção da clareza das Ordens de Serviço (OS) 91,66% dos trabalhadores (11 pessoas) afirmaram que o formulário na maioria das vezes tem clareza de informações e a minoria das vezes faltam algumas especificações do serviço a ser realizado. E, mesmo quando faltam algumas especificações do serviço, não constituem dificuldades no entendimento do pedido.

Apenas um trabalhador referiu que as OS não são claras e exemplificou que existe sim um retrabalho, com perda inclusive de matérias, como demonstra a fala que segue:

“Às vezes as OS têm uma vírgula ou um ponto de interrogação que te deixa perdido. Nem todo serviço é claro. Portanto, às vezes acontece de a gente começar a fazer o serviço e ter que desmanchar ele todo de novo, porque escreveu uma coisa na OS, no entanto, o dono, ou a pessoa que vai utilizar a sala, quer outro. [...] (Entrevistado 8)

Quanto ao estado das ferramentas de trabalho, 75% (9 trabalhadores) relataram que as ferramentas de trabalho estavam inadequadas, por nem sempre estarem em bom estado. Salientaram também a inexistência da linha da vida profissional (dispositivo de segurança para trabalho em altura), e, improvisado com cordas para se fazer uma linha da vida que incorre em riscos à saúde e segurança deles.

Os 25% (3 trabalhadores) que revelaram serem adequadas ao trabalho e em bom estado, justificam que isto inclusive se dá por meio de contrato entre as empresas e, que quando ocorre algum imprevisto, rapidamente é solucionado.

Com relação às diferenças entre o trabalho prescrito na OS e o trabalho real, 33,33% dos trabalhadores (4 pessoas) referiram tal existência, o que ocasiona aceleração do trabalho para resolver questões não tão emergentes e, não atendimento àquelas que podem ser emergenciais de fato, como sugerem as falas:

“Às vezes, por exemplo... chega na OS: Vazamento. “Ah, um vazamento de grande extensão, vazando muito.”. Aí chega lá, é uma torneira pingando. [...] É desproporcional ao que vem. Fala que é urgente. Às vezes não é tão urgente (Entrevistado 2)

De vez em quando ocorre esse tipo de situação. Você vai executar um tipo de serviço, chega lá e esse serviço é outro... a gente já faz o que está no papel mesmo, entende? Se for para fazer outro tipo de serviço, o pessoal é obrigado a mandar outro documento para fazer serviço, a gente só executa o que está por escrito ali mesmo (Entrevistado 5)

Destaca-se a narrativa pontual de um trabalhador que denuncia situações desfavoráveis de condições e da organização de trabalho que presenciou, pela existência de várias empresas terceirizadas trabalhando na mesma instituição e, neste caso no mesmo ambiente e, em condições de trabalho bem precárias, o que coloca em risco todos os trabalhadores, de todos os tipos de vínculo empregatício.

Outro ponto levantado nesta pesquisa foi a questão do espaço temporal para execução dos serviços; se são suficientes, ou se desnudam a questão da aceleração do trabalho para cumprimento de metas e prazos. O estudo revelou que 100% dos entrevistados (12 trabalhadores) afirmaram que o tempo para execução das tarefas é suficiente e que pontualmente em casos de urgência é pedido agilidade na execução, sob as normas de segurança e sem comprometimento ao trabalhador.

Identificou-se a forma de gestão da saúde dos trabalhadores por meio de programas preventivos e exames médicos. 100% dos entrevistados (12 trabalhadores) recebem acompanhamento via exames periódicos em intervalos de 6 meses. Destes 66,66% participantes (8 trabalhadores) confirmaram que, após as consultas, tiveram acesso e posse dos exames médicos e 33,33% participantes (4 trabalhadores) referiram não ter acesso aos resultados dos exames. Uma fala muito expressiva de um trabalhador demonstrou o desejo de que planos de saúde fossem incluídos nos contratos com as empresas terceirizadas, por receio de que algum acidente lhe aconteça ou a outrem, inclusive com outra categoria profissional.

Percebe-se o quanto a saúde suplementar persiste como uma meta a ser alcançada, como se o fato de a adquirir interferisse positivamente na condição de saúde. Tal fato mostra também a fragilidade sindical que, cada vez mais pulverizados e segmentados, deixam de lutar por melhores condições e organização do trabalho e voltam-se para cobranças pontuais que não tocam a questão do trabalho em si.

Com relação a existência de ações de promoção da saúde oferecidas pela empresa contratante, 58,33% dos entrevistados (7 trabalhadores) relataram que receberam alguma orientação na forma de palestras educativas. Porém, percebeu-se pelas falas que seguem, que constituem-se de momentos de orientações superficiais, na maioria das vezes feita pelo encarregado ou supervisor direto e, quando realizado pelo órgão que deveria ser atuante e representativo para os trabalhadores, como a CIPA como foi citado, mostrou o quanto não há aproximação com os trabalhadores que nem mesmo o conhecem.

Anualmente nós temos as reuniões que vêm do técnico de segurança e geralmente nessas reuniões a gente fala sobre a segurança, fala até mesmo sobre a nutrição, a condição do tempo e necessidade de alimentação... (Entrevistado 6)

"Sempre que é possível reunir todo o grupo, os nossos técnicos de segurança reúnem, faz uma palestra, certo? A universidade também já fez algumas palestras para nós a respeito da saúde, de segurança do trabalho. Sempre que é possível agendar (Entrevistado 8)

"Eles têm esse programa da CIPA [promoção da saúde] que eles envolvem os funcionários, orientando, conversando..." (Entrevistado 1)

Com vistas a conhecer o entendimento dos trabalhadores sobre cuidado e saúde, indagou-se sobre alguns hábitos dos entrevistados, como práticas regulares de atividade física e acompanhamento médico para verificar a saúde, independente dos exames médicos periódicos oferecidos pela empresa.

Entre os que fazem atividade física 50% dos participantes (6 trabalhadores) disseram fazer alguma regularmente, para melhorar a saúde, entre elas: caminhadas, corridas, musculação e futebol. Os outros 50% dos participantes (6 trabalhadores) referiram não praticar, seja por falta de tempo ou não priorização. Com relação ao acompanhamento médico de saúde 66,66% (8 trabalhadores) referiram não fazer nenhum acompanhamento de saúde, somente os exames médicos periódicos exigidos pela empresa, e, um deles afirmou procurar por médico apenas quando está adoecido. Os demais 33,33% dos participantes (4 trabalhadores) referiram fazer algum acompanhamento de saúde, sendo que destes 16,66 dos participantes (2 trabalhadores) buscam acompanhamento no SUS para exames de rotina e check-up anual, e outros 16,66% dos participantes (2 Trabalhadores) realizam check-up anual na rede particular.

Categoria Temática 3

66,66% dos participantes (8 trabalhadores) referiram algumas dificuldades na execução do trabalho, dentre elas: desencontro de informações; dificuldades em relacionar com pessoas; agendamento falho; dificuldades de acesso ao local das atividades; ausência de projeto hidráulico ou mapa dos registros dentro da intuição, ausência de linha da vida (dispositivo de proteção em trabalhos em altura).

Sobre as facetas da terceirização, os trabalhadores expressam as formas de fiscalização existentes no trabalho em que em muitos momentos, é feita por várias “empresas”. 100% dos participantes (12 trabalhadores) afirmaram que são fiscalizados em suas frentes de trabalho, ora por um engenheiro da universidade, ora por um preposto da própria empresa terceirizada e, outros trabalhadores referiram que toda a comunidade universitária atua “indiretamente” como fiscal. Seguem alguns relatos:

Sempre somos fiscalizados. Porque nós temos um engenheiro aqui por parte da IFES, nós temos o preposto que é da empresa e trabalha na IFES e temos todos os professores, diretores, dentro do campus, que são nossos fiscais (Entrevistado 6)

*O encarregado fica para cima e pra baixo olhando as equipes e inspecionando os serviços. Todo mundo aqui é fiscal, entendeu? Ele está olhando se eu trabalho, **posso dizer que tem uma pressão**, porque tipo você não deve aqui obedecer à só uma pessoa, e sim à várias. Então, eu acho que isso **não é legal para um bom desempenho**. Às vezes uma pessoa manda você fazer uma coisa e outra manda fazer outra. Aí, quem que você vai obedecer? (Entrevistado 4)*

Outras dificuldades apontadas referiram-se aos benefícios da empresa. Apesar de a empresa oferecer aos trabalhadores um cartão alimentação, esse benefício somente é adquirido se o trabalhador não tiver falta no mês, inclusive por questões de saúde comprovadas por atestado médico.

Isso demonstra uma fragilidade em relação às condições de saúde e segurança em que o trabalho é executado, já que foi citado que eles trabalham adoecidos para não perder o benefício.

*Uai, a gente está recebendo 400 reais para a alimentação. **Olha, a condição é você não faltar no serviço. Se você cumpriu os seus 30 dias, você já tem garantido ele.** (Entrevistado 5)*

"400 é o ticket-alimentação que nós recebemos [...]. Mas isso é uma assiduidade. Se você faltar e entregar um atestado algum dia, você perde. Mas, para mim, pessoalmente, deveria ter plano odontológico e um plano de saúde. Porque você vai para o Plano SUS, além de você perder seu dia, você perde tudo, tudo... perde mais de 600 reais em um dia. Isso faz uma falta danada. Aí você prefere vir doente. Coisa que já aconteceu comigo". (Entrevistado 4)

100% dos entrevistados (12 trabalhadores) avaliaram o ambiente de trabalho na questão convivência com seus colegas e chefias como ambiente: bom, ótimo, agradável, tranquilo, saudável, ameno, amistoso, com trabalho em equipe e união.

Por fim, os trabalhadores foram convidados a sugerir melhorias nos quesitos: relações de trabalho, condições e organização do trabalho, e outras questões que pudesse refletir positivamente, (diretamente ou indiretamente) no trabalho e em sua própria saúde, com base em suas experiências adquiridas. 50% dos participantes (6 trabalhadores) não quiseram ou mesmo se sentiram intimidadas em dar alguma sugestão de melhoria. Os demais, sentiram confiança, e/ou aproveitaram a oportunidade para relatar suas percepções e listaram um extenso rol de sugestões para melhoria do trabalho que vão desde desejo de melhorias das condições, até abuso de poder ou mesmo denúncia de graves erros administrativos, evidenciando mais uma vez, a complexidade das relações de trabalho para os trabalhadores terceirizados. As sugestões de melhorias encontram-se inseridas em três eixos principais, a saber:

Relações de trabalho: “Referem-se às relações com as chefias imediatas e superiores, com os membros da equipe de trabalho e as relações externas (clientes, fornecedores e fiscais)” (Bueno, Macedo, 2012, p.314).

Respeito com o trabalhador terceirizado e seu saber, redução de abuso de poder, vinculado a imposição ao erro e demissão.

Mais diálogo por parte dos contratantes, orientações e educação permanente/capacitação

Maior envolvimento dos técnicos em segurança do trabalho nas OS e na segurança *in loco* visando apoiar e resguardar o trabalhador.

Condições de Trabalho: Referem-se ao ambiente físico, o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. (Bueno, Macedo, 2012; Dejourns, 1992).

Criação de ancoragem em todas as edificações, visando a norma técnica que determina ancoragem e linha da vida em trabalhos realizados em altura.

Levantamento completo e mapeamento hidráulico e elétrico para facilitar a execução das ordens de serviço, e registros hidráulicos individuais para cada edificação, a fim de ter mais tempo e autonomia para realização das OS.

Melhorias nas especificações das Ordens de Serviço com intuito de otimizar o trabalho, material e tempo.

Melhorias no refeitório, com aquisição de mais fogões ou mesmo montagem de um restaurante com cozinha e comida preparada diariamente.

Benefícios de plano de saúde e odontológico

Oferta de atividades físicas no trabalho

Melhoria do transporte e mais segurança aos trabalhadores

Organização do Trabalho: “Divisão de tarefas entre os trabalhadores, repartição, cadência, e, enfim, o modo operatório prescrito e a divisão de pessoas: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando, controle etc.” (Bueno, Macedo, 2012, Dejourns, 1992).

Criação de projetos com layout para facilitar as execuções da OS.

Diminuir desperdícios de matérias e serviços, ou seja, bom uso do dinheiro público.

Modelo da Matriz de risco

A partir dos resultados apurados pelas observações e entrevistas realizadas, foi possível identificar os riscos presentes nas atividades de trabalho e estruturar um modelo de matriz de risco.

Para análise quantitativa foram atribuídos valores de 1 a 3 para os dois eixos no sentido crescente, de modo que, nos casos onde não for possível trabalhar com os dois eixos ao mesmo tempo para medidas de controle, ao adotar para um eixo, seja possível diminuir a classe do risco. Dessa forma, adotar-se-á valores de (1-2); (3-4); (6) e (9) respectivamente para cada risco conforme sugere o Quadro 1 seguido da legenda.

Quadro 1 | Modelo da Matriz de risco

Probabilidade	Consequências		
	Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)
Remota (1)	Risco Tolerável	Risco Tolerável	Risco Moderado
Possível (2)	Risco Tolerável	Risco Moderado	Risco Substancial
Provável (3)	Risco Moderado	Risco Substancial	Risco Intolerável

LEGENDA:

Risco tolerável (1-2); **Risco moderado** (3-4); **Risco Substancial** (6); **Risco Intolerável** (9)

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores a partir de FERMA (2003).

Escolheu-se uma atividade para exemplificar a aplicação da matriz de risco, devido ao alto risco que oferece aos trabalhadores que a executam, com base nos resultados obtidos na pesquisa.

Atividade: Manutenção de telhado em prédio sem laje (apenas forro). Acesso feito por meio de escada de 7 metros não fixada, sem linha viva e trava quedas.

Evento indesejado: Queda de altura considerável

Passo 1 – Identificação dos principais riscos da atividade

- 1- Lesão corporal grave com afastamento pós-queda
- 2- Lesão permanente pós-queda
- 3- Fatalidade pós-queda

Passo 2 – Construção da Matriz para cada risco identificado na atividade

- 1- Lesão corporal grave com afastamento pós-queda
(P) Provável x (C) Alta = Risco Intolerável =9
- 2- Lesão permanente pós-queda
(P) Possível x (C) Alta = Substancial =6
- 3- Fatalidade pós-queda
(P) Possível x (C) Alta = Substancial =6

Passo 3 – Estabelecimento de Medidas de controle para evitar que os riscos se concretizem

Tabela 3| Medidas de controle a partir da medida de risco

Descrição	Matriz de risco	Provável Solução / Medidas de controle*
Lesão corporal grave com afastamento pós-queda	(P) Provável x (C) Alta = Risco Intolerável=9	<ul style="list-style-type: none"> ·Adoção de EPI e EPC seguido de Treinamento ·Fixação da escada tipo marinho na edificação ·Instalação de linha de vida em todo o perímetro ·Instalação de rede de proteção em caso de queda, em locais de vão livre e pé direito alto (tipo trapezista de circo, porém, mas rígida)
Lesão permanente pós-queda	(P) Possível x (C) Alta = Substancial=6	<ul style="list-style-type: none"> ·Adoção de EPI e EPC seguido de Treinamento ·Fixação da escada tipo marinho na edificação ·Instalação de linha de vida em todo o perímetro ·Instalação de rede de proteção em caso de queda, em locais de vão livre e pé direito alto (tipo trapezista de circo, porém, mas rígida)
Fatalidade pós-queda	(P) Possível x (C) Alta = Substancial=6	<ul style="list-style-type: none"> ·Adoção de EPI e EPC seguido de Treinamento ·Fixação da escada tipo marinho na edificação ·Instalação de linha de vida em todo o perímetro ·Instalação de rede de proteção em caso de queda, em locais de vão livre e pé direito alto (tipo trapezista de circo, porém, mas rígida)

*Sugere-se suspensão das atividades até que as medidas de controle sejam efetivadas.

Fonte: Elaborada pelos pesquisadores

DISCUSSÃO

De forma geral os trabalhadores estudados revelaram conhecimento do risco à saúde e segurança, conhecimento moderado sobre possíveis consequências, sugeriram medidas de melhoria e controle dos riscos que vão desde ações que envolvem mudanças nas relações, condições e organização de trabalho. Também ficou claro o entendimento que têm da diferenciação que sofrem pelo vínculo de trabalho.

É importante ressaltar que a diferenciação se dá também em relação aos direitos à previdência social e as leis trabalhistas, frutos de conquistas históricas dos trabalhadores, embora estejam fadadas ao desmantelamento em virtude da reforma trabalhista aprovada no ano de 2017.

Para Antunes (2015) a terceirização é uma forma de precarização do trabalho na medida em que expõe trabalhadores de uma empresa às condições e organização do trabalho de outra e, essa última, na maioria das vezes não se coloca como corresponsável pela saúde e segurança dos trabalhadores. Tal afirmação coincide com os achados da pesquisa, no que tange a inexistência de cláusulas responsivas da contratante, no contrato firmado entre IFES e empresa contratada.

A fala da maioria dos entrevistados demonstrou conhecimento dos perigos e medo de executar atividades de risco a sua saúde e segurança, porém, conforme alerta Almeida (2013, p.209) há “persistência de situações de trabalho degradada, caracterizada por desrespeito a exigência de segurança firmada na legislação do país, condição essa facilitada pelo contexto de fragilidade política institucional de atores do campo da vigilância” bem como, da fragilidade do movimento dos trabalhadores cada vez mais expostos à essas questões.

Ademais, de acordo com os estudos de Almeida (2013, p. 208) o adoecimento e as mortes de trabalhadores brasileiros que “acontecem dentro das empresas são decorrentes predominantemente de quedas de altura, choques elétricos, soterramentos e máquinas”. Atenta-se para o fato de que todas as atividades assinaladas são executadas pelos trabalhadores terceirizados que executam manutenção predial no campus da IFES estudada.

Sobre a fragilidade do movimento dos trabalhadores Lacaz (2007; 2016) situa que a maioria dos sindicatos não atuam na lógica dos trabalhadores como quando de sua criação. Cada vez mais pulverizados e segmentados, deixam de lutar por melhores condições e organização do trabalho e voltam-se para cobranças pontuais que não tocam a questão do trabalho em si, como exemplo, oferta de planos de saúde para os trabalhadores. Em concordância com os achados do presente estudo, verificou-se que para os entrevistados, a saúde suplementar persiste como uma meta a ser alcançada pelos trabalhadores, como se o fato de o adquirir interferisse positivamente na sua condição de saúde.

No que se refere a ações em ST, destaca-se que um dos problemas persistentes é falta de atores capacitados a elaborar tais ações, que estejam preparados para superar a lógica de “agravos ou impactos de saúde”, mas, que envolva os atores sociais presentes no processo, de forma a participar ativamente das medidas propostas (ALMEIDA, 2013, p.221).

Parte-se do entendimento que o trabalhador tem um saber único sobre seu ambiente de trabalho e de suas vivências laborais de reprodução e desgaste e, a valorização desse saber ligada a outras disciplinas como: Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantas outras ligadas a questões do trabalho, podem gerar uma “nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho e propõe uma nova prática de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção nos ambientes de trabalho” (NARDI, 1997, p.219).

Esse modelo teórico, supracitado, mais conhecido como Saúde do Trabalhador caracteriza-se pela “afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo saúde-doença (incluindo aí a participação efetiva nas ações de saúde) e, não simplesmente, como objeto de atenção da saúde, tal como é tomado pela Saúde Ocupacional e pela Medicina do trabalho (NARDI, 1997, p.219).

De acordo com Antunes e Drucker (2013, p.220) a terceirização evidencia que as condições de trabalho acabam segregando os diferentes trabalhadores de acordo com seu vínculo, cuja discriminação se dá não apenas por parte da empresa contratante, mas também entre os próprios trabalhadores contratados diretamente. Tal afirmação concorda com os achados desta pesquisa ao evidenciar diferenças de tratamento entre servidores e terceirizados e, entre terceirizados de outras empresas que executam atividades no campus.

A pesquisa evidenciou sentimentos expressos de discriminação e desvalorização por parte dos trabalhadores terceirizados em relação aos servidores públicos, percebido pela relação interpessoal, descompasso de informações transmitidas, atitudes arrogantes e depreciativas, o que também impacta diretamente na forma de organização e planejamento do trabalho a ser executado. Sobre essa vertente, salienta-se a não disponibilização de instalações sanitárias e locais apropriados para os funcionários da contratada realizarem suas refeições, o que corrobora com os achados do estudo de Melo e Silva (2020) realizado com trabalhadores terceirizados de serviços gerais em IFES.

Waldvogel (2013, p.227) refere sobre a necessidade de estudos que discutam e analisem a questão acidentária no Brasil com “informações completas, atualizadas e fidedignas” sobre a ocorrência de acidentes e doenças a que os trabalhadores estão “sujeitos no exercício de sua profissão”, visando o melhor entendimento dessa “problemática” no sentido da criação de medidas que minimizem esses “eventos” e também para “elaboração de políticas direcionadas à classe trabalhadora, tantas vezes vítimas de acidentes e doenças laborais”.

A esse respeito, a Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE divulgada em 2013, revelou discrepâncias significativas ao comparar os dados colhidos para a pesquisa e aqueles registrados na base de dados da Previdência Social. Tal pesquisa aponta números quase 7 vezes superiores aos apontados pela Previdência, estimando que a diferença se deve à subnotificação do registro de acidentes, ao tipo de dados de cada pesquisa, e à baixa taxa de formalização do emprego. (MAIA et al, 2013)

Ao analisar esse quadro, Lacaz (2016) reforça que “não existe integração entre o MPS e o MS no seu manejo, mesmo sabendo-se que existe em vigor uma Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador (PNSST) que propõe como principal diretriz uma atuação conjunta, integrada”, que deve envolver o MS, o MTE e a Previdência Social. Tal quadro pode ser ainda mais alarmante ao se considerar trabalhadores terceirizados.

Sobre essa questão colocada, uma pesquisa realizada sobre os problemas decorrentes da terceirização junto a sindicalistas de 40 empresas, pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), constatou a diminuição salarial, de benefícios sociais, a ausência de equipamentos de segurança do trabalho, a ausência de registro do empregado, a perda da representação sindical e a baixa qualificação desses profissionais e maior risco acidental (DIEESE, 2011).

No que tange a organização do trabalho o estudo identificou como ponto relevante para discussão o distanciamento entre a prescrição das tarefas e a execução das atividades. Para Guérin (2001) a tarefa é dada por quem planeja o trabalho (gerência, direção) e a atividade é a execução da tarefa pelo trabalhador. Dessa forma, o trabalho prescrito é aquele onde a tarefa a ser executada é planejada e são dadas as condições prévias para que o trabalho seja executado, no entanto, o trabalho real se constitui de “fatos e condições reais” não previstas.

O estudo mostra estas imprevisibilidades quando, por exemplo, uma OS não é claramente repassada aos trabalhadores terceirizados e a execução precisa ser refeita, quando não é possível a execução do trabalho por não ter servidores responsáveis por acompanhar a execução do serviço e, outros motivos relatados nos resultados.

Para Dejours (1992) quanto maior for o distanciamento entre o prescrito e o real, maior a probabilidade de adoecimentos. Como descrito nos resultados, alguns trabalhadores se mostram sensíveis a essas situações enquanto outros se mostram indiferentes, ou não se manifestaram. Porém, cabe salientar que o tempo de exposição a situações repetidas como as citadas podem influir nas condições de saúde desses trabalhadores.

No âmbito das empresas, destaca-se como relevante a identificação de riscos potenciais à saúde e segurança dos trabalhadores para estabelecer medidas de controle para eles. Embora cada empresa realize um tipo de gerenciamento de riscos, a pesquisa optou por utilizar um modelo de matriz de risco.

A classificação do risco, dos fatores de probabilidade de ocorrência de um evento indesejado e das consequências desse evento, é obtida por meio de uma matriz, cujos valores são obtidos pelo produto dos valores resultantes da análise da probabilidade e da severidade, como sugerem Rego (1999) e Ferma (2013).

Para tal, apesar da existência de recomendações técnicas da NBR ISO 31.000 da ABNT (2009); OHSAS 18.001 (1999) cada empresa poderá construir sua própria matriz de classificação de riscos e deve adotar medidas que sejam praticáveis técnica e economicamente desde que assegurem padrões de segurança aceitáveis para execução das atividades (REGO, 1999; FERMA, 2013; LENIFELDER, 2016).

Contudo, a sugestão do modelo da matriz de riscos deste estudo vai ao encontro das obras citadas que a sugerem como potencial para medidas de gerenciamento de risco, por meio do mapeamento, identificação e medidas mitigadoras, como também sugere Esteves (2004).

CONCLUSÃO

Conclui-se que os trabalhadores terceirizados estão expostos a condições desfavoráveis de trabalho entendidas como “precarização” do trabalho, porém, a adoção de medidas de gerenciamento pode contribuir para modificar esse contexto.

Sugere-se a partir deste exemplo de matriz, que todas as atividades realizadas na manutenção predial sejam adaptadas de modo a identificar os riscos potenciais à saúde e segurança dos trabalhadores e, estabelecer medidas de controle de risco junto aos setores responsáveis da IFES e empresa terceira.

REFERENCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 31.000**: Gestão de riscos – Princípios e diretrizes, Rio de Janeiro, 2009.

ALMEIDA, I. M. Trajetória da análise de acidentes: o paradigma tradicional e os primórdios da ampliação da análise. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 185-202, jan. /jun., 2006.

ANTUNES R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 16th ed. Campinas: Cortez Editora; 2015. 281 p. Portuguese.

ANTUNES R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Serv. Soc. Soc.** 2011:405-419.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. **A terceirização como regra?** *Revista do Tribunal Superior do Trabalho*, Brasília, v. 79, n. 4. p. 214 – 231, out/dez 2013.

ALMEIDA, I. M. **Acidente de Trabalho e a Politização da Agenda da Saúde do Trabalhador** In: MINAYO-GOMES, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huert; PENA, Paulo Gilvane Lopes. *Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Cap. 9. p. 203-225

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Reto LA, Pinheiro A, translators. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p. Portuguese.

BRASIL. Decreto-**Lei nº 200/67** de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União* - Seção 1 de 08/03/1967.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Normas regulamentadoras de segurança e saúde no trabalho. **NR 1** Disposições Gerais. Publicado pela Portaria GM nº 3.214, de 08/06/1978 - DOU de 06/07/1978. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/páginas/05/mtb/1.htm>>. Acesso em 22 ago. 2015

_____. **Lei Nº 13.467**, de 13 de julho de 2017 Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nos 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/Lei-13467-2017.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____. **Lei Nº 13.429**, de 31 de março de 2017. Lei da Terceirização. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13429-31-marco-2017-784561-norma-pl.html> Acesso em: 17 jan. 2018.

BUENO, M., MACÊDO, K. B. (2012). A clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. *ECOS*, 2(2), 306-318

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.

DIEESE/CUT. **Terceirização e desenvolvimento: uma conta que não fecha**. Dossiê sobre o impacto da terceirização sobre os trabalhadores e proposta para garantir a igualdade de direitos. São Paulo, 2011. Disponível em: <<https://cut.org.br/system/uploads/ck/files/Dossie-Terceirizacao-e-Desenvolvimento.pdf>> Acesso em janeiro de 2018.

DRUCK, GA. **A precarização social do trabalho no Brasil:** alguns indicadores. In: Antunes, R, organizador. Riqueza e miséria do Trabalho no Brasil II. São Paulo: Boitempo; 2013a. 447 p

_____. **Terceirização no setor público e a proposta de liberalização da terceirização pelo PL 4330.** Jornal dos Economistas, Corecon e Sindicon, Rio de Janeiro, n. 291, out. 2013b.

ESTEVES, A. **Gerenciamento de riscos de processos em Planta Petroquímica.** Niterói. Dissertação de mestrado da Universidade Federal Fluminense, 2004.

FERMA. Federation of European Risk Management Associations. **A risk management standard. Airmic**, Alarm, Irm: 2002, translation copyright FERMA: 2003. Disponível em: <<http://www.ferma.eu/app/uploads/2011/11/a-risk-management-standard-english-version.pdf>>. Acesso em: janeiro de 2018.

FILGUEIRAS, V. **Hegemonia, acidentes de trabalho e serviços especializados das empresas:** a culpabilização estratégica e as possíveis formas de resistência. Salvador, 2011.

FILGUEIRAS, V.; CAVALCANTE, S. **Terceirização:** um problema conceitual e político. Le Monde Diplomatique, 2015. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1799> >. Acesso em 16 ago. 2015.

GÜÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo:** a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher, 2001.

LACAZ, FAC. Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.**, 2016, vol.41.

LACAZ FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad Saúde Pública.** Abr 2007;23(4):757-766.

LEINFELDER, R.R. **Análise de riscos para redução dos riscos de segurança em uma pedreira paulista.** Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo (USP), 2016.

MAIA, A.L.S. *et al.* **Acidentes de trabalho no Brasil em 2013:** comparação entre dados selecionados da Pesquisa Nacional de Saúde do IBGE (PNS) e do Anuário Estatístico da Previdência Social (AEPS) do Ministério da Previdência Social. Fundacentro/Serviço de Estatística e Epidemiologia-SEE. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/boletimfundacentro12015.pdf>. Acesso em 20 outubro.2016.

MELO, E.Q., RODRIGUES, G.M.; SILVA, V.P. **Análise das condições sanitárias e ergonômicas do trabalho de auxiliares de serviços gerais terceirizados.** In: Pereira, B.B.; Limongi, J.E.; da Silva, V.P. Investigações em Saúde Coletiva, 1Ed. Editora Fucamp, 2020. p.95-113.

MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos:** Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. pp. 19-51.

NARDI, H.C. **Saúde do Trabalhador.** In: CATTANI, A. D. (Org) Trabalho e Tecnologia, dicionário crítico. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universitária, 1997, p.219-224.

OHSAS - OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY ADMINISTRATION STANDARD **18.001:** Sistemas de gestão de segurança e saúde ocupacional – especificações, 1999, 28p.

REGO, M.A.M. **Metodologia qualitativa de avaliação de riscos operacionais de segurança, meio ambiente e saúde ocupacional.** Niterói: Dissertação de mestrado na Universidade Federal Fluminense, 1999.

SILVA, V.P. **Trabalhadores Imigrantes na Cidade de Uberlândia/MG:** análise das políticas públicas brasileiras de trabalho e saúde no período de 2010 a 2016. 2017. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2017.

SILVA RM, PREVITALI FS. **A terceirização no setor público brasileiro:** um estudo acerca da terceirização na Universidade Federal de Uberlândia e seus impactos na qualidade de ensino. [dissertação] Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia;2012.

WALDEVOGEL, B.C. **Quantos acidentes de trabalho ocorrem o Brasil? Proposta de Integração de Registros Administrativos** In: MINAYO-GOMES, Carlos; MACHADO, Jorge Mesquita Huert; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Saúde do Trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. Cap. 10. p. 227-244.

A saúde mental no meio ambiente do trabalho: das reivindicações sociais à tutela constitucional

Mateus Bender

Doutorando em Sociologia e Ciência Política
Universidade Federal de Santa Catarina
mateusbenderoficial@gmail.com

Como citar este trabalho:

BENDER, M. A saúde mental no meio ambiente do trabalho: das reivindicações sociais à tutela constitucional. In: SILVA, V.P. **Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade**, 1Ed. Editora Colab, 2020. p.39-58.

RESUMO: Apesar das mudanças na legislação trabalhista, a proteção da saúde mental no ambiente de trabalho permanece garantida pela Constituição Federal de 1988. A partir de uma pesquisa exploratória e explicativa, por meio do procedimento documental e bibliográfico, objetivou-se compreender como construiu-se a tutela constitucional de proteção à saúde mental no ambiente de trabalho. Por meio de um resgate histórico das reivindicações sociais por melhores condições de vida e saúde, assim como a institucionalização de normas internacionais ligadas ao meio ambiente de trabalho e saúde mental, ratificou-se que a saúde mental é um direito fundamental do cidadão brasileiro.

Palavras-chave: Reivindicações por direitos; Proteção à saúde; Direito fundamental.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As condições de saúde mental geram anualmente inúmeros afastamentos do ambiente de trabalho. Episódios depressivos, por exemplo, ocasionaram 43,3 mil auxílios-doença em 2017 (foi a 10^a doença com mais afastamentos). “Outros transtornos ansiosos”, como ansiedade generalizada, transtorno misto ansioso e depressivo, apareceram entre as causas que mais afastaram em 2017, com um total de 28,9 mil casos, um pouco acima dos casos de transtornos depressivos recorrentes, com 20,7 mil afastamentos. Considerando-se apenas os auxílios acidentários, ou seja, decorrentes diretamente de doença ou acidente ocasionado em razão da atividade laborativa (comprovadamente relacionado ao trabalho), foram 9.161 afastamentos por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC’s) no ano de 2017 (BRASIL, 2019a).

Entre 2009 e 2015, quase 97 mil trabalhadores foram aposentados por invalidez em razão de transtornos mentais e comportamentais, especialmente em razão de depressão, distúrbios de ansiedade e estresse pós-traumático. Ao todo, esses benefícios representam uma conta de R\$ 113,3 milhões anuais aos cofres públicos (TST, 2017).

Na demanda judicial, especificamente em relação às ações judiciais para reparação de danos relacionados à saúde mental do trabalhador, houve mudanças significativas após a reforma trabalhista de 2017. Se o número total de ações judiciais que ingressaram nas Varas do Trabalho em 2018 diminuiu 34% em relação ao ano anterior, a diminuição foi ainda maior em relação às ações relacionadas à saúde mental. Assuntos como “pedido genérico de dano moral”, “assédio moral”, “acidente de trabalho”, “doença ocupacional”, “condições degradantes”; por exemplo, apresentaram diminuição média de 60% no ajuizamento de novas ações. Os principais fatores que podem explicar essa diminuição na demanda judicial decorre da imposição de novos requisitos para o ajuizamento de ações, assim como as incertezas geradas com a mudança legislativa e a possibilidade do pagamento de custas e honorários pelo trabalhador, medidas trazidas pela reforma trabalhista.

Apesar das recentes – e constantes – modificações na legislação trabalhista, a proteção da saúde mental no ambiente de trabalho está assegurada na Constituição Federal de 1988. Esse é o objetivo da pesquisa: analisar, a partir das reivindicações sociais históricas, a tutela constitucional de proteção à saúde mental no meio ambiente do trabalho. Compreende-se a saúde mental como indissociável do conceito geral de saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde (WHO *et al.*, 2020). A saúde mental é mais amplo do que a simples ausência de transtornos mentais, envolvendo níveis de qualidade de vida cognitiva e emocional. É por meio da saúde mental que os indivíduos são capazes de conceber, perceber e realizar suas habilidades, lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de contribuir com seu contexto social (JOAQUIM, 2017).

Pretendeu-se, portanto, realizar uma pesquisa exploratória e explicativa a partir do procedimento documental e bibliográfico, para compreender como construiu-se a tutela constitucional de proteção à saúde mental no ambiente de trabalho. Assim, inicialmente abordar-se-á o processo histórico de reivindicações sociais por melhores condições de vida e saúde dos trabalhadores. Após, discutir-se-á o conceito de meio ambiente de trabalho e saúde mental diante das normas internacionais, especialmente a tutela da Organização Internacional do Trabalho. Por fim, revelar-se-á a estrutura constitucional da proteção à saúde mental no trabalho no Brasil.

As condições de saúde no trabalho nos séculos XIX e XX e as reivindicações sociais.

No início do processo de industrialização, na Europa do século XIX, as condições de vida e saúde dos trabalhadores eram precárias (HOBSBAWM, 2015; DEJOURS, 2013; ENGELS, 2010). Hobsbawm (2015) aponta que, após a Revolução Industrial, a situação dos trabalhadores ingleses atingiu o ponto mais crítico por volta da década de 1840. Na França, as condições de trabalho não eram diferentes durante o início do capitalismo industrial.

Dejours (2013) indica algumas características das condições de vida dos trabalhadores franceses na metade do século XIX: a duração do trabalho, que atingia 12, 14 ou mesmo 16 horas por dia; o emprego de crianças na produção industrial, algumas vezes a partir dos 3 anos, e, mais frequentemente, dos 7; salários muito baixos, com frequência, insuficientes para assegurar o estritamente necessário.

Os períodos de desemprego imputavam imediatamente perigo à sobrevivência das famílias. Falta de higiene, esgotamento físico, subalimentação, potencializavam seus efeitos e criavam condições de alta morbidade, alta mortalidade e longevidade formidavelmente reduzida.

Se as doenças eram frequentes no ambiente de trabalho, os acidentes eram, na mesma proporção, comuns. A luta pela saúde, nesta época, identificava-se com a luta pela sobrevivência: "*viver, para o operário, é não morrer*" (DEJOURS, 2013, p.14).

Neste período histórico, as reivindicações operárias europeias apresentaram dois objetivos principais: o direito à vida (ou à sobrevivência) e a construção do instrumento necessário à sua conquista: a liberdade de organização. A aparição das câmaras sindicais, das associações, das federações nacionais e dos partidos políticos ofereceu ao movimento operário uma dimensão significativa. As reivindicações dos trabalhadores tornaram-se propriamente políticas (DEJOURS, 2013).

Primeiramente, os trabalhadores ofereceram uma resistência passiva, embora inflexível e cotidianamente renovada. Aos poucos, os protestos e os comícios foram se tornando rumorosos e ameaçadores. Diante da reivindicação dos trabalhadores, no sentido de implantar um sistema de direito destinado à proteção, como o direito de união, do qual resultou o sindicalismo, o direito de contratação individual e coletiva, alguns avanços legislativos, de forma tímida, foram observados na primeira metade do século XIX, especialmente na Inglaterra. Porém, até a primeira metade do século XIX, as primeiras concessões conquistadas ficaram apenas no papel. Os pequenos avanços foram, com frequência, questionados por leis que voltavam ao *status quo* por inúmeras derrogações e por recusas de aplicação (MARX, 2012).

A redução das jornadas de trabalho no século XIX, principal vetor para a organização da classe trabalhadora do período, ocorreu gradativamente. Na França, apenas em 1855 é que se estabelece uma lei para restringir a jornada máxima de 12 horas diárias. Porém, diferentemente da Inglaterra, impõe-se a todas as oficinas e fábricas, sem distinção, o mesmo limite para a jornada de trabalho, enquanto a legislação inglesa resulta de concessões realizadas em cada caso, conforme a pressão das circunstâncias.

Somente a partir do final do século são obtidas leis sociais pertinentes, especificamente, à saúde dos trabalhadores: sobre a higiene e a segurança dos trabalhadores da indústria (1893); sobre os acidentes de trabalho e sua indenização (1898); e, já no início do século XX, em relação à aposentadorias, primeiro concedidas aos mineiros (em 1905), após (em 1910), para o conjunto dos trabalhadores após 65 anos (“aposentadoria para os mortos”, segundo os sindicatos, já que na época apenas 15% dos franceses atingiam essa idade) (DEJOURS, 2013; EDELMAN, 2016).

No Brasil, é na segunda metade do século XIX que os trabalhadores passam a se organizar e reivindicar direitos. Assim como na Europa, as primeiras reivindicações e ações coletivas dos trabalhadores brasileiros, até o final do século XIX, estavam ligadas à jornada de trabalho. Inicialmente, essas reivindicações foram voltadas ao trabalho infantil e das mulheres, os mais prejudicados pelas condições de trabalho do século XIX (RAMOS FILHO, 2012). Após a limitação da jornada diária máxima de trabalho, os operários conseguiram, lentamente e com muita luta, outras pequenas conquistas ligadas às condições de trabalho. Porém, muitas das “vitórias” conquistadas pelos trabalhadores foram necessárias para manter em boa saúde os operários, especialmente diante das crescentes greves e em meio às guerras.

As mudanças ocorridas no ambiente e na gestão laboral, na passagem para o século XX, influenciadas por novas técnicas, tecnologias e descobertas, como o descobrimento da eletricidade e do petróleo, que substituíram o vapor e o carvão, representaram uma nova fase capitalista e novas condições ao trabalhador. O aumento da produção, o esforço para atender as necessidades da primeira Guerra Mundial e, conseqüentemente, a diminuição da mão de obra resultante do número de mortos e feridos da guerra, assim como a reinserção dos inválidos na produção, formam as condições de uma mudança significativa na relação entre homem e trabalho (DEJOURS, 2013; SOUTO MAIOR, 2017).

A primeira guerra favoreceu, nos países Europeus, as iniciativas em favor da proteção de uma mão de obra gravemente desfalcada pelas necessidades do front.

Em 1919, como parte do Tratado de Versalhes, que pôs fim à Primeira Guerra Mundial, fundou-se a Organização Internacional do Trabalho (OIT). A partir de uma estrutura tripartite, na qual representantes de governos, de organizações de empregadores e de trabalhadores participam em situação de igualdade nas discussões, a OIT tornou-se responsável pela formulação e aplicação das normas internacionais do trabalho - Convenções e Recomendações. As Convenções, uma vez ratificadas por decisão soberana de determinado país, passam a fazer parte de seu ordenamento jurídico.

A fundação da OIT, segundo Ramos Filho (2012), deve ser compreendida diante das necessidades do capitalismo mundial após o conflito armado. As pressões exercidas pela classe trabalhadora nos países de capitalismo central, por intermédio de movimentos organizados pelos sindicatos, e a introdução de novas tecnologias de gestão e de processo produtivo, de modo articulado, haviam provocado certa alta no custo dos bens manufaturados, com impacto nos mercados consumidores. O autor aponta como motivos principais para o surgimento da Organização Internacional do Trabalho: (a) o medo da revolta dos trabalhadores diante da miséria, como ocorreu na vitória da Revolução Russa, em 1917, e (b) a desigualdade legislativa relacionada ao “custo do trabalhador” entre países capitalistas.

Efetivamente, até o fim da Segunda Guerra Mundial, a OIT e outras propostas de garantia de proteção ao trabalhador, como a Constituição de Weimar, não significaram concretamente melhoria nas condições de vida dos trabalhadores (RAMOS FILHO, 2012). Além de uma nova guerra de amplitude continental, os avanços em termos de legislação social foram tímidos, diante da resistência empresarial e do surgimento de novos movimentos conservadores que tentavam barrar o crescimento dos ideais trabalhistas.

As condições de trabalho no Brasil, no início do século XX, pode ser relacionada às condições europeias do século anterior. As reivindicações por redução da jornada de trabalho e regulação do trabalho infantil, por exemplo, realizadas na Europa no século XIX, foram pautas do sindicalismo brasileiro no início do século XX.

A classe operária que se formou principalmente a partir da última década do século XIX era bastante diversificada, o que dificultou, mas não impediu, que os operários, aos poucos, fossem tomando consciência de que tinham algo em comum: precárias condições de vida e de trabalho. Com isso, as reivindicações e greves ocorridas nas duas primeiras décadas do século XX geraram um novo modo de se encarar as relações de trabalho industriais no Brasil.

O contexto de luta, greves e paralisações, ocorridas até a década de 1930, evidencia que as leis trabalhistas brasileiras não foram simples concessões ao povo trabalhador. Pelo contrário, foram precedidas de lutas, disputas e reivindicações. A pacificação "forçada", a partir da atuação do Estado, gerou novas regras de regulação do trabalho. Surgida durante as turbulências legais e políticas dos anos 30, sob o governo de Getúlio Vargas, a legislação social e trabalhista foi sistematizada em 1943 na Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Esta foi o resultado da acumulação histórica de decretos legislativos, leis e decretos-leis que, tornando-se por base (muitas delas) normas fixadas em acordos coletivos, regularam, ao longo de anos, as relações de trabalho no Brasil, além de algumas Convenções da Organização Internacional do Trabalho ratificadas pelo país (SOUTO MAIOR, 2017).

As semelhanças entre o contexto laboral do Brasil e dos países de capitalismo avançado, como Estados Unidos da América, Inglaterra e França, podem ser traduzidas pelas reivindicações dos trabalhadores. Ainda que mais tardiamente em relação aos países citados, as lutas por melhores condições de trabalho no Brasil estavam relacionadas primeiramente à redução da jornada de trabalho e melhores salários, temas que marcaram as reivindicações trabalhistas ao longo da primeira e segunda Revoluções Industriais. Se foram conquistados pequenos avanços em relação à proteção da saúde física, como indenizações por acidentes de trabalho, não se pode dizer o mesmo quanto à saúde mental, sequer aventada pelas reivindicações. Essa pauta surge apenas na segunda metade do século XX, diante de uma nova Revolução Industrial.

A partir da década de 1970, o modelo toyotista penetra, mescla-se ou mesmo substitui o padrão taylorista-fordista dominante, em várias partes do capitalismo globalizado. Diante dos novos processos de trabalho, ensaiam-se modalidades de desconcentração industrial, buscam-se novos padrões de gestão da força de trabalho, dos quais os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ's), a "gestão participativa", a busca da "qualidade total", são expressões visíveis não só no Japão, mas em vários países ocidentais. Vivem-se formas transitórias de produção, cujos desdobramentos são também sentidos no que diz respeito à proteção trabalhista. Estes são desregulamentados, flexibilizados, de modo a dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se a sua nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção (ANTUNES, 2013).

As metas tornaram-se o grande trunfo para o aumento da lucratividade empresarial e o principal mecanismo de fluidificação do controle do capital sobre o trabalhador. Uma vez alcançadas, tornam-se parâmetros mínimos para serem superadas em novas metas coletivas e/ou individuais. Caso o trabalhador, por impossibilidade física ou por qualquer outro motivo não consiga atender "às expectativas da empresa" ou do grupo de empregados vinculados ao atendimento das metas, pode deparar-se com sentimentos de derrota, fracasso, impotência, levando em casos extremos ao suicídio (RAMOS FILHO, 2012).

Diante das condições de trabalho, em constante e intensa modificação na segunda metade do século XX, as reivindicações trabalhistas passaram a abranger a saúde mental. Marco histórico de reivindicações, os acontecimentos de maio de 1968, na França, representaram a luta contra a sociedade de consumo e contra a alienação, compreendido nesta, o trabalho. Muitas greves eclodiram simultaneamente, muitas às margens das iniciativas sindicais.

Nesse período, emerge o tema da relação saúde mental-trabalho, primeiro como tema de reflexão dos trabalhadores, em segundo, como objeto de pesquisas científicas (DEJOURS, 2013). Assim, aprofundam-se estudos sobre doenças decorrentes do trabalho e suas causas diretas e indiretas, expandindo-se as noções de doenças profissionais e acidentes *in itinere*.

É possível constatar que as lutas operárias precedem as normas, ou seja, diante das reivindicações sociais, o Estado intervém, como ator estratégico, na mediação dos conflitos. No caso da proteção jurídica à saúde mental no trabalho, observa-se que é resultado do reconhecimento social e de reivindicações por melhores condições de vida e saúde dos trabalhadores. Se em um primeiro momento as reivindicações estavam relacionadas à saúde física, a partir da segunda metade do século XX o debate sobre a necessidade de proteção à saúde mental passou a figurar nas reivindicações sociais, exigindo a participação do Estado, seja pelo Poder Legislativo, por meio das normas, ou pelo Poder Judiciário, por meio de suas decisões.

Meio ambiente do trabalho: a saúde mental e as normas internacionais.

A preocupação com a saúde mental foi tornando-se progressivamente tema de reivindicações operárias. Segundo Dejours (2013, p. 22), de 1914 a 1968, "*a luta pela sobrevivência deu lugar à luta pela saúde do corpo*", assim, a palavra de ordem da redução da jornada de trabalho deu lugar à luta pela melhoria nas condições de trabalho, pela segurança, pela higiene e pela prevenção de doenças. No final da década de 1960, o sofrimento psíquico toma espaço no debate por melhores condições de trabalho, segundo Dejours (2013, p.23), pelas seguintes razões:

A primeira diz respeito ao esgotamento do sistema Taylor. Primeiramente, no terreno econômico, onde as greves, as paralisações de produção, as operações padrão, o desperdício, o absenteísmo, a rotatividade, a sabotagem da produção e a “alergia ao trabalho” levam a procurar soluções alternativas. Em seguida, no terreno do controle social, onde este sistema organizacional não garante mais sua superioridade. Hoje em dia, estamos longe das afirmações de Taylor, sobre a inexistência de greve nas fábricas que adotaram a organização científica do trabalho. No terreno ideológico, enfim, onde o sistema Taylor é denunciado como desumanizante e acusado de todos os vícios, principalmente pelos operários, mas também por uma parte do patronato.

A reestruturação das tarefas, como alternativa para a organização científica do trabalho faz nascerem amplas discussões sobre o objetivo do trabalho, sobre a relação homem-tarefa, e acentua a dimensão mental do trabalho industrial. [...] Reputadas como isentas de exigências físicas graves, as tarefas do escritório tornam-se cada vez mais numerosas, na medida do desenvolvimento do setor terciário. A sensibilidade às cargas intelectuais e psicossensoriais de trabalho preparam o terreno para as preocupações com a saúde mental (DEJOURS, 2013, p.23).

As instituições internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), vinculadas à Organização das Nações Unidas (ONU), passaram a intensificar a luta pela proteção e preservação da saúde dos trabalhadores, em especial, a saúde mental, apenas na segunda metade do século XX. Após a saúde ser assegurada como um direito humano fundamental pela Organização das Nações Unidas, em 1948¹, a Organização Internacional do Trabalho adotou resolução propondo ações sobre meio ambiente do trabalho.

¹ Art. XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos: 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Assim, criou o Programa Internacional para a Melhoria das Condições de Trabalho e Meio Ambiente do Trabalho (PIACT), resultando em algumas Convenções importantes: a Convenção n. 148, de 1977, sobre o meio ambiente do trabalho (contaminação do ar, ruído e vibrações); a Convenção n. 155, de 1981, sobre Segurança e Saúde do Trabalho; e a Convenção n. 161, de 1985, sobre Serviços de Saúde no Trabalho, todas ratificadas pelo Brasil (CALVO, 2014).

Segundo a Convenção n. 155, de 1981, da OIT (art. 3º, letra e), a saúde do trabalhador "*abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e higiene no trabalho*" (CALVO, 2014, p. 104). Portanto, o termo saúde no trabalho abrange os elementos mentais que possam afetar a segurança e saúde no trabalho. Nos mesmos termos, a Recomendação n. 164 da OIT, incluiu a incolumidade mental do trabalhador na definição de saúde e, em seu art. 3º, determinou que medidas apropriadas deverão ser tomadas a fim de se evitar o estresse, físico ou mental, ligado às condições de trabalho (THOME, 2009).

Assim, a saúde do trabalhador passou a abranger não apenas a ausência de doenças, mas também elementos físicos e mentais que afetam a saúde e que estão diretamente relacionados com a segurança e higiene no ambiente de trabalho:

Art. 3: Para os fins da presente Convenção:

e) o termo 'saúde', com relação ao trabalho, abrange não só a ausência de afecções ou de doenças, mas também os elementos físicos e mentais que afetam a saúde e estão diretamente relacionados com a segurança e a higiene no trabalho (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT), 2019).

O local de trabalho passou a ser compreendido como um espaço mais abrangente, compreendendo-se como um meio ambiente - laboral - onde o ser humano passa a maior parte de sua vida produtiva provendo o necessário para a sua sobrevivência e desenvolvimento por meio do exercício de uma atividade laborativa. O ambiente de trabalho tornou-se uma espécie de meio ambiente.

O termo “saúde no trabalho”, a partir de então, englobou os elementos mentais que possam afetar a segurança e saúde no trabalho. Além disso, a Recomendação n. 164 da OIT de 1981 incluiu a incolumidade mental do trabalhador na definição de saúde determinando medidas apropriadas para evitar o estresse, físico ou mental, ligados às condições de trabalho:

3. No âmbito da política referida no artigo 4º da Convenção e em conformidade com o princípio de dar prioridade à eliminação do risco na fonte, medidas apropriadas devem ser tomadas para as características dos diferentes ramos de atividade econômica e diferentes tipos de trabalho, nomeadamente nas seguintes áreas:

e) prevenção de stress físico ou mental causado por condições de trabalho e insalubres; [...]

10. Entre as obrigações dos empregadores para atingir o objetivo definido no artigo 16 da Convenção poderão incluir, tendo em conta as características dos vários ramos de atividade econômica e os diferentes tipos de trabalho, o seguinte:[...]

g) tomar todas as medidas exequíveis e razoáveis para eliminar qualquer excesso de fadiga física e mental (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT), 2019b).

No mesmo sentido, a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente Humano, em Estocolmo, em 1972, reconheceu o meio ambiente ecologicamente equilibrado como um direito fundamental entre os direitos sociais da Humanidade (SILVA, 2007). A partir desse momento, o crescente debate sobre proteção ao meio ambiente passa a abranger, também, o contexto laboral, ou seja, a proteção à saúde do trabalhador passa a integrar as discussões acerca do meio ambiente.

O meio ambiente do trabalho é considerado um *locus* dinâmico, formado por todos os componentes que integram as relações de trabalho e que tomam uma forma no dia-a-dia laboral; não se restringe ao espaço interno da fábrica ou da empresa e alcança, por isso mesmo, o próprio local de morada ou o ambiente urbano.

O ambiente laboral representa todos os elementos, inter-relações e condições que influenciam o trabalhador em sua saúde física e mental, comportamento e valores reunidos no *locus* do trabalho, ou seja, é o ponto de partida para que se assegure a saúde no trabalho e representa o resultado da interação dos diversos elementos do ambiente (bens, maquinários, instalações, pessoas etc.), provocando ou não o bem-estar no trabalho (ROCHA, 2002).

A amplitude do conceito também é enfatizada por Padilha (2002, p.20):

[...] é tudo aquilo que cerca um organismo (o homem é um organismo vivo), seja o físico (água, ar, terra, bens tangíveis para o homem), seja o social (valores culturais, hábitos, costumes, crenças), seja o psíquico (sentimento do homem e suas expectativas, segurança, angústia, estabilidade), uma vez que os meios físico, social e psíquico são os que dão as condições interdependentes necessárias e suficientes para que o organismo vivo (planta ou animal) se desenvolva na sua plenitude (PADILHA, 2002, p.20).

O meio ambiente do trabalho não se resume, por conseguinte, exclusivamente ao posto de trabalho. As circunstâncias em seu redor, que sejam afetadas com as condições materiais ou psicológicas em que o labor é executado, também nele estão compreendidas, o que abrange a saúde física e mental do trabalhador. Assim, a proteção ambiental preocupa-se não apenas com o ambiente natural, a condição física da terra, do ar, do água. Abarca, também, o ambiente humano – a saúde e outras condições sociais produzidas pelo homem que afetam o lugar dos seres humanos na Terra (ANTUNES, 2012, p.6).

A saúde mental do trabalhador, portanto, tornou-se um direito humano internacional e um direito fundamental, positivado em diversos dispositivos constitucionais. Sob influência da Conferência de Estocolmo, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2019b) reservou, além dos direitos fundamentais ligados às condições de trabalho, um capítulo específico para a proteção do meio ambiente (art. 225), compreendendo sua espécie, o meio ambiente do trabalho.

O meio ambiente do trabalho e a saúde mental na Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2019b) estabelece a vida como um dos direitos fundamentais, alicerce para a existência e gozo dos demais direitos. Logo em seu primeiro artigo, a Carta Magna assegura como fundamentos da República Federativa do Brasil e do Estado Democrático de Direito, entre outros, a cidadania, a dignidade da pessoa humana e os valores sociais do trabalho. O direito à personalidade, ou seja, os direitos inerentes ao indivíduo, relacionados à vida, à honra, à liberdade, à intimidade, à vida privada, tornaram-se direitos humanos invioláveis e inalienáveis.

Em seu artigo 6º, a CF/88 aduz que a saúde, segurança, higiene, a preservação do trabalho seguro e sadio, a medicina do trabalho, são direitos sociais indisponíveis a todos os trabalhadores. Assim, a saúde tornou-se um direito social, inserido no capítulo dos direitos e garantias fundamentais, bem como agrega ser um direito de todos e um dever do Estado, sendo de relevância pública as ações e serviços de saúde.

A saúde foi categoricamente reconhecida como um direito fundamental, estando discriminada no rol dos direitos sociais do artigo 6º e no artigo 196, ambos da Carta Magna, como uma garantia de todas as pessoas, sendo decorrente do próprio direito à vida.

A nossa Constituição vigente, afinada com a evolução constitucional contemporânea e o direito internacional, não só agasalhou a saúde como bem jurídico digno de tutela constitucional, mas foi mais além, consagrando a saúde como direito fundamental, outorgando-lhe, de tal sorte, uma proteção jurídica diferenciada no âmbito da ordem jurídico constitucional pública. [...] Por tudo isso, não há dúvida alguma de que a saúde é um direito humano fundamental (SARLET, 2002, p.44-45).

Nesse sentido, a proteção constitucional à saúde é indissociável de outros preceitos fundamentais, como a redução das desigualdades sociais, a proteção da dignidade humana e a prevalência dos direitos humanos. Essas dicções são complementadas pelo artigo 170 da CF/88, que, ao tratar da ordem econômica, determina que a livre iniciativa seja exercida nos limites impostos pela defesa do meio ambiente e pela valorização do trabalho humano, de modo a assegurar existência digna a todos, conforme os ditames da justiça social.

No mesmo sentido, o art. 7º revela a preocupação do legislador constitucional com a saúde do trabalhador. Estabelece-se, dentre outros direitos, jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, bem como redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança. A segurança visa à integridade física e mental do trabalhador e a higiene tem por objetivo o controle dos agentes do ambiente de trabalho para a manutenção da saúde no seu amplo sentido. A saúde, portanto, está relacionada ao meio ambiente de trabalho.

Sob influência da Conferência de Estocolmo, realizada pelas Nações Unidas em 1972, onde estabelece o direito fundamental à preservação do meio ambiente e o direito à vida, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2019b) dispôs de um capítulo específico para a proteção do meio ambiente (Capítulo V - Do Meio Ambiente). Apesar da definição de meio ambiente estar inserida explicitamente na Lei de Política Nacional do Meio Ambiente (Lei 6.938/81) que, em seu artigo 3º, inciso I, o conceitua como "*conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas*", o art. 225, *caput*, da Carta Magna² fixou os princípios gerais em relação ao Meio Ambiente:

² Art. 225. Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

Mas qual meio ambiente a Constituição está se referindo? É nesse sentido que a doutrina realiza, para fins didáticos, uma divisão do meio ambiente em quatro aspectos: o natural, o artificial, o cultural e o do trabalho. O natural ou físico é constituído pelo solo, água, ar atmosférico, flora, interação dos seres vivos e seu meio, e possui previsão constitucional no artigo 225, caput e § 1º, incisos I e VII. O meio ambiente artificial é compreendido pelo espaço urbano construído, constituído por edificações, e pelo espaço urbano público, englobando ruas, praças, áreas verdes e espaços livres em geral, recebendo tratamento constitucional não somente no artigo 225, mas também nos artigos 21, inciso XX e 182 e seguintes, no capítulo referente à política urbana. O cultural é integrado pelo patrimônio histórico, artístico, arqueológico, paisagístico e turístico, estando previsto na Carta Magna no artigo 216 (SILVA, 2007).

Por último, não menos importante, o meio ambiente do trabalho é o local onde as pessoas desempenham suas atividades laborais, sejam remuneradas ou não, cujo equilíbrio está baseado na salubridade do meio e na ausência de agentes que comprometam a incolumidade físico-psíquica dos trabalhadores, independente da condição que ostentem (homens ou mulheres, maiores ou menores de idade, celetistas, servidores públicos, autônomos, etc.) (FIORILLO, 2005). Assim, o direito ambiental não está preocupado apenas com o ambiente natural, a condição física da terra, do ar, do água. *"Abarca também o ambiente humano – a saúde e outras condições sociais produzidas pelo homem que afetam o lugar dos seres humanos na Terra"* (ANTUNES, 2012, p.6).

Quando a Constituição aponta sobre o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, essencial à sadia qualidade de vida, não está referindo-se apenas à saúde física do ambiente de trabalho. Trata-se, também, da saúde mental do trabalhador, inserido em um ambiente ecologicamente equilibrado. A abrangência da saúde psíquica é essencial para a sadia qualidade de vida do cidadão.

Assim, considerando que os valores sociais do trabalho representam pilares da Ordem Econômica (artigo 170 da CF) e da Ordem Social (artigo 193 da CF), impondo plena proteção à saúde e à integridade do trabalhador no meio ambiente onde exerce suas atividades (arts. 196 e 225), tem-se que a saúde mental no trabalho está inserida na proteção constitucional ao meio ambiente equilibrado, essencial à sadia qualidade de vida.

Na mesma perspectiva, a legislação infraconstitucional ratifica a abrangência dos conceitos à saúde mental no meio ambiente de trabalho. A Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, regulamentando o dispositivo constitucional (art. 196), dispõe sobre o direito à saúde a partir da garantia de condições de bem-estar físico, mental e social (art. 3º, § Único), bem como registra o ambiente como fator determinante e condicionante à saúde (art. 3º, *caput*). Portanto, em vista da formulação conceitual de saúde mental, e devidamente recepcionada pelo ordenamento jurídico (constitucional e infraconstitucional) brasileiro, tem-se um parâmetro normativo importante para caracterizar um conceito amplo de saúde, que necessariamente integra a qualidade ambiental no seu âmbito de proteção (SARLET, FENSTERSEIFER, 2010).

Conclui-se que a tutela constitucional do meio ambiente do trabalho encontra-se nos artigos 6º; 7º, inciso XXIII; 196; 200, inciso VIII e 225, *caput* de forma integrada, salvaguardando a saúde e a segurança do trabalhador no ambiente em que desenvolve suas atividades profissionais. Se no art. 225 da CF/88 há expressa previsão constitucional de que o meio ambiente deve proporcionar às pessoas uma sadia qualidade de vida, e que o meio ambiente do trabalho integra o meio ambiente geral, constata-se que a saúde mental no ambiente de trabalho é, também, um direito fundamental do cidadão brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fruto de reivindicações sociais, a proteção à vida e à saúde física e mental dos trabalhadores ocorreu a partir de um processo histórico lento e gradual que acompanhou as mudanças do modo de produção capitalista. Em um primeiro momento, as reivindicações sociais estavam relacionadas à jornada de trabalho e à proteção física dos trabalhadores. Após, diante das mudanças na organização do trabalho, outras pautas foram sendo gradativamente incorporadas.

As reivindicações por proteção à saúde mental, como analisado na primeira parte desta pesquisa, ocorreram apenas na segunda metade do século XX. A partir da atuação de organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho, a saúde mental do trabalhador, portanto, tornou-se um direito humano internacional e um direito fundamental, positivado em diversas constituições.

No Brasil, apesar das mudanças constantes nas legislações relacionadas ao trabalho, verifica-se que a proteção à saúde mental no meio ambiente de trabalho permanece, desde 1988, como direito fundamental alicerçado pela Constituição Federal. É indissociável de outros preceitos constitucionais, como a redução das desigualdades sociais, a proteção da dignidade humana e a prevalência dos direitos humanos. Diante disso, é possível encontrar, não apenas nas normas infraconstitucionais, mas, especialmente, na norma constitucional, fundamento legal para a proteção da saúde mental do trabalhador.

REFERENCIAS

ANTUNES, Paulo Bessa. **Direito Ambiental**. 14ª ed., Rio de Janeiro: Atlas, 2012

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2013.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Ministério da Fazenda. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. 2017. Disponível em: <<http://sa.previdencia.gov.br/site/2019/04/AEPS-2017-abril.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2019a.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 6 nov. 2019b.

CALVO, Adriana. **O direito fundamental à saúde mental no ambiente de trabalho: o combate ao assédio moral institucional**. São Paulo: LTr, 2014.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do Trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 2013.

EDELMAN, Bernard. **A legalização da classe operária**. Boitempo Editorial, 2016.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo, 2010.

FIORILLO, Celso Antonio Pacheco. **Curso de direito ambiental brasileiro**. 6. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

HOBBSAWM, Eric John. **Os trabalhadores**: estudos sobre a história do operariado. Paz e terra, 2015.

JOAQUIM, Alice Constantino. **Saúde mental de trabalhadores em mineração subterrânea de carvão**. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2017.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. [1867]. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenção nº n. 155**, de 1981. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/convencoes/WCMS_236163/lang-pt/index.htm>. Acesso em: 08 out. 2019a.

_____. **Recomendação nº n. 164**, de 1981. Disponível em: <<https://sogi8.sogi.com.br/Arquivo/Modulo113.MRID109/Registro31913/recomenda%C3%A7%C3%A3o%20oit%20n%C2%BA%20164,%20de%2022-06-1981.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2019b.

PADILHA, Norma Sueli. **Do meio ambiente do trabalho equilibrado**. São Paulo: LTr, 2002.

RAMOS FILHO, Wilson. **Direito capitalista do trabalho**: história, mitos e perspectivas no Brasil. LTr, 2012.

ROCHA, Júlio César de Sá da. **Direito ambiental do trabalho**. São Paulo: LTr, 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Contornos do direito fundamental à saúde na Constituição de 1988**. In: Revista da Procuradoria Geral do Estado, Porto Alegre, v.25, n. 56, p. 41-62, dez., 2002.

SARLET, Ingo Wolfgang; FENSTERSEIFER, Tiago. **Direito à saúde e proteção do ambiente na perspectiva de uma tutela jurídico-constitucional integrada dos direitos fundamentais socioambientais (DESCA)**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), v. 12, n. 3, p. 248-253, 2010.

SILVA, José Afonso da. **Direito Ambiental Constitucional**. 6ª ed., São Paulo: Malheiros, 2007.

MAIOR, Jorge Luiz Souto Maior. **História do Direito do Trabalho no Brasil**: curso de Direito do Trabalho. Vol. I-Parte II. São Paulo: LTr, 2017.

THOME, C. F. **O Assédio Moral nas Relações de Emprego**. São Paulo: LTr, 2009.

TST – TRIBUNAL SUPERIOR DO TRABALHO. Mais de 75 mil pessoas foram afastadas do trabalho por depressão em 2016. 2017a. Disponível em: <<http://www.tst.jus.br/web/trabalhoseguro>>. Acesso em: 06 de Janeiro de 2019.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Mental health action plan 2013-2020**. Disponível em <https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/> acessado em 15 Jan. 2020.

Trabalho em Unidade de Terapia Intensiva & Saúde do Trabalhador: perspectivas de técnicos de enfermagem

Daiane Cardoso da Silva

Mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
daianecardoso.enf@hotmail.com

Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos

Doutora em Ciências
Universidade Federal de Uberlândia
annaclaudia@ufu.br

Rosimár Alves Querino

Doutora em Sociologia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
rosimar.querino@uftm.edu.br

RESUMO: Este estudo objetivou analisar o modo como técnicas de enfermagem de unidades de terapia intensiva (UTI) adulto em hospital universitário compreendem as relações entre trabalho, sofrimento psíquico e adoecimento. Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida com participação de sete técnicas de enfermagem. A técnica de grupo focal guiou a construção de dados. No processo analítico foram empregados a análise de conteúdo temática e o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. As condições ambientais da UTI e a ocorrência de falta de materiais e insumos foram consideradas situações desgastantes. A sobrecarga de trabalho foi entendida como resultante da quantidade insuficiente de trabalhadores, elevada demanda de cuidado e do absenteísmo. Tensionamentos e relações hierarquizadas nas equipes de enfermagem e destas com outras profissões são características da organização do trabalho. A falta de reconhecimento e a pouca valorização constituem vivências de sofrimento. A lida diária com o cuidado intensivo, por vezes com o processo de morte e condições peculiares de trabalho interferem na saúde das trabalhadoras. As técnicas de enfermagem reconhecem relações entre o trabalho na UTI, sofrimento psíquico e adoecimento, especialmente doenças osteomusculares e de saúde mental. Tal reconhecimento pode permitir que trabalhadores e instituição criem mecanismos para a promoção da Saúde do Trabalhador. Neste intento, espaços de escuta que permitam a exposição do sofrimento e sua resignificação e a criação de estratégias coletivas de participação na organização do trabalho são fundamentais.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Equipe de enfermagem; Unidade de terapia intensiva.

Como citar este trabalho:

SILVA, D.C.; ANJOS, A.C.Y.; QUERINO, R.S. Trabalho em Unidade de Terapia Intensiva & Saúde do Trabalhador: perspectivas de técnicos de enfermagem. In: SILVA, V.P. **Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade**, 1Ed. Editora Colab, 2020. p.59-75.

INTRODUÇÃO

No contexto hospitalar, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) exerce papel essencial para recuperação da saúde daqueles que se encontram em estado crítico. Reconhecidamente, a UTI é um setor de alta densidade tecnológica, com usuários que, frequentemente, necessitam de inúmeras intervenções invasivas e complexas (BORGES *et al.*, 2017).

O cuidado em UTIs envolve, além de tecnologia, uma diversidade de profissionais especializados, dentre os quais os integrantes da equipe de enfermagem que constituem elevado quantitativo de trabalhadores do ambiente hospitalar (BORGES *et al.*, 2017). Os impactos do trabalho em UTI sobre a saúde de trabalhadores têm se constituído em objeto de estudo de diversas pesquisas (CHUANG *et al.*, 2016). Quanto à equipe de enfermagem, a literatura tem indicado que, por vezes, ela desenvolve suas atividades com quantidade limitada de profissionais, sobrecarga de trabalho, *déficit* na capacitação profissional, exposição a substâncias contaminantes e convívio frequente com o sofrimento e a morte. Há, ainda, condições de trabalho adversas que afetam tanto o desempenho físico como mental dos trabalhadores (LIMA *et al.*, 2016). Nessas circunstâncias, ocorrem o desgaste, adoecimento físico e emocional dos trabalhadores (VALERA *et al.*, 2016).

A produção acadêmica sobre o trabalho de equipes de enfermagem e o adoecimento no contexto das UTIs tem se expandido nos últimos anos (LIMA *et al.*, 2016; FERNANDES *et al.*, 2015; RODRIGUES, 2012; SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011). Considerando a importância dos técnicos de enfermagem no cuidado com os usuários desses serviços de saúde e visando contribuir com a visibilidade da saúde desses trabalhadores, foi delineado o presente estudo. O objetivo consistiu em analisar o modo como técnicos de enfermagem de unidades de terapia intensiva (UTI) adulto em hospital universitário compreendem as relações entre trabalho, sofrimento psíquico e adoecimento.

METODOLOGIA

O estudo descritivo, desenvolvido com metodologia qualitativa (FLICK, 2009), teve como cenário de pesquisa um hospital universitário da região Sudeste do Brasil. O hospital possuía cerca de 500 leitos e, além de ampla enfermaria, centro cirúrgico e pronto socorro, contava com sete unidades de terapia intensiva - uma neonatal, uma pediátrica, uma coronariana e quatro adultos. De acordo com informações fornecidas pela instituição, as equipes de enfermagem das UTIs adulto envolviam 22 auxiliares de enfermagem, 71 técnicos e 33 enfermeiros. A pesquisa envolveu os técnicos de enfermagem.

Para seleção dos participantes foram considerados os seguintes critérios: ser trabalhador técnico de enfermagem da UTI adulto há um ano ou mais, independente do vínculo trabalhista (regime jurídico único ou celetista contratado pela fundação de apoio) e do turno de trabalho. Foram excluídos do estudo os trabalhadores afastados da instituição por licença de saúde ou férias durante a pesquisa de campo.

O convite para participação no estudo foi feito de modo individualizado e com os devidos esclarecimentos sobre os objetivos e a metodologia empregada. A construção dos dados ocorreu com a técnica de grupo focal (BARBOUR, 2009). O roteiro para condução do grupo focal continha questões sobre o cotidiano de trabalho na UTI, as relações entre os integrantes da equipe, as relações entre o trabalho na UTI e a saúde dos trabalhadores.

O horário e o local para o encontro de grupo focal foram pactuados com os participantes e com os coordenadores das UTIs. Seguindo as recomendações da literatura sobre a técnica de grupo focal (BARBOUR, 2009), foram convidados doze trabalhadores e, destes, sete compareceram ao encontro.

O encontro foi conduzido pelas co-autoras com formação em Ciências Sociais e Enfermagem e experiência em pesquisas qualitativas. A enfermeira, autora principal do estudo, realizou a observação do grupo focal. As participantes foram esclarecidas quanto ao compromisso ético em relação ao sigilo às informações e posicionamentos compartilhados no encontro. Após esclarecimentos, cada participante assinou o termo de consentimento e recebeu uma cópia do mesmo. O encontro durou cem minutos, foi áudio gravado e transcrito na íntegra.

A sistematização dos dados seguiu as diretrizes da análise de conteúdo temática. De acordo com Clark, Braun e Hayfield (2019), a análise temática é um método para identificar, analisar e relatar temas (padrões) emergentes dos dados, o que permite organizá-los e descrevê-los em detalhe, resultando na interpretação de vários aspectos relacionados ao objeto de estudo. A análise temática resultou na construção de três categorias: Condições de Trabalho; Organização do trabalho; Sofrimento psíquico e adoecimento. O processo analítico foi guiado pelo referencial da Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 2004).

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 03830618.6.3001.5152). Cada participante foi identificada por T (técnico em enfermagem) seguida por um número.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes foram sete técnicas de enfermagem, com idades que variaram de 25 a 56 anos. A maioria das profissionais estava na faixa etária de 30 a 56 anos (57,2%). Quanto ao estado civil, cinco (71,4%) possuíam união estável e duas (28,6%) eram solteiras. Embora a função desempenhada na instituição seja de nível médio de escolaridade, seis (85,7%) participantes possuíam graduação, das quais duas (28,5%) tinham concluído especialização e uma cursava mestrado profissional.

O tempo de atuação no hospital é variado. Três participantes (42,8%) atuavam há menos de dez anos e quatro (57,2%) trabalhavam de 10 a 24 anos. No que se refere ao tempo de atuação em UTI, duas participantes (28,5%) apresentavam menos de 10 anos e cinco delas (71,5%) acima de 10 anos, variando de 16 a 24 anos.

Condições de trabalho

De acordo com Dejours (1992; 1998), as condições de trabalho se reportam ao ambiente físico (luminosidade, temperatura, barulho); ao ambiente químico (poeiras, vapores, gases e fumaças); ao ambiente biológico (presença de vírus, bactérias, fungos, parasitas); pelas condições de higiene, de segurança, as características antropométricas do posto de trabalho, jornadas de trabalho e salários. No ambiente das UTIs, as técnicas de enfermagem percebem inúmeros fatores relacionados às condições de trabalho que impactam em seu trabalho e no cuidado ofertado aos usuários. Em um primeiro momento, destacaram, sobretudo, as relações entre ambiente físico e de segurança e destas com o adoecimento mental:

De maneira geral, as pessoas estão adoecendo mentalmente e, na UTI, geralmente acontece isso. Fechado, aquele negócio azul, não tem ventilação, não abre uma janela, não tem ar funcionando. Se ocorrer um incêndio, todos morrem porque não tem rampa [...] você ficar no quarto andar e não ter uma rampa, não tem uma "válvula de escape", se você for pensar nisso, você já adoce. (T6)

Algo que claramente aflige as participantes é a falta de condições de conforto para os profissionais de enfermagem, especialmente quando comparada às condições para descanso de outras categorias profissionais:

Primeiro não temos um lugar para dormir, não temos lugar para descansar. Você chega lá, se estiverem quinze pessoas trabalhando e [se] cinco precisarem descansar, não tem lugar. (T2)

Você chega no alojamento médico, tem travesseiro, lençol, cobertor. Você chega no da enfermagem, não tem travesseiro, não tem lençol, não tem cobertor. Não é a mesma instituição? [...] por quê onde eu me deito não tem nada e eles têm? Isso tudo favorece o adoecimento também. (T3)

As condições de trabalho também foram relacionadas à escassez de recursos materiais com impactos no cuidado ofertado e no trabalho do profissional técnico de enfermagem:

Às vezes faltam antibiótico, máscara, fralda. (T3);

Às vezes falta um tipo de sonda de aspiração, mas depois vem a sonda e falta outra coisa.” (T4);

Houve uma época muito difícil, não tinha copo. (T5).

Organização do trabalho

A organização do trabalho (OT) contempla aspectos biopsicossociais que podem ser determinantes nas manifestações do processo saúde doença dos trabalhadores. Engloba a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidades (DEJOURS, 1992).

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), a divisão das tarefas modularia o sentido e o interesse do trabalho para o indivíduo, enquanto a divisão dos homens (hierarquia) incidiria nas relações entre as pessoas e mobilizaria a afetividade e, dessa forma, a organização do trabalho afetaria o funcionamento psíquico.

Um dos meios para compreender como o trabalho está organizado é entender a divisão de tarefas. No trabalho da Enfermagem, um dos pilares na divisão de tarefas é a elaboração da escala diária, de competência do enfermeiro, que articula e integra o processo de dimensionamento e distribuição de pessoal de enfermagem (técnicos e auxiliares). As participantes do estudo apresentaram descontentamento com as escalas:

Para elas [enfermeiras] elaborarem a escala, existe um instrumento. O paciente de ventilação mecânica, o paciente entubado, por exemplo, às vezes é considerado o paciente mais crítico. Porém, se você estiver com dois pacientes em abstinência pulando da cama, que arrancam tudo, aquilo te consome [...]. Enquanto o paciente que está sedado, é fácil de você fazer o que tem que ser feito [...] Às vezes duvido que elas utilizam esse instrumento, a gente não sabe. (T5)

Observou-se nas falas das participantes do estudo, a diferenciação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, explorada na abordagem de Dejours (1993). Uma participante destacou o que vai além do prescrito:

Eu acho que a primeira coisa que nós nos esbarramos quando chegamos dentro da UTI é a escala, porque nos é imposta uma escala mal distribuída e você não tem voz, porque você fala: “essa escala aqui não dá!”, “muito pesada”. Elas [enfermeiras] não têm a compreensão [...] a escala que elas fazem é mal distribuída, muito mal [...] às vezes você pega dois pacientes muito graves, muito graves. Então, aquilo te consome e você não tem voz. (T1)

O trabalhador identifica a diferença entre real e prescrito por meio do fracasso, surgindo a sensação de impotência, irritação, decepção e desânimo. Compete ao trabalhador acrescentar, por decisão própria, algo que funcione e não se limite às prescrições (DEJOURS, 2008).

Quando “aquilo te consome e você não tem voz” fica evidente que as relações de hierarquia consideram, por vezes, somente a produtividade, levando os profissionais técnicos em enfermagem a se sentirem meros batedores de metas, mecanizando o cuidado e a assistência.

Mas a sensação que se tem lá na UTI é que você parece trabalhar em um call center, você precisa bater metas. Parece metas, porque eles põem um quadro e todo dia: “temos que reduzir o índice, vamos reduzir o índice das infecções”. É só bater meta [...] se você não bate, uma roda é realizada e se discute: “o que está faltando? O que vocês podem fazer para melhorar?”. O que você faz? Você fala: “não sei mais o que posso fazer” ou não fala nada. (T2)

Outra participante, ao aprofundar a deterioração das relações de trabalho e de cuidado, apresenta a transformação do trabalho em “fardo”:

Eu percebo que houve uma mudança muito grande na forma de agir com os trabalhadores nos últimos anos, porque a equipe está muito diversa, mudada e as pessoas estão banalizando o serviço. Quando nós entramos, o paciente era bem cuidado, nós tínhamos amor pelo paciente, hoje não se tem mais aquele amor com o paciente. Então, as pessoas acham que o trabalho é um fardo mesmo. (T7)

A desconstrução do trabalho como “fardo” e da UTI como “call center” exige uma postura crítica e reflexiva dos trabalhadores e sua participação na organização do trabalho. O cuidado, em função de sua dinamicidade e complexidade, demanda escolhas, arbitragens, hierarquização de atos e objetivos, tomada de decisões dos trabalhadores, o que possibilita, de certa maneira, a superação da fragmentação do processo de trabalho (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011). No entanto, quando os trabalhadores não se reconhecem no trabalho ou são impossibilitados de exercer suas escolhas, a fragmentação do processo de trabalho e a perda do sentido do trabalho se acentuam.

As participantes se referiram, também, às relações hierarquizadas entre os integrantes da equipe de enfermagem e destes com outras categorias profissionais:

Com a chefia não tem conversa, eles que fazem e acontecem. Nós temos que aceitar, contrariados, mas temos que aceitar, não tem conversa. (T1)

Hoje, eu só estava na medicação. [...] fui tão distratada por uma médica, prescreveu várias medicações pra que eu fizesse de uma vez e não consegue esperar, eu fui misturando prescrição antiga com a prescrição nova e em um momento eu disse: “espera, não dá, você não sabe conversar, porque você está assim?”. Às vezes nem estamos nervosas com o paciente, e sim com os colegas de trabalho, principalmente com os médicos que não sabem nos respeitar, parece que temos que parar tudo o que tem pra fazer e obedecer as ordens deles. (T3)

Uma das participantes expôs conflitos gerados pela falta de mediação das chefias, entendida por outras participantes como omissão, pois

Os conflitos são diários, seja por escala, horário de almoço, de café, eles atrapalham a harmonia e o que que eu vejo? Às vezes a chefia, não faz, não tenta [...] porque eu não vou me indispor com a fulana, quem tem que chegar e resolver é a chefia, é uma hierarquia. É a chefia que tem que resolver [...], mas a chefia não se importa. (T3);

A chefia finge que não vê e você continua o serviço” (T5);

[as chefias] não querem se indispor em momento algum” (T6).

Quando ocorre a omissão das chefias e a organização do trabalho apresenta-se de modo prescritivo, sem acolher as demandas dos trabalhadores, há a emergência de graves conflitos relacionais, desorganização da cooperação e desconfiança entre os trabalhadores (GERNET; DEJOURS, 2011).

Outro elemento marcante dos diálogos no grupo focal foi a sobrecarga de trabalho descrita como resultante de inúmeras questões: das diversas ações de cuidado junto ao paciente crítico e seus familiares; dos desafios de lidar com o sofrimento dos usuários e familiares no contexto da UTI; do reduzido número de trabalhadores; do absenteísmo, de licenças de saúde e, também, da delegação de atividades privativas de outros profissionais.

A amplitude das ações de cuidado realizadas pelos técnicos de enfermagem foi apresentada como “cuidado integral”.

A Enfermagem mudou muito [...]. Hoje [...] o cuidado é integral e antigamente não era. O que é o cuidado integral? Então, ficamos com o paciente como um todo, medicação, cuidados de higiene, higiene oral, higiene íntima, banho, curativo. É uma sobrecarga, isso é óbvio, algumas pessoas têm uma sobrecarga física, outras emocional. [...] anota-se tudo o que é feito, atendemos o médico, um acompanhante ou uma visita [...] os pacientes de UTI são muito graves. Então, às vezes essa sobrecarga física ou emocional vem disso, de serem pacientes diferenciados e totalmente dependentes. Algumas pessoas lidam melhor com isso, outras nem tanto. (T4)

As queixas das participantes quanto à insuficiência de trabalhadores são abordadas em estudos que apontam que, embora as equipes de enfermagem constituam maioria da força de trabalho em instituições hospitalares, há insuficiência de profissionais, gerando intensificação do trabalho e sobrecarga (SILVA *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2017).

As participantes se referiram ao excesso de atribuições dos técnicos e, também, ao fato de que o absenteísmo aumenta a sobrecarga:

Nós não lidamos somente com o paciente, é com a família, com os médicos, com os colegas [...], é uma pressão sofrida diariamente. Eu acho que tudo isso gera esse desconforto que nós vamos tendo ao longo dos anos, que vai nos desgastando [...] Além de todo cuidado que temos, ainda auxiliamos no transporte para fazer tomografia, para coletar exame de laboratório, para realizar raio X também. (T5)

[...] a maioria dos novatos, falta muito, adocece muito. Então, a equipe está sempre desfalcada e aí sobrecarrega os outros que estão lá. (T7)

No que tange às atribuições privativas de outras profissões (BRASIL, 1986), as técnicas citaram suas relações com a sobrecarga e, também, os desdobramentos jurídicos:

O enfermeiro tem atribuições privativas e o técnico tem as atribuições dele. [...] Nós temos colegas que respondem processo devido à abertura de pupila; outras pessoas respondem processos por atribuições que nem nossa são [...] se prejudicaram fazendo um "favor" para a enfermeira. (T2)

Sobre o acúmulo de funções, as participantes destacaram a constante mobilização de profissionais para que realizem outras atividades:

Há uns dias atrás estava tendo uma discussão para tentar reduzir o número de pneumonias associadas à ventilação mecânica [...]. Foram falando alguns itens e a enfermagem sempre está relacionada em todos [...]. Tudo é nossa responsabilidade, é direcionada à nós essa sobrecarga. Com o passar do tempo, acho que tem se intensificado mais, porque as nossas atribuições vão só aumentando. (T6)

Outro dia ouvi um fisioterapeuta falando que a enfermeira reclamou que ele aspira o paciente só uma vez, que ela não estava tendo tempo para aspirar o necessário e que a função também é dele. E ele disse: "mas você pode delegar essa função para os técnicos". (T5)

Na ótica das participantes, é possível perceber que muitos fatores como, a insuficiência de pessoal, a sobrecarga de trabalho, a baixa valorização financeira, a falta de recursos para o atendimento adequado, a extensa jornada de trabalho e de atribuições, influenciam diretamente na qualidade da assistência prestada e, também, no sofrimento psíquico e adoecimento (COSTA *et al.*, 2018).

Sofrimento psíquico e adoecimento

O “sofrimento psíquico” é entendido como “uma vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o conforto psíquico” (DEJOURS; ABDOUCHELY, JAYET, 1994, p. 124). A compreensão do sofrimento psíquico e do adoecimento perpassou os diálogos no grupo focal.

Eu acho que além de estarmos doentes, não só física, mas mentalmente, creio que cada dia temos menos motivação para continuar com o que fazemos [...] acho que o prazer de estar lá [na UTI] vai acabando, porque não temos motivação [...] e acredito que a equipe inteira, de uma forma ou de outra, está adoecida. (T2)

As vivências de sofrimento no trabalho em uma UTI podem ser intensas considerando a exposição constante dos trabalhadores a situações extremamente desgastantes e muitas vezes inconscientes, que têm origem nas situações conflitantes entre o desejo/necessidade do trabalhador e a organização do trabalho (DEJOURS, 2004).

Parece que nós somos os escravos da instituição [...] Eu amo ser técnica em enfermagem, tenho muito orgulho, o problema são as pessoas, o jeito como nos tratam, nos diminuem. Os médicos nos tratam como se trabalhássemos pra eles, não mesmo! Isso me chateia, me faz querer desistir, pedir demissão. Estou em processo de tratamento e acontecem essas situações para me desgastar. (T1)

A construção da identidade individual por meio do trabalho é intersubjetiva, pois depende do olhar do outro e seu processo de inter-relação com o trabalho (DEJOURS, 1992). Segundo a Psicodinâmica do Trabalho, o reconhecimento do trabalho passa por duas formas de julgamento que demonstram o valor dado pelo outro à contribuição do sujeito para a organização do trabalho. A primeira delas é relativa à utilidade técnica, social ou econômica, e é formulada pela hierarquia, funcionários, clientes. A segunda é a apreciação quanto à beleza do trabalho. Refere-se à qualidade do trabalho e é acompanhada pelos colegas de trabalho, reflete a execução, as regras do ofício (GERNET; DEJOURS, 2011).

A falta de reconhecimento foi enfatizada por todas as participantes que assinalaram sua ocorrência em relação à instituição, aos colegas e aos usuários:

Não tem reconhecimento. Vocês têm? Eu nunca vi ninguém elogiar, ninguém elogia, te chamam e você pensa que vão te elogiar, mas não. Chega lá, se achar um pequeno defeito, eles te castigam. (T4)

Nós fazemos tudo o que podemos para o paciente, às vezes você está com dor, com mil problemas. E não tem reconhecimento. (T6).

Muitos enfermeiros não reconhecem o nosso valor. Não é questão de cargos, é o meu desempenho, é o que eu faço para o paciente [...]Ela [chefia] tem que ver o trabalho, reconhecer o que eu faço, mas o meu trabalho não tem reconhecimento. Então, se ela que trabalha diretamente conosco, todos os dias não reconhece, quem vai reconhecer? Se a própria chefia não reconhece. (T7)

Gernet e Dejours (2011) consideram o reconhecimento do trabalho como uma forma de realização do “eu” no campo social, essencial para que o indivíduo possa desenvolver sua identidade. Dejours (2004) afirma que a dinâmica do reconhecimento está diretamente ligada à construção da identidade, essa mediada pela atividade de trabalho. O trabalho realizado pela equipe de enfermagem na UTI, embora seja imprescindível, possui pouco reconhecimento social. É desvalorizado e invisível aos demais profissionais da área de saúde, inclusive aos olhos dos pacientes (SHIMIZU; CIAMPONE, 2004).

A sobrecarga psíquica acumulada gera fadiga e, se a atividade intensificada se prolonga, a fadiga pode se mostrar na falta de prazer e medo, podendo o trabalhador sobrecarregado desenvolver uma doença (DEJOURS, 2008). Tal sobrecarga foi amplamente explorada no grupo focal pelas técnicas de enfermagem. Em um primeiro momento, foi apontado o contato intenso com o sofrimento de usuários e familiares:

Tudo o que vemos diariamente, os diagnósticos, o sofrimento das pessoas, realmente é um desgaste emocional. (T2).

Apontaram problemas osteomusculares e uma das técnicas se referiu à necessidade de cirurgia:

Eu já realizei uma cirurgia na coluna proveniente da sobrecarga de trabalho (T7).

Predominaram relatos referentes à saúde mental das trabalhadoras, inclusive, quanto à dificuldade de não "*considerar frescura*" esse tipo de adoecimento:

Muitas colegas [se] afastam com depressão, será que tem algum ponto, alguma coisa que influenciou no adoecimento? Foi um acréscimo, porque não é só uma coisa que leva à depressão, mas o dia a dia na UTI ajudou de alguma forma a progredir esse quadro. (T1)

Foi difícil para eu entender que estava doente, que precisava de tratamento. Eu mesmo considerava frescura, mas enxerguei a minha doença e que precisava de tratamento. (T2)

A duração do adoecimento, continuar trabalhando mesmo doente e os desdobramentos desse processo na família foram explicitados por T3:

Eu tomo antidepressivo, mas houve uma época que eu fiquei pior. Eu não tinha ânimo, eu chegava em casa e ninguém podia conversar comigo. Eu trazia essa sobrecarga do trabalho para casa. Eu tenho duas crianças [...]. Na época elas estavam menores, eu chegava em casa e não podiam conversar comigo. Era silêncio, não podiam nem falar "a". Elas já sabiam que quando eu chegasse em casa não podiam falar. Era todo mundo calado, marido se falasse alguma coisa... tinha que ficar calado. (T3)

Um dos momentos mais intensos do grupo focal ocorreu quando as participantes retomaram o caso de uma técnica, contratada pela fundação de apoio, que havia sido demitida pelo excesso de atestados médicos e que tinha falecido recentemente na UTI:

Nós tivemos uma colega que foi demitida porque tinha muitos atestados. Ela tinha uma dor de cabeça muito intensa, direto [...] Ela foi internada na UTI [...] Tinha um aneurisma, porém, quando estava trabalhando, todos achavam que ela estava mentindo, que estava inventando doença, tanto [que] foi demitida [...] E nossa chefia foi insensível e pouco se importava, eu respeitava. Ela sofria, porque trabalhava demais [...]. (T4)

O caso é emblemático por evidenciar os tensionamentos gerados entre os trabalhadores quando ocorrem processos de adoecimento e licenças, que ocultam os impactos das condições e da organização do trabalho em sua saúde. O adoecimento é invisibilizado, individualizado e compreendido de modo moralizante, impedindo a construção de estratégias coletivas de enfrentamento. O desgaste no trabalho se apresenta sob forma de esgotamento emocional, físico e social e, quando acentuado, pode causar o empobrecimento da personalidade, levando o indivíduo ao “apagamento” de manifestações afetivas (DEJOURS, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se analisar o modo como técnicas de enfermagem de UTI adulto em hospital universitário compreendem as relações entre trabalho, sofrimento psíquico e adoecimento. Os resultados apontaram que as condições ambientais da UTI e a ocorrência de falta de materiais e insumos são situações desgastantes. A sobrecarga de trabalho é entendida como resultante da quantidade insuficiente de trabalhadores, elevada demanda de cuidado, absenteísmo e afastamentos de outros trabalhadores. A organização do trabalho foi descrita como permeada por tensionamentos e relações hierarquizadas nas equipes e destas com outras profissões. A falta de reconhecimento e a pouca valorização foram citados como vivências de sofrimento.

A vida diária com o cuidado intensivo, por vezes com o processo de morte e condições peculiares de trabalho, reflete diretamente na saúde das profissionais. As participantes reconheceram as relações entre o trabalho, sofrimento psíquico e adoecimento, especialmente doenças osteomusculares e relacionados à saúde mental. Tal reconhecimento pode permitir que trabalhadores e instituição criem mecanismos que promovam a Saúde do Trabalhador.

É necessário que as instituições repensem a organização do trabalho, o exercício do poder, a ética e, especialmente, a forma de lidar com o sofrimento e suas consequências para o sujeito e a coletividade. Neste intento, espaços de escuta que permitam a exposição do sofrimento e sua ressignificação, bem como a criação de estratégias coletivas de participação na organização do trabalho são fundamentais.

Tratou-se aqui de explorar a compreensão de técnicos de enfermagem. Considera-se que outros estudos envolvendo auxiliares de enfermagem e enfermeiros possam contribuir para a ampliação de análises sobre o trabalho, o sofrimento e o adoecimento da equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BORGES, Fabieli *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI adulto de hospital universitário público. **Cogitare Enfermagem**. Paraná. v.22, n.2, e50306. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50306>. Acesso em: 10 abr. 2020.

BRASIL. Lei n 7498 de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Congresso Nacional. Brasília, 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm. Acesso em: maio 2020.

CARVALHO, Deciane Pintanela de *et al.* Cargas de trabalho e a Saúde do Trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**. Rio Grande do Sul. v.22, n.1, p. 01-11. jan/mar. 2017. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/03/46569-194206-2-PB.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

CHUANG, C. *et al.* Burnout nos profissionais da unidade de terapia intensiva. Uma revisão sistemática. **Medicine**, Baltimore, v.95, n. 50, e5629, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5268051/>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CLARKE, Victoria; BRAUN, Virgínia; HAYFIELD, Nikki. Análise temática. *In*: SMITH, J. A. **Psicologia qualitativa: Um guia prático para métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: Vozes. 2019. p.295-327.

COSTA, Claudia Silveira et al. A Influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência. **Revista UNINGÁ**, Maringá, v. 55, n. 4, p. 110-120, dez. 2018. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2403>. Acesso em: 27 maio 2020.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

DEJOURS, Christophe. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho**. São Paulo: Cortez, 1998.

DEJOURS, Christophe. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DEJOURS, Christophe. **A avaliação do trabalho submetida à prova do real**. São Paulo: Cadernos TTO, 2008.

FERNANDES, Márcia Astrês *et al.* Mental health of nurses of the intensive care unit of a teaching hospital. **Rev enferm UFPE on line**. Teresina. v.9, n.10, p. 1437-44, dez. 2015. Disponível em: DOI: 10.5205/reuol.8463-73861-2-SM.0910sup201509. Acesso em: 10 maio 2020.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GERNET, Isabelle; DEJOURS, Christophe. Avaliação do trabalho e reconhecimento. *In*: BENDASSOLLI P. F.; SOBOLL, L. A. (orgs.). **Clínicas do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 61-70.

LIMA, Sybelle Regina Rodrigues de *et al.* Absenteísmo com foco na Saúde do Trabalhador da equipe de enfermagem atuante em na terapia intensiva: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UPE**. Recife, v.10, n.9, p.3426-3437, 2016.

Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11425>. Acesso em: 10 abr. 2020.

MENDES, Ana Magnólia. Da psicodinâmica à psicopatologia. *In*: MENDES, Ana Magnólia. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa Psi, 2007. p. 29-48.

MICHELAN, Vanessa Cecília de Azevedo; SPIRI, Wilza Carla. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v.71, n.2, p. 397-404. mar./abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485>. Acesso em: 10 maio 2020.

POERSCHKE, Sílvia Maia Bohmer *et al.* Atuação da Enfermagem Frente aos Sentimentos dos Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. **Rev Fund Care Online**. Rio de Janeiro. v.11.n.3. p.771-779. abr./jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.771-779>. Acesso em: 10 maio 2020.

RODRIGUES, T.D.F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **REME - Rev. Min. Enferm.**. Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 454-462, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/549>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SHIMIZU, Helena Eri; CIAMPONE, Maria Helena Trench. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Ribeirão Preto. v.12. n. 4, p.623-30, jul/ago. 2004. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400007>. Acesso em: 10 set. 2019.

SHIMIZU, Helena Eri; COUTO, Djalma Ticiane; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Brasília, v.19, n.3, p. 565-572, mai./jun. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4376/5672>. Acesso em: 17 set. 2019.

SILVA, Gabriele Taques *et al.* Experiência de adoecimento e licença médica: o caso de uma técnica de enfermagem. **Reme, Revista Mineira de Enfermagem**. Cuiabá. v.17, n.1, p. 207-215, jan./mar.2013. Disponível: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/591>. Acesso em: Mar. 2019.

VALERA, Ingrid Mayara Almeida *et al.* Condições e relações de trabalho em unidades críticas: estudo tipo survey. **Online Brazilian Journal of Nursing**. Paraná, v. 15. n.2. p.196-204. jun.2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165469>. Acesso em: 20 mar. 2020.

Gestantes: impacto das condições de trabalho em empresa de telecomunicação

Anaeliza dos Santos e Oliveira

Pós-graduanda em Enfermagem Obstétrica
Universidade Federal de Uberlândia

Ana Paula Malagoli Ribeiro

Residente em Saúde Coletiva
Universidade Federal de Uberlândia

Carla Denari Giuliani

Doutora em História e Cultura Universidade
Federal de Uberlândia

Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica
Universidade Federal de Uberlândia
marcellebarros@ufu.br

Como citar este trabalho:

OLIVEIRA, A.S.; RIBEIRO, A.P.M.; GIULIANI, C.D.; JUNQUEIRA, M.A.B. Gestantes: impacto das condições de trabalho em empresa de telecomunicação. In: SILVA, V.P. **Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade**, 1Ed. Editora Colab, 2020. p.76-87.

RESUMO: Nos dias atuais, percebe-se que as gestantes exercem suas atividades rotineiras normalmente, como, por exemplo, o trabalho. Porém, as condições impostas no ambiente de trabalho podem favorecer o aparecimento de complicações obstétricas. O objetivo deste capítulo é verificar quais são as patologias mais frequentes em trabalhadoras no ciclo gravídico em uma central de teleatendimento. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa e quantitativa, realizado em uma empresa de telecomunicação, advindo de um projeto de extensão da universidade com o curso de enfermagem, que visa orientar as gestantes quanto ao aparecimento de agravos. Para a coleta de dados referente às complicações obstétricas foram utilizados os formulários de cadastro das gestantes, além das anotações na evolução. Foram analisados 61 formulários e evoluções, sendo que 21,3% das gestantes trabalhadoras eram hipertensas, 14,7% obesas e 37,7% não apresentaram nenhum agravo. Observou-se, por meio desta pesquisa, que as gestantes associadas em central de telecomunicação têm suas características individuais coagidas pela rede de mecanismos de controle associadas à manipulação e super produção por parte de empresas, desencadeando conflitos internos, provocados pelas exacerbadas exigências de tarefas. Isso reflete nas principais complicações obstétricas encontradas neste trabalho.

Palavras-chave: Gestantes; Telecomunicação; Complicações obstétricas.

INTRODUÇÃO

Com as decorrentes formas de inovação no mercado de trabalho, muitas empresas têm optado por estratégias que visam o seu crescimento. Dentre tais ambientes, as empresas de telecomunicações (*Call center*) têm respondido de forma hábil às demandas de necessidade de comercialização, sendo um campo que gerou milhares de postos de trabalho ao longo da década de 1990 e, de forma mais abrangente, nos anos 2000 (Dantas, 2000; Madruga, 2006).

Entende-se por *Call center* um espaço que visa o atendimento ao cliente por meio de computadores e redes telefônicas, sendo que cada posto é designado como Posição de Atendimento (PA) (VILELA, 2004).

No contexto histórico, as tecnologias começaram a ser empregadas apartir de 1960, quando os computadores estavam se tornando itens importantes para as grandes e médias empresas. No entanto, sua capacidade de desempenhar maiores funções ainda era limitada. Na década de 1970, as linhas telefônicas de voz constituíram um importante acesso para terminais, sendo elas a principal base tecnológica daquela época a permitir o acesso a terminais remotos de computadores, tornando as telecomunicações uma base tecnológica. Em 1980, novas formas tecnológicas foram tomando espaço em escritórios, e o termo “Tecnologia da Informação” passou a ser mais usado. Na década de 1990, sistemas tecnológicos abertos se tornaram ferramentas essenciais nos departamentos. A flexibilização da tecnologia facilitou a troca de informações, otimizando o funcionamento de várias empresas (REISSWITZ, 2010).

De forma a caracterizar esse tipo de trabalho, a literatura aponta que os trabalhadores são predominantemente jovens em seu primeiro emprego formal, geralmente com exigência de ensino médio completo, tendo remuneração baixa. As mulheres ocupam cerca de 80% nesse mercado, segundo a Associação Brasileira de Telesserviços (2010).

O acelerado crescimento dessas empresas propicia estresse no ambiente de trabalho devido às pressões para cumprimento de metas que os trabalhadores devem realizar no decorrer do dia (VENCO, 2006).

Diante de um cenário que gera extrema competitividade, as empresas têm buscado interligar os cumprimentos com formas que tragam melhorias nas condições de trabalho. O capital humano é o principal meio de vantagem competitiva para as organizações, daí a preocupação em proporcionar qualidade de vida no trabalho, pois funcionários satisfeitos possuem maior produtividade e comprometimento (POMPEU; RAMOS, 2012).

Segundo a Associação Brasileira de Telesserviços (2010), as mulheres ocupam 80% do ambiente de trabalho em empresas de telecomunicação, mulheres estas que estão em diferentes ciclos da vida. Sabe-se que, dentre essa parcela de trabalhadoras, existem aquelas que estão na fase gestacional.

Durante o ciclo gravídico, várias são as modificações fisiológicas que as mulheres passam. Considerando a fase gestacional e todo o impacto que ela traz, é importante que essas mulheres sejam bem orientadas quanto às repercussões que os riscos ocupacionais no ambiente de trabalho podem acarretar, tais como inúmeras complicações, sendo elas dor na região lombar, abortos espontâneos, fadiga, varizes, infecções urinárias, entre outras (LEITE; SOUZA, 2013).

Nesse sentido, as ações de enfermagem na empresa de telecomunicações são de extrema importância, principalmente no atendimento e na orientação para as trabalhadoras grávidas. O objetivo deste capítulo é verificar quais as complicações obstétricas mais prevalentes em trabalhadoras no período gestacional em uma central de teleatendimento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa e quantitativa, desenvolvido em uma empresa de telecomunicações, na cidade de Uberlândia, no Triângulo Mineiro, em parceria com a Universidade Federal de Uberlândia (UFU), junto à disciplina de Saúde do Trabalhador, no Curso de Graduação em Enfermagem. O trabalho foi desenvolvido com base em um projeto de extensão, em que os extensionistas (alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade, inseridos no trabalho de extensão) realizam as atividades de orientação com as gestantes associadas.

Os dados foram coletados no período de maio a novembro de 2018, por meio de anotações de prontuários, que foram escritos durante os atendimentos. Nessas anotações, os extensionistas buscavam inserir os dados sociodemográficos, paridade da mulher (GPA – gestação, parto e aborto) e exame físico (sinais vitais da gestante, medida da altura uterina, manobra de Leopold e ausculta dos batimentos cardíacos), bem como o tema central da pesquisa, que são as comorbidades obstétricas.

A população do estudo foi constituída por trabalhadoras gestantes da empresa que aceitassem fazer parte do projeto de extensão. As análises constituíram-se por estatísticas descritivas a partir de cálculo de porcentagem, sendo elas expressadas em tabelas.

Os recursos utilizados durante as ações foram provenientes da empresa e da Universidade. Da empresa, foram utilizados: consultório, sala, cadeiras, mesas, ar condicionado, computador, balança, entre outros. Quanto aos materiais dos extensionistas: lápis, caneta, papel, madeira, carimbo, tesoura, cola, esfigmomanômetro, estetoscópio, fita, termômetro e sonar fetal.

RESULTADO E DISCUSSÃO

A empresa de telecomunicação em estudo tem 70% de seus associados pertencentes ao gênero feminino e somente 30% do gênero masculino. A categoria analítica de gênero é considerada a partir de elementos constitutivos das relações sociais entre homens e mulheres, estabelecidos historicamente. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, possibilitando a elaboração de leis e definindo suas maneiras de aplicação. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições, que definem modelos de feminilidade e masculinidade, bem como padrões de comportamento, aceitáveis ou não, para homens e mulheres (SCOTT, 1995).

Nesse viés, percebemos que o campo de trabalho da telecomunicação, por estar ligado aos sistemas de conhecimento que geram organização para contribuir com os clientes, conecta-se com o feminino, pois este está muito ligado a essa função de organização. Além disso, é uma construção social a ideia de que as mulheres são mais cuidadosas e atenciosas, sendo estas características essenciais para o telemarketing.

Durante o acompanhamento no período gestacional, é fundamental que se tenha orientações no pré-natal. Estudos nacionais de abrangência local têm demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade (VIELLAS, 2014).

Como forma de promover educação em saúde, os extensionistas procuraram adequar atividades que pudessem gerar um bom desfecho na saúde das trabalhadoras, visto que empresas de telecomunicação são locais onde se tem uma pressão grande por um capital de giro maior.

Em relação à amostra, foram analisados 61 formulários de gestantes acompanhadas pela empresa, nos quais observou-se algumas comorbidades que surgiram na gravidez, como hipertensão arterial, obesidade, infecção urinária recorrente, hipertireoidismo, hipotireoidismo, diabetes gestacional e descolamento de placenta, sendo estes fatores preocupantes para a saúde materno-infantil.

Tabela 1 | Identificação das complicações obstétricas nas trabalhadoras/gestantes da empresa de telecomunicação

AGRAVOS	n	percentual
Hipertensão	13	21,3%
Diabetes gestacional	4	6,5%
Infecção urinária	5	8,1%
Hipotireoidismo	1	1,6%
Hipertireoidismo	1	1,6%
Descolamento de placenta	5	8,1%
Obesidade	9	14,7%
Sem agravos	23	37,7%

Fonte: Autor, 2020. Dados de consultas de pré-natal na empresa de telecomunicação em 2018

Tendo em vista os agravos descritos, observa-se que a complicação com maior percentual é a hipertensão arterial, representando 21,3%. A hipertensão arterial gestacional tem sido considerada como uma das mais importantes complicações do ciclo gravídico-puerperal, com incidência em 6% a 30% das gestantes, resultando em alto risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal (OLIVEIRA; ARCURI, 1997).

Durante o atendimento, percebeu-se que as gestantes constantemente afirmavam sobre o cansaço e o estresse que a rotina do trabalho causava. Gestantes expostas a um alto nível de estresse têm maior chance de desenvolver pré-eclâmpsia (TTAKUITI, KAHHLE, 2001). A pré-eclâmpsia é um distúrbio caracterizado por agravo na hipertensão arterial e presença de proteína na urina, após a 20ª semana gestacional (SIBAIA, 2003).

Em relação à hipertensão arterial, a equipe envolvida no projeto buscou fornecer orientações com o intuito de normalizar os valores da P.A. Dentre as ações, os extensionistas visaram sempre realizar o exame físico detalhado, com o intuito de detectar algo agravante, como edemas e pressão arterial elevada. Quanto às orientações, ressaltava-se a importância da continuidade do tratamento com medicamento específico para gestantes hipertensivas, das mudanças nos hábitos alimentares e do incentivo ao esporte de pouco impacto, quando não houvesse restrições.

A diabetes gestacional é um dos maiores vilões na gestação da maioria das mulheres brasileiras, pois está relacionada a um mau acompanhamento nutricional, desencadeando complicações importantes, como a hiperglicemia materna, que é a maior causa de alterações relacionadas ao feto e à mãe (VITOLLO, 2008). Na empresa, detectou-se que, das gestantes cadastradas, 6,5% apresentavam diabetes gestacional. Para a gestante com diabetes, a equipe procurou informar sobre os agravos da diabetes gestacional na saúde materno-infantil, além de fornecer orientações quanto à mudança no estilo de vida.

Outro agravo identificado foram as infecções urinárias recorrentes, representado 8,1%. Infecções no trato urinário (ITU) são as formas mais comuns de infecções bacterianas em grávidas e não-grávidas (MITTAL; WING, 2005). A ITU representa um grande agravo na saúde durante a gestação, tanto para a mãe, quanto para o feto.

Durante o período gestacional, ocorrem mudanças anatômicas no trato urinário que causam transformação de mulheres bacteriúricas assintomáticas em gestantes com ITU sintomáticas, indicando, assim, que a prevalência de infecções urinárias é maior nesse período da vida (DUARTE; QUINTANA; CAVALLI, 2008).

A incansável luta por acréscimo nas produções, leva muitos trabalhadores a ficarem restritos para realizar suas necessidades fisiológicas (VENCO, 2006) podendo contribuir para uma retenção urinária associado à dificuldade de ingestão de líquidos, proporcionando maior incidência de infecções urinárias, principalmente nas gestantes (CAVALLI, 2008).

Como medida de orientação, os extensionistas explicaram que, durante a gestação, a probabilidade de ocorrer ITU é maior do que nas mulheres não grávidas. Como forma de prevenção, as gestantes foram orientadas quanto às precauções com a ingestão de líquidos e com a retenção urinária.

As alterações provenientes das funções tireoidianas na gestação são relativamente poucas quando a glândula e a ingestão de iodo são normais (COSTA; NETTO; VAISMAN, 2004). Dentre as complicações obstétricas apontadas, o hipotireoidismo representa cerca de 1,6 % dos casos. A conduta adotada pela equipe ressaltava a importância da continuidade do tratamento medicamentoso. Em controvérsia, os casos de hipertireoidismo representavam, também, 1,6 %. Quando não tratado, este acarreta em riscos para a gestante, como a pré-eclâmpsia, a falência cardíaca materna, a anemia, as infecções e os riscos para o feto, como abortamento espontâneo, trabalho de parto prematuro, baixo peso ao nascimento, tireotoxicose fetal/neonatal e natimorto.

O descolamento prematuro da placenta (DPP) é caracterizado pela separação da placenta do corpo do útero em gestação de 20 ou mais semanas completas, tendo, muitas vezes, origem desconhecida (LEBEAU; MANDEL, 2006). O estudo demonstrou que o descolamento prematuro da placenta representava 8,1% dos casos registrados, mas, como descrito anteriormente, a HAS pode estar associada à DPP, e a empresa possui uma elevada porcentagem de trabalhadoras/grávidas hipertensas (21,3%). Observa-se, então, a necessidade de as empresas estarem adotando medidas profiláticas no âmbito da Saúde do Trabalhador para prevenir futuras complicações.

A obesidade nas trabalhadoras/grávidas obteve um percentual de 14,7% das demais complicações, sendo o segundo fator agravante descrito no estudo, após a hipertensão arterial. Muitas gestantes relataram que o ganho excessivo de peso estava relacionado ao estresse e à ansiedade que o trabalho proporcionava no cotidiano. Estudos demonstraram, sobre a influência da obesidade e do estresse no trabalho, que, nos obesos, há uma forte tendência para o aumento da ativação fisiológica induzido pelo estresse, algo que se manifesta na presença de desafios ambientais, como o estresse crônico ocupacional (NELSON; MATTHENS; POSTON, 2010).

As ações dos extensionistas durante o atendimento se caracterizaram pelas orientações quanto à redução do peso corporal, medição do peso, comparação com as consultas anteriores e quanto à importância de procurar tratamento adequado com profissionais nutricionistas. Vale ressaltar que 37,7% das gestantes não tinham nenhum agravo durante o período gestacional, apenas alterações fisiológicas gestacionais, caracterizadas como normais.

Deve-se salientar a importância das ações de pré-natal no ambiente de trabalho em vista da flexibilidade de horário em suas atividades laborais, facilitando a participação nas ações. Portanto, enfatiza-se que a educação em saúde, um dos pilares da promoção da saúde, pode ser realizada em espaços diversos dos tradicionalmente constituídos (ALMEIDA, et al, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou a importância de que as empresas ofereçam aos seus colaboradores serviços dedicados à prevenção de agravos. Ressalta-se que é direito da trabalhadora grávida receber toda a atenção durante o ciclo gravídico puerperal em seu ambiente de trabalho.

Ressaltou-se, em vários trechos, o estresse e os impactos que o mesmo causa nos processos fisiológicos. A hipertensão arterial e a obesidade são as síndromes que mais influenciam na saúde materno-infantil e que podem estar relacionadas às situações estressantes no ambiente de trabalho.

Observou-se, a partir desta pesquisa, que as gestantes associadas em central de telecomunicações têm suas características individuais, e essa rede de mecanismos de controle, associada à manipulação e super produção por parte de empresas, desencadeia conflitos internos provocados pelas exacerbadas exigências de tarefas. Isso reflete nas principais complicações obstétricas encontradas neste trabalho. As complicações obstétricas aparecem como intermediárias e necessárias à submissão do corpo, mediante as exigências trabalhistas. Lidar com tudo isso exige um esforço afetivo e cognitivo importante nessa fase da vida, gerando conflitos e refletindo nas intercorrências pré-natais. Nesse sentido, observa-se que investir na prevenção desses agravos durante o período pré-natal é a melhor conduta dessas empresas para diminuí-los e diminuir as complicações gestacionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Rita de CB et al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 79-85, 2011

Cabral ACV. Fundamentos e práticas em obstetrícia, São Paulo; 2009.

COSTA, Sheila Mamede da et al. Hipotireoidismo na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 4, p. 351-358, 2004.

CRISTOFOLETTI, Maria Fernanda et al. Prevalência de sobrepeso, obesidade e obesidade abdominal em operadores de duas centrais de atendimento telefônico de São Paulo. **Saúde, Ética & Justiça**, v. 11, n. 1-2, p. 19-28, 2006.

DA MOTA ARAÚJO, Cléia Coutinho; FARIAS, Rafaela Cabral. O trabalho informacional e a precarização do novo trabalhador do setor de telemarketing em Imperatriz-MA. **Temporalis**, v. 15, n. 30, p. 205-226, 2015.

DANTAS, Edmundo Brandão. **Telemarketing: A Chamada Para O Futuro** . Editora Atlas SA, 2000.

DUARTE, Geraldo et al. Infecção urinária na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

LEBEAU, Shane O.; MANDEL, Susan J. Thyroid disorders during pregnancy. **Endocrinology and Metabolism Clinics**, v. 35, n. 1, p. 117-136, 2006.

LEITE, Marcia de Paula; SOUZA, Silvana Maria de. Igualdade de gênero e raça no Brasil: uma discussão sobre a política pública de emprego. **Dados**, v. 53, n. 1, p. 195-232, 2010.

Madruga, R. Gestão moderna de callcenter & telemarketing: os 9Gs indispensáveis para você entender, criar e revolucionar centrais de atendimento. São Paulo, 2006.

MITTAL, Pooja; WING, Deborah A. Urinary tract infections in pregnancy. **Clinics in perinatology**, v. 32, n. 3, p. 749-764, 2005.

NELSON, Scott M.; MATTHEWS, Phillippa; POSTON, Lucilla. Maternal metabolism and obesity: modifiable determinants of pregnancy outcome. **Human reproduction update**, v. 16, n. 3, p. 255-275, 2010.

OLIVEIRA, Sonia M. Junqueira V.; ARCURI, Edna Aparecida Moura. Medida da pressão arterial em gestante. **Revista latino-Americana de enfermagem**, v. 5, n. 3, p. 49-55, 1997.

POMPEU, Carlena Gurgel ; RAMOS, Verônica Jacó. Qualidade de vida no trabalho um estudo em uma empresa de call Center no interior do estado do Ceará. **Núcleo de pesquisa e extensão**. 2012

REISSWITZ, Flavia. **Análise de Sistemas Vol. 2: Tecnologias e Sistemas da Informação**. Clube de Autores, 2010.

SAMPAIO, José Jackson Coelho; GARCIA FILHO, Carlos. Saúde Mental e Trabalho em Telesserviço. **Cadernos ESP**, v. 5, n. 1, p. 21-28, 2011.

SIBAI, Baha M. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. **Obstetrics & Gynecology**, v. 102, n. 1, p. 181-192, 2003.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & realidade**, v. 20, n. 2, 1995.

SMYTH, PETER PA. Variation in iodine handling during normal pregnancy. **Thyroid**, v. 9, n. 7, p. 637-642, 1999.

TAKIUTI, Nilton Hideto; KAHHALE, Soubhi. Estresse e pré-eclampsia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 88-89, 2001.

VENCO, Selma. Centrais de atendimento: a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 31, n. 114, p. 07-18, 2006

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

VILELA, Lailah Vasconcelos de Oliveira; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1069-1078, 2004.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição—da gestação ao envelhecimento**. Editora Rubio, 2014

Lombalgia e fatores associados em policiais militares do 32º Batalhão de Polícia Militar da cidade de Uberlândia-MG

Vinícius Geraldo de Oliveira Amaral

Graduado em Educação Física
Universidade Federal de Uberlândia
winibala@hotmail.com

Wellington Roberto Gomes de Carvalho

Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente
Universidade Federal de Uberlândia
wrgcarvalho@ufu.br

RESUMO: O presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência de lombalgia e fatores associados em policiais militares do 32º Batalhão de Polícia Militar da cidade de Uberlândia (MG). A investigação trata-se de um estudo transversal do tipo descritivo. Participaram do estudo 183 policiais militares, da ativa, de ambos os sexos, pertencentes ao 32º Batalhão de Polícia Militar da cidade de Uberlândia (MG) no ano de 2019. Foi utilizado um questionário estruturado contendo informações sobre dor lombar, dados sociodemográficos, antropométricos, estilo de vida e ocupacionais. A idade dos participantes variou de 26 a 50 anos, sendo que a média de idade foi de $38,5 \pm 5,6$ anos. Foi observado que as variáveis como idade, peso dos equipamentos, tempo de sono diário, ingestão diária de água e atividade física no tempo livre não demonstraram diferenças significativas neste estudo ($p > 0,05$). Observou-se alta prevalência de dor lombar (84,7%) na amostra de policiais militares, sendo que o sobrepeso apresentou associação (OR = 2,81; IC 95%: 1,19-6,64; $p = 0,018$) à presença de lombalgia. Os achados do estudo demonstram alta prevalência de lombalgia e sua associação com o excesso de peso nesta amostra de policiais militares. O conhecimento acerca de dores na região lombar desses policiais militares servirá como subsídio com vistas a orientar e direcionar o planejamento de políticas de intervenção voltadas para melhoria das condições gerais de saúde, bem como prestação de serviços à população.

Palavras-chave: Lombalgia; Prevalência; Policial Militar.

Como citar este trabalho:

AMARAL, V.G.O.; CARVALHO, W.R.G. Lombalgia e fatores associados em policiais militares do 32º Batalhão de Polícia Militar da cidade de Uberlândia-MG. In: SILVA, V.P. **Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade**, 1Ed. Editora Colab, 2020. p.88-103.

INTRODUÇÃO

A lombalgia ou dor lombar é definida como as circunstâncias de dor na região lombar, entre o último arco costal e a prega glútea. Ela é a segunda dor mais frequente no homem, perdendo apenas para a dor de cabeça, e estimam-se que 50% a 80% das pessoas, durante a vida, experimentarão a lombalgia, cujo desenvolvimento é multifatorial, pois depende da condição física e psicológica, nível socioeconômico e estado de saúde (RUBIN, 2007).

A lombalgia possui diversas categorias: viscerogênica - doenças abdominais, vascular - aneurisma da aorta abdominal, neurogênica - lesão no sistema nervoso, espondilogênica - hérnia de disco e osteoartrose, e a psicogênica - fato psicológico que traz os sintomas da dor; e de acordo com a duração poderá ser: aguda - com início súbito dos sintomas de dor e até seis semanas de duração, subaguda - acima de seis e até 12 semanas e crônica – acima de 12 semanas (STANTON, 2010).

No Brasil, é preocupante a prevalência das lombalgias, sendo diagnosticada uma grande parcela da população com estes sintomas, comprovada por um estudo que concluiu que, no ano de 2007, a lombalgia foi identificada como a primeira causa de invalidez e de auxílio-doença entre segurados da previdência social (FILHO & SILVA, 2011).

A lombalgia também acomete policiais militares (PM) empregados no serviço operacional (que exercem o trabalho no ambiente externo da unidade) e, por este motivo, são transferidos para o serviço administrativo. Entretanto, neste grupo do serviço operacional, há relatos de um universo maior de PM que queixam de dores lombares, convivem com o incômodo, impactando na qualidade de vida e, possivelmente, na qualidade do serviço prestado à comunidade (PMMG, 2019).

O comportamento sedentário é prejudicial à saúde do indivíduo. E, em decorrência do sedentarismo, poderá desenvolver a obesidade, esta por sua vez, é considerada uma doença multifatorial, pois diversos fatores podem desencadeá-la, e o déficit do sono é um desses fatores.

Em outro estudo em que foram analisados distúrbios de sono dos participantes, todos os que possuíam déficit de sono estavam com os hormônios reguladores de apetite alterados (aumento da grelina³ e redução da leptina⁴), bem como também o índice de massa corporal (IMC) (TAHERI et al., 2004).

Diante disso, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de lombalgia e fatores associados em policiais militares do 32º Batalhão de Polícia Militar da cidade de Uberlândia (MG).

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do tipo transversal, de conveniência, realizado no Comando do 32º Batalhão de Polícia Militar da cidade de Uberlândia (MG) em 2019. Segundo dados do 32º Batalhão de Polícia Militar, existe um total de 479 policiais militares (PM). O cálculo amostral foi realizado de acordo com a técnica de amostragem com correção para populações finitas, utilizando-se a equação $n = n \cdot z^2 \cdot p \cdot (1-p) / (n-1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot (1-p)$ (LUIZ & MAGNANINI, 2000), sendo utilizados os seguintes parâmetros: prevalência desconhecida para o desfecho de 50%, erro amostral de 5% e nível de confiança de 95%. Deste modo, estimou-se uma amostra de 214 PM.

³Hormônio peptídeo que gera, dentre outras funções, a sensação de fome, ou seja, o aumento do apetite;

⁴Hormônio peptídeo que promove, dentre outras funções, a redução da ingestão alimentar e o aumento do gasto energético.

Foram incluídos no estudo policiais militares da ativa, de ambos os gêneros. Foram excluídos do estudo aqueles (as) com presença de deficiências físicas permanentes ou temporárias que impossibilitassem a tomada das medidas antropométricas e/ou que apresentassem alguma incapacidade cognitiva que impossibilitassem responder e/ou compreender o questionário, estar gestante, ser aposentado e os que não tiveram consentimento em participar do estudo.

As coletas dos dados ocorreram entre 27 maio e 28 de junho de 2019, nos dias em que já havia sido previamente agendada a prática de defesa pessoal destes PM. Na data e horário pré-estabelecidos, aos voluntários foi apresentado o objetivo e procedimentos do estudo. Após a explanação sobre o estudo, os pesquisadores entregaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para consentimento em participar da pesquisa, e em seguida responderam o questionário para lombalgia desenvolvido e validado por Monnerat e Pereira (2009). Este questionário validado contém 27 questões nas quais é avaliado a intensidade da dor, utilizando uma escala de 0 a 4 (em que 0 corresponde a nenhuma dor; 1 - pouca dor, 2 – dor razoável, 3 – dor muito forte e 4 – dor insuportável). O resultado final foi calculado mediante a média aritmética das pontuações encontradas. Os participantes da pesquisa também responderam a um questionário desenvolvido pelos pesquisadores, contendo questões referentes a dados ocupacionais, sociodemográficos e de estilo de vida.

Medidas antropométricas foram realizadas seguindo procedimentos padronizados (LOHMAN et al, 1988). A massa corporal foi medida em quilogramas (kg) utilizando-se uma balança portátil digital (Omron®), com resolução de 100 gramas (g). A estatura foi medida em metros (m) utilizando-se um estadiômetro vertical (Seca®), com resolução de 0,1 centímetros (cm). O índice de massa corporal (IMC, kg/m^2) foi calculado com base nos dados de massa corporal e estatura obtidos de acordo com a equação: $(\text{IMC}) = \text{massa corporal (kg)}/\text{estatura (m}^2\text{)}$, com o objetivo de avaliar o estado nutricional.

A classificação do estado nutricional, a partir do IMC, teve como base critérios propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995). O IMC foi calculado dividindo-se o peso pela altura ao quadrado. Para fins de análise foram adotados a classificação: peso normal (IMC entre 18,5kg/m² e 24,9 kg/m²) e excesso de peso (sobrepeso, IMC entre 25kg/m² e 29,9kg/m² + obesidade, IMC > que 30kg/m²).

Para fins de análise, com a utilização de uma balança digital, foram pesados todos os equipamentos de proteção individual (EPI) utilizados pelos PM durante o turno de trabalho, inclusive os acessórios presos ao colete balístico.

Para o arquivo de dados e a análise estatística de todas as informações, foi utilizado o software IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20.0. Os dados foram tratados por meio de procedimentos descritivos, distribuição de frequências e intervalo de confiança de IC95%. Foram realizados os testes de Qui-quadrado (χ^2) para comparar as proporções e de regressão logística binária para examinar as associações, estimando-se razões de *odds* (OR) e os intervalos de confiança de 95% (OR_{IC95%}). Na análise ajustada, todas as variáveis independentes foram introduzidas no modelo de regressão e permaneceram aquelas com valor de $p < 0,20$, sendo utilizado o método de seleção Backward-wald. O nível de significância adotado nas análises foi de 5%. Todos os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi submetido à análise e foi aprovado pela Academia de Polícia Militar do Estado de Minas Gerais (Instrução de Educação de Polícia Militar nº 14/2016), autorizado pelo Comandante do 32º Batalhão de Polícia Militar da cidade de Uberlândia.

RESULTADOS

Os dados descritivos da amostra estão apresentados na Tabela 1. A amostra foi composta por 183 policiais militares, sendo que a maioria dos participantes era do sexo masculino (94,0%).

A idade dos PM variou de 26 a 50 anos, sendo a média de $38,5 \pm 5,6$ anos. Quanto ao IMC, verificou-se que 78,1 % foram classificados com excesso de peso; a maioria apresentou lombalgia ($n=155$, 84,7%); 72,1% praticam atividade física no tempo livre; 84,2% ingerem mais de 1 litros de água/dia; a maioria (61,2%) dormiam menos de 7 horas. Em relação ao peso dos equipamentos de trabalho, verificou-se que 53% carregam nove quilos ou mais.

Tabela 1 | Características da amostra de policiais militares. Uberlândia (MG), Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	n	(%)
Gênero		
Feminino	11	6,0
Masculino	172	94,0
Idade (anos)		
26 a 37	87	47,5
38 a 50	96	52,5
IMC		
Peso normal	40	21,9
Excesso de peso	143	78,1
Lombalgia		
Sim	155	84,7
Não	28	15,3
Atividade física tempo livre		
Sim	132	72,1
Não	51	27,9
Ingestão água (litros)		
≤ 1	29	15,8
> 1	154	84,2
Sono (horas)		
≤ 7	112	61,2
> 7	71	38,8
Equipamento de trabalho (kg)		
≤ 9	86	47,0
> 9	97	53,0

Nota: IMC = índice de massa corporal

Na tabela 2 são apresentadas as características da amostra de PM, segundo a lombalgia. A prevalência da DL foi maior naqueles que apresentaram excesso de peso ($p = 0,015$). Não foram observadas diferenças estatísticas nas demais variáveis ($p > 0,05$).

Tabela 2. Características da amostra de policiais militares segundo a lombalgia. Uberlândia (MG), Brasil, 2019.

VARIÁVEIS	Todos n (%)	Lombalgia		p
		Não n (%)	Sim n (%)	
Gênero				0,555
Feminino	11 (6,0)	1 (9,1)	10 (90,9)	
Masculino	172 (94,0)	27 (15,7)	145 (84,3)	
Idade (anos)				0,777
26 a 37	87 (47,5)	14 (16,1)	73 (83,9)	
38 a 50	96 (52,5)	14 (14,6)	82 (85,4)	
IMC				0,015
Peso normal	40 (21,9)	11 (27,5)	29 (72,5)	
Excesso de peso	143 (78,1)	17 (11,9)	126 (88,1)	
Atividade física tempo livre				0,713
Sim	132 (72,1)	21 (15,9)	111 (84,1)	
Não	51 (27,9)	7 (13,7)	44 (86,3)	
Ingestão água (litros)				0,419
≤ 1	29 (15,8)	3 (1,6)	26 (89,7)	
> 1	154 (84,2)	25 (16,2)	129 (83,8)	
Sono (horas)				0,716
> 7	71 (38,8)	10 (14,1)	61 (85,9)	
≤ 7	112 (61,2)	18 (16,1)	94 (83,9)	
Equipamento de trabalho (kg)				0,729
≤ 9	86 (47,0)	14 (16,3)	72 (83,7)	
> 9	97 (53,0)	14 (14,4)	83 (85,6)	
Tempo serviço (anos)				0,268
Até 10 anos	35 (19,1)	7 (20,0)	28 (80,0)	
11 a 20	104 (56,8)	12 (11,5)	92 (88,5)	
21 a 30	44 (24,0)	9 (20,5)	35 (79,5)	

Nota: Qui-quadrado (χ^2); **IMC** = índice de massa corporal

Na análise bruta (Tabela 3), a DL foi associada apenas ao IMC naqueles policiais militares que apresentaram excesso de peso. Na análise ajustada, observou-se que PM com excesso de peso tiveram (OR = 2,81; IC95%: 1,19-6,64) mais chances de exposição a lombalgia, comparados com os PM com peso normal.

Tabela 3 | Prevalência (%) de lombalgia e razões de chances (OR) brutas e ajustadas de acordo com as características da amostra de policiais militares. Uberlândia (MG), Brasil, 2019.

Variáveis	Lombalgia ^a			
	OR Bruta (IC95%)	p	OR Ajustada* (IC95%)	p
Gênero		0,561		
Feminino	1		–	
Masculino	0,54 (0,07-4,37)		–	
Idade (anos)		0,777		
26 a 37	1		–	
38 a 50	1,12 (0,50-2,51)		–	
IMC		0,018		0,018
Peso normal	1		1	
Excesso de peso	2,81 (1,19-6,64)		2,81 (1,19-6,64)	
Atividade física tempo livre		0,713		
Sim	1		–	
Não	1,19 (0,47-3,00)		–	
Ingestão água (litros)		0,423		
> 1	1		–	
≤ 1	1,68 (0,47-6,00)		–	
Sono (horas)		0,716		
> 7	1		–	
≤ 7	0,86 (0,37-1,98)		–	
Equipamento trabalho (kg)		0,729		
≤ 9	1		–	
> 9	0,87 (0,39-1,94)		–	

Nota: ^a = Análise ajustada de acordo com as variáveis; – Excluída do modelo final por apresentar valor $p \geq 0,20$; **OR** = Razão de chance; **IC_{95%}** = Intervalo de Confiança de 95%; **IMC** = índice de massa corporal.

DISCUSSÃO

Tivemos a adesão de 183 voluntários na amostra. Neste estudo, o motivo do maior número dos participantes serem homens é em decorrência do efetivo feminino ser fixado pela Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) em 10% do previsto para os seus quadros de acesso (MINAS GERAIS, 2016).

A prevalência da lombalgia encontrada na amostra, para qualquer nível de dor relatada pelos PM, foi alta (84,7%), muito acima quando comparada com a prevalência da dor crônica no Brasil, que aponta que mais de dois terços da população sofrem com alguma dor crônica, sendo que os fatores de risco mais importantes são: ser mulher, ter idade avançada e baixos níveis de renda familiar (CARVALHO et al., 2018). E, quando confrontados com o IMC, com os cortes recomendados pela Organização Mundial de Saúde (2003), os achados apresentam que o excesso de peso ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$) e a lombalgia possuem uma forte correlação pois, dentre os participantes que apresentaram excesso de peso (78,1%), a incidência da lombalgia encontrada foi de 88,1%.

Na análise ajustada da amostra, em que foram associados a lombalgia e os PM com excesso de peso (sobrepeso + obesidade), esse grupo tem 2,81 vezes mais chances (181%) de exposição para desenvolverem lombalgia quando comparados aos PM com peso normal. Essa elevada probabilidade é preocupante pois o excesso de peso corporal torna-se fator de risco para o desenvolvimento da hiperlordose lombar, e isto ocasiona a instabilidade na coluna e o surgimento de alterações posturais e, conseqüentemente, o surgimento das dores lombares (SIQUEIRA & SILVA, 2011).

Entre os PM que relataram prática de atividade física no tempo livre, 84,1% apresentaram lombalgia, no entanto não foi aprofundado em que condições são realizadas essa prática e se há alguma orientação e/ou supervisão de um profissional de educação física, não tendo como dimensionar e/ou quantificar o nível de intensidade dessa prática.

Certo é que, aos PM, é exigida uma aptidão física adequada para suportar uma carga extra durante a jornada de trabalho e o comportamento sedentário se torna, verdadeiramente, um inimigo. Para evitar este tipo de comportamento, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010) recomenda que adultos, com idade entre 18 e 64 anos, no período de uma semana, devem realizar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbia de intensidade moderada ou fazer 75 minutos de atividade física aeróbia de intensidade vigorosa ou uma combinação equivalente de intensidade moderada e vigorosa, sendo que a atividade aeróbica deve ser realizada em períodos de pelo menos 10 minutos de duração, e as atividades de fortalecimento muscular devem ser realizadas envolvendo os principais grupos musculares em dois ou mais dias por semana.

Apesar da amostra não apresentar diferença estatística significativa para a variável sono, há um estudo em que foram analisados distúrbios de sono dos participantes e, em todos os que possuíam déficit de sono, os hormônios reguladores de apetite (leptina e grelina) apresentaram-se alterados, acarretando no aumento do índice de massa corporal (IMC) (TAHERI et al., 2004). Isso pode justificar uma alta prevalência de PM com sobrepeso, uma vez que a *National Sleep Foundation* (2015) recomenda que o tempo necessário de sono para adultos, de 18 e 64 anos de idade, é de 7 a 9 horas a cada 24 horas (devido à necessidade orgânica de recuperação) e a amostra nesta unidade militar apresentou 61,2% com ≤ 7 horas de sono.

A leptina, produzida principalmente pelos adipócitos, tem seu pico de liberação durante a noite e nas primeiras horas da manhã, e promove a redução da ingestão alimentar (saciedade) e o aumento do gasto energético, dentre outras funções. Enquanto que a grelina, produzida no estômago, sua presença é responsável, dentre outras funções, pelo aumento do apetite (ROMERO & ZANESCO, 2006).

Outra variável, que não apresentou diferença significativa nesta amostra, foi o peso dos equipamentos de proteção individual (EPI)⁵. No serviço policial, a jornada de trabalho pode favorecer o surgimento de lombalgia, pelo fato de o trabalhador manter-se períodos longos na posição ereta transportando todo o sobrepeso dos EPI e também por estar exposto ao estresse físico e mental (NETO et al, 2013). Entretanto, este estudo não demonstrou variação estatística relevante para esta variável.

Por outro lado, há no serviço operacional da Polícia Militar de Minas Gerais (PMMG) o patrulhamento em veículos policiais, exigindo aos PM que permaneçam certo tempo na posição sentado. Estudos sugerem uma possibilidade de associação entre atividades laborais na posição sentada e as dores lombares (BARROS et al, 2011). Entretanto, neste estudo o policiamento sentado não se destacou com uma variável relevante quando comparada com as lombalgias.

O surgimento dos sintomas das lombalgias também pode estar relacionado com outros fatores e hábitos não saudáveis. Em um estudo desenvolvido com a população da cidade de Salvador, acerca da incidência da dor lombar crônica, os pesquisadores concluíram que estes sintomas apontaram forte correlação com baixo nível de escolaridade, obesidade central e tabagismo (ALMEIDA et al, 2008).

Dentre os serviços desenvolvidos na PMMG, chamados de portfólio de serviço operacional, que somam um total de 26, há predominância do deslocamento dos PM a pé, em bicicleta, motocicleta, automóvel e vans adaptadas para o serviço policial (PMMG, 2018). Em todas essas atividades, a utilização do colete balístico, como um dos equipamentos de proteção individual, é obrigatória conforme Portaria nº 191, de 4 de dezembro de 2006, regulamentada pelo Ministério do Trabalho e Emprego.

⁵Os EPI incluem desde o colete balístico (podendo variar de 2,3 kg a 3,6 kg), mais o fardamento e o armamento, sendo que todos estes equipamentos são de uso obrigatório e que a média, nesta amostra, se aproximou dos 9 kg.

Em recente pesquisa desenvolvida com PM do Estado do Rio Grande do Norte, os pesquisadores concluíram que há uma grande incidência da lombalgia com comprometimento associado nas atividades de vida diária em PM, sendo que houve uma queixa maior deste problema após o turno de trabalho (CARDOSO et al, 2018). Entretanto, este estudo não se preocupou em verificar a peso corporal dos participantes.

Em outro estudo com um grupo de PM do estado de Pernambuco, os resultados demonstraram insatisfação destes PM com o desconforto gerado com o uso do colete balístico, entretanto, os resultados não concluem que a causa de dor e fadiga em todos os PM é causada pelo uso deste equipamento de proteção individual (EPI) (SANTOS et al, 2017). E, mais uma vez, neste estudo, o peso corporal dos participantes e o peso dos equipamentos não foram fatores de risco explorados.

É de extrema importância o uso dos EPI pelos PM. Os equipamentos poderão salvaguardar a vida desses operadores da segurança pública nas situações de confronto armado em que há uma ameaça real e iminente, visto que consta nas especificações do anexo A do edital de licitação da Diretoria de Apoio Logístico da PMMG, em que os coletes devem ser do tipo Nível II (.357 Magnum e 9 mm Luger de alta velocidade) para que haja proteção das costas, tórax, abdômen e das laterais do tronco do usuário, ou seja, de forma a proteger toda a área vital acima da cintura e abaixo do pescoço (PMMG, 2016). É também consenso que um indivíduo com musculatura frágil fadigará mais rapidamente do que outro com uma melhor condição física, o que poderá dificultar, por um certo período de tempo, a manutenção da coluna em seu correto alinhamento, ainda mais sob condições anormais de sobrepeso corporal.

Assim, torna-se eficaz a prescrição de exercícios físicos por orientação de um profissional da área, para que se tenha o reequilíbrio das estruturas que compõem a coluna vertebral, isso porque, tanto a ausência quanto o excesso de esforço físico, poderão ocasionar danos à mecânica do indivíduo (TOSCANO & EGYPTO, 2001).

Portanto, no intuito de fortalecer os músculos específicos da coluna, há estudos que demonstraram que alguns exercícios físicos foram eficazes na redução da dor lombar.

Um estudo propôs exercícios específicos que ativaram músculos locais que são ligados diretamente às vértebras e responsáveis pela estabilização segmentar lombar, sendo eficaz no tratamento da lombalgia. Nesse estudo, os pesquisadores indicaram que o estímulo aos músculos mais fortes, que se localizam na coluna vertebral, parecem não ter efeito na redução de lombalgia, pelo contrário, pode aumentar a probabilidade de agravamento de lombalgia. Propuseram então sessões de treinamento de força específicos para músculos locais como o transverso do abdome, multífido lombar e o quadrado lombar, que fornecem estabilidade ao tronco e auxiliam na estabilização lombar e foram eficazes na redução e até extinção das lombalgias (FRANÇA et al, 2008).

Existem algumas limitações neste estudo, dentre as quais deve-se ressaltar que o delineamento transversal adotado não permite identificar relações de causalidade entre as variáveis; o tamanho da amostra é limitado; não foram avaliados por meio de instrumentos validados variáveis como a qualidade do sono, comportamentos psicológicos e hábitos alimentares. Apesar das limitações inerentes a todo estudo, alguns pontos fortes merecem ser ressaltados. Embora mais estudos sejam necessários para melhor compreensão entre dor lombar e os fatores preditores, o presente estudo avança na tentativa de buscar evidências que possam corroborar para o melhor entendimento acerca das implicações do excesso de peso nas atividades do dia-a-dia de policiais militares.

Por fim, resultados de pesquisa, mesmo que em apenas uma pequena amostra de policiais militares pertencentes a um Batalhão de polícia de uma cidade do Triângulo Mineiro, onde estudos são bastante escassos, são relevantes para contribuir com políticas públicas de promoção da saúde voltadas para a redução do excesso de peso, adoção de estilo de vida ativo no tempo livre e melhor qualidade de vida.

Estudos futuros que enfatizem a coleta de dados longitudinais, com amostras maiores e recrutamento em distintos municípios mineiros tendo em vista que o estado de Minas Gerais possui 853 municípios e ocupa uma área de 586.521,121 km² e uma densidade demográfica de 33,41 hab/km² (IBGE, 2010), são necessários para determinar as relações causais. Assim, recomenda-se que o problema abordado no presente estudo continue a ser investigado, para melhor compreensão desses resultados.

CONCLUSÃO

Os achados do estudo demonstram alta prevalência de lombalgia e a sua associação com o excesso de peso nesta amostra de policiais militares. O conhecimento acerca de dores na região lombar desses policiais militares servirá como subsídio com vistas a orientar e direcionar o planejamento de políticas de intervenção voltados para melhoria das condições gerais de saúde, bem como prestação de serviços à população. É de suma importância o serviço realizado pelos policiais militares tendo em vista que é necessário prepará-los para o pleno desenvolvimento do trabalho diário. Neste sentido, cabe por exemplo orientação de prática de exercícios físicos regulares, hábitos alimentares saudáveis e horas de sono adequada. Frente a importância de saúde pública, a adoção de medidas como a criação de cartilhas, com o intuito de alertar sobre os benefícios de um estilo de vida saudável, podem ser fixadas em locais de grande circulação desses profissionais da segurança pública, como por exemplo, nos murais dessas unidades militares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, I. C. G. B. et al. Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 43, n. 3, p. 96-102, 2008.

BARROS, S. S. et al. Lombalgia ocupacional e a postura sentada. **Revista Dor**, v. 12, n. 3, p. 226-230, 2011.

CARDOSO, E. S. et al. Low back pain and disability in military police: an epidemiological study. **Fisioterapia em Movimento**, v. 31. e003101, p. 1-8, 2018.

CARVALHO, R. C. et al. Prevalência e características da dor crônica no Brasil: um estudo nacional baseado em questionário pela internet. **Brasilian Journal of Pain**, v. 1, n. 4, p. 331-338, 2018.

FILHO, N. M; SILVA, G. A. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 494-502, 2011.

FRANÇA, F. J. R. et al. Estabilização segmentar da coluna lombar nas lombalgias: uma revisão bibliográfica e um programa de exercícios. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 15, n. 2, p. 200-206, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>. Acesso em 08 nov. 2019.

LOHMAN, T.G et al. **Anthropometric Standardization**. Reference Manual. Champaign: Human Kintetics. 1988.

LUIZ, R.R & MAGNANINI, M.M. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9-28. 2000.

MINAS GERAIS. Lei nº 21.976, de 24 de fevereiro de 2016. Fixa o efetivo da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais - PMMG – e do Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais – CBMMG – para o ano de 2016. Disponível em: <http://leisestaduais.com.br/mg/lei-ordinaria-n-21976-2016-minas-gerais-fixa-os-efetivos-da-policia-militar-do-estado-de-minas-gerais-pmmg-e-do-corpo-de-bombeiro-militar-de-minas-gerais-cbmmg-para-o-ano-de-2016>>. Acesso em 11 jul. 2019.

MONNERAT, E & PEREIRA, J. S. Validação e confiabilidade de um questionário para lombalgia. **Revista Fitness & Performance Journal**, v. 8, n. 1, p. 45-48, 2009.

NATIONAL SLEEP FOUNDATION. NSP. 2015. National Sleep Foundation Recommends New Sleep Times. Disponível em: <https://www.sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>. Acesso em 01 mar. 2019.

NETO, A. T; et al. Lombalgia na atividade policial militar: análise da prevalência, repercussões laborativas e custo indireto. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 37, n. 2, p. 365-374, 2013.

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (PMMG). Diretoria de apoio logístico: Centro de Material Bélico: Edital de Licitação. 2016. Disponível em: <https://www.policiamilitar.mg.gov.br/conteudoportal/sites/licitacao/050420161600413230.pdf> Acesso em 01 mar 2019.

POLICIA MILITAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (PMMG). Portfólios de serviços operacionais da Polícia Militar de Minas Gerais. 2019. Disponível em: <https://www.policiamilitar.mg.gov.br/portal-pm/portalinstitucional/conteudo.action?conteudo=692&tipoConteudo=subP>. Acesso em 01 mar 2019.

ROMERO, C. E. M & ZANESCO, A. O papel dos hormônios leptina e grelina na gênese da obesidade. **Revista de Nutrição**, n. 19, v. 1, p. 85-91, 2006.

RUBIN, D. I. Epidemiology and risk factors for spinal pain. **Neurologic Clinics**, v. 25, n. 2, p.353-371, 2007.

SANTOS, M. M. A et al. Análise sobre a percepção de policiais militares sobre o conforto do colete balístico. **Fisioterapia Pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 157-162, 2017.

SIQUEIRA, G. R & SILVA, G. A. P. Alterações posturais da coluna e instabilidade lombar no indivíduo obeso: uma revisão de literatura. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 557-566, 2011.

STANTON, T.R; et al. How do we define the condition 'recurrent low back pain'? A systematic review. **European Spine Journal**, v. 19, n. 4, p. 533-539, 2010.

TAHERI, S. et al. Short Sleep Duration Is Associated with Reduced Leptin, Elevated Ghrelin, and Increased Body Mass Index. **PLoS Med**, v. 1, n. 3, p. 210-217, 2004.

TOSCANO, J. J. O & EGYPTO, E. P. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.7, n. 4, p. 132-137, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization, 2010. 1-60. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. Acesso em 01 mar 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: **World Health Organization**. (Technical Report Series, 854), 1995.

WORLD HELATH ORGANIZATION. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser. 2003. 916: 1-149. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf?sequence=1. Acesso em 01 mar 2019.

O trabalho em turnos em Pronto Socorro Hospitalar: vivências de profissionais de enfermagem

Roberta Peixoto Nogueira

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
robertapn@yahoo.com.br

Rafael Lemes de Aquino

Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Universidade Federal de Uberlândia
rafael.aquino@ufu.br

Rosimár Alves Querino

Doutora em Sociologia
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
rosimar.querino@uftm.edu.br

Ailton de Souza Aragão

Doutor em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Triângulo Mineiro
ailton.aragao@uftm.edu.br

Como citar este trabalho:

NOGUEIRA, R.P.; AQUINO, R.L.; QUERINO, R.S.; ARAGÃO, A.S. O trabalho em turnos em Pronto Socorro Hospitalar: vivências de profissionais de enfermagem. In: SILVA, V.P. **Interfaces entre Saúde, Ambiente, Trabalho e Sociedade**, 1Ed. Editora Colab, 2020. p.104-120.

RESUMO: A organização do trabalho em turnos apresenta-se como característica das instituições de saúde, especialmente de pronto socorro hospitalar. O estudo objetivou analisar o modo como trabalhadores de equipes de Enfermagem de unidade de pronto socorro de hospital de grande porte de Minas Gerais vivenciam o trabalho em turnos. A pesquisa descritiva foi desenvolvida com metodologia qualitativa. Participaram cinco técnicos de enfermagem e cinco auxiliares de diferentes turnos de trabalho. Para a construção de dados foram realizados dois encontros de grupo focal. A análise de conteúdo temática guiou o tratamento de dados e resultou nos seguintes temas: Motivação para atuar em turnos; Preferências para trabalhar em turnos e Impactos do trabalho em turnos na Saúde do Trabalhador. Houve casos nos quais a instituição interferiu na definição ou mudança de turnos, mas a maioria dos relatos refere-se à decisão motivada pelas necessidades geradas por outros vínculos empregatícios, cuidado com a casa e família e estudos. Todos os participantes atuaram no turno noturno, apresentaram desejo de permanecer no turno em que estavam no momento da pesquisa e consideram os plantões como possibilidade de aumentar seus rendimentos. A "adaptação" ao trabalho noturno justifica a extensão da jornada laboral, oculta o subdimensionamento da força de trabalho e contribui para a invisibilidade de suas consequências para a saúde do trabalhador. Ações voltadas à promoção de saúde dos trabalhadores podem contribuir, também, para melhorias na qualidade da assistência aos usuários.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem; Saúde do trabalhador; Jornada de trabalho em turnos.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) estrutura a atenção à saúde em redes, compostas por instituições da atenção primária, secundária e terciária (MENDES, 2011). A unidade de Pronto Socorro (PS) representa, no âmbito do serviço hospitalar, o local para atendimento às urgências e emergências que demandam elevada densidade tecnológica. De acordo com Montezeli (2009, p. 36),

[...] um PS é um setor com uma dinamicidade específica. Suas rotinas, aliadas à grande demanda de pacientes e à problemática do sistema de saúde como um todo, apontam para um processo de trabalho diferenciado, com a necessidade de uma equipe multiprofissional altamente qualificada e articulada para atender as necessidades da clientela que ali aporta.

Visando garantir assistência aos pacientes em período integral, a organização do trabalho em turnos constitui uma realidade para os trabalhadores dessas unidades (SILVA et al., 2011; VEIGA; FERNANDES; PAIVA, 2013).

A organização do trabalho em turnos apresenta-se de modo contraditório, pois pode viabilizar o atendimento de outras necessidades do trabalhador, como estudos e cuidados com familiares, ao mesmo tempo em que representa inúmeros desgastes físicos e mentais. A produção acadêmica tem explorado os impactos da jornada de trabalho noturna nas condições de saúde dos trabalhadores e, também, na vida social tendo em vista a predominância diurna em nossa cultura (REGIS FILHO, 2002; PIMENTA et al., 2012).

Considera-se fundamental incorporar à produção acadêmica, o modo como os trabalhadores vivenciam esse trabalho. Neste intento, de dar visibilidade às relações entre o trabalho em turno e a saúde do trabalhador e instituir processos de pesquisa que incorporem as vivências dos profissionais, se construiu a presente pesquisa.

O estudo objetivou analisar o modo como trabalhadores de equipes de Enfermagem de unidade de pronto socorro de hospital de grande porte de Minas Gerais vivenciam o trabalho em turnos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa com trabalhadores da equipe de enfermagem que trabalhavam em turnos no setor de Pronto Socorro de um hospital de grande porte do estado de Minas Gerais (MINAYO, 2010).

A abordagem qualitativa do trabalho em turnos refere-se aos territórios do vivido, enquanto condições de trabalho, por exemplo; e subjetivo, enquanto interpretação do vivido, sob a forma de experiências. Em sentido amplo, a pesquisa qualitativa favorece, dentro do contexto de imersão, a interpretação e o aprofundamento dos sentidos atribuídos pelos próprios participantes ao fenômeno em estudo (MINAYO, 2010; GOMES, 2014).

A técnica de grupo focal conduziu a construção de dados. Segundo Alves *et al.* (2014), o grupo focal é formado de três a doze, indivíduos, mais que isso há dispersão, as conversas paralelas e os ruídos podem sobrepor-se ao objetivo da conversa. Como método qualitativo, o grupo focal favorece a intensificação do

[...] acesso às informações acerca de um fenômeno, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade. Desenvolve-se a partir de uma perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes procuram abordá-los trabalhando como uma equipe. Nessa concepção, há uma intencionalidade de sensibilizar os participantes para operar na transformação da realidade de modo crítico e criativo. (BACKES *et al.*, 2011, p. 439).

Na organização dos encontros de grupo focal foram considerados os seguintes critérios para inclusão no estudo: ser profissional da equipe de enfermagem, sem distinção quanto à idade, sexo, tipo vínculo empregatício, que atuasse há, pelo menos seis meses no pronto socorro do hospital de grande porte. Foram excluídos do estudo os profissionais afastados por motivo de férias ou licença por motivos de saúde durante o período da pesquisa de campo. Considerando os horários e dias sugeridos pelos trabalhadores, foram convidados vinte trabalhadores para participarem dos encontros de grupo focal, dez para cada turno. Compareçam ao encontro dez trabalhadores, cinco de cada turno. Os encontros tiveram a duração média de noventa minutos cada, foi áudio gravado e transcrito na íntegra para fins de análise.

O roteiro norteador para a condução dos grupos focais contemplou questões referentes ao cotidiano de trabalho no pronto socorro, ao trabalho em turnos, qualidade de vida e condição de saúde. Neste artigo é explorada a categoria temática Trabalho em turnos. As narrativas obtidas foram transcritas pela equipe de pesquisa e a análise seguiu o protocolo da análise de discurso, que segundo Minayo (2010), objetiva construir uma

[...] reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos das relações primárias, religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico, visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos. (MINAYO, 2010, p. 319).

As etapas dessa forma de análise são assim organizadas: pré-análise - caracterizada pela organização dos dados (escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação das hipóteses e objetivos, elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final); exploração do material, marcada pela administração sistemática das decisões tomadas na pré-análise e tratamento dos resultados, etapa na qual se constroem inferências e a interpretação dos dados obtidos (MINAYO, 2010).

Tal modalidade de análise prima pela compreensão das falas à luz do lugar social dos sujeitos, suas influências, valores e motivações. Na pesquisa em pauta, a análise centra-se no material linguístico disposto pelos próprios sujeitos nos encontros de grupo focal, que serão mediados pelo referencial teórico adotado. Assim, não se trata de dar primazia ao material teórico, disposto *a priori*, mas confrontar os discursos numa perspectiva dialética, uma vez que os discursos dos profissionais são expressões de subjetividades construídas socialmente.

A categoria temática Trabalho em turnos alberga três subcategorias: Motivação para atuar em turnos; Preferências para trabalhar em turnos e Impactos do trabalho em turnos na Saúde do Trabalhador.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE nº 48852215.1.0000.5154). Para garantir o sigilo e anonimato dos participantes, os nomes utilizados ao longo do texto são fictícios. Foram utilizadas siglas para indicar o grupo corresponde ao turno de trabalho do profissional, sendo empregado GF D para diurno; GF N para noturno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os participantes, cinco eram do turno diurno e cinco do noturno. Como se observa nos estudos sobre a Enfermagem, a maioria é do sexo feminino (90%). Grande parte (70%) possui ensino superior completo, que é um dado importante a destacar pois este influi na renda familiar mensal das participantes, este dado variou entre 2,6 a 16 salários mínimos⁶, obtendo uma média de 8 salários mínimos, e 60% não apresentou tal informação.

⁶ Salário mínimo de referência para o ano de 2016, ano da pesquisa de campo: R\$ 880,00.

A idade variou entre 30 anos a mais nova e 58 anos a mais velha, tendo média de idade de 44,6 anos, e duas pessoas não informaram o referido dado. Acerca do estado civil, os solteiros foram a maioria (50%), casados 30%, divorciados e viúvos 10% cada.

O período médio de trabalho no hospital é de 14 anos, sendo 4 anos o menor tempo e 30 anos o maior. Quanto ao vínculo, 80% possuem vínculo de Regime Jurídico Único (RJU), os demais vínculos são pelo Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) sendo 20% via fundação de apoio.

Dentre as participantes, 50% eram técnicos de enfermagem (TE) e 50% auxiliares de enfermagem (AE). No grupo do diurno: 3 AE e 2 TE; no noturno: 2 AE e 3 TE. As/os enfermeiras/os não participaram dos grupos. Todos já haviam atuado em turnos, sendo 15 anos o maior período e 4 o menor período dedicado.

Como exposto, os grupos focais foram organizados com base no turno de trabalho dos participantes. Ao longo das interações, os trabalhadores ponderaram sobre a temática do trabalho em turnos e exploraram os fatores que interferiram na definição do turno de atuação, as preferências por turnos e, também, os impactos da atividade noturno na saúde do trabalhador.

MOTIVAÇÃO PARA ATUAR EM TURNOS

Houve relatos de casos nos quais a instituição interferiu na definição ou mudança de turnos, como no caso de Samanta-GFD:

“Eu vim pro dia porque eles me passaram para o dia.”

Contudo, a maioria dos relatos refere-se à uma decisão particular motivada pelas necessidades geradas por outros vínculos empregatícios, cuidado com a casa e família e estudos.

Eu vim para a noite, primeiro porque tinha dois empregos [...]. Porque de dia tem como eu cuidar da minha casa, da minha família. [...]. (Raquel - GF N)

Eu comecei a trabalhar à noite para conciliar estudo e trabalho e, também, tinha dois [empregos], um de dia e outro à noite. (Fabiana - GF N).

Eu comecei trabalhando à noite, eu estudava, então sobrou o período da noite para eu trabalhar [...] foi uma necessidade. (Giovana - GF D).

A motivação para o trabalho noturno reside, inicialmente, na busca pela conciliação entre dois empregos e à oportunidade de aprimorar a formação, ao mesmo tempo em que respondem à demanda doméstica. Manter dois empregos demonstra a necessidade de alavancar o orçamento doméstico; logo, para além de cumprir com as demandas do trabalho no pronto socorro, o que lhes imprime uma sobrecarga laboral, reside a satisfação de demandas econômicas familiares e individuais imediatas, haja vista a baixa remuneração percebida no exercício da enfermagem como técnico ou auxiliar de enfermagem (GUPTA *et al.*, 2019; BROETJE, JENNY, BAUER, 2020).

Embora com uma mudança observada na presença de homens, a Enfermagem é predominada por mulheres (SHANNON *et al.*, 2019). Nessa direção, a ocupação das horas diárias com dois empregos, os estudos e as demandas domésticas demonstram uma maior chance de as mesmas terem sua saúde prejudicada dada a sobrecarga de trabalho aliada, em alguns casos, à falta de valorização (RIBEIRO *et al.*, 2018).

[...] foi uma necessidade também de estudo que eu precisava trabalhar, fazer a faculdade estudar a noite e trabalhar de dia, eu passei para o dia [...] (Leni - GF D)

Entende-se que as motivações expostas pelos participantes do estudo referem-se à configuração do trabalho da Enfermagem no contexto contemporâneo e sinalizam para questões fundamentais relacionadas à reprodução de papéis de gênero, dos desafios enfrentamentos para continuar os estudos e, ainda, à precarização das condições salariais que incidem em outras jornadas de trabalho.

PREFERÊNCIAS PARA TRABALHAR EM TURNOS

As preferências indicam, como exposto anteriormente, a possibilidade de obter maiores ganhos por meio dos plantões, embora se reconheça outros atrativos. Dentre estes, o cuidado com os usuários, a quantidade e a movimentação de pessoas.

[...] eu trabalho a noite só quando eu faço um, dois, três plantões, que eu trabalho a noite. Eu sempre optei, sempre que deu para mim, eu trabalhei de dia. (Zaina – GF D)

A quantidade de pessoas à noite no setor é menor. [...] o setor fica mais calmo e mais tranquilo por essa redução de pessoas no setor. (Isaura – GF N).

Trabalhar a noite é bom porque é menos movimento, é menos, por exemplo, em termos de estudantes, menos gente. (Samanta - GFD).

É bem diferente, no sentido até mesmo dos procedimentos realizados com próprio paciente. Numa urgência, ali na emergência, é realizado [nos dois turnos]; fora isso fica para o período da manhã, que seria com mais movimento, exames a serem realizados e outros procedimentos. (Alice – GF D).

Certamente, a tranquilidade no turno da noite é um atrativo para muitos dos profissionais da Enfermagem. Desde a concentração de pessoas a alguns tipos de procedimentos que são realizados na manhã do dia seguinte, o trabalho noturno favoreceria um “descanso” humanizado diante da rotina intensa de um PS hospitalar.

No PS se está cheio vai chegar mais um, e vai chegar mais um e quantos de vaga zero for necessário chegar. (Fabiana – GF N).

[no] PS tá entrando e saindo [pessoas] o tempo inteiro. Então, não tem isso de deu oito horas não tem mais ninguém. [...] por isso tinha que ser um setor diferenciado, com o tratamento um pouco mais humanizado. (Raquel – GF N).

A lotação máxima e o intenso fluxo de pessoas no PS exibem um cenário que exige dos trabalhadores da Enfermagem uma capacidade de adaptação ao trabalho noturno, ao mesmo tempo que impacta na sua saúde. O estudo desenvolvido por Silva *et al.* (2013) com equipes de enfermagem que atuam à noite em cuidados paliativos oncológicos destacou que a ausência dos demais profissionais da saúde bem como de mais enfermeiros se convertem em problemas psicológicos e mesmo espirituais diante da iminência da morte que deve ser informada ao acompanhante. Realidade que sobrecarrega os profissionais ao contribuir para a “[...] expressão dos limites individuais e coletivos, num lidar cotidiano com o sofrimento e a dor” (p. 4).

Alguns profissionais destacaram a capacidade de adaptação ao trabalho noturno, mas declararam não pretender mudar de turno:

Eu já me adaptei esse horário à minha vida. Minha vida [se] adaptou a ele já. Não me vejo mais levantando cedo para vir trabalhar. [...] nós já adaptamos a vida, o nosso organismo ao nosso horário. (Raquel – GF N).

[...] Quando eu faço plantão de dia eu não consigo, eu fico super... meu temperamento muda totalmente. Aí sim eu fico com dor de cabeça, fico com enjoo. [...]. (Danísia – GF N).

[...] não me vejo trabalhando durante o dia. Eu acho, assim, que eu canso mais fisicamente e gera mais stress, pelo tumulto. [...] fico mais irritada com o movimento, com o barulho, aí eu penso: se eu passar para o dia eu vou começar a jogar pedra. (Fabiana – GF N).

Se de um lado as profissionais destacam que os seus corpos se adaptaram à rotina do trabalho noturno, ponderaram que atuar no turno diurno gera incômodos diante do “tumulto” gerado pelo barulho e elevado número de pessoas. Assim, o trabalho noturno é associado à busca pelo sossego, tranquilidade e cuidado “humanizado”.

Por outro, os trabalhadores do Grupo Focal Diurno destacam outras preferências. Desde a criação de uma representação negativa para o trabalho diurno, passando pela demanda econômica, as alterações de humor; além de uma relação com espaço-tempo e as respostas e disposições físicas e emocionais do corpo para outras atividades, bem como as relações sociais e familiares.

[...] trabalhei muitos anos [a noite] e eu via o pessoal comentar do dia: ‘Ah não, o dia é terrível, nossa! É uma bagunça.’ Sabe quando você vai criando dentro de você, assim, barreiras? [...] quando foi uma necessidade de estudo, que eu precisava trabalhar, [...] eu passei para o dia. [...] foi a melhor coisa que eu fiz, [sou] totalmente diferente [de] como eu era antes e como eu sou hoje. Muda tudo: humor muda, vontade de fazer as coisas, sabe? Relacionamento, tudo o que você pensar. [...] aconselho todo mundo trabalhar só diurno. (Alice – GF D).

Eu trabalho a noite só quando eu faço um, dois, três plantões [...] mas eu fico desconectada, parece que eu estou flutuando [...]. Eu sempre optei, sempre que deu para mim, eu trabalhei de dia. [...]. (Gisela – GF D).

[...] eu não quero trabalhar a noite mais. [...] quem trabalha a noite fica um pouco desconecto do mundo, entendeu? A noite é bom de trabalhar, [...] mas não é bom para a gente, entendeu? [...] é prejuízo para a gente. (Samanta – GF D).

Silva (2011), ao discorrer sobre o trabalho e saúde mental, ancorada nas discussões elaboradas por C. Dejours, destaca os mecanismos psicológicos de defesa socialmente articulados, como uma “ideologia defensiva”.

Esta se caracteriza pelas estratégias dos trabalhadores no enfrentamento e na adaptação à realidade para fazer cumprir as metas de trabalho prescritas. Tais mobilizações de confronto do sujeito, individual ou coletivamente, com a realidade resultam em processos psíquicos ou mesmo biológicos de adoecimento.

Para muitos trabalhadores da saúde, mas não só, a adaptação se mostra como uma exigência, é o trabalhador “flexível” e “polivalente” das indústrias *toyotistas* no ambiente hospitalar. A competitividade e a insegurança com o vínculo empregatício, em particular os terceirizados, impõem-se como subsunção às condições desgastantes que vão além do limiar suportável. Logo, a sensação de descartabilidade e a representação do outro como competidor, cuja luta exige “atualização constante”, como enunciada por Baumann, é a marca de “[...] uma realidade social na qual os postos de trabalho tornam-se cada vez mais escassos” (DIAS; MANDELLI; SILVA, 2014, p. 4)

Essa incerteza e volatilidade presentes estão na contramão da segurança e perenidade das relações de trabalho de outrora e produzem reações como tensão, pressão, sensação de fracasso, impotência, stress, fadiga, medo e insegurança frente à informalidade, aos contratos temporários e ao desemprego; são exemplos de acometimentos físicos e psíquicos oriundos do trabalho (DEJOURS, 2004; ANTUNES, 2009).

IMPACTOS DO TRABALHO EM TURNOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

As narrativas revelam que o trabalho pode gerar desgaste e sofrimento biopsicossocial, seja diurno ou noturno, sobretudo sob condições de precariedade infraestrutural.

[...] o plantão noturno [...] é muito prejudicial para a gente. [...] você come de dia e de noite [e] de dia você não dorme o dia inteiro. [...] Então, automaticamente você fica no ar metade do dia e a noite toda, e isso é desvantagem. [...] hoje eu não quero trabalhar a noite mais. (Samanta – GF D)

[...] eu chego em casa [...] eu não consigo dormir [...] eu não consigo dormir durante o dia. (Mateus – GF – N)

[...] Ele [o PS] foi todo estruturado, você já viu que não teve um (com dedo em riste), um quadradinho destinado a nós? De café. Um banheiro. Não faz sentido, faz!? O café é junto com um depósito de medicação, de cadeiras. [...] Quando se faz, nós somos os últimos a sermos pensados. (Raquel – GF N).

A alteração no ciclo circadiano influi na alimentação do profissional que, em função dos horários irregulares diante das demandas do PS, por exemplo, pode desenvolver obesidade, transtornos do sono e mesmo DCNTs, como diabetes e hipertensão (AQUINO; ARAGÃO, 2017; GRIEP *et al.*, 2014; GUPTA *et al.*, 2019). Aspecto que pode ser agravado pela ausência de um espaço apropriado para fazer as refeições no local de trabalho.

Estudos tem indicado que as doenças dos profissionais de enfermagem produzem altos índices de afastamento do trabalho. Dentre essas doenças estão:

[...] em ordem de ocorrências: Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho, Síndrome de Burnout, Depressão, Afecções do Trato Respiratório, Afecções do Trato Urinário e Dermatoses. (TEIXEIRA; CASANOVA; SILVA, 2014, p. 23)

A evolução destas leva, segundo os autores, ao absenteísmo e cujo agravamento pode conduzir à incapacidade permanente com aposentadoria. Ao mesmo tempo, outro panorama vulnerabiliza o trabalhador: sua presença no local de trabalho adoecidos.

[...] o presenteísmo [...] designa a condição em que as pessoas comparecem ao ambiente laboral, porém realizam as atividades inerentes às suas funções de modo não produtivo, ou seja, não apresentam bom desempenho por problemas físicos e mentais relacionados ao trabalho. (UMANN; GUIDO; GRAZZIANO, 2012, p. 03).

A adaptação construída no trabalho noturno promove sua inversão quando o grupo avalia que a atividade diurna produz desajustes no funcionamento do corpo para aquele que trabalha à noite, naturalizando o trabalho noturno.

Quando eu faço plantão de dia eu não consigo, eu fico super... meu temperamento muda totalmente [...] eu fico com dor de cabeça, fico com enjoo (risos). (Danísia – GF N)

A 'adaptação' ao trabalho noturno, sugerida enquanto forma de justificar a permanência por longos períodos à jornada laboral, evidencia o subdimensionamento, por parte dos trabalhadores, e das consequências deste tipo de trabalho, quando já foi cientificamente comprovado as implicações físicas, psicológicas e sociais (GUPT *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2011). Além disso, a escassez de trabalhadores de outras profissões no setor demanda outras habilidades do profissional de enfermagem:

[A enfermagem] trabalha como psicólogo, assistente social, assim né, e copeiro, faxineiro, tudo. Tudo! E se ele [paciente] reclama do médico é para você, se reclama do seu colega é para você, da limpeza é para você, se ele quer uma roupa... então, você faz tudo. (Fabiana – GF N)

O trabalho no PS, em sua vertente polivalente e flexível, impacta sobremaneira na saúde dos trabalhadores diante da pluralidade de demandas específicas da Enfermagem, como traumatologia, psiquiatria, cirurgia que geram sobrecarga, estresse emocional e as chances maiores de adoecer e manifestar dores de cabeça, nas pernas e nas costas (SILVA *et al.*, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho da Enfermagem se reveste de importância ímpar para o cuidado integral e ininterrupto diante do sofrimento, para tanto a jornada em turnos é um imperativo. Observou-se que o funcionamento ininterrupto do PS para atender as necessidades dos usuários pode engendrar mecanismos de “naturalização” e “invisibilização” dos impactos do trabalho noturno na saúde dos trabalhadores.

Ao compartilhar suas experiências, os participantes do estudo foram desvelando os prazeres e agruras do trabalho em turnos. Revelaram que esta modalidade de organização da jornada de trabalho favorece o enfrentamento de outras demandas pessoais e familiares que devem ser entendidas como desafios dos trabalhadores para conciliar suas necessidades de sobrevivência e de formação com o trabalho em PS. A exposição das preferências para se manterem nos respectivos turnos de trabalho trazem à baila dimensões do cotidiano de trabalho a serem consideradas em iniciativas voltadas à saúde do trabalhador, especialmente no que tange às queixas sobre excesso de barulho, ampla circulação de pessoas, intensificação do trabalho, demandas de familiares nos momentos das visitas estendidas, dentre outras.

O fato de todos os participantes do estudo terem atuado no período noturno enriqueceu a discussão sobre o modo como percebem os impactos deste turno na organização de sua vida privada, nas condições de saúde e nas relações interpessoais. Considera-se que, em decorrência das singularidades da instituição estudada e das experiências compartilhadas, os resultados não possam ser generalizados.

Considera-se como principal limitação do estudo a utilização de apenas uma técnica para construção de dados e não contar com a participação de enfermeiros. A triangulação de métodos poderia contribuir para abordagem das condições de saúde e de adoecimento dos trabalhadores, dimensão não explorada no estudo.

Ademais, pesquisas com os coordenadores de equipes de enfermagem podem contribuir para a abordagem de questões relacionadas à organização do trabalho e dos conflitos na composição das escalas e dos turnos. Ações voltadas à promoção de saúde dos trabalhadores podem contribuir, também, para melhorias na qualidade da assistência aos usuários.

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores da Equipe de Enfermagem do Pronto Socorro, pela generosidade em compartilhar suas experiências.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. *et al.* **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho.** Bauru: Canal 6, 2014.

AQUINO, R. L. de; ARAGÃO, A. de S. Impact of nocturnal work in the life of the male nursing professional. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3725-31, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22813/24270>. Acesso em: 10 jun. 2019.

BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo em saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf. Acesso em: 10 jul. 2015.

BROETJE, S.; JENNY, G. J.; BAUER, G. F. The Key Job Demands and Resources of Nursing Staff: An Integrative Review of Reviews. **Front Psychol**, v.11, n. 84. 31 jan. 2020. DOI:10.3389/fpsyg.2020.00084

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

DIAS, D. M. T.; MANDELLI, J. P.; SILVA, R. B. As Relações de Trabalho na Sociedade Líquido-Moderna: Desafios para Psicologia Organizacional e do Trabalho. *In*: **15. Encontro regional sul da ABRASPO**. O clamor das ruas: as demandas sociais e as

práticas da psicologia social, 2014, Londrina. Disponível em: www.encontroregionalsul2014.abrapso.org.br/resources/anais/13. Acesso em: 10 jan. 2016.

GOMES, R. **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2014.

GRIEP, R. H. *et al.* Anos de trabalho noturno e índice de massa corporal entre enfermeiros de dezoito hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. **BMC Health Serv Res**. 2014, n. 14, DOI:10.1186/s12913-014-0603-4.

GUPTA, C. C. *et al.* The factors influencing the eating behaviour of shiftworkers: what, when, where and why. *Industrial health*, v. 57, n.4, p. 419–453. DOI: 10.2486/indhealth.2018-0147

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. do C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1107-11, 2010. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 15 nov. 2015.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf. Acesso em: 10 abr. 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 12. ed., 2010.

MONTEZELI, J. H. **O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro**: uma análise na perspectiva das competências gerenciais. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2009. Disponível em: www.ppgenf.ufpr.br/DissertaçãoJulianaMontezeli.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

PIMENTA, A. M. *et al.* Trabalho noturno e risco cardiovascular em funcionários de universidade pública. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 168-177, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a12>. Acesso em: 10 mar. 2020.

REGIS FILHO, G. I. Síndrome da Má-adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica. **Produção**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 69-87, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v11n2/v11n2a05.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

RIBEIRO, R. P. *et al.* Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.** [Internet]. 2018, n 39:e65127. DOI:[10.1590/1983-1447.2018.65127](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127)

SHANNON, G. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. **Hum Resour Health** [Internet], 2019, v. 17, n. 72 DOI:10.1186/s12960-019-0406-0

SILVA, E. S. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, M. M. da *et al.* O trabalho noturno da enfermagem no cuidado paliativo oncológico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 3, maio-jun. 2013. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 20 jun. 2019.

SILVA, R. M. da *et al.* Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a08.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

TEIXEIRA, L. P.; CASANOVA, E. G.; SILVA, T. A. S. M. Doenças ocupacionais na enfermagem - Quando o trabalho adocece. **Revista Pró-Univer SUS**, v. 5, n. 2, p. 19-24, 2014. Disponível em: www.uss.br/pages/revistas/revistaprouniversus/V5N22014/pdf/003.pdf. Acesso em: 20 mar. 2017.

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 20, v. 1, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_21.pdf. Acesso em: 20 mar. 2017.

VEIGA, K. C. G.; FERNANDES, J. D.; PAIVA, M. S. Análise fatorial de correspondência das representações sociais sobre o trabalho noturno da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 18-24, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a03.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.