



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS**  
**CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM**  
**GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

**NADJA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO DE SOUSA**

**MAPEAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO**  
**TRABALHO EM PROFISSIONAIS DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA**  
**EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO.**

**PALMAS – TO**

**2016**

NADJA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO DE SOUSA

MAPEAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO  
TRABALHO EM PROFISSIONAIS DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM  
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Gestão de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Tocantins, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Liliam Deisy Ghizoni

PALMAS - TO

2016

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) Sistema de Bibliotecas**  
**da Universidade Federal do Tocantins**

---

S725m Sousa, Naja de Oliveira Figueiredo de.

MAPEAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO. / Naja de Oliveira Figueiredo de Sousa. – Palmas, TO, 2016.

160 f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins  
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Gestão de Políticas Públicas, 2016.

Orientadora: Liliam Deisy Ghizoni

1. Saúde do Trabalhador. 2. Riscos Psicossociais. 3. Psicodinâmica do Trabalho. 4. Trabalho e Saúde. I. Título

**CDD 350**

---

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

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

NADJA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO DE SOUSA

**MAPEAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO  
TRABALHO EM PROFISSIONAIS DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM  
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado  
Profissional em Gestão de Políticas Públicas  
da Universidade Federal do Tocantins para  
obtenção do título de mestre.

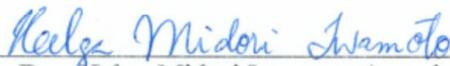
Orientador(a): Profa. Dra. Liliam Deisy  
Ghizoni.

Aprovada em 25/05/2016.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Liliam Deisy Ghizoni (orientadora)



Profa. Dra. Helga Midori Iwamoto (membro interno)



Prof. Dr. Emílio Peres Facas (membro externo)

*Ana Alícia*, minha sobrinha querida, que  
você cresça com a esperança de um  
mundo melhor. E que um dia, meus  
passos sirvam de inspiração na sua  
jornada acadêmica.  
Lembre-se que tudo é possível quando se  
confia em Deus. Amo você!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus, por ter permitido e conduzido essa caminhada, e diante de tantos obstáculos, ficaram muitas coisas boas e ensinamentos que jamais serão esquecidos.

Agradeço aos meus pais Ariosto e Nilza, por sempre terem dado a oportunidade de bons estudos e, à maneira deles, mostrarem que só vencemos pelo estudo.

Obrigada ao meu irmão Ag-hur, sua esposa Renata e minha princesa Ana Alícia. Minha cunhada e amiga Lívia, que sempre orou por mim. A família fortalece a caminhada.

Agradeço aos meus professores ainda na infância. Sem a Tia Lídia o meu português não seria o mesmo; e sem a Tia Carmem eu não teria tanto trato com as palavras.

Agradeço a Universidade Federal da Paraíba. Através da academia desenvolvi um novo olhar para a saúde pública, e hoje sou apaixonada. Acredito no SUS e no seu poder de transformação. Atuar na saúde do trabalhador foi mais uma paixão que veio com o tempo.

E no compasso das ondas, logo depois da graduação, o Senhor me trouxe um amor, meu marido Didacio. Ele sempre me elogiou pelo meu esforço em querer estudar. Penso que isso até o motivou na sua caminhada. E antes que eu pensasse em realizar esse sonho, ele já havia pensado por mim. Me incentivou a todo instante. Aguentou meus devaneios, desesperos com prazos. Suportou o meu mal humor e a falta de tempo para nós. Sou uma mulher grata, feliz e apaixonada.

E como tudo na vida é perfeição do Senhor, eis que ganho a orientadora mais que perfeita. “Professora Liliam”, é assim que a chamo. Sou imensamente grata por ela ter me dado o mundo, quando eu queria apenas o canto da casa. Hoje, detenho conhecimentos que jamais ousaria buscá-los. Obrigada, minha querida! O respeito que tive por você, a fidelidade e a consideração em cumprir com seus anseios, foram para mim, a forma de sempre estar dizendo meu muito obrigada!!!!

Aos meus amigos lindos que ganhei no mestrado. Choramos, cantamos, sorrimos, brigamos, orientamos e desorientamos juntos. Foi um momento ímpar conviver com todos eles. Caro companheiro de orientação Philippe Lira, obrigada pelo apoio.

No meu trabalho, a minha *mamis* Marta Alves, foi fundamental em minha rotina entre trabalho e mestrado, me apoiou e colaborou sempre. Parceiras da DANT, sempre tão carinhosas comigo. Agradeço ainda aos colegas que tiraram um tempinho para responder a pesquisa. Espero ter contribuído para atingir as expectativas que eles tinham, quando conversavam comigo, sobre seus anseios pessoais, no momento que eu pedia que respondessem.

Só gratidão e sentimento de dever cumprido!!!

*“E naquele dia nada me perguntareis.  
Na verdade, na verdade vos digo que  
tudo quanto pedirdes a meu Pai, em  
meu nome, ele te dará”*. João 16:23

Amém! Glórias a Deus.

## RESUMO

As organizações do trabalho passam por transformações contínuas que exigem uma reestruturação complexa da relação trabalho e saúde, a qual deve ser compreendida como fator determinante para a qualidade do trabalho e sucesso organizacional. Dessa forma, a promoção e prevenção à saúde do trabalhador precisa ser vivenciada na Instituição e intermediada por uma equipe de pessoas que promovam ações de saúde. Partindo desse pressuposto, há a necessidade de se trabalhar a saúde do servidor público da Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), cujo papel é o de constante vigilante da saúde da população, porém, está sujeito a situações de estresse e outros fatores que podem levar ao adoecimento. Diante desse contexto, este estudo busca mapear os riscos psicossociais no trabalho dos servidores da Diretoria de Vigilância em Saúde, no município de Palmas-TO. Especificamente, buscou-se investigar as características da organização prescrita do trabalho na DVS; avaliar o estilo da gestão da organização do trabalho no respectivo órgão; levantar os riscos de sofrimento patogênico no trabalho, num grupo de servidores públicos de saúde; identificar os danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho no referido órgão; e identificar ações preventivas e curativas desenvolvidas dentro do referido órgão. Trata-se de uma pesquisa social de caráter exploratório e descritivo, com a adoção de métodos quantitativos e qualitativos. Participaram da pesquisa os trabalhadores da DVS lotados em todas as gerências que compõem a diretoria, perfazendo um total de 137 servidores (37% do total). Utilizou-se como instrumento de coleta de dados o Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART), encaminhado via Google Docs. Obteve-se 104 respostas, consideradas como amostra válida, após cálculo da amostra aleatória simples. Os dados quantitativos foram tratados através do SPSS e os qualitativos, por meio da análise de conteúdo. Os resultados da pesquisa indicam que a saúde do trabalhador da Instituição ainda se faz tímida no tocante à execução de ações de promoção e prevenção. A DVS caracterizou-se por apresentar um grupo de profissionais cientes dos problemas enfrentados na Instituição, e que aguardam o diálogo entre eles e os gestores, para transformação dos aspectos negativos do trabalho. O ambiente é fortemente caracterizado pelo estilo de gestão burocrática, embora haja, em contrapartida, significativa representação de uma gestão coletiva. Verificou-se à luz da Psicodinâmica do Trabalho a existência de riscos associados tanto ao sofrimento patogênico quanto ao sofrimento ético e criativo. Riscos que deverão sofrer intervenção da gestão e da equipe de saúde do trabalhador, visando à saúde dos servidores.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Riscos Psicossociais; Psicodinâmica do Trabalho; Trabalho e Saúde.

## ABSTRACT

Labor organizations undergo continuous transformations that require complex restructuring of the relationship between work and health, which should be understood as a determining factor for the quality of work and organizational success. Thus, promotion and prevention to workers' health need to be experienced in the Institution and intermediated by a team of people who will promote health actions. Based on this assumption, there is an identified need to work toward the health of the public servants of the Board of Health Surveillance (*DVS*), whose role is being a constant observer of the population's health, aware of stress and other factors that can lead to illness. In this context, the present study aims to map out the psychosocial risks in the work of servants of the Board of Health Surveillance in the city of Palmas-TO. Specifically, we sought to investigate the characteristics of the prescribed work organization in the *DVS*; evaluate the management style of work organization in the respective body; identify the risk of pathogenic suffering at work by a group of public servants in healthcare; identify the physical and psychosocial damage resulting from work in that body; and identify preventive and curative actions developed within this body. This is a social research of exploratory and descriptive nature, with the employment of quantitative and qualitative methods. The participants were *DVS* workers in all the management positions that make up the Board: 137 workers that account for 37% of the total servants. The Assessment Protocol for the Management of Psychosocial Risk at Work (*PROART*) was used for data collection sent via Google Docs. After calculating the simple random sample, we obtained 104 responses considered a valid sample. The quantitative data were analyzed with SPSS and the qualitative data through content analysis. The survey results indicate that the health of workers in this Institution is still feeble regarding the implementation of promotion and prevention actions. The *DVS* was characterized by presenting a group of professionals aware of the problems in the Institution and awaiting the dialogue between them and managers for transformation of the negative aspects of work. The bureaucratic management style strongly characterizes the Institution although the collective management style is also significantly representative. It was in the light of the Psychodynamics of Work that risks associated with both pathogenic suffering and ethical and creative suffering were identified. Risks that should undergo intervention by the management and the worker's health team aiming at these servants' health.

**Keywords:** Occupational Health; Psychosocial Risks; Psychodynamics of Work; Work and Health.

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora .....	42
Figura 2 – Localização Geográfica da cidade de Palmas TO.....	60
Figura 3 – Organograma da Diretoria de Vigilância em Saúde .....	61
Figura 4 – Escala de frequência likert.....	66
Figura 5 – Índices temáticos.....	98

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atribuições dos gestores do SUS quanto à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora .....	43
Quadro 2 – Experiências de sofrimento-prazer na relação do trabalho .....	57
Quadro 3 – Apresentação dos fatores de determinação de riscos psicossociais dispostos nas escalas do PROART .....	72

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Faixa etária dos respondentes.....	73
Tabela 2. Frequência por sexo.....	74
Tabela 3. Frequência por escolaridade.....	74
Tabela 4. Estado civil dos participantes.....	74
Tabela 5. Frequência de tempo de serviço.....	75
Tabela 6. Frequência do cargo atual.....	75
Tabela 7. Tipos de contrato de trabalho.....	76
Tabela 8. Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano.....	76
Tabela 9. Estatística descritiva EOT.....	77
Tabela 10. Distribuição de frequência dos fatores da EOT.....	78
Tabela 11. Itens divisão de tarefas.....	78
Tabela 12. Itens Divisão social do trabalho.....	79
Tabela 13. ANOVA divisão de tarefas.....	80
Tabela 14. ANOVA Divisão social do trabalho.....	81
Tabela 15. Divisão social do trabalho - escolaridade.....	81
Tabela 16. Divisão social do trabalho – tempo de serviço.....	82
Tabela 17. Estatística descritiva EEG.....	83
Tabela 18. Distribuição da frequência dos fatores EEG.....	83
Tabela 19. Itens estilo gerencialista.....	83
Tabela 20. Itens estilo coletivo.....	84
Tabela 21. ANOVA estilo gerencialista.....	85
Tabela 22. ANOVA estilo coletivo.....	86
Tabela 23. Estilo coletivo - sexo.....	86
Tabela 24. Estilo coletivo - escolaridade.....	87
Tabela 25. Estilo coletivo - tipo de contrato de trabalho.....	87
Tabela 26. Estatística descritiva ESPT.....	88

Tabela 27. Distribuição de frequência dos fatores da ESPT .....	89
Tabela 28. Itens falta de sentido no trabalho .....	89
Tabela 29. Itens esgotamento total .....	90
Tabela 30. Itens falta de reconhecimento .....	90
Tabela 31. ANOVA falta de sentido no trabalho .....	91
Tabela 32. ANOVA esgotamento mental .....	91
Tabela 33. ANOVA falta de reconhecimento .....	92
Tabela 34. Estatística descritiva EDT .....	93
Tabela 35. Distribuição de frequência dos fatores da EDT.....	94
Tabela 36. Itens danos psicológicos.....	94
Tabela 37. Itens danos sociais .....	94
Tabela 38. Itens danos físicos.....	95
Tabela 39. ANOVA danos psicológicos .....	95
Tabela 40. ANOVA danos sociais .....	96
Tabela 41. ANOVA danos físicos .....	96

**LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS**

ANOVA: Análise de Variância  
CAT: Comunicação de Acidente no Trabalho  
CCZ: Centro de Controle de Zoonoses  
CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador  
CIEVS: Centro de Informações Estratégicas e Resposta de Vigilância em Saúde  
CLT: Consolidação das Leis do Trabalho  
DORT: Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho  
DP: Desvio-Padrão  
DVS: Diretoria de Vigilância em Saúde  
EDT: Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho  
EEG: Escala de Estilos de Gestão  
EOT: Escala de Organização no Trabalho  
ESPT: Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho  
FESP: Fundação Escola em Saúde Pública  
GVE: Gerência de Vigilância Epidemiológica  
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social  
LER: Lesão por Esforço Repetitivo  
MPS: Ministério da Previdência Social  
MS: Ministério da Saúde  
MTE: Ministério do Trabalho e Emprego  
NOST-SUS: Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS  
NR: Norma Regulamentadora  
NUSAT: Núcleo de Saúde do Trabalhador  
OIT: Organização Internacional do Trabalho  
OMS: Organização Mundial de Saúde  
PNH: Política Nacional de Humanização  
PNSST: Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho  
PNSTT: Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora  
PROART: Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais no Trabalho  
RENAST: Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador  
RH: Recursos Humanos

SEMUS: Secretaria Municipal de Saúde

SIASS: Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal

SIG: Nível de Significância

SINAN: Sistema de Notificação de Agravos de Notificação

SPSS: Pacote Estatístico para as Ciências Sociais

SUS: Sistema Único de Saúde

ST: Saúde do Trabalhador

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VISA: Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1. Justificativa e relevância .....	21
1.2. Formulação da situação problema .....	23
1.3. Objetivo geral .....	26
1.4. Objetivos específicos .....	27
2. SAÚDE E TRABALHO NAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS .....	28
2.1. Retrospectiva histórica.....	28
2.2. Contextualizando a relação saúde e trabalho .....	31
2.3. A saúde dos trabalhadores de organizações públicas de saúde .....	37
3. POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR .....	39
3.1. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT .....	39
3.2. Contextualizando as ações da equipe de saúde do trabalhador .....	45
4. PSICODINÂMICA DO TRABALHO: PROCESSO DE PRAZER-SOFRIMENTO NO TRABALHO .....	51
4.1. Compreendendo a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho .....	51
4.2. Conceituando a Organização do Trabalho a partir da Psicodinâmica .....	53
4.3. Prazer e sofrimento no trabalho .....	55
5. METODOLOGIA.....	59
5.1. Caracterização da organização estudada.....	59
5.2. Tipo de Pesquisa.....	62
5.3. População .....	63
5.4. Instrumento de coleta de dados .....	65
5.5. Procedimentos para coleta de dados .....	67
5.6. Procedimento para análise dos dados .....	69
5.6.1. Análises descritivas .....	69
5.6.2. Análises inferencial .....	69

5.6.3. Apresentando a análise de conteúdo .....	70
5.7. Devolução dos dados para a população pesquisada .....	71
6. RESULTADOS .....	72
6.1. Apresentando os dados quantitativos.....	72
6.1.1. Perfil demográfico dos profissionais que compõe a DVS .....	73
6.1.2. Escala de Organização do Trabalho - EOT .....	77
6.1.3. Escala de Estilo de Gestão - EEG .....	82
6.1.4. Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho - ESPT.....	87
6.1.5. Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho - EDT.....	93
6.2. Apresentação dos dados qualitativos .....	97
6.2.1. Categoria: aspectos positivos em relação ao trabalho.....	99
6.2.2. Categoria: aspectos negativos em relação ao trabalho.....	99
6.2.3. Categoria: desconforto no ambiente de trabalho.....	100
6.2.4. Categoria: seguir paradigmas estabelecidos pela gestão .....	101
6.2.5. Categoria: necessidade de um espaço de diálogo entre os trabalhadores e a gestão .....	102
6.2.6. Categoria: tentativa de mobilização dos profissionais da DVS frente aos problemas existentes na organização .....	102
7. DISCUSSÕES .....	105
7.1. Escala de organização do trabalho.....	106
7.2. Escala de estilos de gestão .....	109
7.3. Escala de sofrimento patogênico no trabalho.....	111
7.4. Escala de danos físicos e psicossociais no trabalho.....	114

7.5. Aspectos relevantes a saúde do trabalhador evidenciados na análise qualitativa.....	117
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	119
REFERÊNCIAS .....	122
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	132
APÊNDICE B – LISTA DE PALAVRAS E NÚMERO DE OCORRÊNCIA.....	134
APÊNDICE C – PRODUTO DO MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	135
ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA E PARA USO DO NOME.....	151
ANEXO 2 – PROCEDIMENTO DE SUBMISSÃO E ATUAL SITUAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UFT .....	152
ANEXO 3 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO – PROART .....	154

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho é meio integralizador entre o homem e a sociedade e atua como fator central no processo da construção da identidade e personalidade humana. É critério para a realização pessoal e de bem-estar. O trabalhador se observa como parte integrante da sociedade, sujeito de um coletivo, cujo papel é essencial para a construção do todo, e dessa maneira, a vivência como ser social no âmbito das relações de trabalho, torna-se indispensável para o seu *eu* interior.

Atualmente, para estar inserido no âmbito das organizações do trabalho, o homem acaba por possuir características essenciais ao capitalismo e o conseqüente consumismo. É exigido do trabalhador que ele seja mais dinâmico, ágil, proativo, que deve ter a capacidade de atuar em equipe, ter domínio de línguas, ser competitivo, arriscar-se e sempre estar à frente em níveis de estratégias de produção ou desenvolvimento. Tais requisitos impactam sobre o indivíduo de forma negativa, dando a ele a obrigação de adequar-se a tal realidade.

Além do mais, “deve-se admitir que o cenário do mundo do trabalho é precário e desfavorável aos trabalhadores” (FACAS, 2013, p. 16). Para Mendes (1995), em um dos lados está o trabalhador com sua necessidade de produzir e auto realizar-se profissionalmente, e do outro encontra-se a organização, instituindo o funcionário a um modelo elaborado de trabalho. A submissão do indivíduo aos padrões empresariais de produção, reduz a capacidade deste em atingir o bem-estar que deveria ser proporcionado pela atividade laboral.

Assim, a mecanização do homem com fins capitalistas, tira a essência do sujeito social que produz em benefício do meio em que vive, passando para a linha do simples produtor de algo à ser consumido.

Diante do sofrimento entre o homem, o trabalho prescrito e a realização do trabalho, o ambiente globalizado e capitalista, e observando a influência que a atividade laboral exerce no perfil epidemiológico do profissional, é necessário analisar as organizações do trabalho como fator determinante na saúde do trabalhador. A gestão deve estar atenta à defasagem entre a organização prescrita e o real do trabalho, e o modo com que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada em virtude dessa oposição.

A partir do momento que se esgotam todas as formas de articulação para tentar uma melhor adaptação à forma de trabalho estabelecida pela organização, há o sofrimento. Em algumas organizações tem-se a liberdade de negociação entre o trabalhador e a organização do trabalho, permitindo que o profissional modifique, de acordo com suas necessidades, a própria organização do trabalho, de forma a tornar o prescrito do trabalho adaptável ao seu modo operacional. Em outros casos, o profissional não consegue articular com a organização, fazendo

com que o trabalho traga sofrimento e adoecimento (DEJOURS, 1992; SELIGMANN-SILVA, 2014).

Em se tratando do setor público de saúde, muito se exige em eficiência e responsabilidade dos seus profissionais, devido à relevância dos serviços prestados. O servidor público que atua em uma organização promotora de saúde, deve estar preparado para trabalhar com o interesse da sociedade, atendendo à uma legislação que prevê a participação social nas ações. Macedo; Carvalho e Coutinho (s.d.) explicam que o profissional técnico em saúde lida com um cliente exigente, inserido em um sistema democrático, globalizado, que busca pela resolução dos seus problemas de saúde de forma rápida e eficaz.

A Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS) é uma das seis diretorias que compõe a Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas (SEMUS), capital do estado do Tocantins. É um exemplo de órgão público, cujo corpo técnico multiprofissional encontra-se em constante preocupação com a saúde dos munícipes, mas que está condicionado a uma prescrição de trabalho estabelecida, regida por legislações, dependentes de outros setores da sociedade para a implementação de ações. Estes fatores exigem dos técnicos em saúde, esforços e resolutividade em suas ações.

Como já foi mencionado, as atribuições impostas ao servidor de saúde, podem refletir, no perfil epidemiológico deste grupo de profissionais de forma negativa, contribuindo para o surgimento de patologias relacionadas ao trabalho.

Em 2005, no Brasil, mais de um bilhão de reais foram aplicados em benefícios auxílio-doença previdenciário, que cobrem os afastamentos do trabalho devido a uma morbidade declarada (RODRIGUES, et al., 2013, p.136). De acordo com a Previdência Social (BRASIL, 2013b), no ano de 2012, mais de dois bilhões de reais foram gastos com auxílio-doença no país. A concessão do benefício auxílio-doença previdenciário para contribuintes tem aumentado a cada ano, e dentre as causas estão inclusos os transtornos comportamentais e de relacionamento.

Dessa maneira,

a ausência ao trabalho motivada por episódio de doença assume relevância na esfera do emprego público devido ao volume de licenças médicas e de dias não trabalhados no setor. Adicionalmente, o evento é mais frequente entre trabalhadores que lidam com atendimento ao público, particularmente entre aqueles que prestam cuidados a doentes (RODRIGUES, et al., 2013, p. 136).

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) surgiu para contemplar o pensamento da sociedade civil, dos profissionais de saúde, trabalhadores e acadêmicos (BRASIL, 2012). Relaciona-se ao “desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, visando à promoção e à proteção de sua saúde e à redução da

morbimortalidade decorrente do adoecimento e dos agravos nas atividades laborais” (MINAYO-GOMEZ, 2013, p. 21). Desse modo,

a saúde no trabalho está na busca pela integridade física, psíquica e social pelos trabalhadores em sua organização do trabalho e se viabiliza pelo uso eficaz de estratégias de mediação para responder às diversidades do contexto de produção, possibilitando a ressignificação ou transformação do sofrimento no trabalho (FACAS, 2013, p. 25).

Na perspectiva da PNSTT, as organizações públicas precisam avaliar a presença de riscos psicossociais que levem ao sofrimento dos profissionais. Com isso, preventivamente são diminuídas as chances do sofrimento se tornar patogênico. “O sofrimento passa a ser considerado patogênico quando se esgotam os recursos defensivos, permanecendo a vivência prolongada de fracasso, que desencadeia o adoecimento” (MORAES, 2013b, p.417).

Partindo dessa perspectiva, esta pesquisa objetiva mapear os riscos psicossociais junto aos profissionais da DVS, a partir da aplicação do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART), proposto e validado por Facas (2013), cujos instrumentos envolvem a investigação da relação trabalhador-organização do trabalho.

Sendo assim, o Produto deste Mestrado Profissionalizante em Gestão de Políticas Públicas é o mapeamento dos riscos psicossociais dos profissionais da DVS (Apêndice C).

De modo que, o presente estudo está composto por esta introdução, considerada o *Capítulo 1*, seguida da justificativa e relevância desta pesquisa, bem como a formulação da situação problema e dos objetivos. Na sequência, apresenta-se quatro capítulos teóricos. O *Capítulo 2*, de abertura, tem por objetivo apresentar a DVS, mediante a sua caracterização, localização geográfica e recursos humanos que constituem o órgão.

O *Capítulo 3*, destaca a relação entre o trabalho e a saúde, através de uma retrospectiva histórica dessa relação, a conceptualização dos termos, correlacionando-os, e por fim, apresentando o papel dos gestores de organizações públicas no tocante a saúde dos seus trabalhadores.

O *Capítulo 4* que se segue, aborda, de forma geral, o surgimento da PNSTT, discorre sobre a política quanto aos seus objetivos e responsabilidade dos entes federativos, e contextualiza as ações a serem desenvolvidas pelas equipes responsáveis pela Saúde do Trabalhador (ST), no âmbito da promoção da saúde.

O *Capítulo 5*, último capítulo teórico, traz de forma sucinta, o início da Psicodinâmica do Trabalho, a sua prática nas relações do trabalho e os conceitos que cercam a ciência. Aborda, ainda, a relação prazer e sofrimento no trabalho e, por fim, se faz entender a Organização do Trabalho à luz da Psicodinâmica.

O *Capítulo 6*, apresenta o processo metodológico utilizado para o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, são apresentados o *Capítulo 7* expondo os resultados quantitativos e qualitativos, e o *Capítulo 8* que traz as discussões dos resultados à luz da Psicodinâmica do Trabalho, seguido das Considerações Finais.

## **1.1 Justificativa e Relevância**

As ações de saúde preventiva ao trabalhador decorrem de uma necessidade maior, não meramente prevenir doenças ou acidentes, mas também valorizar a figura humana, mostrar o quanto o trabalhador se faz importante dentro da instituição. Visa identificar os mecanismos diversos, considerados fatores de risco à saúde do trabalhador, inclusive os não visíveis a ele e aos outros.

Nesse cenário, constitui-se a importância científica deste trabalho, visto que a saúde do trabalhador “é uma área passível de abrigar diferentes aproximações e de incluir uma variedade de estudos e práticas de indiscutível valor” (MINAYO-GOMEZ, 2013, p. 21). O autor afirma que a saúde do trabalhador é interdisciplinar e multiprofissional, e o quanto é abrangente o processo saúde-trabalho face às múltiplas linhas de pesquisa, o que justifica a relação estabelecida nesse estudo entre saúde do trabalhador e a psicodinâmica do trabalho.

Ademais, muitos são os estudos que envolvem essa relação. Dentre eles estão inclusos: Traesel e Merlo (2009), cujo estudo implica no reconhecimento do trabalho quando colocado como fator contribuinte para a preservação da saúde mental; Traesel e Merlo (2011), investigaram a psicodinâmica a partir do trabalho imaterial da enfermagem, analisando as vivências coletivas a partir da demanda de trabalho. Ambos os estudos realizados no Rio Grande do Sul. Encontrou-se também um estudo envolvendo as experiências de prazer e sofrimento em profissionais de enfermagem em hospitais do Distrito Federal (REGO, 2009).

Outros estudos envolvendo trabalhadores que não os da enfermagem, porém com relevância quanto ao sofrimento desencadeado na atividade laboral, são identificados. É o caso do estudo de Nascimento, Duarte e Mendes (2012), realizado com os bancários e a vivência do sofrimento relacionada à atividade de suporte e atendimento. Há também um estudo realizado por Anchieta et al (2011) com policiais civis no Distrito Federal, enfatizando os riscos de adoecimento. Mendes, Vieira e Morrone (2009) estudaram os riscos de adoecimento e as vivências de prazer-sofrimento nos operadores de teleatendimento.

São poucos os registros de estudos que envolvam a psicodinâmica do trabalho no estado do Tocantins. Ghizoni (2013) realizou uma escuta clínica com os catadores de uma associação

de Palmas/TO. Outro estudo associado a Psicodinâmica do Trabalho no estado do Tocantins foi realizado por Almeida (2010), com os servidores públicos estaduais, com o qual analisou-se o afastamento por transtornos psiquiátricos entre os anos de 2006 a 2008, neste público.

Mais recentemente, Freitas (2015), utilizando-se de duas das escalas do PROART, embasado na Psicodinâmica, buscou identificar os fatores de prazer e sofrimento em profissionais administrativos de uma instituição pública no Tocantins.

Destaca-se que o PROART é um instrumento novo, criado em 2013 por Emílio Facas, e validado em 2015. Alguns trabalhos já aparecem utilizando o instrumento, como é o caso do estudo de Freitas, citado acima, algumas monografias defendidas (Campos et al., 2014; Damaso et al., 2014; Fonseca, Silva e Silva, 2014) e o trabalho de Facas et al (2015), quando realiza uma análise clínica e dos riscos psicossociais no trabalho bancário. Porém, a necessidade da difusão do instrumento acaba por fortalecer esta relevância científica.

A partir da observação dos trabalhadores envolvidos na instituição pública, do tipo de trabalho prescrito, da experiência na enfermagem do trabalho, e observando o papel de vigilante constante da saúde da população, atribuído a situações de estresse e outros fatores que podem levar ao adoecimento, surgiu a relevância institucional deste estudo. Sobretudo o interesse em realizar o mapeamento de riscos determinantes ao comprometimento do bem-estar do profissional da instituição pública.

Vale ressaltar, que a Diretoria de Vigilância em Saúde (DVS), no município de Palmas/TO, é um órgão público, cujos servidores lidam, direta ou indiretamente, com a população e o adoecimento. Para isso, faz-se necessário que situações de risco à saúde destes servidores, principalmente no que tange à saúde mental, sejam identificadas e avaliadas, e ações de promoção de saúde se realizem, no intuito de evitar o adoecimento psicológico do trabalhador. Dessa forma, preserva-se o relacionamento deste com o público ou com os outros profissionais.

Nota-se a importância em contribuir com a DVS, fornecendo à área de saúde do trabalhador que atua na organização, um mapeamento dos riscos psicossociais de seus trabalhadores, analisados à luz da psicodinâmica do trabalho. Este produto proporcionará a construção de ações preventivas, ou mesmo corretivas, para a saúde do trabalhador. A pesquisa se torna oportuna, portanto, para a criação de um banco de dados, envolvendo os trabalhadores da instituição, proporcionando adequações entre a organização do trabalho, trabalho prescrito e real do trabalho.

Esta relevância institucional ganha maior significado pelo fato de a pesquisadora ser também servidora do órgão onde o mapeamento será realizado. Faz-se assim a união da academia com o exercício profissional.

O valor social deste estudo se caracteriza, em princípio, por desenvolver-se em uma instituição pública que tem por missão promover a saúde, e buscar melhores condições de atendimento para seus clientes. Ou seja, trata-se da busca por melhor qualidade de trabalho ao servidor, beneficiando como consequência o receptor final, ou seja, o cliente, usuário da saúde pública.

Além do mais, torna-se imprescindível repensar as ações da política de saúde do trabalhador implementadas ao funcionalismo da saúde pública, principalmente no que concerne ao campo psicossocial. Incluí-lo como fator desencadeador de patologias do trabalho, reflete uma transformação das ações de saúde a serem executadas.

Assim, ancorada nestas três relevâncias, científica, institucional e social, esta pesquisa sobre os riscos psicossociais relacionados ao trabalho em profissionais da Diretoria de Vigilância em Saúde – TO se justifica pois, “no Estado do Tocantins esta ainda é uma realidade com quase nenhuma investigação mais pormenorizada, que possa disponibilizar informações e estatísticas” (ALMEIDA, 2010, p. 04).

## **1.2. Formulação da situação problema**

Considerando que nas organizações o trabalhador precisa ter saúde, ou seja, estar bem de forma bio-psico-social, e o quanto é importante manter ações que gerem esse bem-estar, entende-se ser imprescindível que a área de saúde do trabalhador, da instituição pública, conheça os riscos aos quais seus funcionários estão expostos.

Um exemplo de risco, muito comum em profissionais do serviço público de saúde, é o acúmulo de empregos. Os estudos apontam que profissionais com mais de um vínculo empregatício tendem a desenvolver problemas de saúde. Martins; Valente (2010, p.534), ao desenvolverem um estudo com profissionais enfermeiros que atuam em uma emergência hospitalar, apontam que “as jornadas de trabalho, para os profissionais de enfermagem de modo geral, são infinitas, uma vez que acumulam diversos empregos por conta dos baixíssimos salários, sendo estes com execução de 36 a 48 horas consecutivas de trabalho diurno e noturno”.

Os autores observaram nas falas dos respondentes da pesquisa que a maioria possui mais de um emprego, o que dificulta a execução do autocuidado. Tornam-se estressados, cansados fisicamente e mentalmente, e alguns adoecem.

Um exemplo fora da área da saúde é o estudo realizado por Dantas; Silva (2015), envolvendo profissionais do jornalismo no Rio Grande do Norte. Os autores evidenciaram que dois terços dos jornalistas possuem dois ou mais empregos, o que indica precarização das condições de trabalho dos profissionais, visto a necessidade de tantos vínculos. Constatam também a negatividade desse fato sobre a saúde e qualidade de vida dos profissionais.

A DVS se apresenta como uma organização do trabalho, na qual boa parte dos profissionais possuem mais de um vínculo empregatício. Diante do exposto, e salientando que alguns desses servidores possuem a segunda jornada de trabalho no período noturno, eis que se justifica a atuação da saúde do trabalhador.

Damaso et al. (2014) em seu trabalho com os policiais civis do Distrito Federal, evidenciaram o prejuízo no sono dos profissionais pela realização de plantões noturnos. Santana et al. (2015), ao realizarem um trabalho com profissionais de enfermagem de uma UTI, identificaram que os profissionais tinham prejuízo em suas relações sociais e com familiares, por se ausentarem dos eventos que acontecem nesse período, e por não conseguirem dar assistência à família. A má qualidade de vida foi evidenciada por percepções de constante cansaço, sono e dificuldade de concentração.

Corroborando a discussão apresentada sobre o duplo vínculo e o trabalho noturno, Santana et al. (2015, p.29), em sua reflexão diante dos depoimentos dos profissionais entrevistados, expõe muito bem a questão: “em relação ao cotidiano profissional, percebe-se que o simples fato de ter dois empregos já é estressante. Quando se tem um emprego no período noturno interfere ainda mais pelo adicional sono, cansaço, diminuição na disposição, redução do rendimento no outro serviço e alterações fisiológicas do organismo”.

Ferreira (2013c), compreendendo o trabalho na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, ressalta que todo trabalho envolve uma ação de “fazer” do sujeito, e nem sempre as consequências do fazer geram prazer. O trabalhador está propício a situações de fracasso, o que pode lhe causar sofrimento. A discrepância entre o prescrito e o real do trabalho também é fator produtor de sofrimento, desde que o prescrito seja um instrumento de opressão e não um fator norteador em seu trabalho.

Considerando a DVS e todos os aspectos que compõem a organização deste órgão público, e partindo do desafio que cada servidor tem em fazer o seu melhor, para atingir bons indicadores de saúde, a compreensão dos fatores sociais e psicológicos determinantes do sofrimento, possibilitaria a organização do trabalho “compreender os processos de subjetivação, as patologias e a saúde vinculados ao ambiente de trabalho e às estratégias

empregadas pelos trabalhadores para darem conta do real do trabalho” (FERREIRA, 2013a, p. 15).

O autor continua sua reflexão sobre os profissionais da saúde atentando ao fato de que esse público está, continuamente, sujeito ao estresse ocupacional, em virtude da natureza do seu trabalho. Enfatiza que o Ministério da Saúde, ao publicar a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, propôs transformações no processo de gestão do trabalho partindo da compreensão do ambiente a partir do ponto de vista do trabalhador ali inserido.

Alves (2012) traça os principais agravos relacionados à saúde do trabalhador que foram notificados entre os anos de 2007 a 2011 no estado do Tocantins. Segundo o autor, o acidente de trabalho grave foi a principal causa de notificações nesse período, atingindo 67% do total. Em segundo lugar estão os acidentes com exposição à material biológico, representando cerca de 30% dos casos. Em menores proporções estão as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e os Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORT); o transtorno mental representando 0,65% das notificações; dermatites ocupacionais, pneumoconioses e o câncer relacionado ao trabalho.

Tais agravos são relacionados de acordo com a Portaria GM/MS nº 777 (BRASIL, 2004), que estabeleceu a notificação compulsória de 11 agravos relacionados à Saúde do Trabalhador, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Cabe colocar nesse contexto, que o acidente de trabalho e a doença relacionada ao trabalho são fatores contributivos, ou ainda, podem ser a causa direta para a morte do trabalhador. A Previdência Social traz em sua base de dados que no ano de 2012 foram notificados 508 acidentes de trabalho no município de Palmas.

Em virtude da grande quantidade de notificações de agravos relacionados ao trabalho no Brasil, o Ministério da Saúde resolveu tornar o acidente de trabalho e as doenças ocupacionais como de notificação compulsória, ou seja, a sua ocorrência deve ser notificada para que os órgãos responsáveis possam tomar decisões.

Alves (2012) traz em seu estudo, que entre os anos de 2007 a 2011, dentre as notificações de interesse à saúde do trabalhador no estado do Tocantins, quanto às profissões que mais aparecem nesse quadro se destacam os profissionais técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro.

Com relação às doenças relacionadas ao trabalho no Brasil “os estudos da OMS apontam que 30% dos que se encontram ocupados são portadores do chamado - transtorno psiquiátrico menor, e 5 a 10% dos chamados - transtornos psiquiátricos maiores” (ALMEIDA, 2010, p. 27), no qual envolvem quadros de ansiedade, depressões e até mesmo esquizofrenia nos transtornos

maiores. A principal classe de trabalhadores afetadas por esses transtornos é a dos professores, e o Tocantins aparece em décimo lugar no quantitativo de professores com transtornos psicológicos relacionados ao trabalho.

Com relação aos auxílios-doença, “entre 1998-2002 foram concedidos 270.398 benefícios por transtorno mental a uma população de 18 milhões (apenas às pessoas com carteira registrada)” (ALMEIDA, 2010, p. 28). Almeida traz em suas considerações que o Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde do Ministério da Saúde coloca as doenças mentais como distúrbio latente provocado pelo trabalho, ou agravado por ele. Os transtornos depressivos, cerca de 65% das causas de afastamento do trabalho no Brasil, são vistos como a principal causa futura de incapacitação; hoje correspondem a terceira causa de concessão de benefício por auxílio-doença.

Oliveira (2013), estudando os afastamentos por transtornos mentais nos servidores federais do Tocantins, identificou que os episódios depressivos relacionados ao estresse e os transtornos de ansiedade, foram as principais causas de afastamento em 103 funcionários do poder executivo do Estado.

A sobrecarga de trabalho dos profissionais de instituições públicas correlacionada ao deficiente número nos recursos humanos há de ser considerado como fator causador de afastamentos de servidores públicos. Em seu estudo realizado com os servidores do Instituto Federal do Tocantins, Freitas (2015) constatou que o deficiente número de profissionais para atender a demanda de trabalho é considerado fator grave, visto que além do seu prescrito há um real do trabalho, proveniente de atividades delegadas pela organização, devido ao pouco quantitativo de profissionais.

Diante de toda esta problemática exposta sobre a saúde dos servidores públicos, tem-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais riscos psicossociais advém da relação trabalhador-organização do trabalho na Diretoria de Vigilância em Saúde no município de Palmas/TO?

### **1.3. Objetivo geral**

Mapear os riscos psicossociais no trabalho dos servidores da Diretoria de Vigilância em Saúde no município de Palmas/TO.

#### **1.4. Objetivos específicos**

- Investigar as características da organização prescrita do trabalho da Diretoria de Vigilância em Saúde;
- Avaliar o estilo de gestão da organização do trabalho no respectivo órgão;
- Levantar os riscos de sofrimento patogênico no trabalho com um grupo de servidores públicos de saúde;
- Identificar os danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho no referido órgão;
- Identificar ações preventivas e curativas desenvolvidas dentro do referido órgão.

## 2. SAÚDE E TRABALHO NAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

O capítulo a seguir trata da relação saúde e trabalho dentro do ambiente organizacional, mas especificamente no caso desse estudo, da organização pública de saúde. Por isso, em se tratando de Organização do Trabalho, pode-se dizer que, “provavelmente desde sempre as pessoas se preocupam em organizar o trabalho. [...]. Historicamente, o termo ganha notoriedade quando passa a designar o modelo taylorista de organização do trabalho, baseado nos princípios da administração científica do trabalho” (ANJOS, 2013, p. 267).

A organização prescrita do trabalho nada mais é do que o estabelecimento de regras, diretrizes, normas para execução de uma determinada ocupação, ou desenvolvimento de uma função. Principalmente quando o trabalho é realizado por um grupo de pessoas, no qual as atribuições específicas e do coletivo precisam ser definidas pelo modelo instituído na organização.

Anjos (2013) afirma que o modelo de padronização do trabalho em um sistema organizado impele o homem ao seguimento de regras. Assim, tais padrões inferem tanto na vida produtiva quanto na vida particular do ser humano, visto que as pessoas passam a maior parte do tempo no seu ambiente de trabalho. As organizações interferem definitivamente no estilo de vida das pessoas, desde as relações sociais, nos padrões familiares e na saúde dos indivíduos.

Relacionando a organização do trabalho à saúde do indivíduo, de maneira a pontuar a interferência que o trabalho tem diretamente no estado de saúde do sujeito, faz-se necessário o conhecimento sobre a origem da relação saúde e trabalho. Segue, portanto, a avaliação histórica do binômio saúde-trabalho, bem como sua conceituação e entendimento de sua aplicação nas organizações públicas de saúde.

### 2.1. Retrospectiva histórica

A relação entre saúde e trabalho em linhas gerais datam do final do século XVIII ao início do século XIX, em que Bernardino Ramazzini, médico italiano, inicia um trabalho com doenças ocupacionais chamado *De Morbis Artificum Diatriba* (Doenças do Trabalho), que o levou a ser considerado, posteriormente, o pai da medicina do trabalho. O estudo caracterizou-se por analisar o trabalho como uma patologia decorrente do passar dos anos, devido ao contato com agentes nocivos à saúde. Trouxe como inovação para a época, o estudo sobre as epidemias de doenças infecciosas, no âmbito da classe funcional.

O século XX foi marcado pelo término do período feudal na Europa e início das revoltas da massa operária, que culminou na revolução de 1917, e pelo crescimento da indústria e aumento da mão-de-obra, o que levou a modificações estruturais no Estado para garantir melhorias nas condições de saúde dos operários. As relações de trabalho sofreram mudanças com o intuito de diminuir a situação de miséria em que viviam os trabalhadores, e consequentemente, garantir melhores condições de vida ao povo operário.

Com o fim da primeira guerra mundial e a criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) no ano de 1919, instituiu-se como responsabilidade da organização, a estruturação das normas internacionais do trabalho, exigidas durante as revoltas que marcaram o final do século XIX e início do século XX. A OIT “adotou, desde o início, normas preventivas que tratavam da limitação da jornada, do desemprego, da proteção à maternidade, do trabalho noturno de menores e mulheres, e da idade mínima para admissão de crianças” (SELIGMANN-SILVA, et al. 2010. p.185). Tais medidas caracterizam a preocupação da organização com a melhoria das condições de vida, e garantia do bem-estar físico da classe operária, por mais que em aspectos limitados.

Concomitante com a melhoria das condições de vida do trabalhador, estudos envolvendo os aspectos psicológicos voltados ao trabalho começaram a ser discutidos em 1913 por Hugo Munsterberg, cujas obras relacionava a psicologia à eficiência industrial. No campo da psicopatologia, a discussão iniciada por Le Guillant em 1956, apresentou os distúrbios mentais como tendo causa direta, o trabalho.

Em 1980, “principalmente com os estudos de Christophe Dejours, amplia-se o campo da pesquisa, buscando-se compreender como a maioria dos trabalhadores conseguem "driblar" a doença mental, mesmo em contextos de trabalho marcados por alta precarização e pressão organizacional” (FACAS, 2013, p. 76). A investigação de fatores psicológicos geradores de patologias relacionadas ao trabalho fizeram brotar uma nova vertente de ações que aos poucos faria surgir a psicodinâmica do trabalho.

O Brasil acompanhou no século XX as mudanças na relação saúde e trabalho, que estavam ocorrendo no restante do mundo, tanto que, com o surgimento das áreas voltadas à higiene e segurança do trabalho e o advento da saúde pública, firmou-se a temática da saúde do trabalhador entre as empresas, a comunidade científica e os profissionais de saúde.

A forma de atuação dos serviços de medicina do trabalho, centrada no adoecimento do trabalhador, mostrava-se insuficiente para atender os problemas enfrentados (BRASIL, 2011b, p.01). Os empregados estavam insatisfeitos com a falta de intervenção nos locais de trabalho.

O desenvolvimento industrial, que também ocorrera no Brasil entre as décadas de 60 e 70, tornou indispensável a participação dos trabalhadores nos processos de saúde-doença.

Assim, “a saúde do trabalhador ganha relevância e urgência no âmbito das políticas sociais; os sindicatos, empresários, gestores e trabalhadores enfatizam em suas agendas o importante debate sobre as condições de adoecimentos e de doenças do trabalho” (LARA, 2011, p. 79).

Na década de 80, com o estabelecimento da Constituição Federal de 1988, e posteriormente com a definição da Lei Orgânica 8080, de 1990, Brasil (2011b) considera-se estes eventos, um marco sobre a saúde do trabalhador, visto a ideia de saúde para todos e dever do Estado. Entretanto, a saúde relacionada ao trabalho, foi tratada nesse período, com o propósito de evitar o adoecimento do operário, e não como estratégia de proporcionar bem-estar. Ou seja, diminuindo os níveis de adoecimento ou evitando acidentes de trabalho reduziriam o índice de absenteísmo e, como consequência, ocorreria o aumento da produção.

Nesse meio tempo, a classe trabalhadora ainda se estruturava pela busca de mínimas condições de trabalho digno. A ausência da relação trabalho-saúde-adoecimento no sentido de prevenção e promoção, expressava-se na ocorrência cada vez maior de acidentes do trabalho.

Entre os anos 80 e 90 as buscas pelo serviço médico por parte dos trabalhadores de diversas classes tornaram-se frequentes, e se estendiam para além das eventuais causas de mutilação, intoxicação ou dermatoses. Portanto, novas formas de adoecimento que não pelos tradicionais riscos físicos, químicos e biológicos que acometiam os operários industriais até então, surgiram aos olhos da saúde pública.

A VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 trazia a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), para coordenar e executar as ações de saúde, agora estabelecida como condição de direito social e de cidadania, no qual estava inclusa a saúde do trabalhador. O Brasil passava por modificações no seu modelo de saúde pública. Dentre elas, “a discussão de que o trabalho e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores deveriam ser analisados não somente no tocante às condições tradicionalmente abordadas, mas também aos seus aspectos organizacionais, ergonômicos e psicossociais” (SELIGMANN-SILVA, et al. 2010. p. 185).

Após a inserção do SUS e a reformulação da saúde pública, as ações de saúde no âmbito do trabalho se comprometem cada vez mais com a segurança do trabalhador, no sentido da prevenção de riscos que levem ao adoecimento. Novos riscos surgem como pauta de debate, as ações são replanejadas, aprofundando-se a cada dia a discussão saúde-trabalho-adoecimento.

Para tanto, é relevante explicar os conceitos que abrangem a relação saúde e trabalho, tornando o texto mais compreensível, principalmente tratando das principais formas de adoecimento em decorrência do trabalho.

## **2.2. Contextualizando a relação saúde e trabalho**

Como já foi dito anteriormente, com o aumento da industrialização e produção acentuada, intensificou-se o número de agravos sofridos pelo trabalhador. Entretanto, é necessário compreender os conceitos que norteiam a relação saúde e trabalho, para melhor compreensão do tema. “O termo saúde pode ter como definições: bom funcionamento orgânico; ausência de doenças; completo bem-estar bio-psico-social. Sua concepção, contudo, é traço cultural e, como tal, deve levar em consideração aspectos sócio-contextuais e culturais” (ARAÚJO; XAVIER, 2014, p. 3).

O ser humano tem saúde à medida que desenvolve experiências que lhe gerem prazer, lhe tragam bem-estar. Há que se considerar as variações econômicas, sociais, políticas e culturais que cercam o indivíduo, além das relações pessoais, profissionais, estilos de vida, e outros que não apenas o contexto físico e biológico. Assim, a inexistência de um conceito exato do termo saúde, advém de todas as variações que influenciam na condição de existência do sujeito.

Dejours ao realizar uma palestra para metalúrgicos em 1992, na França, trata do conceito de saúde estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na carta de 1946, que afirma ser a saúde “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (USP, 2015). O autor questiona como poderia o indivíduo chegar ao bem-estar completo e perfeito.

Trata-se de um ideal utópico, inatingível. Pode-se completar o pensamento do autor, mencionando que não há a determinação desse completo bem-estar, é algo imensurável. Dessa forma,

o processo de viver com ou sem saúde não se reduz, portanto, a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver (DALMOLIN, et. al., 2011, p. 390).

Além do que, a saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, e esta por sua vez, não pode ser atrelada unicamente ao aspecto da prática de exercício físico, alimentação saudável ou visitas periódicas ao médico. A qualidade de vida no ambiente de trabalho é

fundamental para qualquer organização, e estabelece uma condição saudável nas relações no trabalho, na saúde física e mental do trabalhador e na prevenção do adoecimento.

Ainda sobre o conceito de saúde da OMS, Dejours (1986) esclarece que além da ausência de doença fisiológica, ou ausência de doença psicossomática, um terceiro elemento, e aí o autor fala da psicopatologia do trabalho, seria um novo elemento que mudaria o conceito de saúde. Isso porque, a organização do trabalho pode desencadear sofrimento e, portanto, desordenar o estado psíquico do indivíduo, levando-o à doença.

Partindo da afirmação que na sociedade moderna o trabalho passou a ocupar um espaço essencial na vida do homem e influenciar na qualidade de vida deste, a análise do conceito *trabalho* permite finalmente constituir o binômio saúde-trabalho, para então se fazer entender a doença nessa relação.

Hamraoui (2014) faz a definição de trabalho baseado nas afirmações de Karl Marx. Para o autor, o trabalho pode ser definido como uma condição natural para a existência do ser humano, e este o realiza por meio de trocas orgânicas com a natureza. Assim, o trabalho vivo, como explica o autor, se dá pela produção de bens, a partir do contato do homem com o meio natural e pela utilização deste para fabricação de produtos. Outro conceito de Marx com relação ao trabalho diz que “o trabalho é a expressão da vida humana. [...] O trabalho qualifica de humano o ser que o desenvolve e o insere no mundo das relações sociais” (ARSEGO, 2013, p. 14).

Marx em duas obras faz reflexões acerca do trabalho. Uma delas escrita em sua juventude, em 1844, conceituada de Os Manuscritos Econômico-Filosófico. Moura (2012) faz a análise do conceito de trabalho dado por Marx nessa obra, e o coloca como responsável pelo nascimento histórico do homem, “ou melhor, por meio de sua atividade prático-sensível que o homem não apenas provê as suas necessidades cotidianas e mais imediatas, o homem, por meio do seu próprio trabalho produz a si mesmo” (MOURA, 2012, p.09).

Em sua segunda obra, agora construída em sua fase madura (1867), Marx trata do trabalho como não apenas construtor de identidade ou a essência do homem, mas como produtor de valor de uso e produtor de valor. Dessa forma, o trabalho enquanto produtor de valor de uso jamais poderá ser abolido. “Os meios de trabalho não são só medidores do grau de desenvolvimento da força de trabalho humana, mas também indicadores das condições sociais nas quais se trabalha” (MARX, 1996, p.299).

Em contrapartida,

o trabalho que produz valor é a própria condição de possibilidade efetiva, realizada, da forma de sociabilidade capitalista, já que é essa forma de trabalho que torna

possível a existência da mais-valia e, portanto, do capital, elemento sobre o qual a moderna sociedade burguesa está ancorada e que acaba por reger e determinar o conjunto das relações sociais (MOURA, 2012, p.32).

Analisando agora a abordagem da clínica do trabalho, Dejours (2004, p. 28) utiliza o seguinte conceito: “o trabalho é aquilo que implica, do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar etc.” Nesse conceito de trabalho, o autor não o associa ao contexto salarial, mas ao próprio ato de trabalhar, o engajamento do sujeito em responder a uma atividade que lhe é determinada.

Mais além, outra definição para o trabalho é “aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições” (DEJOURS, 2004, p. 27). “É pelo trabalho social que o homem se constitui. A produção humana é sempre social e constrói o modo de ser da sociedade” (CASTRO, 2013, p. 125).

As relações do homem com o trabalho são condições determinantes para o psiquismo humano. Ele é essencial para a formação da identidade do indivíduo. O trabalho ajuda a superar a desigualdade entre gêneros, e através dele constituem-se novos conhecimentos. A sociedade evolui politicamente através do trabalho (DEJOURS, 2009; CASTRO, 2013). Todas essas afirmações expressam a relação que o trabalho tem com o bem-estar do ser humano.

Baseando-se nos conceitos de saúde e trabalho, e compreendendo que o indivíduo passa boa parte de sua vida nesse ambiente, é fundamental que se dê importância a saúde no trabalho, uma vez que ele pode desencadear um processo de adoecimento, por meio de danos físicos, psicológicos ou sociais.

Os agentes capazes de provocar danos à saúde são conhecidos pelo nome de agravos, conforme dispõe a Norma Regulamentadora NR-9 (BRASIL, 1995): “às situações ou agentes que venham a produzir danos ou prejuízo à saúde do trabalhador ou da coletividade, dá-se o nome de agravo”. Proporcionalmente ao aumento dos agravos está o número de adoecimentos. A interação entre o homem e os agentes de risco que se encontram no ambiente de trabalho (físicos, químicos, biológicos, mecânicos) determinam as consequências deste sobre a saúde do trabalhador.

Para Almeida e Barbosa-Branco (2011), as principais doenças que no ano de 2008 levaram ao pagamento do benefício auxílio-doença, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), foram: em primeiro, as lesões e envenenamentos; em segundo, doenças do

sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (doenças osteomusculares); e em terceiro, transtornos mentais e comportamentais (doenças mentais).

Nota-se que nos trabalhadores formais, os transtornos mentais são bem expressivos, ocupando o terceiro lugar entre os principais. No estado do Tocantins, o índice de atestados médicos relacionados à problemas psicossociais é fator preocupante para a junta médica do Estado, conforme afirma Almeida (2010). O autor identifica nas entrevistas realizadas com servidores do Estado, no decorrer do seu estudo, que as queixas de cansaço, sobrecarga de trabalho, problemas de relacionamento e desmotivação, são as mais relatadas.

Almeida; Barbosa-Branco (2011) acrescentam que em outros países como o Reino Unido e os Estados Unidos, os distúrbios osteomusculares e os transtornos mentais tem sido as principais causas de adoecimento, e se destacam pelo alto índice de incapacidade para o trabalho correlacionado a esses agravos. Dos transtornos mentais que mais acometem os trabalhadores estão a depressão, a ansiedade e o uso de substâncias psicoativas, como mostra Almeida (2010).

No estado do Tocantins os servidores públicos da saúde estão em segundo lugar dentre as secretarias, em nível de afastamento por problema de saúde. As principais categorias da saúde com maior número de afastamentos são os profissionais de enfermagem em primeiro lugar, os médicos em segundo lugar, e em terceiro os profissionais administrativos (ALMEIDA, 2010). Outras patologias relacionadas ao trabalho que geram uma reincidência no serviço de saúde são: doenças do aparelho respiratório, circulatório, digestivo e gênito-urinário.

Cada agravo se relaciona com maior prevalência ao tipo de atividade exercida. O processo de trabalho determina os principais agravos a que o trabalhador venha a ser acometido. Assim, a organização do trabalho, por meio do seu sistema de tarefas, das relações interpessoais entre chefe e empregado, a diferença do prescrito e o real do trabalho, as características do modo de produção e a formação social na organização, são fatores que trazem o desequilíbrio na vida do indivíduo.

Brasil (2014) traz o conceito de sistema de trabalho, como sendo a transformação que ocorre no trabalho por meio do conhecimento e intervenção no conjunto das situações que o envolve, sendo estas, o processo do trabalho, local onde o trabalho se realiza; o ambiente de trabalho, com as diversas formas de como esse trabalho é realizado; e as condições de trabalho. Para que haja intervenção visando a redução dos agravos à saúde, o autor pontua o conhecimento nos aspectos tecnológicos, sociais, organizacionais e epidemiológicos dos sistemas de trabalho.

De forma que, “quando se coloca face a face o funcionamento psíquico e a organização do trabalho, descobre-se que certas organizações são perigosas para o equilíbrio psíquico e que outras não o são” (DEJOURS, 1993, p. 104). O trabalho do controlador de voo é um exemplo de atividade perigosa ao equilíbrio psíquico do indivíduo.

De acordo com Motter; Cruz e Gontijo (2011) à luz de Moreira & Vidal, a função dos controladores não é regulamentada no país. É um tipo de atividade que não permite o “errar humano”, já que os profissionais lidam com vidas humanas e em situações que qualquer falha pode ocasionar a morte. Os autores contextualizam a profissão e colocam como características a necessidade da agilidade intelectual, velocidade no raciocínio, resistência ao estresse e capacidade de adaptação.

Em suas próprias considerações, Motter; Cruz e Gontijo (2011) expressam a importância da saúde desses trabalhadores, quanto ao que já foi mencionado, além do tipo de jornada de trabalho, favorável a alterações ou perturbações no sono desses profissionais. A própria formação militar dá margem a pouca flexibilidade, visto a hierarquia e níveis de poder a que são submetidos. Portanto, o envolvimento destes com a proteção da vida humana e a responsabilidade da segurança das operações são fatores de risco psicossocial a que estão expostos.

A forma como acontece o real do trabalho, a exemplo de atividades repetitivas, inibem o processo de criatividade e fantasia, como é o caso dos perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora e digitadores. Não há maneira de ocorrer a *descarga psíquica*, que para Dejours, está associada ao livre funcionamento da atividade psíquica. Havendo, dessa maneira, o acúmulo da energia psíquica, essa se transformará em tensão e desprazer, que serão apresentados inicialmente pelo trabalhador como fadiga, e posteriormente uma patologia.

É importante contextualizar, que no modelo capitalista vigente, o avanço da tecnologia e a introdução da informática, a modernização dos meios de produção e maquinários, o aumento da sobrecarga de trabalho e busca pela qualificação incessante por parte dos profissionais, bem como o aumento da produção estimulada pelo consumismo, fazem com que novos agravos surjam, a partir de um desgaste de ordem emocional e/ou psicológica.

Oliveira (2013) menciona que, a médio e longo prazo, a saúde do trabalhador é acometida por doenças crônicas não-transmissíveis, a exemplo das patologias cardiovasculares e de ordem mental, essa última cada vez mais crescente devido ao estresse relacionado ao trabalho. “As consequências da intensificação, ampliação da jornada e precarização do trabalho, em geral recaem significativamente sobre a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores, em todos os espaços de atuação” (OLIVEIRA, 2013, p. 12).

Lara (2011) estabelece a relação saúde-trabalho e o processo capitalista e afirma que é o processo de trabalho que determina o modo de se desenvolver as atividades, e os acidentes e o adoecimento são resultantes da relação entre máquina de trabalho e o homem. Porém, outros fatores, já abordados, identificam que não só a relação direta entre o ambiente de trabalho e o homem são produtores de adoecimento.

Complementando o contexto de uma nova organização do trabalho, apresentada pelo avanço da tecnologia, Dejours (2009) já tratava em seus trabalhos das novas formas de patologia mental provocadas pela evolução da organização do trabalho. O autor pontua o novo modelo de organização: avaliação individualizada do desempenho dos trabalhadores; a terceirização do trabalho; e a busca pela meta a todo custo.

Nesse sentido, cada sistema de trabalho envolve ações diferentes para preservação da saúde do trabalhador: “os variados espaços de trabalho são atravessados por culturas políticas e relações interpessoais diversas que, por sua vez, provocam efeitos diferenciados na saúde” (BRASIL, 2014, p. 20). Ou seja, cada ambiente de trabalho requer um modo de intervenção próprio, constituído pelo próprio saber do trabalhador e uma equipe multidisciplinar com múltiplos saberes e conhecimentos, necessários para a determinação das ações de intervenção.

Assim, a saúde pública está sempre na discussão para a implementação de novas ações de prevenção, norteadas pelas pesquisas de novos modelos de organização. A complexidade da relação saúde e trabalho garante um grupo multiprofissional de pesquisadores com abordagem interdisciplinar sobre o tema, na busca de resultados que viabilizem o processo saúde e trabalho, sem a presença do adoecimento como resultante do processo.

Ainda assim,

o aumento das patologias mentais ligadas ao trabalho resulta essencialmente da fragilização gerada por métodos de organização que, no lugar da confiança, da lealdade e da solidariedade, instalam no mundo do trabalho o cada um por si, a deslealdade, a desestruturação do convívio, produzindo uma implacável solidão em meio à multidão (DEJOURS, 2009, p. 50).

Tentar adaptar o ambiente às condições de trabalho são determinantes, para que os trabalhadores não fiquem susceptíveis a agentes/fatores individuais ou coletivos que agridam, de alguma forma, o bem-estar físico, mental ou social destes. Para isso, as equipes voltadas à promoção da saúde do trabalhador devem atentar para as transformações diárias que ocorrem na relação saúde-trabalho, lembrando que os setores (público ou privado) estabelecem ambientes e relações de trabalho diferentes.

Assim, assumida a visão da relação saúde-trabalho-adoecimento, objetivando o processo de trabalho como determinante do bem-estar humano, e colocando uma equipe

multiprofissional como prestadora de intervenções à saúde do trabalhador, a estrutura governamental se organiza para a implantação de programas de saúde voltadas ao trabalhador.

### **2.3. A saúde dos trabalhadores de organizações públicas**

O trabalho é uma tarefa diária. Boa parte das pessoas passam o maior tempo de suas vidas no seu ambiente de trabalho. “A organização do trabalho afeta a vida dos trabalhadores, influenciando – quando não determinando – o horário de acordar, de sair, a forma de se vestir, de falar, de se comportar, de pensar, de sentir” (ANJOS, 2013, p. 270).

Até a década de 1990, os gestores das organizações públicas de saúde voltavam-se estritamente para a organização do serviço, com o fim de atender a demanda em saúde da população. “A discussão sobre um novo olhar para o trabalho inicia com maior nitidez a partir da década de 1990” (ARSEGO, 2013, p. 10). Para este autor, a administração do Estado sobre a saúde, encontrava-se enfraquecida naquele momento, devido as ideias neoliberais do mercado privado de serviço, tirando da responsabilidade do Estado o provimento da assistência à sociedade.

Atentando para o momento vivido no início das ações da saúde do trabalhador no Brasil, pode-se entender que a relação saúde e trabalho no tocante ao servidor público de saúde não era o foco de atenção das organizações até pouco tempo atrás, e apesar dos serviços de saúde do trabalhador atenderem tanto o setor público quanto o privado, tinha-se um maior direcionamento das ações aos trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Arsego (2013), ao tratar da valorização, em específico, do trabalhador da saúde, contextualiza que embora, desde do início do processo das políticas de saúde no Brasil, os documentos criados contemplassem essa questão, só recentemente o Ministério da Saúde tem reconhecido como relevante o bem-estar do profissional de saúde.

Ainda nesse contexto, afirmando que a saúde do trabalhador é um debate recente, Oliveira (2013) discorre acerca da promoção e prevenção do funcionário público, e em suas considerações justifica que apenas nos últimos anos tem se buscado formas de dar qualidade à vida dos trabalhadores do setor público. Isso em decorrência do grande número de afastamentos e aposentadorias precoces vistas nessa classe de profissionais.

A relação saúde e trabalho da instituição pública, não somente a instituição de saúde, mas todo órgão público, é muitas vezes de caráter administrativo, baseada no controle do absenteísmo, não buscando traçar ações preventivas ou de promoção à saúde que diminuam os

fatores de afastamento relacionados ao trabalho. “Estudos sobre o perfil epidemiológico dos trabalhadores do serviço público ainda são escassos, especialmente a respeito das causas do absenteísmo” (OLIVEIRA, 2013, p. 13).

Portanto, não se sabe as principais causas ou fatores que levam ao adoecimento do servidor público. As relações entre saúde-trabalho-adoecimento são pouco exploradas, prejudicando o desenvolvimento de ações que possibilitem uma melhor saúde no ambiente de trabalho. Nesse sentido, nota-se a vulnerabilidade na política de saúde do trabalhador do serviço público.

Levando em conta que o trabalhador da saúde pública não difere das outras classes de trabalho, visto que enfrenta jornadas extenuantes, vive procurando especializar-se para vencer as dificuldades, é mal remunerado e pouco valorizado, “doenças e lesões vinculadas aos esforços no mundo do trabalho fazem parte do cotidiano dos trabalhadores da saúde, no Brasil e no mundo” (ARSEGO, 2013, p. 17).

Assim, mais uma vez justifica-se a importância da análise dos fatores de adoecimento e afastamento, principalmente os transtornos mentais e do comportamento, por estarem relacionados diretamente aos fatores psicológicos, dos quais são vítimas os trabalhadores do serviço público de saúde.

Entender a relação saúde e trabalho desde a sua constituição histórica, conhecendo as questões que levaram ao estreitamento de laços envolvendo esses dois conceitos, conhecendo a importância que o trabalho incide sobre a vida do sujeito, e levantando o adoecimento como consequência desta relação, torna expressivo o investimento que as organizações públicas - e nesse estudo especificamente a pública de saúde – precisam ter para conhecer os agravos que estão acometendo ou levarão a produção de doenças em seus trabalhadores. Lembrando, ainda, que o gestor é o principal componente nesse processo.

### **3. POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR**

Tratar de Política de Saúde do Trabalhador significa falar da mudança cultural que vem ocorrendo nas relações entre trabalhador, patrão e gestor de políticas públicas. Isso porque, não é fácil mudar a concepção de que todos os trabalhadores, independente do seu tipo de vínculo empregatício, devam ter os mesmos direitos quanto a assistência médica, inclusão nos programas de saúde das empresas ou mesmo sociais, ou ainda, benefícios concedidos pelo empregador.

A mobilização da sociedade por condições melhores de ambientes e processos de trabalho são essenciais para que as políticas criadas possam ser implantadas com maior eficiência, uma vez que o trabalhador é o principal conhecedor das dificuldades e condições que possam ser maléficas ao seu bem-estar. A mudança parte da população, que descontente, precisa de melhores condições para o exercício de suas funções trabalhistas.

Assim, faz-se necessário compreender a Política Pública de Saúde do Trabalhador, de forma a conhecer seus principais pontos no que tange às melhorias para a saúde do trabalhador, e às responsabilidades dos órgãos que a executam. Ainda mais, é importante entender os caminhos para a realização das ações em saúde por parte da equipe, a partir da política, e a importância da execução destas ações, para dessa forma, modificar o processo saúde-trabalho em benefício do sujeito.

#### **3.1. Política Nacional de Saúde do trabalhador e da trabalhadora (PNSTT)**

A Lei Orgânica de Saúde nº 8080 (Brasil, 1990) deixa claro que a saúde é direito fundamental do ser humano, sendo dever do Estado garantir saúde à população. No campo de atuação do SUS ficam inclusas, dentre outras, a execução de ações à Saúde do Trabalhador. Em seu artigo 6º, parágrafo XI, inciso 3, a lei esclarece que:

entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta Lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990, p.02).

A incorporação dos cuidados à saúde do trabalhador nas ações desenvolvidas pelo SUS deu início, de fato, às mudanças que ocorreriam no contexto do trabalho como forma de adoecimento até a efetiva estruturação da política de saúde do trabalhador. Agora a

responsabilidade do provimento das ações passava ao Estado, e estas deveriam ser implementadas com base na proteção desse público.

A lei 8080 (Brasil, op. cit) abrange, enquanto ações de saúde a serem feitas, a assistência ao trabalhador vítima de acidente no trabalho ou portador de doença relacionada ao trabalho; a inserção do SUS nas pesquisas de prevenção à agravos, na fiscalização e execução das ações; a obrigatoriedade do SUS em informar a classe empregadora e os empregados quanto ao risco a que estes estão submetidos; e a garantia das ações dos sindicatos dos trabalhadores.

Consolidando o descrito na Lei Orgânica, a Portaria 3908 (BRASIL, 1998) “estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS)”. Assim, institui-se a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS), cujo objetivo estava em definir as atribuições de cada esfera do governo quanto às ações voltadas ao trabalhador rural e urbano, considerando as diferenças existentes e suas peculiaridades. Nesse sentido,

também é importante assinalar o decreto presidencial sobre a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho – PNSST (BRASIL, 2011b), que, como os autores referem, supostamente pretendia responder às pressões para superar a fragmentação das ações interministeriais no âmbito do trabalho, da saúde e da previdência (MINAYO-GÓMEZ, 2013, p. 22)

O autor trata acima do Decreto nº 7.602 (BRASIL, 2011a), o qual dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST), cujo objetivo está voltado para a promoção da saúde e prevenção de acidentes, bem como redução dos riscos que levem a danos. As ações da política deveriam constar no Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, e as responsabilidades de execução caberiam ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), ao Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência Social (MPS), com participação de outros órgãos, se necessário.

Pela primeira vez, um documento oficial explicita as responsabilidades e ações a serem desenvolvidas pelos organismos de governo responsáveis pela proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores (DIAS; SILVA, 2013, p.32). Em 2012, o SUS, baseando-se nas diretrizes e princípios da PNSST, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Faz-se importante entender que,

a política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012, p.46).

A Portaria nº 1.823 (BRASIL, 2012, art. 3º) dispõe que estão inclusos como beneficiários desta política todos os trabalhadores, independente do tipo de atividade executada, seja ela formal ou informal, com vínculo efetivo ou sob contrato, no meio urbano ou rural, do setor público ou privado, ou qualquer outro tipo de atividade empregatícia.

No que tange a implementação da PNSTT, fica estabelecido que as ações de recuperação a um agravo ocorrido, servirão para o estabelecimento de ações de prevenção e promoção da saúde para o coletivo, em nível de ambiente de trabalho, processos de trabalho, ou ainda em fatores determinantes que levem ao agravo ou associados a ele. As ações deverão ser planejadas, com o conhecimento dos trabalhadores envolvidos no processo, e o conhecimento técnico das equipes integrantes das vigilâncias em Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária, Atenção Primária de Saúde e Vigilância Ambiental (BRASIL, 2012).

O objetivo da articulação entre os setores diversos está na tentativa de promover “mudanças nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar que completem a complexidade das relações trabalho-saúde (BRASIL, 2012).

Assim, “a operacionalização da atenção integral depende da articulação entre diversos saberes, práticas e responsabilidades, da atuação inter e transdisciplinar e de sólida articulação intra e intersetorial” (DIAS; SILVA, 2013, p. 34).

Para que a articulação entre as redes de atenção em saúde fosse feita junto aos demais setores estabelecidos pela PNSST, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), criada em 2002 por meio de Portaria nº 1.679/GM, definiu-se como a principal estratégia articuladora, com o objetivo de disseminar as ações de saúde do trabalhador dentro da rede de saúde e fora dela. Após a PNSST ter entrado em vigor, esta estrutura passou à responsabilidade da Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde.

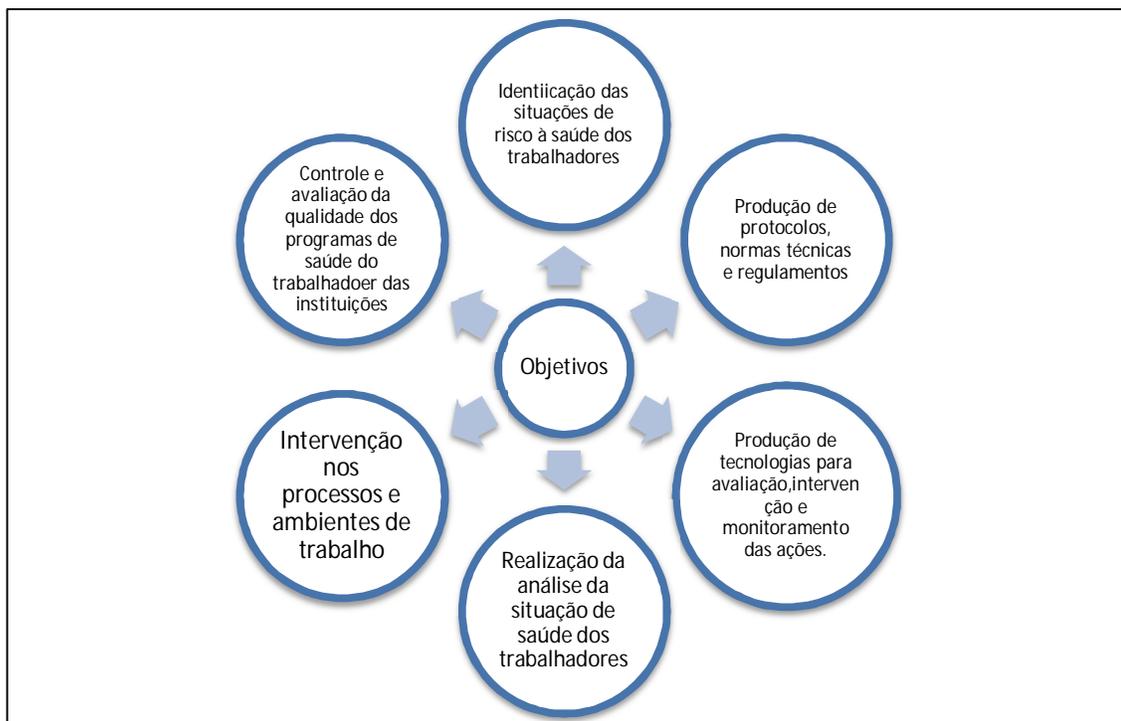
A Portaria nº 2.728/GM (BRASIL, 2009, art. 1º, inc. 1), expõe que “as ações em Saúde do Trabalhador deverão ser desenvolvidas, de forma descentralizada e hierarquizada em todos os níveis de atenção do SUS, incluindo as de promoção, preventivas, curativas e de reabilitação”.

O documento estabelece a estruturação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para subsidiar, de forma técnica, as ações do SUS; criação de protocolos e linhas de cuidado para as ações realizadas na atenção básica; instituição das Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador e de Municípios Sentinela, instituídos a partir de avaliação que indique fatores de riscos significativos, oriundos dos processos de trabalho do seu território.

Quanto à estruturação da rede CEREST, esta “enfrenta enormes obstáculos pela limitada importância desta área dentro da estrutura ministerial, aliada a interesses políticos que, com frequência, têm um grande impacto na constituição, nas atribuições e na autonomia dos Cerests” (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013, p. 26).

Garantir que o trabalhador seja atendido em todos os níveis de atenção da saúde e tornar o trabalho fator determinante no processo saúde-doença do ser humano, fazem parte dos objetivos da PNSTT e da rede CEREST.

**Figura 1** – Objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora



Fonte: Brasil (2012)

A PNSTT traz como estratégias de implementação, ações que contemplam a integração entre os setores de saúde, a análise de saúde do trabalhador, a estruturação da rede de atenção à saúde do trabalhador, o estímulo à participação do trabalhador na implementação da política, apoio a pesquisas e publicação dos resultados. Portanto, baseando-se na PNSTT, a seguir estão elencadas algumas ações principais para implementação dessa política:

- No campo da vigilância em saúde, realizar o planejamento entre as vigilâncias, com base na análise da situação de saúde dos trabalhadores (indicadores de saúde), no mapeamento das atividades produtivas, o impacto no ambiente, bem como avaliação periódica dos dados e relatórios. Disponibilizar os dados em meios eletrônicos ou impressos e nos demais

instrumentos de comunicação. Realizar estudos para trabalhar melhor as informações e estimular a participação dos trabalhadores e suas organizações, para o acompanhamento das ações de saúde realizadas pelas vigilâncias. Implementar a rede de informações e vigilância em saúde do trabalhador nas três esferas do governo, incluindo a unificação dos instrumentos de registro de agravos e revisão contínua dos agravos de notificação compulsória. A vigilância deve promover fiscalização conjunta, onde houver em condições insalubres, perigosas e degradantes, envolvendo o MTE, a Previdência Social e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público.

- Quanto a área documental e regimental, produzir protocolos, normas técnicas e atos normativos, visando à orientação de estados e municípios, em conjunto com os setores envolvidos. A orientação deve ser feita através da qualificação e capacitação de equipes, a exemplo do preenchimento do laudo de exame da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos pertinentes, e acompanhamento desses casos pelas equipes dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, onde houver.
- Quanto ao trabalhador, garantir a identificação do trabalhador com base no registro de sua ocupação, informações de saúde, e demais contatos pelos sistemas de informação do SUS. Promover a integração entre os sistemas de informação do trabalhador do SUS e as demais bases de dados de interesse, a exemplo do cadastro de benefícios, IBGE, indústria, comércio, sindicatos de trabalhadores e outros. Garantir ações de saúde do trabalhador nos setores de atenção primária, urgência e emergência. Estabelecer redes de referência e contra referência para tratamentos de saúde do trabalhador, e comunicação entre elas. Fiscalização conjunta, onde houver em condições insalubres, perigosas e degradantes, envolvendo os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e do Meio Ambiente, o SUS e o Ministério Público.

A União, estados e municípios são responsáveis pelo acompanhamento e execução da política de saúde do trabalhador, direcionando as ações de implementação, coordenando, orientando e instituindo fluxos de ações, mantendo a transparência e seriedade das ações desenvolvidas, para ao final, o trabalhador ser beneficiado de forma igualitária e integral.

**Quadro 1** – Atribuições dos gestores do SUS quanto à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora

ESFERA ADMINISTRATIVA	ATRIBUIÇÕES
União	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coordenar, em âmbito nacional, a implementação da PNSTT;</li> <li>- conduzir as negociações nas instâncias do SUS;</li> <li>- alocar recursos financeiros aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, para a implementação da política;</li> <li>- desenvolver estratégias visando fortalecer a participação social e dos trabalhadores no desenvolvimento da política;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apoiar tecnicamente as demais Secretarias de Saúde do Estado, Distrito Federal e Municípios;</li> <li>- estabelecer rotinas de processamento, análise e divulgação dos dados gerados nos municípios e estados nos sistemas de informação e, a partir daí, elaborar perfil produtivo e epidemiológico;</li> <li>- participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação;</li> <li>- promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, bem como estimular os demais órgãos à capacitação da comunidade e dos trabalhadores;</li> <li>- conduzir a revisão periódica da listagem oficial de doenças relacionadas ao trabalho no território nacional.</li> </ul>
Estados e Distrito Federal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coordenar em âmbito estadual a implementação da PNSTT;</li> <li>- conduzir as negociações nas instâncias estaduais do SUS;</li> <li>- alocar recursos financeiros aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde, para a implementação da política;</li> <li>- desenvolver estratégias visando fortalecer a participação social e dos trabalhadores no desenvolvimento da política;</li> <li>- apoiar tecnicamente e atuar com as Secretarias de Saúde dos Municípios;</li> <li>- Organizar as ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador nas regiões de saúde, em conjunto com os municípios;</li> <li>- realizar a pactuação regional e estadual dos indicadores e monitorizar, em conjunto com as Secretarias Municipais de Saúde, a sua execução;</li> <li>- participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação;</li> <li>- promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, bem como estimular os demais órgãos à capacitação da comunidade e dos trabalhadores;</li> <li>- garantir a implementação da notificação compulsória dos agravos à saúde do trabalhador, nos serviços públicos e privados, estabelecendo rotinas de alimentação, processamento e análise.</li> </ul>
Municípios	<ul style="list-style-type: none"> <li>- coordenar, em âmbito municipal, a implementação da PNSTT;</li> <li>- conduzir as negociações nas instâncias municipais do SUS;</li> <li>- alocar recursos financeiros aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde, para a implementação da política;</li> <li>- desenvolver estratégias visando fortalecer a participação social e dos trabalhadores no desenvolvimento da política;</li> <li>- participar, em conjunto com o Estado, da definição de mecanismos e fluxos de referência, contrarreferência e apoio matricial, para assegurar o desenvolvimento das ações de promoção, vigilância e assistência;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- instituir e manter o cadastro atualizado das empresas, nas diversas atividades econômicas desenvolvidas no município, com indicação de fatores de risco e contingente populacional exposto diretamente ou indiretamente;</li> <li>- elaborar o perfil produtivo e epidemiológico do município, a partir dos dados dos sistemas de informação;</li> <li>- participar da elaboração de propostas normativas e elaborar normas pertinentes à sua área de atuação;</li> <li>- promover a formação e capacitação em saúde do trabalhador dos profissionais de saúde do SUS, bem como estimular os demais órgãos à capacitação da comunidade e dos trabalhadores;</li> <li>- garantir a implementação, nos serviços privados e na Rede de Atenção à Saúde do SUS, da notificação compulsória dos agravos à saúde do trabalhador, estabelecendo rotinas de alimentação, processamento e análise.</li> </ul>
--	---

Fonte: Brasil (2012)

O desafio das equipes que atuam na implementação da PNSST é agregar todas as estruturas que compõem o processo, articular as condições necessárias para o desenvolvimento das ações e interagir junto aos trabalhadores, para que otimizem as ações a serem desenvolvidas. Para tanto, é necessário conhecer um pouco mais sobre as ações desenvolvidas pela equipe de saúde do trabalhador, baseada na PNSST.

### **3.2. Contextualizando as ações da equipe de Saúde do Trabalhador**

É pertinente iniciar esse tópico conceituando a saúde do trabalhador. “Entende-se por Saúde do Trabalhador o estudo da relação trabalho-saúde, nas suas determinações sócio-históricas, políticas e econômicas, e na análise do trabalho coletivo e individual” (MONTEIRO, 2013, p. 293). Nela trabalham em conjunto ou individualmente várias especialidades, o que permite sua interdisciplinaridade e multiprofissionalismo no campo.

A Saúde do Trabalhador, por ser uma área interdisciplinar em que há a intervenção de setores distintos, não só a saúde; por envolver as instituições privadas, bem como interesses financeiros e políticos; por tratar de garantir os direitos à saúde de uma classe que por muitas vezes desconhece esses direitos - e que não está envolvida em um contexto social de mudanças e buscas pelas melhorias como deveria ser -, esbarra em uma série de entraves que dificultam a implementação da PNSST e o desenvolvimento de ações.

Os órgãos tendem a desenvolver seu trabalho baseado na lógica de seus setores. A Saúde busca por ações em promoção e prevenção, o Ministério do Trabalho intervém nas ações legais que o compete, e os demais da mesma forma. Assim, constrói-se um modelo de ações em saúde

do trabalhador, fragmentado, que não atinge o objetivo de integralidade e interdisciplinaridade, conforme estabelecido na PNSTT.

Chiavegatto e Algranti (2013) contemplam três níveis de atuação para Saúde do Trabalhador: a primeira inclui a identificação dos riscos e perigos a que o trabalhador está exposto no processo de trabalho, bem como a promoção de medidas que reduzam ou controlem estes, e ainda a análise dos dados encontrados. Em segundo, a assistência à saúde do trabalhador através dos serviços de saúde. Por último, a abordagem aos determinantes sociais que impactam, de forma negativa, a saúde do trabalhador.

No campo da prevenção, Monteiro (2013) aponta que as ações buscam evitar o aparecimento de doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho. E para isso é necessário que se identifiquem os fatores de riscos.

A Norma regulamentadora NR-9, que trata dos riscos ambientais, considera como riscos: os agentes químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e os riscos de acidente de trabalho. Eles são capazes de causar danos à saúde e à integridade física do trabalhador “em função de sua natureza, concentração, intensidade, suscetibilidade e tempo de exposição” (BRASIL, 1994).

Dessa forma, mais que prevenir a saúde do trabalhador é necessário promover a saúde, para que ambientes saudáveis sejam criados, e não haja a necessidade de prevenir os riscos provenientes de condições insalubres. Portanto, “a promoção de saúde é mais abrangente do que a prevenção, pois se relaciona à saúde, à qualidade de vida e ao bem-estar em geral” (MONTEIRO, 2013, p.293). O autor enfatiza a promoção da saúde como fator determinante para mudanças efetivas nas condições de saúde, desde os fatores individuais que interferem no bem-estar da pessoa, até fatores como estilos de vida, condições econômico-sociais, ambientais e outros.

A busca dos riscos no ambiente de trabalho sugere um minucioso e abrangente mapeamento, como propósito da identificação fidedigna dos riscos, sem que algo passe despercebido ou fique mascarado pela dificuldade de identificação. Deve-se levar em conta, a veracidade com que doenças que são classificadas como provenientes do trabalho, realmente estejam relacionadas ao processo de trabalho e não à condições externas, pois falsos agravos podem ser identificados e considerados riscos, entretanto não condiz com fatores reais de risco ao trabalhador.

Outro fator crucial na identificação dos riscos é o tipo de programa de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais aplicados na organização. A equipe pode centralizar a

identificação de riscos para campos que lhes sejam mais confortáveis, no qual estejam mais habilitados para análise.

Por exemplo, uma equipe de um programa de prevenção de riscos composta por engenheiro do trabalho, técnico de segurança do trabalho e um médico, podem não ter a mesma sensibilidade para a investigação de fatores de riscos psicossociais, em que teria uma equipe apresentando no mínimo um profissional como um enfermeiro, por exemplo. A equipe do programa pode ainda favorecer o empregador se existirem combinações com o intuito de minimizar gastos ou contratação de pessoal para desenvolver os programas de saúde do trabalhador.

A análise dos dados, após identificação dos riscos, pressupõe o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador. Mas não é só isso. Os resultados das análises interferem na fiscalização dos órgãos de vigilância em saúde do trabalhador, aliados aos demais órgãos, uma vez que fique identificada uma situação de risco iminente ao profissional daquele processo de trabalho. Demais intervenções, ações punitivas e persuasivas, são resultados da investigação dos riscos que é feita à uma organização.

Bernardo; Garbin (2011) ressaltam a importância do reconhecimento do processo saúde-doença para a identificação dos riscos ocupacionais. É importante que sejam avaliados fatores como: território, condições de saneamento do ambiente de trabalho e residencial, faixa etária de trabalhadores, nível de escolaridade, doenças pregressas, dentre outros. Tal reconhecimento, permite mapear as possíveis causas de doenças que poderão acometer os profissionais.

Trata-se de conhecer a situação de trabalho e estilo de vida, realizar uma anamnese do indivíduo de forma abrangente. E, apesar da dificuldade que ainda existe nesse tipo de mapeamento de riscos, as ações de saúde do trabalhador voltadas a esse fim, serão o alicerce para a implementação de programas de proteção ao trabalhador. “A partir dessa constatação, a atenção à saúde desses usuários muda” (BERNARDO; GARBIN, 2011, p. 110).

O autor afirma que, além de se estabelecer um plano de atendimento individual que contemple os possíveis riscos próprios a cada trabalhador, o olhar de prevenção se expande a um grupo de um determinado território, com as mesmas características, ou semelhanças.

Uma das premissas da PNSTT é a notificação das doenças relacionadas à saúde do trabalhador; para isso incorporou-se à listagem de agravos de notificação compulsória, os agravos relacionados ao trabalho. “A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho foi instituída pela Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999” (ALVES, 2012, p. 15). Assim, uma forma de esquematizar ações de vigilância em saúde do trabalhador é através do conhecimento dos casos.

Alves; Nomellini e Pranchevicius (2013) afirmam que no Brasil ainda não há um sistema específico voltado as informações de saúde do trabalhador. A análise dos dados é feita a partir de outras fontes de informação em saúde, que determinam o perfil epidemiológico e dá outros dados.

Um sistema de informação próprio destinado aos eventos em saúde do trabalhador permitiria a vigilância em saúde e os demais órgãos, bem como ao próprio empregador, desenvolver ações mais específicas; proporcionar uma condição de promoção de saúde de forma oportuna e precoce, resultando na eficácia maior das medidas tanto preventivas quanto curativas, ou ainda reabilitadoras.

Oliveira (2013) apresenta em sua pesquisa o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS) instituído pelo Decreto nº 6.833 (BRASIL, 2009), com ações voltadas ao servidor público federal. O sistema tem como objetivo

coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida em Lei (BRASIL, 2015a).

Para a saúde do trabalhador, trata-se de um ganho no que diz respeito à vigilância e registros epidemiológicos quanto ao trabalhador. Porém é limitado ao servidor federal, e apesar do avanço, um sistema de informação nacional se faz necessário para a investigação e acompanhamento de todos os trabalhadores do país.

Os serviços públicos que prestam assistência em saúde do trabalhador, detém os principais dados necessários ao desenvolvimento de ações em saúde. Eles são responsáveis pela notificação dos agravos relacionados ao trabalho, assim como as demais doenças de notificação compulsória. No que tange à assistência, a atenção básica ainda é considerada a principal nesse tipo de atendimento.

Brasil (2002) ao tratar das responsabilidades de cada estrutura envolvida na saúde do trabalhador, coloca como atribuições da atenção básica prover a assistência médica ao trabalhador com suspeita de agravo relacionado ao trabalho, encaminhando este a outras assistências, se necessário. Assim, é de responsabilidade da unidade básica de saúde prestar o acompanhamento ao trabalhador e sua família.

O desenvolvimento de ações aos diversos tipos de trabalhadores que adentram a unidade de saúde, podem ser inúmeros, devido a uma variedade de classes operacionais que são atendidas e a variedade de agravos que sugerem uma formulação de um plano de ação vasto.

Desde a primeira entrevista, acompanhamento domiciliar, investigação e notificação de acidentes, desenvolvimento de atividades educativas, todos são passíveis de plano de ação.

Como foi dito, a PNSTT preconiza a capacitação dos profissionais na assistência à saúde do trabalhador. Quando se pensa em capacitar tais servidores, deve-se buscar fazê-los entender, que parcerias entre os serviços de saúde, principalmente os da atenção básica, podem e devem ser feitas juntamente aos ramos da indústria, comércio e demais setores empregadores, com o intuito de colaborar com os modelos de assistências já efetuados ao trabalhador pelas empresas, ou quando necessário, implementar um modelo de atenção ao quadro funcional da instituição. Independe, dessa maneira, do modelo de organização, se público ou privado, possuidor ou não de equipe própria de saúde do trabalhador.

Conforme já foi colocado mais acima por Chiavegatto e Algranti (2013), algumas condições ou determinantes sociais podem ser negativas à saúde do trabalhador. O ambiente de trabalho, envolvendo aí o processo de trabalho, as condições de trabalho e outros determinantes constituem-se como os principais agentes precursores dessa negatividade.

Dessa forma, as ações em saúde do trabalhador devem ser consideradas partindo do modelo de cada organização, visto se tratar de um sistema complexo, que pode apresentar diferentes perspectivas para a metodologia que será adotada. O fato é que devem ser analisados os fatores negativos que são determinantes na relação saúde-trabalho que, na maioria das vezes, estão ocultos ou quase que imperceptíveis.

Rocha; David (2015), trazem em suas colocações que o processo saúde-doença de um grupo está diretamente relacionado às condições sociais deste, já que o coletivo influencia nas características básicas de vida do ser individual. Portanto, fatores como a desigualdade social, podem influenciar negativamente na saúde do trabalhador.

Ora, se um determinado grupo de trabalhadores possui plano de saúde e outro não, subentende-se que o acesso a serviços de saúde que não o público, será mais facilitado ao possuidor do plano de saúde. Essa relação de desigualdade social interfere diretamente na estrutura familiar do profissional, estilo de vida (alimentação saudável, níveis de conhecimento acerca de cuidados com a saúde), dentre outros.

Os laços sociais também são determinantes sociais que interferem na condição de saúde do trabalhador. Correspondem às redes sociais em que o trabalhador está incluso, tanto no trabalho quanto no seu ambiente pessoal. Um mal relacionamento do trabalhador com seus colegas ou superiores no trabalho gera um mal-estar e, conseqüentemente, uma vivência negativa que, para Antloga; Avelar (2013) ocasionam danos à saúde do trabalhador devido ao sofrimento psicológico, desgaste, trauma e outros determinantes que levam ao adoecimento.

Esse tipo de determinante social negativo muitas vezes não é percebido pelo próprio sujeito que está vivenciando o sofrimento. Nesse sentido, as ações de saúde do trabalhador devem sempre ir mais além que os fatores físicos como formas de agravos.

Outro determinante social que gera sofrimento e proporciona o adoecimento, principalmente de caráter psicológico, é a relação trabalhador-empregador. Na verdade, esta relação poderia ser colocada como a de maior importância para o desenvolvimento de ações de saúde ao trabalhador, observando os entraves que são inerentes da relação. Se o indivíduo fica sujeito à altas cargas de trabalho, impostas pelo chefe ou patrão, ou pelo processo de trabalho em si, o que acontece na maioria das organizações de trabalho, a exemplo das instituições públicas de saúde, tais esforços representam um fator negativo à saúde física e mental do funcionário.

Para Monteiro e Jacoby (2013), a sobrecarga pode estar relacionada ao excesso de atividades desempenhadas, ou ainda, às próprias dificuldades do trabalho. Servidores públicos se deparam, frequentemente, com sobrecarga de trabalho. Quando o serviço está relacionado à saúde, as dificuldades no trabalho são um dos principais agentes de risco de adoecimento, devido aos entraves, necessidade de resolubilidade, pressão por parte do cliente que também está em adoecimento, falta de recursos e etc.

Ainda se tratando de laços sociais, como agentes determinantes negativos à saúde do trabalhador, “os modos de vida da contemporaneidade na sociedade e no mundo do trabalho são marcados pelo acirramento da competitividade, precarização dos laços de solidariedade, cultura do individualismo e do isolamento das pessoas” (FERREIRA, 2013b, p. 275). O autor evidencia que sentimentos negativos de exclusão ou de solidão, aliados ao excesso de trabalho, dificultam ainda mais a relação saúde e trabalho, e podem estar associados a algumas patologias como a *patologia da solidão*.

Atentando assim aos diversos determinantes sociais que interferem negativamente no processo saúde-trabalho-adoecimento, é preciso que os profissionais que desenvolvem a saúde do trabalhador tenham clareza quanto à existência de riscos que independem da condição física do indivíduo para levarem ao adoecimento. A psicodinâmica do trabalho abriga essa linha de raciocínio e colabora com as intervenções acerca da temática saúde e trabalho.

#### **4. PSICODINÂMICA DO TRABALHO: PROCESSO DE PRAZER-SOFRIMENTO NO TRABALHO**

Todas as mudanças que acometem o mercado de trabalho no momento atual promovem impactos relevantes nos processos de trabalho. No que tange ao serviço público, há sempre a ideia presumida de ineficiência, oneração para os cofres públicos, trabalhadores sem compromisso, associação com corrupção.

É difícil não se deparar em algum momento da carreira do servidor público com uma situação de sofrimento. “O serviço público carrega consigo características depreciativas atribuídas tanto aos órgãos em si quanto aos servidores que neles trabalham” (RIBEIRO & MANCEBO, 2013, p. 199).

Ghizoni (2013) compreendendo a relação trabalho e sofrimento, referida por Dejours, avalia que o trabalho pode proporcionar prazer, mas também ser um agente patogênico. A Psicodinâmica do Trabalho através da sua práxis em Clínica do Trabalho, analisa a situação real do trabalhador, em que por meio da escuta das vivências de prazer e sofrimento no trabalho, envolve o profissional na tentativa dele mesmo ou de um grupo, promover mudanças dentro da organização do trabalho.

Para maior compreensão desse estudo, é importante introduzir os principais conceitos da Psicodinâmica do Trabalho, que são: entender a diferença entre trabalho prescrito e real do trabalho; conhecer os conceitos de prazer e sofrimento no trabalho, e porque utilizar a mobilização subjetiva para transformar as situações de sofrimento na organização do trabalho; e ainda, a diferença entre sofrimento patogênico e criativo.

##### **4.1. Compreendendo a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho**

Um elemento essencial no processo do trabalho é compreendê-lo em todos os seus níveis de complexidade. O indivíduo se insere em um ambiente coletivo, mediante uma atividade que lhe é prescrita e no qual não se sabe as condições para sua execução, e se vão ser ou não favoráveis para a apresentação de resultados. Há uma relação com um grupo de pessoas cuja vivência pode ou não ser agradável, ou o indivíduo pode estar ou sentir-se sozinho. Ou seja, o processo de trabalho permeia uma análise não apenas no contexto físico e operacional, mas em todos os aspectos que o compõe.

Assim, “o foco da Psicodinâmica do Trabalho é buscar a compreensão dos fatores psíquicos e subjetivos que são mobilizados nas relações de trabalho” (TRAESEL; MERLO,

2011, p.43). Para a Psicodinâmica o importante é compreender também, os aspectos menos visíveis, que ao longo do tempo, interferem na relação saúde-trabalho. Os autores, abordando o pensamento de Heloane e Lancman (2004), citam alguns desses fatores que podem passar sem serem vistos: sofrimento, motivação, estratégias de defesa e cooperação.

A Psicodinâmica do Trabalho compreende a influência que o trabalho exerce na vida do ser humano fora do ambiente profissional, mas em todo seu processo de vida, seja ele familiar ou social. Para melhor compreensão do contexto é relevante se fazer conhecer que

a Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica, desenvolvida na França na década de 1980 por Christophe Dejours, médico francês, com formação em Psicanálise e Psicossomática, é professor do *Conservatoire National des Arts et Métiers* em Paris, onde dirige o laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação (BUENO, MACEDO, 2012, p. 307).

A Psicodinâmica do Trabalho que “vem sendo replicada no Brasil desde o final dos anos 80” (GHIZONI, 2013, p. 76), deriva de Christophe Dejours, e tem seu marco introdutório no país com a publicação de “*A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*” (DEJOURS, 1987).

Inicialmente, os efeitos que o trabalho causava no psíquico humano eram analisados pela Psicopatologia. Entretanto, com o avançar das pesquisas e a construção de uma linha de estudo própria, a Psicopatologia foi substituída, em 1993, pela Psicodinâmica do Trabalho (ROIK; PILATTI, 2009; GHIZONI, 2013).

É possível entender que a Psicodinâmica do Trabalho ao invés de buscar estudar as doenças mentais do trabalho, tem como foco a normalidade<sup>1</sup>. “O entendimento da normalidade passou da ausência de *doenças mentais geradas pelo trabalho* para uma psicodinâmica das *vivências de prazer e sofrimento, e das defesas produzidas contra o sofrimento*” (FERREIRA, 2013c, p. 344).

Os estudos da Psicodinâmica do Trabalho têm sido utilizados como um referencial no campo da saúde mental relacionada ao trabalho. Diversas pesquisas envolvendo a relação saúde e trabalho nos servidores públicos das três esferas do governo, norteiam-se pela Psicodinâmica (C. Hoffmann, L. D. Travesso & R. R. Zanini, 2014; A. V. Santos Júnior, et al, 2012; M. M. R. Nascimento, F. S. Duarte, A. M. Mendes, 2012; F. B. Anjos, 2009; J. B. O. Ferreira, 2013a), o que confirma a contribuição que a ciência tem para as pesquisas que implicam o trabalho como fator promotor de prazer e sofrimento, saúde e doença.

---

<sup>1</sup> Dejours (2011) usa o termo normalidade para designar seu interesse por estudos não mais em pessoas que adoeciam pelo trabalho executado e sim nas que se mantinham saudáveis trabalhando em organizações altamente adoeecedoras.

Em outra análise,

do ponto de vista epistemológico, a psicodinâmica do trabalho é considerada uma ‘teoria crítica do trabalho’ sendo que, a partir daí, tem-se as contribuições desta abordagem para o entendimento da saúde do trabalho, principalmente, no que condiz com a relação entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação dos empregados (HOFFMANN; TRAVERSO; ZANINI, 2014, p. 709).

Mendes; Araujo (2012) defendem que a teoria da Psicodinâmica embasa uma clínica do trabalho, em que o indivíduo é inserido em um espaço clínico para se conhecer a realidade no seu processo de trabalho. A clínica estuda a subjetividade aplicada a uma determinada realidade e as exigências do real do trabalho.

Dessa forma, pode-se dizer que

a Clínica Psicodinâmica do Trabalho é um modo de desvelar as mediações que ocorrem entre o sujeito e o real do trabalho. A tradução deste real se dá pela escuta do “clínico” sobre a fala do trabalhador e, assim, pode-se dar visibilidade às situações de trabalho, às vivências dos trabalhadores no seu cotidiano (GHIZONI, 2013, p. 80).

De fato, “a análise da discrepância irreduzível entre a dimensão formal (*trabalho prescrito*) e a informal (*real do trabalho*) é uma das principais referências da psicodinâmica do trabalho” (FERREIRA, 2013c, p. 345), e será abordada à frente.

A partir dos conceitos do ponto de vista da ciência, faz-se necessário abordar a Organização do Trabalho à luz dos preceitos da Psicodinâmica do Trabalho.

#### **4.2. Discorrendo sobre os conceitos da Psicodinâmica do Trabalho**

Já foi abordado anteriormente, que a organização do trabalho afeta a vida das pessoas, visto que elas passam a maior parte de suas vidas no trabalho. O trabalho molda a personalidade do homem, dá uma identidade a partir da atividade laboral que é praticada. Confere ao trabalhador um estilo de vida, uma vez que determina horários para dormir, comer, como vestir-se e como se portar em sociedade.

Para a Psicodinâmica do Trabalho o termo Organização do Trabalho é o seu principal conceito, é o que afirma (ANJOS, 2013). Os impactos que o trabalho lança sobre a vida do indivíduo é objeto de estudo da Psicodinâmica. Dessa forma, o estudo das prescrições, ou seja, como é feita a divisão das tarefas dentro da organização, por meio de que normas, tempo estabelecido para o desenvolvimento das atividades; as vivências de prazer e sofrimento, e se existe ou não adoecimento, tudo isso é avaliado pela Psicodinâmica.

Anjos (2013) menciona que em grandes organizações a distância entre o que foi proposto e o que é executado é muito grande. O problema, segundo o autor, é que não há a

quantificação ou conhecimento das dificuldades que o trabalhador terá para executar suas atividades, face a diferença do real para o prescrito.

Com relação ao conceito de prescrição do trabalho, Ferreira (2013c) o conceitua como aquele composto por regras, normas, diretrizes, que muitas vezes não vão ao encontro das necessidades do trabalhador, tornando-se intransigente, abusivo, rígido. Como consequência ocorre o aprisionamento da rotina de trabalho, reduzindo a capacidade de mobilização subjetiva do sujeito. Tais configurações do trabalho prescrito, dificultam a vivência no trabalho e contribuem para o sofrimento patogênico, e conseqüentemente o adoecimento do trabalhador.

Outro conceito aplicado ao trabalho prescrito o avalia como “o conjunto de determinações impostas aos trabalhadores pelos gestores para a execução de suas atividades de trabalho” (COSTA, 2013, p. 467). Nesse contexto, o gestor ou planejador das atividades da organização, *prescreve o trabalho* da forma com que a atividade deve ser executada, baseado no processo de trabalho e no ambiente de trabalho (tecnologias, recursos materiais, profissionais, condições do ambiente), e a partir daí, escolhe o executor da atividade.

“O *real do trabalho*, por sua vez, é caracterizado por situações imprevistas que ultrapassam o domínio técnico e o conhecimento científico. A experiência do real do trabalho evidencia o fracasso dessas prescrições, estabelece desafios à compreensão e ao fazer humanos” (FERREIRA, 2013c, p.345). Complementando a fala do autor, Costa (2013) argumenta que o trabalho real é a maneira que o trabalhador encontra para lidar com as situações reais do trabalho, que fogem do que foi prescrito, devido ao que se encontra de real na organização do trabalho como recursos, pessoas participantes e dificuldades para execução das atividades.

Como exemplo da discrepância entre o real e o prescrito está o servidor público. Este é colocado num trabalho prescrito que lhe exige agilidade, eficiência e qualidade do serviço prestado. E na maioria das vezes, as condições de trabalho, os recursos físicos e tecnológicos, as estratégias de serviço que lhe são lançadas tornam o real do trabalho mais que distante do que lhe foi prescrito ou atribuído.

A máquina pública já caracterizada como sucateada, em meio a crises governamentais e redução de orçamento, leva o sujeito a trabalhar sua subjetividade para, de forma criativa, mudar seu processo de trabalho, e assim gerar resultados. Complementando a ideia, é importante frisar que “são exigidos padrões de excelência, legítimos e importantes para o desenvolvimento da área. Em contraposição, há a deficiência do suporte e da coordenação, necessários para o atendimento desses padrões” (MENDES, ARAUJO, 2012, p. 104).

Assim, as imposições do trabalho prescrito que levam as situações de sofrimento, conflitos e contradições, precisam ser revertidas através da mobilidade subjetiva, para que não

se tornem patogênicas. Hoffmann; Travesso; Zanini (2014) explicam o processo de subjetivação, relacionando-o com a capacidade de pensar, sentir e agir tanto individualmente quanto no coletivo, dessa forma, dando sentido à sua relação com o trabalho, ou ainda, criando a relação com o trabalho.

Damaso et al. (2014, p.15) sob a ótica de Dejours observa que “a mobilização subjetiva supõe esforços de inteligência; de elaboração e construção de ideias e pensamentos; de inteirar e participar de debates e deliberações para se chegar a um consenso de como resolver e tomar melhores decisões sobre a organização do trabalho”.

A habilidade de recriar, pensar e articular-se é dita na Psicodinâmica como a mobilização da subjetividade. “A inteligência está sempre avançada em relação à consciência e ao conhecimento que o próprio sujeito tem de si mesmo, necessitando posteriormente do processo de perlaboração e de reconhecimento do outro” (MARTINS, 2013, p.437).

Facas (2013) utilizando Dejours como referência, explica que a mobilização subjetiva, é o processo pelo qual o trabalhador utiliza de sua subjetividade (criatividade, sentimentos, intelectualidade) para transformar os aspectos organizacionais do trabalho bem como situações de sofrimento, a partir da elaboração e construção, seja individual ou no coletivo, de mecanismos para transformação de dificuldades em sensações de prazer. Em outras palavras, a partir da habilidade, da inteligência e astúcia, os trabalhadores constroem estratégias defensivas, que permitem a permanência da normalidade (BOTTEGA, 2015, p. 55).

Entretanto,

as estratégias de mediação individuais apresentam resultado até certo momento, quando, então, tendem a perder a eficácia. Em contrapartida, as estratégias coletivas, em especial a cooperação, convergem os esforços dos trabalhadores para a elaboração de modos de resistência ao real, com possibilidades de repensar e reescrever o prescrito (COSTA, 2013, p. 470).

Diante do sofrimento que o trabalho pode ocasionar ao indivíduo, e da necessidade de se reverter esse quadro em sensações de prazer, seja de forma individual ou coletiva, faz-se necessário conhecer as duas faces, tanto as sensações de sofrimento quanto as de prazer, provenientes do trabalho, para a compreensão do contexto acima.

### **4.3. Prazer e Sofrimento no Trabalho**

Como já foi dito anteriormente, as cobranças por resultados, a crescente globalização e tendência à sobrecarga de trabalho, atenuam a negatividade que recai sobre a saúde mental do

trabalhador. Daí se faz necessário, que a organização do trabalho tenha um modo de descobrir os riscos psicossociais que interferem na vida do sujeito, pela dificuldade de se reconhecer esses riscos e a necessidade de descobrir uma maneira de revertê-los para o bem dele e da organização.

Deve ficar claro que haverá sofrimento em toda relação de trabalho, pois em algum momento haverá sensações de fracasso, angústia, ansiedade, e para isso o trabalhador luta, se esforça em suas atividades para reverter o fracasso, eliminar a angústia, voltando à normalidade. “A psicodinâmica do trabalho coloca o sofrimento no centro da relação psíquica entre o homem e o trabalho, movendo o sujeito que trabalha a buscar a solução para se libertar dessa vivência que o aflige” (FACAS, 2013, p. 62).

A exemplo da transformação do sofrer, pode-se citar o trabalho de Garcia et al (2012), com os profissionais técnicos de enfermagem, no qual este explica que o reconhecimento por parte da equipe e do paciente aos profissionais, é a sensação de prazer que os faz motivar-se para enfrentar todo o sofrimento pelo tipo de trabalho que eles executam.

O funcionalismo público da saúde lida com esse tipo de subjetividade como estratégia para enfrentamento do sofrimento. Por estar em contato direto com o público, ou por ter a obrigação de gerir saúde a um determinado grupo, vê o sentimento de prazer no elogio que lhe é dado por um usuário que conseguiu ter seus anseios assistidos. Ou ainda, quando diante de toda a deficiência da estrutura pública de saúde, consegue encontrar soluções que beneficiem a população, é o que a Psicodinâmica chama de inteligência prática.

Outra maneira de vencer os desafios através da união do coletivo é o movimento de cooperação entre os trabalhadores. Ghizoni (2013) identifica o processo de cooperação como sendo o empenho coletivo dos trabalhadores na realização de uma atividade afim. Assim, os trabalhadores conseguem produzir em menor tempo, cooperam com os demais e otimizam o trabalho.

Todavia, cabe mencionar aqui que para se chegar à cooperação é necessário que se tenha uma discussão prévia entre os trabalhadores. Eles precisam instituir regras de execução, discutir a viabilidade das ações, ganhar confiança entre os demais, para assim desenvolver a cooperação (DEJOURS, 2011; GHIZONI, 2013).

Algumas experiências de prazer e sofrimento podem ser identificadas em resultados de estudos realizados à luz da Psicodinâmica.

**Quadro 2** – Experiências de sofrimento-prazer na relação do trabalho.

<b>Indicadores de Sofrimento</b>	<b>Indicadores de Prazer</b>
Pensamentos de largar o emprego ou mudar de emprego.	Sentimento de perfeição. Sensação de ser polivalente, eficaz.
Sentimentos de inutilidade, desvalorização, indignidade.	Níveis altos de responsabilidade.
Sensação de cansaço, desgaste e sobrecarga, esgotamento profissional.	Sentimento de amor ao trabalho.
Vivências de assédio moral e/ou sexual.	Sensação de desapego do trabalho como uma missão.
Problemas com mudança de cargo, eventos que culminam em sintomas depressivos.	Reconhecimento por parte do cliente que é atendido.
Sensações de pânico, estresse, ansiedade, irritabilidade.	Ganhar dinheiro de forma rápida.
Problemas físicos.	Sensação de importância pela atividade política exercida.
Isolamento, tristeza.	Prazer em fazer o bem ao coletivo e ao ambiente.
Dificuldades de relaxar, dormir fora do ambiente de trabalho.	Sensação de liberdade no seu ambiente de trabalho.
Medo de ameaças, sensação de perseguição ou exclusão.	Sensação de aprendizagem constante com o trabalho.
Sensação de não conseguir desligar-se do ambiente de trabalho.	Prazer em fazer amigos, estreitar laços.
O cumprimento de normas e as obrigações administrativas impedem o exercício da humanização.	A diversidade do trabalho vista como forma de esquecer um problema.
Frustração do não reconhecimento pela impossibilidade de exercer um bom trabalho.	Sensação de prazer por realizar um trabalho honesto.
Sentimento de impotência para concretizar mudanças efetivas.	Sentimento de que a mobilização para o trabalho pode mudar vidas.
Sentimento de injustiça quanto a remuneração.	Sensação de alívio por ter condições de sobreviver pelo trabalho.
Atividades com grande esforço físico.	
Sensação de Individualismo no grupo de trabalho.	
Falta de divisão de tarefas.	
Sensação de tristeza pela falta da profissionalização da função.	
Sensação de discriminação no trabalho e pela sociedade.	
Não adequação aos horários de trabalhos impostos no prescrito pela organização.	
Dificuldade em adequar-se ao trabalho pela falta de conhecimento na atividade laboral.	
Relações conflituosas entre os pares.	
Vergonha do ambiente de trabalho.	
Descontentamento com os gestores.	
Sensação de sofrimento pela demanda infundável de trabalho	

Fonte: Elaborado com base em: Traesel; Merlo (2011). Ghizoni (2013). Facas, et al (2015).

O sofrimento pode evoluir para situações diferentes, conforme explica Moraes (2013b) à luz de Dejours. Para o autor, ou ele se torna *criativo*, e aí o indivíduo irá procurar soluções para seus impasses e, conseqüentemente, trará realização pessoal pela resolução dos problemas; ou o sofrimento pode tornar-se *patogênico*, nesse caso o indivíduo esgota seus conteúdos subjetivos, e não há mais capacidade de transformação na organização do trabalho. Quando isso acontece, a persistência da negatividade do fracasso, desencadeia a doença.

Ghizoni (2013), em seu estudo com os catadores de material reciclável de uma cooperativa localizada no município de Palmas/TO, verificou que por mais que eles vivenciassem sentimentos de desvalorização, falta de reconhecimento, discriminação e ainda fossem excluídos do mundo do trabalho formal, para eles aquele trabalho era um motivo de orgulho, como ficou comprovado pelas falas dos trabalhadores. Portanto, o sofrimento não precisa ser visto de forma lamentável em todas suas circunstâncias, ao contrário, ele pode ser um ponto de partida para a mudança, para a transformação e construção de uma nova organização do trabalho, como foi observado por Ghizoni (2013).

“O sofrimento se torna criativo quando o sujeito consegue subvertê-lo em prazer, a partir da inteligência da prática, que é astuciosa, criativa e subverte a prescrição para acrescentar a contribuição do sujeito para a organização do trabalho” (MORAES, 2013b, p.416).

O sofrimento é inevitável. A relação sofrimento e prazer no ambiente de trabalho não tem fim, pois sempre haverá sofrimento e a tentativa de subvertê-lo em prazer. Mendes; Muller (2013, p. 289) ao explicarem a expressão prazer no trabalho, aos olhos da Psicodinâmica do Trabalho, definem “como mais do que uma vivência: o prazer é um princípio mobilizador da dinâmica que emerge dos contextos de trabalho”.

As vivências de prazer no trabalho relacionam-se à busca da gratificação, reconhecimento, sensação de utilidade, alegria no trabalho e demais sensações que a organização do trabalho não permite o trabalhador sentir. Há que se buscar conhecer as formas de sofrimento vivenciadas pelo trabalhador e assim através da mobilização subjetiva, reverter a negatividade do trabalho em elementos que proporcionem o prazer, para que desta forma, o trabalhador não adoça.

A manutenção dos processos de trabalho, regras, modos de relacionamento, e a existência de um espaço de discussão, permitirão diminuir a discrepância entre o que é proposto e o que é executado. Portanto, diante do exposto no referencial teórico, apresenta-se a seguir, o caminho metodológico utilizado nessa dissertação.

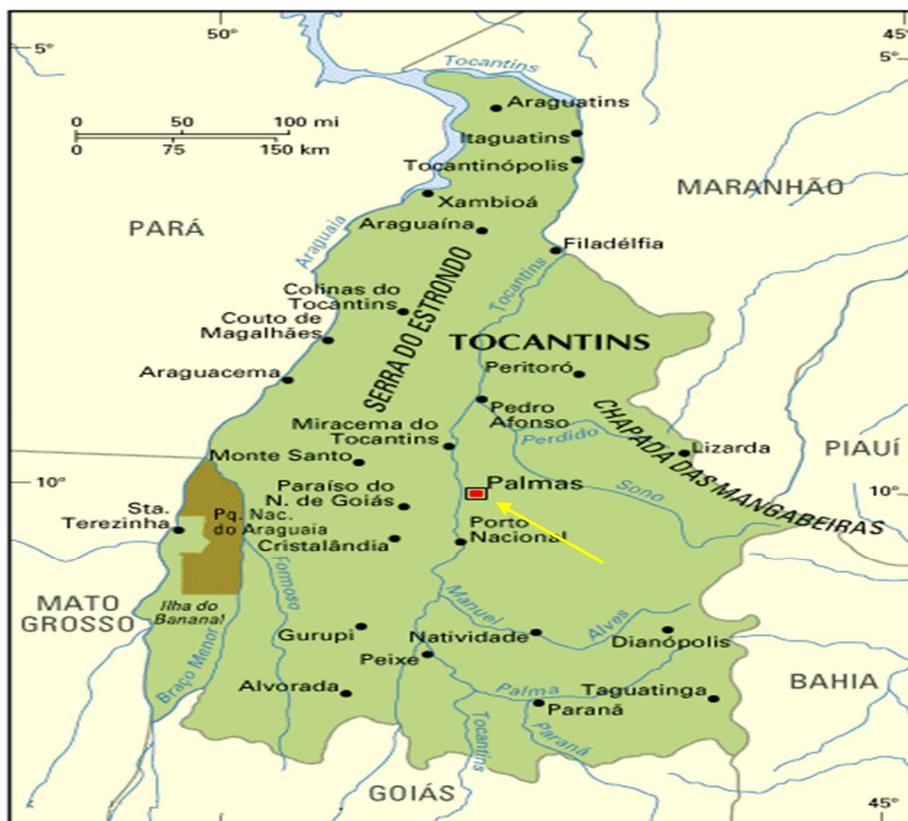
## 5. METODOLOGIA

Nesse capítulo será descrito o percurso metodológico escolhido para o desenvolvimento da pesquisa, bem como o campo de investigação e os procedimentos de coleta e análise dos dados que serão utilizados para a busca de resultados.

### 5.1. Caracterização da organização estudada

Palmas está situada na região norte do estado, com 2.218 km<sup>2</sup> de extensão territorial, à margem direita do rio Tocantins. A estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para Palmas em 2015 é de 272.726 habitantes. É considerada a capital mais nova do Brasil, com uma população constituída por pessoas de diversas partes do país. Caracteriza-se pela boa qualidade de vida e uma importante taxa de crescimento demográfico no Brasil.

**Figura 2** – Localização Geográfica da cidade de Palmas TO.



Fonte: Guianet (2015, p.01)

Em termos gerais, de acordo com o Ministério da Saúde (2005, p. 27),

em 9 de junho de 2003, pelo Decreto no 4.726, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), reforçando uma área extremamente estratégica do Ministério da Saúde, fortalecendo e ampliando as ações de vigilância epidemiológica. As atividades que eram desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da Funasa, passaram a ser executadas pela SVS/MS. Entre elas, incluem-se os programas nacionais de combate à dengue, à malária e a outras doenças transmitidas por vetores, o Programa Nacional de Imunização, a prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, a vigilância das doenças de veiculação hídrica e alimentar, o controle de zoonoses e a vigilância de doenças emergentes.

E de forma a compreender melhor a Vigilância em Saúde, é importante discorrer sobre o conceito do Ministério acerca da Vigilância em Saúde. De modo que, esta

deve ser entendida como um modelo assistencial alternativo, que deve ser desenvolvido a partir de problemas reais de uma área delimitada, em uma perspectiva de intersetorialidade. Ela está fundamentada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade das ações de promoção da saúde entre os indivíduos e grupos familiares, das ações das vigilâncias epidemiológica, ambiental e sanitária dirigidas à prevenção de riscos e danos; e da atenção primária, na moradia e nas unidades de saúde, com ênfase em grupos populacionais específicos e na reorientação da demanda a serviços, envolvendo vários programas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2005, p. 05).

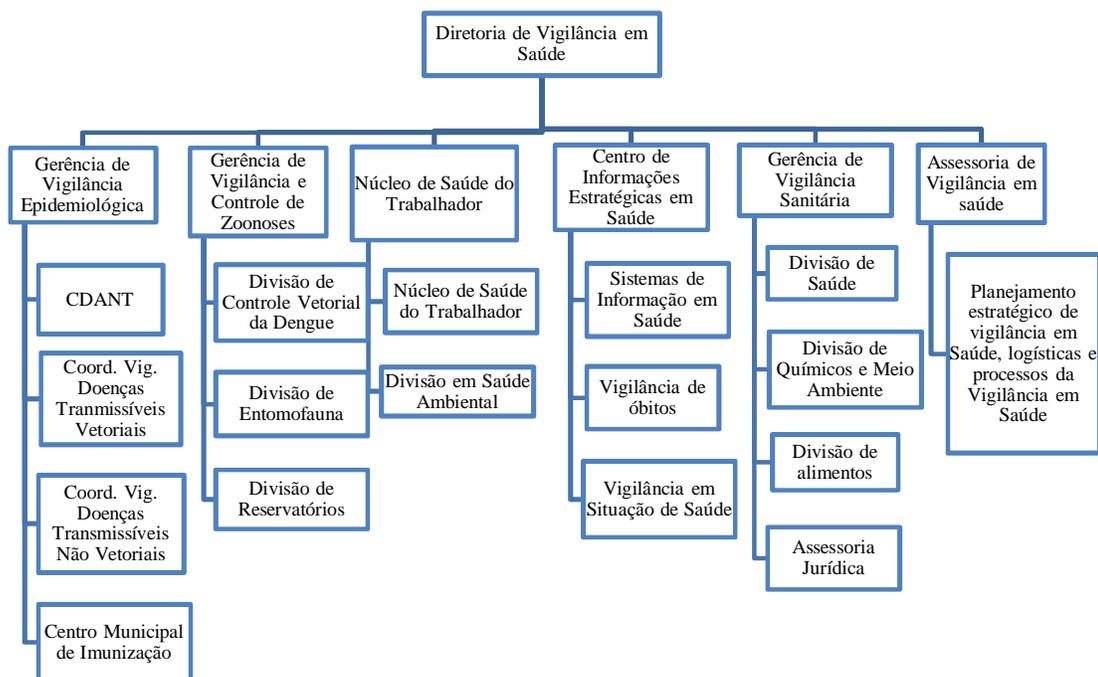
No município de Palmas<sup>2</sup>, TO, a DVS é uma das seis diretorias que compõe a Secretaria Municipal de Saúde (Diretoria de Gestão do Trabalho; Diretoria de Auditoria, Regulação e Controle; Diretoria da Atenção Básica; Diretoria da Atenção Especializada, Urgência e Emergência; Diretoria de Vigilância em Saúde; e Diretoria de Finanças).

A DVS está situada na Avenida Teotônio Segurado, quadra 1302 sul, conjunto 01, lote 06, Plano Diretor Sul. É composta de seis gerências: a Gerência de Vigilância Epidemiológica (GVE), Gerência de Vigilância de Controle de Zoonoses (CCZ), o Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT), o Centro de Informações Estratégicas em Saúde (CIEVS), a Gerência de Vigilância Sanitária (VISA), e a Assessoria de Vigilância em Saúde.

---

<sup>2</sup> Os dados que se seguem sobre a configuração da SEMUS, foram descritos de acordo com a conjuntura da Secretaria, no momento da construção do capítulo de metodologia, no ano de 2015.

**Figura 3** – Organograma da Diretoria de Vigilância em Saúde



Fonte: elaborado pela autora

A DVS possui uma equipe multiprofissional de técnicos em Vigilância Epidemiológica que agregam importantes programas nacionais. Buscam realizar a análise do perfil epidemiológico da população de Palmas, utilizando bancos de dados para identificação das informações, análise da situação de saúde e posterior planejamento de ações de saúde com base em evidências, em agravos como a tuberculose, hanseníase, hepatites virais, e as doenças sexualmente transmissíveis.

Além disso, intervém sobre os problemas sanitários por meio da Vigilância Sanitária, cujos objetivos visam eliminar, reduzir ou ainda prevenir problemas advindos do meio ambiente, produção e circulação de bens, e também prestação de serviços ligados ao consumidor e trabalhador.

No campo da Saúde Ambiental, a DVS atua na “detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção da saúde ambiental, prevenção e controle dos fatores de riscos relacionados às doenças e outros agravos à saúde” (BRASIL, 2005, p.35).

O CCZ atua no controle vetorial, de reservatórios, químico, e conta com um laboratório de entomologia (controle de infestação de pombos, ratos, caracóis, morcegos; orientações sobre animais venenosos e peçonhentos: cobras, lagartas, potós, aranhas, escorpiões).

No campo da saúde do trabalhador a DVS é representada pelo NUSAT, onde se presta assistência aos trabalhadores vítimas de adoecimento relacionado ao trabalho (pelo acolhimento, atendimento médico ou previdenciário), ou trabalhadores com sequelas por acidentes do trabalho. Executa ações de fiscalização e vigilância em locais de trabalho visando a promoção e proteção da Saúde do Trabalhador, através da identificação, intervenção e controle dos riscos (PALMAS, 2016a).

A população locus do estudo, organiza-se de acordo com a gerência em que estão inseridos, e conforme o quantitativo de profissionais no período em que se realizou a coleta de dados. É pertinente colocar que estão inclusos na amostra, os profissionais de nível médio e superior (contratados, efetivos, comissionados e residentes).

Assim, na GVE apresentavam-se 41 profissionais; no CCZ estavam lotados 231 agentes de endemias e 07 profissionais da saúde ambiental, além de 02 residentes; no NUSAT eram 17 profissionais; o CIEVS contava com 15 profissionais; a VISA atuava com 51 servidores; e, por fim, a assessoria de vigilância em saúde com 04 profissionais.

A seguir, apresenta-se os demais itens do processo metodológico.

## **5.2. Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa social uma vez que investiga sujeitos ligados a um grupo de pessoas, e em um determinado local, objeto de estudo. A pesquisa social “aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações” (MINAYO, 2001, p.15). Tal pesquisa valoriza a adoção de métodos quantitativos e qualitativos para descrição do objeto de interesse e para tratamento da subjetividade. Nesse sentido, a pesquisa tem caráter qualitativo e quantitativo.

A pesquisa qualitativa

preocupa-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 21).

Conceituando a pesquisa quantitativa, esta “preocupa-se com a medição objetiva e a quantificação dos resultados. Busca a precisão, evitando distorções na etapa de análise e

interpretação dos dados, garantindo assim uma margem de segurança em relação às inferências obtidas” (GODOY, 1995, p. 58).

A escolha da pesquisa quanti-qualitativa se dá pela necessidade tanto da classificação dos dados e análise percentual dos mesmos, de forma a indicar as principais variáveis, bem como trabalhar a subjetividade inserida no contexto, aprofundando-se nos fatos, na peculiaridade do grupo e da organização do trabalho, além da complexidade dos riscos encontrados. “A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc.” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 31).

Quanto à natureza, esta pesquisa será aplicada, uma vez que “objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais” (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p. 35). Dessa maneira, a pesquisa procura mapear os riscos psicossociais para que a equipe de saúde do trabalhador da instituição possa formular ações de prevenção dos agravos de natureza psicológica.

Com relação aos objetivos por meio de Deslandes (2004) é possível entender que toda construção de um projeto, detêm de uma fase exploratória, visto que nessa fase se define o objeto de pesquisa, constitui-se o marco teórico, delimita-se o problema, objetivos e por fim o instrumento de coleta de dados a ser utilizado.

Pode-se, portanto, considerar a pesquisa de caráter exploratório, por esta ter passado por todos esses processos, e durante a busca pelo objeto de pesquisa, foi visto que não há no estado do Tocantins estudos relacionados ao tema proposto, no referido ambiente de trabalho que envolva a abordagem escolhida pela autora.

Diante das informações adquiridas, o estudo passa a ter caráter descritivo, por descrever a organização do trabalho e os riscos psicossociais relacionados aos trabalhadores de uma Instituição Pública de Saúde. Trata-se ainda de uma pesquisa explicativa, que Gerhardt; Silveira (2009) esclarecem ser uma continuação da pesquisa descritiva, visto que os fenômenos descritos serão explicados quanto às causas ou fatores que os determinam.

### **5.3. População**

A população escolhida para o estudo compõe-se dos profissionais da DVS contratados, efetivos, comissionados e residentes em saúde coletiva das gerências GVE, CCZ, NUSAT,

CIEVS e VISA, totalizando 137 servidores<sup>3</sup>. A opção por esses trabalhadores se deu, uma vez que podem estar sujeitos a riscos psicossociais decorrentes do tipo de atividade desempenhada, por lidarem diretamente com o público ou em consequência da própria organização de trabalho. Para o levantamento da população foi identificado, junto a gestão da organização de saúde, o quantitativo de profissionais atuantes no setor escolhido para a pesquisa.

No setor de saúde locus da pesquisa, “os estressores podem ser de natureza física (por exemplo, barulho, ventilação e iluminação do local de trabalho) ou psicossocial, e estes últimos têm despertado mais interesse nos psicólogos organizacionais” (BALASSIANO; TAVARES e PIMENTA., 2011, p. 755).

Com o quantitativo de 137 profissionais, e em virtude da dificuldade que a autora encontrou durante a coleta de dados para conseguir o retorno dos profissionais, fez-se o cálculo amostral para se chegar à amostragem aleatória simples. Portanto, para determinação do tamanho da amostra com população finita, utilizou-se a seguinte fórmula com base em Stevenson (1981):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Dessa forma, inserindo os dados da amostra tem-se que “N” equivale aos 137 profissionais da DVS; “Z” é o desvio do valor médio que aceitamos para alcançar o nível de confiança desejado. Como para o estudo o nível e confiança desejado é de 95%, Z equivale a 1,96; “p” é a proporção que se espera encontrar = 0,5 (50%), no caso de amostra heterogênea; “e” significa a margem de erro máximo, aqui adotada a margem de 0,05 (5%).

---

<sup>3</sup> Além dos 137 profissionais que compõe a população do estudo, a DVS tem em seu quadro 231 agentes de endemias. Devido a pesquisadora acreditar que as especificidades no trabalho dos agentes de endemias, presume a realização de uma pesquisa voltada exclusivamente a esse tipo de atividade laboral. Esse pensamento deve-se à relevância dos riscos psicossociais existentes na categoria profissional e que poderiam não ser bem interpretados ou não transparecer, se trabalhados em conjunto com os outros servidores, principalmente pelos demais atuarem em áreas administrativas, em sua maioria.

Portanto,

$$n = \frac{137 \times 1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5) + 0,05^2 \times (137 - 1)}$$

Tem-se que  $n = 101,18$ . Utilizou-se como amostra mínima válida  $n = 102$ , após arredondado o valor. Entretanto, conseguiu-se 104 respostas, o que equivale a 75,9% da população total.

Com base na fórmula de Barbetta (op. Cit), no tamanho da população, do número de 104 respondentes e nível de confiança de 95%, tem-se que a margem de erro efetiva ficou em 4,79%. Isto quer dizer que os percentuais encontrados foram analisados tendo-se em conta esta margem de erro.

$$104 = \frac{137 \times 1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5)}{1,96^2 \times 0,5 \times (1 - 0,5) + e^2 \times (137 - 1)}$$

#### 5.4. Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados o Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho – PROART (Anexo 03), no qual objetiva em sua aplicação:

investigar as características da organização prescrita do trabalho; avaliar o estilo de gestão da organização; levantar os riscos de sofrimento patogênico no trabalho; identificar os danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho; comparar a relação entre as dimensões analisadas do trabalho e diferentes grupos demográficos; identificar relações causais entre os diferentes fatores das diferentes escalas; oferecer subsídios para etapas posteriores de pesquisa e investigação, bem como guiar a elaboração de políticas de saúde ocupacional (FACAS, 2013, p. 139).

O autor justifica a aplicação do PROART como instrumento para o mapeamento de riscos psicossociais no trabalho, a partir da análise da relação organização do trabalho e trabalhador. O propósito de utilizar o PROART como instrumento da pesquisa permite o mapeamento dos riscos para criação de ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador, otimizando a organização do trabalho e melhorando a qualidade de vida do trabalhador.

De acordo com sua composição, “o PROART é formado por quatro instrumentos compostos por escalas do tipo likert de frequência, compostas por 5 pontos, variando entre 1 (Nunca) e 5 (Sempre)” (FACAS, 2013, p. 143):

**Figura 4** – Escala de frequência likert.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Fonte: Facas, 2013.

Para definir a escala likert (SILVA JUNIOR; COSTA, 2014, p.5) colocam que esta escala “consiste em tomar um construto e desenvolver um conjunto de afirmações relacionadas à sua definição, para as quais os respondentes emitirão seu grau de concordância”. Ou seja, os respondentes da pesquisa se posicionam em relação a ela, a medida que atribuem uma concordância a um construto. No caso desta pesquisa, são exemplos de construto: tristeza, solidão, perda da autoconfiança, vontade de ficar sozinho e outros.

O instrumento PROART está formado por 92 itens ou construtos de avaliação distribuídos em quatro escalas, abordadas conforme Facas (2013):

- Escala de Organização do Trabalho (EOT): composta pelo **fator de divisão de tarefas**, que busca avaliar o ritmo, prazos e condições oferecidas para a execução das tarefas; e pelo **fator de divisão social do trabalho**, que busca avaliar normas, comunicação, avaliação, autonomia e participação relativos ao trabalho.
- Escala de Estilo de Gestão (EEG): a escala é composta por dois fatores. O primeiro fator é o **estilo gerencialista**, que se caracteriza pela centralização das decisões no papel do gestor, forte sistema burocrático, valorização das regras em detrimento aos sujeitos, sistema disciplinar rígido e alto controle do trabalho. Constitui-se de pessoas que parecem não considerar os limites da realidade e que têm dificuldade de reconhecimento do outro; e o segundo fator trata do **estilo coletivo**, que se caracteriza por relações de troca bem estabelecidas entre seus membros, valorização da criatividade e inovação. Favorece a interação profissional e a promoção de um maior bem-estar das pessoas.
- Escala do Sofrimento Patogênico no Trabalho (ESPT): é composta por três fatores. O primeiro fator é **falta de sentido do trabalho**, que se caracteriza por sentimentos de inutilidade, ao fazer um trabalho que não tem sentido para si mesmo, nem é importante e significativo para a organização, clientes e/ou para a sociedade; o segundo fator é o **esgotamento mental**, que se caracteriza por sentimento de injustiça, desânimo, insatisfação e/ou desgaste com seu trabalho; o terceiro fator é **falta de reconhecimento**, que se caracteriza por sentimentos de desvalorização, não aceitação e/ou admiração pelos colegas e chefias, e falta de liberdade para expressar o que pensa e sente em relação ao seu trabalho.

- Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho (EDT): também composta por três fatores, o primeiro os **danos psicológicos**, o qual se caracteriza por sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral; os **danos sociais**, caracterizados por comportamentos de isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais; e por fim os **danos físicos**, caracterizados por dores no corpo e distúrbios biológicos.

## 5.5. Procedimentos para coleta de dados

Para coleta dos dados foi solicitada a autorização da Fundação Escola em Saúde Pública (FESP), órgão responsável pelos processos de formação da Secretaria de Saúde do município de Palmas, pela educação em saúde, educação popular e educação permanente. Através da FESP ocorre a regulação do campo de prática dos convênios e o desenvolvimento de programas, como o Programa Integrado de Residências (PIRS).

Utilizando do link em Datusus (2015), que trata do cadastro de projetos e pesquisas a serem realizados na Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas, foi feito o cadastro dos dados do pesquisador e do projeto, enviando à Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas da FESP, cópia do projeto em PDF, finalizando a parte de protocolo.

Após avaliação e aprovação da FESP, e liberada a pesquisa na DVS, por meio da carta de autorização (Anexo 01) dispensada pela Comissão de Avaliação, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para análise e parecer. Utilizando do link da Plataforma Brasil, foi feito o cadastro do pesquisador para posteriormente submeter o projeto de pesquisa. Em seguida aguardou-se a análise e parecer.

De acordo com a Resolução 466/2012 as pesquisas envolvendo seres humanos devem ser submetidas à aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, e para isso esta pesquisa foi submetida, anteriormente a coleta de dados, ao comitê de ética da UFT, entretanto o referido Comitê não deliberou sobre o presente Projeto (Anexo 02).

A etapa seguinte constou do envio do instrumento de coleta para os e-mails<sup>4</sup> dos profissionais que compuseram a população de estudo, via *Google Docs*, utilizando-se a ferramenta *Google Drive*. Facas (2013) coloca como vantagem o uso do meio eletrônico para a aplicação do instrumento devido a fatores como: agilidade na aplicação, controle das respostas e tabulação; propicia o uso de uma maior amostra; e baixo custo de implementação.

---

<sup>4</sup> Os e-mails foram adquiridos via contato prévio com o responsável de cada gerência da DVS.

A pesquisadora munida de um documento de autorização, dirigiu-se a cada gerência solicitando autorização para pegar o e-mail dos profissionais e posteriormente encaminhou o questionário. A coleta de dados se fez nos meses de dezembro de 2015 e janeiro de 2016, visto o recesso de fim de ano e as férias terem dificultado encontrar os servidores, prorrogando assim a etapa de coleta.

A Resolução nº 466 (BRASIL, 2013a), estabelece o cumprimento de normas e diretrizes em pesquisas envolvendo seres humanos, no que tange aos fundamentos éticos e científicos. De acordo com a resolução, os participantes da pesquisa devem ser esclarecidos quanto aos procedimentos que serão adotados na pesquisa, riscos e benefícios se existirem. Portanto, juntamente ao PROART foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado ao trabalhador antes da visualização do instrumento. Este termo encontra-se no Apêndice A.

Um aspecto importante a ser mencionado pela pesquisadora, é que durante a coleta de dados, quando foi pedido o e-mail pessoal dos profissionais da diretoria, pessoa a pessoa, observou-se que em alguns casos, os servidores disseram não poder responder a pesquisa, por medo de que fossem, futuramente, “perseguidos” pela gestão. E, após explicado a confidencialidade da pesquisa através do TCLE, em que nem mesmo a pesquisadora saberia de quem seriam as respostas, algumas pessoas aceitaram, porém outras não.

Em outras situações, quando abordado pela pesquisadora pedindo a colaboração dos profissionais, alguns expressaram a ansiedade pelo resultado da pesquisa, por sentirem a necessidade do mapeamento à organização da DVS. Observou-se ainda que alguns servidores alegaram “já estarem doentes”, e o quanto é preciso uma intervenção ao ambiente de trabalho.

Diante de todas as dificuldades, anseios dos profissionais e desistências, conseguiu-se realizar a coleta de dados. Vale salientar, que a intervenção da pesquisadora aos profissionais foi feita através de e-mail convidativo, contato pessoal em que foi entregue um panfleto confeccionado pela pesquisadora, explicando os objetivos da pesquisa. Os gerentes se fizeram parceiros e durante reuniões expuseram a relevância da pesquisa aos profissionais. Outra forma de convite, muito importante pela facilidade e rapidez com que a solicitação foi vista, deu-se pelo *WhatsApp*<sup>5</sup> e as mensagens de texto enviadas aos participantes.

E por mais que todos esses artifícios tenham auxiliado na adesão de respondentes, não se conseguiu o total de 137 respostas, e diante do desgaste e necessidade de conclusão da coleta,

---

<sup>5</sup> O *WhatsApp Messenger* é um aplicativo gratuito para a troca de mensagens disponível para *Android* e outras plataformas.

encerrou-se a pesquisa com 104 respondentes no total, que representa em torno de 75% do total esperado.

## **5.6. Procedimentos para análise dos dados**

Os dados quantitativos passaram pelas análises que se seguem:

### **5.6.1. Análises descritivas**

A análise dos dados quantitativos foi feita por meio de estatística descritiva, que para (SOUZA, 2015, p. 27) tem por finalidade “organizar, resumir e interpretar os dados à luz dos objetivos da pesquisa”. Dessa forma, após finalizada a coleta de dados através do *Google Docs*, as respostas fechadas foram organizadas em planilha do *Excel*, com inserção do nome das variáveis em cada coluna, organizando as respostas, para tratamento posterior no *software SPSS*.

Para Facas (2013), ao se realizar a análise descritiva são consideradas três tipos de informações: a média aritmética, o desvio-padrão e a distribuição da frequência.

A média aritmética é definida segundo Barbeta (2002) como sendo a soma dos valores dividida pela soma de observações da amostra. Com relação ao Desvio- Padrão (DP), é utilizado para complementar a informação contida na média aritmética; ou seja, o DP é uma medida que avalia a dispersão do conjunto de valores que estão sendo analisados.

Com relação a frequência, Facas (2013, p.153) define como “um método de se agrupar dados em classes, de modo a fornecer a quantidade e/ou a percentagem de dados em cada classe, de tal modo que se pode resumir e visualizar um conjunto de dados sem precisar levar em conta os valores individuais”.

As análises descritivas foram feitas tanto para os dados demográficos quanto para as quatro escalas que compõe o PROART.

### **5.6.2. Análise inferencial**

Após as análises descritivas, utilizou-se a técnica da análise de variância de um padrão (Oneway Anova) para analisar “diferentes fontes de variação que podem ocorrer em um conjunto de valores” (FACAS, 2013, p.156). Para o PROART, e seguindo o raciocínio do autor, a ANOVA foi utilizada para verificar a variância entre os grupos demográficos.

Quanto às questões abertas, estas foram tratadas de acordo com o tópico abaixo.

### 5.6.3. Apresentando a Análise de Conteúdo

A análise qualitativa dos dados referentes às questões abertas (três), ocorreu por meio da análise de conteúdo. Para Bardin (2009), analisar o conteúdo significa realizar o tratamento das informações presentes em um contexto ou numa mensagem. Trata-se de pegar a subjetividade contida em um conteúdo e objetivá-lo, de forma a esclarecer as condições a que o sujeito está submetido.

Vale ressaltar que,

a intersubjetividade pode ser investigada, ainda que de maneira indireta, em instrumentos de avaliação por meio de categorias empíricas, fundamentadas teoricamente em abordagens críticas e clínicas como a Psicodinâmica do Trabalho e a Psicanálise. Neste sentido, o Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais foi construído de maneira a contemplar essa dinâmica intersubjetiva (FACAS, 2013, p. 138).

Bardin (2009) dá ao pesquisador as etapas para a realização da análise de conteúdo a serem seguidas. Em primeiro, o autor coloca a etapa da *pré-análise*, constituída de cinco momentos. A princípio deve ser realizada uma leitura flutuante, ou seja, deve ser realizada uma leitura aberta a todas as ideias, reflexões ou hipóteses.

Sendo assim, pegou-se as três questões abertas do PROART, que pelo número da amostra deveriam conter 104 respostas cada uma, totalizando 312 respostas. Porém, verificou-se que alguns profissionais não quiseram responder ou apenas colocaram a expressão “sim” ou “não”.

Na sequência foi realizada a escolha de documentos. Segundo Bardin (2009), ela pode ocorrer de duas maneiras. A seleção dos documentos pode ocorrer a depender dos objetivos, ou o objetivo só vai ser possível de acordo com os documentos que existem.

As questões do PROART foram passadas para um documento único no formato *Word* para facilitar a etapa de *exploração do material*, a qual é caracterizada por Bardin (2009) como a segunda etapa da Análise de Conteúdo. Dessa forma, passou-se a marcar as palavras de acordo com os objetivos da pesquisa, e com ajuda do programa do Grupo de Linguística da Incite *online*, por intermédio do Processador Linguístico de Corpus, foi possível construir 13 (treze) índices temáticos.

A *posteriori*, de maneira indutiva, construíram-se 06 (seis) categorias temáticas com base nos índices. Na sequência, foi realizada a apresentação detalhada de cada categoria

(definições de cada categoria, verbalização dos participantes, e os temas utilizados para criar cada categoria). E posteriormente, foi realizada a inferenciação, no qual os dados obtidos nesse estudo são correlacionados a outros com mesmo tema. Essa etapa é descrita por Bardin (2009) como a terceira e última etapa do método de análise de conteúdo, que se chama *tratamento dos resultados obtidos*.

As questões descritivas permitiram conhecer melhor as dificuldades que são expressas na relação ao trabalho, e de que forma subjetiva elas são transformadas. O tratamento dos dados foi feito à luz da psicodinâmica do trabalho.

### **5.7. Devolução dos dados para a população pesquisada**

A devolução dos dados à Instituição se dará pela apresentação dos resultados em forma de palestra aos gestores e profissionais da DVS, e entrega do mapeamento dos riscos, produto da dissertação, à equipe de saúde do trabalhador da Instituição. E em um segundo momento, será enviado o produto por e-mail a cada participante.

Prosseguindo o estudo, tem-se a apresentação dos resultados.

## 6. RESULTADOS

Nesse capítulo serão apresentados os resultados da pesquisa realizada com os profissionais da Diretoria de Vigilância em Saúde, lotados nas gerências de: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância de Controle de Zoonoses, Núcleo de Saúde do Trabalhador, Centro de Informações Estratégicas em Saúde e Assessoria da Vigilância.

A pesquisa contou com a participação de 104 servidores, de diferentes formações profissionais e cargos ocupados, representando cerca de 75,9% do total da população escolhida para o estudo.

Os dados oriundos do PROART foram analisados à luz da Psicodinâmica do Trabalho. Para tanto, as respostas das 92 questões fechadas que compõe o questionário, foram dispostas em tabela *Excel*, gerada pelo próprio *Google Docs* e, posteriormente, tratadas pelo SPSS, no qual se gerou a informação da análise quantitativa do estudo.

Seguindo o modelo de Bardin (2009), as 03 (três) questões abertas que compõe o PROART foram analisadas qualitativamente. Os 10 (dez) itens sobre o perfil sócio demográfico e profissional dos participantes constaram ao final da tabela e também foram submetidos ao SPSS.

Dessa forma, pôde-se construir dois tópicos, apresentados a seguir, no qual estão dispostos, separadamente, os resultados quanti e quali, respectivamente.

### 6.1. Apresentação dos dados quantitativos

Conforme foi dito anteriormente, os 92 itens que compõe o PROART estão distribuídos em quatro escalas.

**Quadro 3** – Apresentação dos fatores de determinação de riscos psicossociais dispostos nas escalas do PROART.

<b>Escala de Organização do Trabalho – EOT</b>	
Divisão das tarefas	$(eot01 + eot02 + eot03 + eot04 + eot05 + eot06 + eot07)/7$
Divisão social do trabalho	$(eot08 + eot09 + eot10 + eot11 + eot12 + eot13 + eot14 + eot15 + eot16 + eot17 + eot18 + eot19)/12$
<b>Escala de Estilo de Gestão – EEG</b>	
Estilo gerencialista	$(eeg01 + eeg02 + eeg03 + eeg04 + eeg05 + eeg06 + eeg07 + eeg08 + eeg09 + eeg10)/10$
Estilo coletivo	$(eeg11 + eeg12 + eeg13 + eeg14 + eeg15 + eeg16 + eeg17 + eeg18 + eeg19 + eeg20 + eeg21 + eeg22)/12$
<b>Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho – ESPT</b>	
Falta de sentido no trabalho	$(espt01 + espt02 + espt03 + espt04 + espt05 + espt06 + espt07 + espt08 + espt09)/9$
Esgotamento Mental	$(espt10 + espt11 + espt12 + espt13 + espt14 + espt15 + espt16 + espt17)/8$

Falta de reconhecimento	(espt18 + espt19 + espt20 + espt21 + espt22 + espt23 + espt24 + espt25 + espt26 + espt27 + espt28)/11
<b>Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho - EDT</b>	
Danos psicológicos	(edt01 + edt02 + edt03 + edt04 + edt05 + edt06 + edt07)/7
Danos sociais	(edt08 + edt09 + edt10 + edt11 + edt12 + edt13 + edt14)/7
Danos físicos	(edt15 + edt16 + edt17 + edt18 + edt19 + edt20 + edt21 + edt22 + edt23)/9

Fonte: elaborado com base em Facas (2015).

Os dados quantitativos foram organizados dentro dessas quatro escalas. A princípio, antes de analisar as escalas, se apresentará os dados demográficos que caracterizam a população. “A leitura dos dados demográficos é fundamental para que o pesquisador possa interpretar e pensar os resultados, a partir da amostra utilizada” (FACAS, 2013, p. 154).

### 6.1.1. Perfil demográfico dos profissionais que compõe a DVS

O perfil demográfico da amostra foi possível, baseando-se nos resultados abaixo descritos. A compreensão dos dados foi facilitada, considerando que a autora faz parte do quadro de funcionários da Instituição. Os dados favorecem a identificação de perfis mais susceptíveis ou não à riscos psicossociais.

**Tabela 1** – Faixa etária dos respondentes

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
<b>Idade</b>	104	22	67	39	8,74918
<b>Válidos</b>	104				

Fonte: elaborado pela autora

Dentre os 104 respondentes que compuseram a amostra, estes possuem idade entre 22 a 67 anos, ou seja, a amostra compõe-se de adultos e idosos<sup>6</sup>, tendo como média de idade, 39 anos, considerando o desvio-padrão (DP) de 8,7 anos em relação ao ponto médio.

Aqui considerando o alto valor do desvio-padrão, observa-se que as idades estão espalhadas por uma gama de valores. Assim, os respondentes por mais que em sua maioria fossem adultos, possuíam faixas etárias diversas.

Em se tratando de DP “quanto maior o desvio-padrão, mais diferentes entre si serão as respostas de cada sujeito de pesquisa” (FACAS, 2013, p. 153). O autor lembra que um alto DP não invalida a amostra, e sua análise deve ser feita da seguinte maneira: sempre menor ou igual a 1,00 (pouca dispersão das respostas), quando maior que 1,00 (grande variação das respostas).

<sup>6</sup> A faixa etária definida para idoso é preconizada pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003).

Na sequência a caracterização da amostra pelo sexo.

**Tabela 2** – Frequência por sexo

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido
	Masculino	36	34,6
<b>Válido</b>	Feminino	68	65,4
	Total	104	100,0

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com os dados apresentados, a maioria dos profissionais da DVS que participaram do estudo são do sexo feminino (65,4%). Adiante na discussão, se discorrerá sobre o resultado.

**Tabela 3** – Frequência por escolaridade

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido	Frequência relativa cumulativa
	Até o Ensino Médio	6	5,8	5,8
	Superior Incompleto	6	5,8	11,5
<b>Válido</b>	Superior Completo	39	37,5	49,0
	Pós-Graduação	53	51,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0

Fonte: elaborado pela autora

Com relação a escolaridade, a amostra pesquisada apresenta em sua maioria, pós-graduados (51%), seguido de profissionais com ensino superior completo (37,5%). Os dados apontam que na DVS há uma realidade de servidores com um maior tempo de estudo, visto às exigências dos cargos ocupados. Atualmente, pode-se afirmar que há uma tendência em aumentar esse quantitativo, uma vez que será iniciado um programa de educação permanente na SEMUS, com o propósito de qualificar profissionais de ensino superior, e bonificar aqueles que participarem do projeto.

**Tabela 4** - Estado civil dos participantes

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido	Frequência relativa cumulativa
	Solteiro	27	26,0	26,0
	Casado/União Estável	69	66,3	92,3
<b>Válido</b>	Separado/Divorciado	7	6,7	99,0
	Viúvo	1	1,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0

Fonte: elaborado pela autora

Dos 104 participantes, 66,3% são casados ou vivem em união estável. Em seguida, tem-se as informações sobre o tempo de serviço dos profissionais na Instituição e cargo ocupado.

**Tabela 5** – Frequência de Tempo de Serviço

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido	Frequência relativa cumulativa
<b>Tempo de Serviço na Instituição</b>				
Válido	Até 5 anos	32	30,8	30,8
	Entre 6 e 10 anos	24	23,1	53,8
	Mais de 10 anos	48	46,2	100,0
	Total	104	100,0	100,0
<b>Tempo de Serviço no Cargo Atual</b>				
Válido	Até 5 anos	55	52,9	52,9
	Entre 6 e 10 anos	27	26,0	78,8
	Mais de 10 anos	22	21,2	100,0
	Total	104	100,0	100,0

Fonte: elaborado pela autora

Observa-se que a maioria dos profissionais da diretoria (46,2%) estão a mais de 10 (dez) anos na Instituição. No cargo atual, a maior parte possui menos de 5 (cinco) anos de tempo de serviço. Os dados revelam que os profissionais têm um vínculo de longo prazo com a Instituição.

**Tabela 6** – Frequência do cargo atual

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido	Frequência relativa cumulativa
Válido	Administrador	1	1,0	1,0
	Analista em Saúde	1	1,0	1,9
	Assistente Administrativo	4	3,8	5,8
	Assistente de Saúde	1	1,0	6,7
	Assistente Social	3	2,9	9,6
	Auxiliar Administrativo	1	1,0	10,6
	Auxiliar de Serviço em Saúde	1	1,0	11,5
	Biólogo	7	6,7	18,3
	Biomédico	1	1,0	19,2
	Enfermeiro	25	24,0	43,3
	Engenheiro	2	1,9	45,2
	Engenheiro Ambiental	1	1,0	46,2
	Engenheiro Civil	1	1,0	47,1
	Farmacêutico	1	1,0	48,1
	Fiscal Sanitário	2	1,9	50,0
	Fisioterapeuta	4	3,8	53,8
	Fonoaudiólogo	1	1,0	54,8
	Inspetor Sanitário	5	4,8	59,6
Médico Veterinário	5	4,8	64,4	

Odontólogo	2	1,9	1,9	66,3
Professor	1	1,0	1,0	67,3
Psicólogo	4	3,8	3,8	71,2
Químico	1	1,0	1,0	72,1
Servidor Público	26	25,0	25,0	97,1
Técnico de Enfermagem	2	1,9	1,9	99,0
Técnico em Mineração	1	1,0	1,0	100,0
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: Elaborado pela autora

A relevância dos dados diz respeito ao cargo predominante na amostra. Aqui foi possível identificar que 62,5% dos cargos são relacionados a saúde, com 24% para o cargo de enfermeiro, que predominou sobre os demais, além dos 26% que optaram por responder serem servidores públicos.

**Tabela 7** - Tipo de Contrato de Trabalho

		<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>	<b>Percentual Válido</b>	<b>Frequência relativa cumulativa</b>
<b>Válido</b>	Efetivo - Concursado	57	54,8	90,5	90,5
	Residente	1	1,0	1,6	92,1
	Contratado	3	2,9	4,8	96,8
	Efetivo - CLT	1	1,0	1,6	98,4
	Terceirizado	1	1,0	1,6	100,0
	<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>60,6</b>	<b>100,0</b>	
<b>Ausente</b>	Sistema	41	39,4		
<b>Total</b>		<b>104</b>	<b>100,0</b>		

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com a tabela acima, 90,5% dos tipos de contrato de trabalho da DVS são de profissionais efetivos concursados. Vale lembrar, que esse percentual se deu com respeito aos 63 respondentes para essa questão.

Os residentes que compõem o quadro de funcionários da diretoria, provenientes da residência multiprofissional em saúde coletiva, têm beneficiado a Instituição. Estes colaboram com as áreas no desenvolver das atividades, trazem novas perspectivas de trabalho, e desenvolvem pesquisas com o intuito de qualificar o serviço, bem como melhorar o atendimento ao usuário.

**Tabela 8** - Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano

		<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>	<b>Percentual Válido</b>	<b>Frequência relativa cumulativa</b>
<b>Válido</b>	Nenhum	33	31,7	52,4	52,4
	1 ou 2	25	24,0	39,7	92,1

	3 ou Mais	5	4,8	7,9	100,0
	Total	63	60,6	100,0	
<b>Ausente</b>	Sistema	41	39,4		
<b>Total</b>		104	100,0		

Fonte: elaborado pela autora

Com relação aos problemas de saúde relacionados ao trabalho, 52,4% dos respondentes válidos, relataram não terem tido nenhum problema no último ano. Adiante, serão apresentados os dados de acordo com as escalas do PROART. Vale lembrar que os itens que compõem as escalas a serem analisadas estão dispostos no Anexo 3, ao final do estudo.

### 6.1.2. Escala de Organização do Trabalho (EOT)

De acordo com (FACAS, 2013, p.121) a EOT objetiva “apreender as representações que os trabalhadores têm acerca das tarefas que precisam realizar; das condições materiais oferecidas para suas execuções; da flexibilidade de prazos, ritmos e normas; da variabilidade das tarefas; e da autonomia e liberdade para realizar e falar sobre o trabalho”.

Para o autor, quanto maior for o escore dados aos itens dessa escala, menores são os riscos psicossociais. A escala, como já mencionado anteriormente, é dividida em:

- Divisão das Tarefas, contendo 07 itens onde o indivíduo faz a avaliação do seu contexto de trabalho; e
- Divisão Social do Trabalho, contendo 12 itens onde se faz a avaliação sobre a forma de gestão utilizada na organização.

O parâmetro utilizado para avaliação da média e frequência dos fatores dessa escala são: de 1,00 e 2,29, representa *altos riscos psicossociais*, o que demanda intervenção imediata ao trabalhador; entre 2,30 e 3,69 representa uma *situação limite* para que o trabalhador venha a ter riscos psicossociais no trabalho, necessitando de intervenções a curto e médio prazo; e entre 3,70 e 5,00 representa *baixos riscos psicossociais*, com menor intervenção pela Organização do Trabalho (FACAS, 2013).

**Tabela 9** – Estatística Descritiva EOT

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
<b>Divisão das Tarefas</b>	104	1,71	5,00	3,1731	,65440
<b>Divisão Social do Trabalho</b>	104	1,83	4,83	3,5833	,59051
<b>Válidos N</b>	104				

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com o exposto acima, evidencia-se que no tocante a Divisão das Tarefas, houve o mínimo de 1,71 que caracteriza o alto risco, e um máximo de 5,00, ou seja, índices de baixo risco psicossocial. A média, foi de 3,17 (situação limite para o risco psicossocial), e o DP foi de 0,65, o que indica pouca variação de respostas.

Com relação a Divisão Social do Trabalho ocorreu o mínimo de 1,83 indicando o alto risco psicossocial, e um máximo de 4,83, que está dentro do baixo risco. A média foi de 3,58 (risco médio ou estado de alerta), e o DP de 0,59 (pouca variação).

Segue a distribuição dos níveis de riscos psicossociais referentes à Divisão das Tarefas e à Divisão Social do Trabalho.

**Tabela 10** – Distribuição de frequência dos fatores da EOT

	Divisão das Tarefas		Divisão Social do Trabalho	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
<b>Risco Alto</b>	15	14%	2	2%
<b>Risco Médio</b>	64	62%	57	55%
<b>Risco Baixo</b>	25	24%	45	43%

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com os resultados expostos na tabela 9, e agora quando se faz a avaliação da escala de modo global, como propõe Facas (2013), observa-se que os respondentes se encontram em situação de risco médio, visto que no fator Divisão de Tarefas 62% dos respondentes estão dispostos no risco médio e 24% no risco baixo, enquanto que no fator Divisão Social do Trabalho 55% dos respondentes se encaixam no risco médio e 43% no risco baixo.

É pertinente conceituar a distribuição da frequência para melhor compreensão do método utilizado para análise dos fatores. Para (FACAS, 2013, p.153), “a análise da distribuição de frequência é um método de se agrupar dados em classes, de modo a fornecer a quantidade e/ou a percentagem de dados em cada classe, de tal modo que se pode resumir e visualizar um conjunto de dados sem precisar levar em conta os valores individuais”.

A seguir a avaliação item por item do fator Divisão de Tarefas.

**Tabela 11** – Itens Divisão de Tarefas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
O ritmo de trabalho é adequado	104	1,00	5,00	3,3654	,94569
Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho	104	1,00	5,00	3,3173	1,06365
Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas	104	1,00	5,00	3,2115	,95198

O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas	104	1,00	5,00	3,1250	,91043
Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis	104	1,00	5,00	3,1058	1,01368
O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado	104	1,00	5,00	3,0865	1,25498
Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas	104	1,00	5,00	3,0000	,90307
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

Os dados da tabela anterior mostram que todos os itens do fator Divisão de Tarefas tiveram como média valores entre 3,00 e 3,36 (todos dentro do risco médio ou situação limite). O DP oscilou de 0,90 até 1,25. Isto quer dizer que a maioria dos respondentes se encontra numa faixa de risco médio.

**Tabela 12 – Itens Divisão Social do Trabalho**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
As tarefas que executo em meu trabalho são variadas	104	1,00	5,00	3,8750	,95213
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada	104	1,00	5,00	3,7788	,95487
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras	104	1,00	5,00	3,7019	,90178
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho	104	1,00	5,00	3,6731	1,03757
As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si	104	2,00	5,00	3,6731	,76884
Há clareza na definição das tarefas	104	1,00	5,00	3,6442	,97461
Há qualidade na comunicação entre os funcionários	104	2,00	5,00	3,6154	,89560
A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha produção	104	1,00	5,00	3,6058	1,01845
Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas	104	1,00	5,00	3,4808	,92412
Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor	104	1,00	5,00	3,4712	,94465
Há justiça na distribuição das tarefas	104	1,00	5,00	3,3750	1,00665
Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho	104	1,00	5,00	3,1058	1,09649
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

Quanto ao fator Divisão Social do Trabalho a média se estabeleceu entre os valores de 3,10 e 3,87 (variação entre o risco médio e baixo). Os itens cujas médias se enquadram no baixo risco foram *as tarefas que executo em meu trabalho são variadas, a comunicação entre chefe e subordinado é adequada e as informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras*. O DP oscilou de 0,76 até 1,09. A seguir os resultados quanto as Análises de Variância a um Fator (ANOVA).

**Tabela 13 – ANOVA Divisão das Tarefas**

		<b>Sig.</b>
Faixa Etária	Entre os Grupos	,299
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Sexo	Entre os Grupos	,356
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,117
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,309
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,553
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,420
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,924
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,256
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: elaborado pela autora

A tabela acima mostra a análise de variância. Ela tem por objetivo, avaliar se existe diferença significativa entre as médias e se esses fatores influenciam em alguma variável. “A análise de variância de um fator (ANOVA) analisa diferentes fontes de variação que podem ocorrer em um conjunto de valores. No caso do PROART, será utilizada para verificar a variância entre os grupos demográficos” (FACAS, 2013, p.156).

O autor deixa claro que deve ser usado como valor de referência, índices de significância menores que 5%, ou 0,05. Portanto, como nenhum dos itens do fator Divisão de Tarefas apresentou nível de significância menor que 0,05, entende-se que não há diferença significativa entre os grupos.

**Tabela 14 - ANOVA Divisão Social do Trabalho**

		<b>Sig.</b>
Faixa Etária	Entre os Grupos	,398
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Sexo	Entre os Grupos	,143
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,030
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,212
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,108
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,038
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,542
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,399
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: elaborado pela autora

Com relação aos itens do fator Divisão Social do Trabalho verificou-se diferenças estatisticamente significantes nos itens *escolaridade* 0,30 e *tempo de serviço no cargo* 0,38. Dessa forma, se faz a distribuição das tabelas para esses itens, verificando a diferença existente entre os grupos.

**Tabela 15 - Divisão Social do Trabalho - Escolaridade**

<b>Escolaridade</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Até o Ensino Médio	4,2361	6	,31366
Superior Incompleto	3,7639	6	,59259
Superior Completo	3,5192	39	,49907
Pós-Graduação	3,5362	53	,63811
Total	3,5833	104	,59051

Fonte: elaborado pela autora

No item escolaridade do fator Divisão Social do Trabalho observa-se que há uma variação significativa entre os itens. Considerando os escores já apresentados para essa escala, quanto a avaliação do risco psicossocial, têm-se que os profissionais com nível superior ou acima dele apresentam-se em situação mais crítica, uma vez que se apresentam no médio risco, ou sinal de alerta (médias entre 3,51 e 3,53), enquanto que os profissionais com escolaridade abaixo do nível superior foram menos críticos, visto que se encontram no baixo risco (médias entre 3,70 e 5,00).

**Tabela 16** - Divisão Social do Trabalho – Tempo de Serviço

<b>Tempo de Serviço no Cargo</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Até 5 anos	3,4545	55	,58593
Entre 6 e 10 anos	3,6698	27	,52628
Mais de 10 anos	3,7992	22	,61864
Total	3,5833	104	,59051

Fonte: elaborado pela autora

Da mesma forma há uma variação de significância no item tempo de serviço do fator. Aqui os profissionais com mais de 10 anos de serviço apresentam menos relevância em suas respostas (média de 3,79 indicando baixo risco), enquanto que os demais profissionais até 10 anos de serviço foram mais relevantes, já que se inserem na situação de alerta ou limite (médias entre 3,45 e 3,66).

Essa relevância pode vir a indicar que com o passar dos anos os trabalhadores vão perdendo o senso crítico no tocante a Organização do Trabalho, tornando-se sujeitos resignativos. Adiante, no capítulo de análise dos dados será retomada a questão. Agora serão apresentados os resultados da segunda escala do PROART.

### **6.1.3. Escala de Estilos de Gestão (EEG)**

Na escala EEG “seus itens referem-se às formas de sentir, pensar e agir compartilhadas na organização, as entendendo como parte constituinte do estilo de gestão adotado” (FACAS, 2013, p.123). O autor complementa que essa escala predispõe as dimensões dos riscos de sofrimento patogênico e riscos de danos psicossociais que compõe o PROART. A escala, como já mencionado anteriormente, de acordo com FACAS et al (2015), é dividida em:

- Estilo Gerencialista: contendo 10 itens, onde é predominante nesse estilo, relações socioprofissionais voltadas à organização determinada por normas, hierarquias e centralidade das atenções com vistas à satisfação pessoal e dificuldade no reconhecimento do outro, e;
- Estilo Coletivo: contendo 12 itens, onde se predomina a satisfação do grupo, há harmonia nas relações, e a valorização da criatividade e inovação. O reconhecimento e compromisso com o trabalho são valorizados.

O parâmetro utilizado para avaliação da média e frequência dos fatores dessa escala são de 1 a 5 pontos, com base na escala Likert, em que: até o ponto 2,50 considera-se *um estilo pouco característico*, do ponto 2,51 a 3,50 considera-se *presença moderada do estilo*; e por fim

de 3,51 a 5,00 há *predominante padrão do estilo*. (FACAS, 2013). Apresentada a escala segue-se os resultados.

**Tabela 17** – Estatística Descritiva EEG

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Estilo Gerencialista	104	1,30	5,00	2,8731	,73659
Estilo Coletivo	104	1,00	4,67	3,1402	,75455
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com o exposto acima, evidencia-se que no tocante ao Estilo Gerencialista, houve o mínimo de 1,30 indicando pouca predominância do estilo, e um máximo de 5,00 caracterizando padrão de estilo predominante. A média, foi de 2,87 (indica presença moderada de estilo), e o DP foi de 0,73, não houve uma grande variação de respostas.

Com relação ao Estilo Coletivo ocorreu o mínimo de 1,00 indicando pouca predominância do estilo, e um máximo de 4,67 indicando padrão de estilo predominante. A média foi de 3,14 (indica presença moderada de estilo), e o DP de 0,75 (pouca variação).

Segue a distribuição da frequência dos dois estilos.

**Tabela 18** – Distribuição de frequência dos fatores da EEG

	Estilo Gerencialista		Estilo Coletivo	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
<b>Predominante Padrão do Estilo</b>	17	16%	34	33%
<b>Presença Moderada do Estilo</b>	46	44%	48	46%
<b>Estilo Pouco Característico</b>	41	40%	22	21%

Fonte: elaborado pela autora

Corroborando a tabela anterior, os dados evidenciam que há a presença moderada de ambos estilos, sendo o percentual de 44% para o estilo gerencialista e 46% para o estilo coletivo. É pertinente aferir que ocorreu pouca diferença percentual entre a presença moderada de estilo e pouco estilo característico no fator estilo gerencialista, apenas de quatro pontos.

A seguir os resultados de acordo com cada item do estilo gerencialista.

**Tabela 19** – Itens Estilo Gerencialista

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes	104	1,00	5,00	2,0769	1,26715
Os gestores desta organização se consideram insubstituíveis	104	1,00	5,00	2,4808	1,30704
Aqui os gestores preferem trabalhar individualmente	104	1,00	5,00	2,5577	1,26818

Nesta organização os gestores se consideram o centro do mundo	104	1,00	5,00	2,3558	1,30658
Os gestores desta organização fazem qualquer coisa para chamar a atenção	104	1,00	5,00	2,2885	1,28224
É creditada grande importância para as regras nesta organização	104	1,00	5,00	3,4712	,97500
A hierarquia é valorizada nesta organização	104	1,00	5,00	3,8654	,88194
Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização	104	1,00	5,00	3,0288	1,11874
Há forte controle do trabalho	104	1,00	5,00	3,2981	,93352
O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças	104	1,00	5,00	3,3077	1,09790
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

Os dados acima mostram que todos os itens do Estilo Gerencialista tiveram como média valores entre 2,07 e 3,86 (oscilando entre estilo pouco característico e predominância). O DP oscilou de 0,88 até 1,30, ocorrendo grande variância de respostas em alguns itens.

Aqui é importante ressaltar, que para os respondentes a predominância do estilo gerencialista se dá no aspecto de valorização da hierarquia, uma vez que obtiveram média de 3,86. Já o incentivo à idolatria ao chefe foi considerado pouco relevante entre os respondentes, com média de 2,07.

**Tabela 20 – Itens Estilo Coletivo**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Existe rigoroso planejamento das ações	104	1,00	5,00	3,1442	1,02794
As pessoas são compromissadas com a organização mesmo quando não há retorno adequado	104	1,00	5,00	3,5769	,93156
O mérito das conquistas na empresa é de todos	104	1,00	5,00	3,2981	1,16486
O trabalho coletivo é valorizado pelos gestores	104	1,00	5,00	3,4327	1,05907
Para esta organização, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo	104	1,00	5,00	3,4808	1,01427
As decisões nesta organização são tomadas em grupo	104	1,00	5,00	2,9712	1,02831
Somos incentivados pelos gestores a buscar novos desafios	104	1,00	5,00	3,1827	1,11272
Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas.	104	1,00	5,00	3,1635	1,02503
A competência dos trabalhadores é valorizada pela gestão	104	1,00	5,00	2,9423	1,05965

Existem oportunidades semelhante de ascensão para todas as pessoas	104	1,00	5,00	2,6250	1,08106
Os gestores se preocupam com o bem estar dos trabalhadores	104	1,00	5,00	2,7885	1,04902
A inovação é valorizada nesta organização	104	1,00	5,00	3,0769	1,01151
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

Com relação ao estilo coletivo, tiveram como média valores entre 2,62 e 3,57 (oscilando entre presença moderada de estilo e predominância). Apenas o item *as pessoas são compromissadas com a organização mesmo quando não há retorno adequado* teve média 3,57. Indica predominância do padrão de estilo coletivo nos respondentes. Nos demais, percebe-se presença moderada do estilo, atestando mais uma vez, que os respondentes acreditam no intermédio desse fator no estilo de organização que trabalham.

O DP oscilou de 0,93 até 1,16. O item *as pessoas são compromissadas com a organização mesmo quando não há retorno adequado* teve desvio-padrão menor que 1,00, indicando que não houve grande dispersão entre as respostas para o item.

Em seguida, será apresentada a ANOVA para os itens demográficos comparados aos fatores estilo gerencialista e estilo coletivo.

**Tabela 21** – ANOVA Estilo Gerencialista

		Sig.
Faixa Etária	Entre os Grupos	,299
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Sexo	Entre os Grupos	,356
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,117
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,309
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,553
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,420
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,924
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,256
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: elaborado pela autora

Com relação a análise de variância nenhum dos itens do fator estilo gerencialista apresentou nível de significância menor que 0,05. A amostra nesse caso indica um padrão de respostas que não apresenta diferença significativa.

**Tabela 22** – ANOVA Estilo Coletivo

		<b>Sig.</b>
Faixa Etária	Entre os Grupos	,540
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Sexo	Entre os Grupos	,014
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,020
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,794
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,090
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,332
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,000
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,560
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

Já no fator Estilo Coletivo três itens apresentaram variação menor que 0,05. Foram eles: *sexo* 0,01; *escolaridade* 0,02; e *tipo de contrato de trabalho* 0,00. Dessa forma, vale apresentar as tabelas, capazes de apontar a variação dos itens sexo, escolaridade e tipo de contrato de trabalho no Estilo Coletivo.

**Tabela 23** - Estilo Coletivo - Sexo

<b>Sexo</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Masculino	3,1343	36	,78661
Feminino	3,1434	68	,74297
Total	3,1402	104	,75455

Fonte: elaborado pela autora

No item Sexo do fator Estilo Coletivo observa-se que há uma pequena variação entre os itens. Ambos indicam haver presença moderada do estilo coletivo na organização. Há uma

variação de 3,13 (masculino) e 3,14 (feminino), com DP de 0,78 (masculino) e 0,74 (feminino). Não houve uma diferença significativa por sexo. Abaixo a variação por escolaridade.

**Tabela 24** - Estilo Coletivo - Escolaridade

<b>Escolaridade</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Até o Ensino Médio	3,8472	6	,49277
Superior Incompleto	3,2778	6	1,05233
Superior Completo	3,0620	39	,64852
Pós-Graduação	3,1022	53	,79034
Total	3,1402	104	,75455

Fonte: elaborado pela autora

No item escolaridade observa-se que há uma variação significativa entre os itens. Têm-se que os profissionais com nível de escolaridade até o ensino médio, consideram a predominância do estilo na organização (média de 3,87), enquanto que os demais consideram a presença moderada do estilo (média entre 3,06 e 3,27).

**Tabela 25** - Estilo Coletivo – Tipo de Contrato de Trabalho

<b>Tipo de Contrato de Trabalho</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Efetivo - Concursado	3,2281	57	,73539
Residente	2,3333	1	.
Contratado	3,3333	3	,87003
Efetivo – CLT	2,4167	1	.
Terceirizado	2,2500	1	.
Total	3,1905	63	,74226

Fonte: elaborado pela autora

Esta tabela infere que os profissionais residentes, efetivos CLT e terceirizados observam existir pouca característica do estilo coletivo na DVS (média entre 2,25 e 2,33), enquanto que os profissionais efetivos concursados e os contratados consideram existir moderadamente presença desse estilo (média entre 3,22 e 3,33).

Finalizados os resultados da segunda escala do PROART, são apresentados a seguir os resultados da Escala de Sofrimento Patogênico.

#### **6.1.4 Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho (ESPT)**

De acordo com Facas (2013, p.128) “seus itens referem-se às formas de sentir, pensar e agir compartilhadas na organização, as entendendo como parte constituinte do estilo de gestão adotado”. Para o autor compreende os sentimentos de inutilidade, indignidade e desqualificação, que por sua vez constituem os três fatores que compõe a escala.

Facas et al. (2015) classifica os fatores da ESPT em:

- Falta de Sentido no Trabalho: esse fator é caracterizado pelo sentimento de inutilidade ao se realizar uma tarefa e a mesma não ter significado para a organização, sociedade e até mesmo ao próprio desenvolvedor. Constituída de 09 itens.

- Esgotamento Mental: formada por 08 itens, é caracterizada por sentimentos de desgaste no trabalho, sensação de insatisfação e desânimo.

- Falta de reconhecimento: se caracteriza por sentimentos de desvalorização, admiração por colegas e chefia, e ainda sensação de falta de espaço dentro da organização para se expressar. Composta de 11 itens.

O parâmetro utilizado para avaliação da média e frequência dos fatores dessa escala são: de 1,00 e 2,29, representa *baixos riscos psicossociais*, ou seja, resultado positivo; entre 2,30 e 3,69 representa resultado mediano, um *estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais* no trabalho, demandando intervenções a curto e médio prazo; e entre 3,70 e 5,00 representa *altos riscos psicossociais*, demandando intervenções imediatas (FACAS, 2013).

Segue os resultados da escala.

**Tabela 26** – Estatística Descritiva ESPT

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Falta de Sentido do Trabalho	104	1,00	4,22	1,7083	,63860
Esgotamento Mental	104	1,00	5,00	2,4603	,81481
Falta de Reconhecimento	104	1,00	3,82	1,8846	,73574
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com o exposto acima, evidencia-se que no tocante ao fator Falta de Sentido no Trabalho, houve o mínimo de 1,00 indicando resultado positivo ou baixo risco psicossocial, e um máximo de 4,22 indicando resultado negativo ou alto risco psicossocial, o que exige intervenção imediata ao trabalhador, afim de eliminar as causas ou atenuá-las. A média, foi de 1,70 (indica baixo risco), e o DP foi de 0,63, ou seja, pouca variação de respostas.

Com relação ao fator Esgotamento Mental ocorreu o mínimo de 1,00, mais uma vez resultado positivo, e um máximo de 5,00 onde está o alto risco. A média foi de 2,46 (resultado mediano), e o DP de 0,81 (pouca variação).

Por fim, com relação ao fator Falta de Reconhecimento o mínimo mais uma vez foi 1,00, e um máximo de 3,82 caracterizando novamente o alto risco psicossocial. A média foi de 1,88 (baixo risco), e o DP de 0,73 (pouca variação).

Segue a distribuição da frequência dos três fatores.

**Tabela 27** – Distribuição de frequência dos fatores da ESPT

	Falta de Sentido do Trabalho		Esgotamento Mental		Falta de Reconhecimento	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
<b>Risco Alto</b>	1	1%	5	5%	3	3%
<b>Risco Médio</b>	17	16%	56	54%	24	23%
<b>Risco Baixo</b>	86	83%	43	41%	77	74%

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com os resultados acima, fazendo uma avaliação da escala de modo global, observa-se que os respondentes se encontram em situação de baixo risco, visto que no fator Falta de Sentido no Trabalho 83% dos respondentes estão dispostos no baixo risco, no fator Esgotamento Mental 54% estão em médio risco e 41% em baixo risco, e no fator Falta de Reconhecimento 74% estão em baixo risco.

Ou seja, apenas no fator esgotamento mental os respondentes se encontraram em maior percentual na situação de médio risco psicossocial. Nesse mesmo fator, a diferença do médio para o baixo risco é de 13%.

**Tabela 28** – Itens Falta de Sentido no Trabalho

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Sinto-me inútil em meu trabalho	104	1,00	5,00	2,0577	1,26818
Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	104	1,00	5,00	2,4712	1,04237
A identificação com minhas tarefas é inexistente	104	1,00	5,00	1,8558	,98944
Sinto-me improdutivo no meu trabalho	104	1,00	5,00	1,7788	1,03302
Considero minhas tarefas insignificantes	104	1,00	5,00	1,5769	,93156
Minhas tarefas são banais	104	1,00	5,00	1,3846	,76714
Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	104	1,00	5,00	1,3558	,88040
Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado trabalho	104	1,00	5,00	1,6250	,96731
Meu trabalho é sem sentido	104	1,00	4,00	1,2692	,61108
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação aos itens do fator Falta de Sentido no Trabalho a média ficou entre os valores 1,26 e 2,47 e, apenas o item *sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas* teve média que indica risco moderado 2,47. Portanto o resultado foi positivo quase que em sua totalidade, entre os respondentes. O DP oscilou de 0,61 até 1,26.

**Tabela 29** – Itens Esgotamento Mental

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte de revolta	104	1,00	5,00	3,0096	1,35457
Meu trabalho é desgastante	104	1,00	5,00	2,6635	1,15423
Meu trabalho é cansativo	104	1,00	5,00	2,7404	1,00480
Meu trabalho me sobrecarrega	104	1,00	5,00	2,6250	1,19211
Meu trabalho me frustra	104	1,00	5,00	2,2019	,99883
Meu trabalho me desanima	104	1,00	5,00	2,3365	,97154
Meu trabalho me faz sofrer	104	1,00	5,00	1,9615	1,00410
Meu trabalho me causa insatisfação	104	1,00	5,00	2,1442	,99921
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

Já o fator Esgotamento Mental, teve como média valores entre 1,96 e 3,00 (oscilando entre baixo risco e situação de alerta). O DP oscilou de 0,97 até 1,35.

**Tabela 30** – Itens Falta de Reconhecimento

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	104	1,00	5,00	2,1538	1,13864
Meu trabalho é desvalorizado pela organização	104	1,00	5,00	2,4135	1,12008
A submissão do meu chefe à ordens superiores me causa revolta	104	1,00	5,00	2,3173	1,20084
Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado	104	1,00	5,00	1,9808	1,19855
Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	104	1,00	5,00	1,8077	1,11544
Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas	104	1,00	5,00	1,7788	,99471
Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	104	1,00	5,00	1,6154	,93796
Meus colegas são indiferentes comigo	104	1,00	5,00	1,6154	,79204
O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	104	1,00	4,00	1,6346	,90369
Meus colegas desvalorizam meu trabalho	104	1,00	4,00	1,7308	,90555
É difícil a convivência com meus colegas	104	1,00	4,00	1,6827	,80369
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

Por fim o fator Falta de Reconhecimento tiveram como média ficou entre os valores de 1,61 e 2,41 (demonstrando positividade e situação de alerta). Os itens que tiveram média indicando situação de alerta foram *meu trabalho é desvalorizado pela organização* e *a submissão do meu chefe à ordens superiores me causa revolta*. O DP oscilou de 0,79 até 1,20.

Com relação a análise de variação seguem os resultados.

**Tabela 31 – ANOVA Falta de Sentido no Trabalho**

		<b>Sig.</b>
Sexo	Entre os Grupos	,339
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,831
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,722
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,394
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,339
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,374
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,388
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,085
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação a análise de variância nenhum dos itens do fator Falta de Sentido no Trabalho apresentou nível de significância menor que 0,05. É um padrão de respostas que não apresenta diferença significativa.

**Tabela 32 – ANOVA Esgotamento Mental**

		<b>Sig.</b>
Sexo	Entre os Grupos	,540
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,103
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,297
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,638
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,063
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,355
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,965
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,662
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

Da mesma forma se apresentou o fator Esgotamento Mental. Não há diferença significativa entre os grupos.

**Tabela 33 - ANOVA Falta de Reconhecimento**

		<b>Sig.</b>
Sexo	Entre os Grupos	,198
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,723
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,860
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,283
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,926
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,816
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,312
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,367
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

Assim como os demais, nenhum item do fator Falta de Reconhecimento apresentou nível de significância menor que 0,05. Os dados mostraram, portanto, não houve variação entre os grupos demográficos e os fatores da escala.

Abaixo estão os resultados da última escala do PROART.

### 6.1.5 Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho (EDT)

A quarta e última escala é a EDT. “Seus itens referem-se às disfunções físicas, psicológicas e sociais provocadas pelo confronto com determinada organização do trabalho e seus decorrentes estilo de gestão e vivências de sofrimento” (FACAS, 2013, p.130). Segundo o autor é formada por três fatores que se seguem:

- Danos Psicológicos: composta por 07 itens, se apresenta por sentimentos negativos relacionados a si e aos demais;
- Danos Sociais: também composta por 07 itens, definidos pela dificuldade das relações entre o ser e os outros, seja família ou sociedade, bem como tendência ao isolamento;
- Danos Físicos: composta de 09 itens se relaciona às dores e distúrbios biológicos.

O parâmetro utilizado para avaliação da média e frequência dos fatores dessa escala são: de 1,00 e 2,29, representa *baixo risco psicossocial*, ou seja, resultado positivo; entre 2,30 e 3,69 representa resultado mediano, um *estado de alerta/situação limite para os riscos psicossociais* no trabalho, demandando intervenções a curto e médio prazo; e entre 3,70 e 5,00 representa resultado negativo ou *alto risco psicossocial*, demandando intervenções imediatas (FACAS, 2013).

Abaixo os resultados dessa escala.

**Tabela 34** – Estatística Descritiva EDT

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
<b>Danos Psicológicos</b>	104	1,00	4,43	1,8599	,77967
<b>Danos Sociais</b>	104	1,00	3,86	1,7706	,67870
<b>Danos Físicos</b>	104	1,00	5,00	2,4145	,84026
<b>Válidos</b>	104				

Fonte: Elaborado pela autora

De acordo com a tabela acima, evidencia-se que, com relação ao fator Danos Psicológicos, houve o mínimo de 1,00 indicando resultado positivo, e um máximo de 4,43 o que é avaliado como alto risco psicossocial, que exige intervenção imediata ao trabalhador, a fim de eliminar as causas ou atenuá-las. A média ficou em 1,85 (baixo risco), e o DP foi de 0,77, indicando pouca variação de respostas.

Com relação aos Danos Sociais, ocorreu o mínimo de 1,00, que é um resultado positivo, e um máximo de 3,86, apresentando alto risco. A média foi de 1,77 (baixo risco), e o DP de 0,67 (pouca variação).

Por fim, no fator Danos Físicos ocorreu 1,00 no valor mínimo, e um máximo de 5,00, oscilando entre o estado positivo e negativo do fator. A média foi de 2,41 (situação de alerta, necessidade de intervenção), e o DP de 0,84 (pouca variação).

Segue a distribuição da frequência dos três fatores.

**Tabela 35** – Distribuição de Frequência dos fatores da EDT

	Danos Psicológicos		Danos Sociais		Danos Físicos	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
<b>Risco Alto</b>	4	4%	2	2%	9	9%
<b>Risco Médio</b>	18	17%	13	13%	44	42%
<b>Risco Baixo</b>	82	79%	89	85%	51	49%

Fonte: Elaborado pela autora

Fazendo uma avaliação da escala de modo global, observa-se positividade entre os fatores, tendo para os Danos Psicológicos 79% de frequência positiva, no fator Danos Sociais 85% e no fator Danos Físicos, 49%. É pertinente notar que no fator Danos Físicos a diferença do médio para o baixo risco é de 7%.

A seguir os itens de cada fator.

**Tabela 36** – Itens Danos Psicológicos

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Mau-Humor	104	1,00	5,00	2,0096	1,03806
Tristeza	104	1,00	5,00	2,1058	1,01368
Sensação de vazio	104	1,00	5,00	1,8077	,97619
Amargura	104	1,00	5,00	1,6731	,94963
Perda da autoconfiança	104	1,00	4,00	1,7692	,88384
Vontade de Desistir de Tudo	104	1,00	5,00	1,9327	1,11707
Solidão	104	1,00	5,00	1,7212	,93950
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação aos itens do fator Danos Psicológicos, a média ficou em valores entre 1,67 e 2,10 (baixo risco). O DP oscilou de 0,88 até 1,11.

**Tabela 37** – Itens Danos Sociais

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Impaciência com as pessoas em geral	104	1,00	5,00	1,9135	1,03446
Conflitos nas relações familiares	104	1,00	4,00	1,8654	,88194
Vontade de ficar sozinho	104	1,00	5,00	1,9135	,99621
Dificuldades nas relações fora do trabalho	104	1,00	5,00	1,7692	,92674
Agressividade com os outros	104	1,00	5,00	1,6538	,95296
Insensibilidade em relação aos colegas	104	1,00	5,00	1,7019	,87998
Dificuldade com os amigos	104	1,00	5,00	1,5769	,75931
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

No fator Danos Sociais, a média ficou entre 1,57 e 1,91 (baixo risco). O DP oscilou de 0,75 até 1,03. Agora será apresentado o último fator e seus itens.

**Tabela 38 – Itens Danos Físicos**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Alterações no sono	104	1,00	5,00	2,6250	1,22425
Dores no corpo	104	1,00	5,00	2,7308	1,15943
Dores no braço	104	1,00	5,00	2,4327	1,16389
Dor de cabeça	104	1,00	5,00	2,7212	1,16965
Dores nas costas	104	1,00	5,00	2,8750	1,22028
Dores nas pernas	104	1,00	5,00	2,3654	1,09773
Distúrbios digestivos	104	1,00	5,00	2,2212	1,17380
Distúrbios Circulatórios	104	1,00	5,00	1,8365	1,03446
Alterações no apetite	104	1,00	5,00	1,9231	1,12942
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

No fator Danos Físicos, a média ficou entre 1,83 e 2,87 (baixo risco e estado de alerta). O DP oscilou de 1,03 a 1,22. Aqui observa-se que o desvio-padrão em todos os itens esteve acima de 1,00, indicando grande variação das respostas.

Na sequência a análise da variância dos fatores.

**Tabela 39 – ANOVA Danos Psicológicos**

		Sig.
Sexo	Entre os Grupos	,465
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,929
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,803
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,573
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,765
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,345
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,922
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,316
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação à análise de variância, nenhum dos itens do fator Danos Psicológicos apresentou nível de significância menor que 0,05. É um padrão de respostas que não apresenta diferença significativa.

**Tabela 40 – ANOVA Danos Sociais**

		Sig.
Sexo	Entre os Grupos	,082
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,164
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,356
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,533
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,148
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,194
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,667
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,373
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

O mesmo se aplica ao fator Danos Sociais, mais uma vez, é um padrão de respostas que não apresenta diferença significativa.

**Tabela 41 – ANOVA Danos Físicos**

		Sig.
Sexo	Entre os Grupos	,347
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,789
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,367
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,520
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,133
	Dentro dos Grupos	
	Total	

	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,210
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,998
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,731
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

Os dados mostraram que nos três fatores dessa escala não ocorreu variação significativa, não sendo necessário, portanto, outras avaliações. De maneira que se apresenta abaixo os resultados qualitativos da pesquisa.

## 6.2. Apresentação dos dados qualitativos

O PROART é composto de três questões abertas dispostas ao fim do questionário, conforme consta no Anexo 3 deste estudo. A autora faz um parêntese aqui, pois Facas (2013) deixa aberto ao pesquisador a formulação de novas perguntas, se necessário. Em primeiro momento, não houve a necessidade de se formular mais perguntas, entretanto, viu-se após a aplicação do questionário que poderia ter sido incluída a pergunta que trata de: *quantos vínculos empregatícios possui o trabalhador*.

Essa questão partiu de um dos profissionais da DVS, notando que a maioria dos colegas possui mais de um vínculo, alguns trabalham em regime de plantão noturno em outra instituição e durante o dia na DVS. Essa situação é favorável ao sofrimento do trabalhador e pode levar ao adoecimento. Sendo assim, a pesquisadora desse estudo faz um adendo no capítulo de análise dos resultados e nas considerações finais, para que a gestão da organização e os demais servidores possam discutir o tema em outras circunstâncias e pesquisas futuras.

Quanto às questões abertas do PROART, estas foram analisadas pelo método da análise de conteúdo proposto por Bardin (2009), conforme descrito no capítulo que trata da metodologia. A intenção foi trabalhar as respostas, interpretá-las para que se pudesse compreender o pensamento dos trabalhadores, e dessa forma, finalizar o processo de mapeamento de riscos psicossociais proposto pelo estudo, através do uso do PROART.

Durante a organização do documento, pôde-se observar que na *questão 01*, sobre os comentários dos respondentes ao questionário, 03 pessoas se abstiveram de responder e 54 pessoas responderam não ter comentários. Na *questão 02* que trata das dificuldades dentro da

organização, 02 pessoas não quiseram responder e 04 responderam não ter dificuldades. Na questão 03 os respondentes deveriam mencionar como lidam com as dificuldades. Aqui, 04 pessoas não responderam, 02 pessoas alegaram não fazer nada frente às dificuldades e 04 mencionaram não ter dificuldades.

A análise do conteúdo realizada nas questões abertas, permitiu a construção de 13 temas, construídos a partir das palavras<sup>7</sup> que se mostraram mais frequentes.

**Figura 5** – Índices temáticos



Fonte: elaborado pela autora

Como já mencionado, a partir dos temas surgiram 06 categorias temáticas a serem apresentadas:

- Aspectos positivos em relação ao trabalho;
- Aspectos negativos em relação ao trabalho;
- Desconforto no ambiente de trabalho;
- Seguir paradigmas estabelecidos pela gestão;
- Necessidade de um espaço de diálogo entre os trabalhadores e a gestão;
- Tentativa de mobilização dos profissionais da DVS, frente aos problemas existentes na Organização.

<sup>7</sup> A tabela de palavras mais frequentes encontra-se como Apêndice 02.

Na sequência, apresenta-se, detalhadamente, cada uma das seis categorias acima indicadas acerca das definições (explicando categoria), a verbalização dos participantes com base nas categorias, e os temas utilizados para criar cada categoria.

### **6.2.1. Categoria: Aspectos positivos em relação ao trabalho**

➤ **Definição da categoria:** Consideram o ambiente de trabalho adequado, harmônico e tranquilo. Existem dificuldades, porém a gestão auxilia na resolução dos obstáculos e existe a ajuda dos colegas. Afirmam haver liberdade para desenvolver o trabalho. Há a necessidade de fortalecimento no relacionamento entre a equipe, uma vez que é considerado fator de sucesso no trabalho. Consideram o ambiente confortável.

➤ **Verbalizações:** *“Considero que atualmente meu ambiente de trabalho é adequado e harmônico”. “O processo de trabalho da diretoria tem facilitadores para atingir os resultados do grupo”. “Dificuldades serão sempre encontradas no dia a dia de trabalho...”. “Tenho liberdade de trabalho e as condições de relacionamento com os colegas são ótimas”. “A harmonia entre vida pessoal e trabalho é indispensável para o sucesso no trabalho. Esse aspecto precisa continuamente ser enxergado, priorizado e fortalecido pela gestão”. “Tenho um ambiente de trabalho sadio e tranquilo”. “Sinto-me confortável com meu trabalho”. “Conto com colegas de trabalho que ajudam na resolução dos mesmos”. “Procuramos desenvolver ações em conjunto...”. “Trabalhamos em equipe para suprir as demandas existentes”.*

➤ **Temas:** Organização Saudável; Gestão do Trabalho; Trabalho em Equipe.

### **6.2.2. Categoria: Aspectos negativos em relação ao trabalho**

➤ **Definição da categoria:** Relatam falta de interação entre os diversos setores da DVS. Pontuam não haver atenção à saúde do trabalhador na DVS, embora a Organização seja promotora da saúde. As preocupações com a saúde se além às discussões no próprio grupo. Alegam que o setor de Recursos Humanos da Instituição não trabalha a política de humanização dentro da DVS. Há dificuldades no processo de trabalho, no tocante à prescrição das atribuições e ao planejamento das atividades.

➤ **Verbalizações:** *“Falta interação melhor entre colegas de outros setores da Vigilância em Saúde”. “Não existe atenção à saúde do trabalhador dentro da própria saúde. Existe sim preocupações esporádicas, mais com uns que com outros”. “Considero que o RH não executa ações baseados na política de humanização do trabalhador, dificultando decisões por parte da minha chefia”. “Falta de comunicação e de orientação no processo de trabalho exigindo funções que não me são repassadas anteriormente”. “Cobranças de execuções externas que não dependem só de mim para tal.” “Interrupção do trabalho em andamento e que teve planejamento prévio por outras demandas que surgem”. “Planejamento e organização das tarefas; objetivos claros e atingíveis”. “Gestão de recursos humanos”. “Acho que falta maiores cuidados em relação a saúde com servidores”.*

➤ **Temas:** Saúde do Trabalhador; Gestão de Pessoas; Planejamento do Trabalho; Organização do Trabalho.

### 6.2.3. Categoria: Desconforto no ambiente de trabalho

➤ **Definição da categoria:** Relatam apresentarem dores e problemas de saúde, muitas vezes desconhecidos pela Gestão. Pontuam o sofrimento proveniente do desconforto do ambiente de trabalho. Apontam a falta de reconhecimento e a diferença de tratamento entre os profissionais dentro da Instituição. A sobrecarga de trabalho, as cobranças e a carga horária exaustiva são apresentadas. Abordam a relação de sofrimento para conciliar o trabalho e o tempo com a família. Há dificuldade em aceitar o novo profissional, a rotatividade gera desconforto.

➤ **Verbalizações:** *“Tenho hérnia de disco L4 e L5 na lombar esquerda, portanto tenho dores na coluna frequentemente acarretando desconforto”. “Frequentemente cinto muita dor de cabeça (enxaqueca) sofro muito com isso e problema digestivo, as vezes vou até 4 x por dia no banheiro. Gostaria muito de resolver este problema”. “Parece que estou doente”. “Sofro com dores no corpo, possivelmente em consequências de artroses que desenvolvi, tenho também dores no ombro direito devido a bursite; presença de varizes em membro inferiores, que me provocam dores nas pernas. Nos últimos meses o sono tem estado irregular, creio que devido as dores articulares. Não atribuo as dores que sinto ao trabalho, mas claro que ocorrendo alguma situação de estresse elas se intensificam”. “Eu tenho problema na coluna mas não sinto dor”. “Ambiente de trabalho está desconfortável devido ao barulho e frio do ar condicionado”. “Atualmente, o barulho me incomoda”. “Ratificar que dificuldades*

*enfrentadas no ambiente de trabalho...não recebem atenção especial das chefias”. “Falta de reconhecimento, injustiças no que diz respeito a horários, benefícios para uns e outros não [...] diferença de gratificações”. “Falta de consideração por parte da chefia. Não consideram as sugestões. Tentam ignorar o trabalho desenvolvido com tanto esforço e dedicação”. “Tem muitas pessoas que são beneficiadas pelos chefes”. “A vigilância passa por períodos de mudança, muito foi perdido em termos humanos e garantia de igualdades a todos, hoje se ver pouco o profissional e muito está sendo realizado em caixinhas, fato que prejudica nosso trabalho”. “Cobranças constantes carga horária exaustiva produtividade à prova desvio de função”. “Os profissionais estarem sobrecarregados de atividades de todas as áreas técnicas”. “Ergonômicas. Prazos curtos para as demandas inesperadas”. “A principal dificuldade encontrada é com relação a horário de trabalho, pois devido a rotina de trabalho muito intensa, sinto dificuldade para conciliar trabalho com família...”. “São as chegadas de novos colegas de trabalho que não conseguem ser flexíveis com os mais veteranos, em sua chegada já implantam normas sem nem mesmo conhecer as que já tem”. “Por ser novata no setor e também no tipo de trabalho, sinto dificuldade em desenvolver algumas tarefas que são específicas, muitas dúvidas que não consigo esclarecer a contento ou em tempo oportuno, por ficar sozinha no setor durante alguns período”.*

- **Temas:** Saúde e Doença no Trabalho; Sofrimento no Trabalho; Cobranças; Gestão; Organização do Trabalho.

#### **6.2.4. Categoria: Seguir paradigmas estabelecidos pela gestão**

- **Definição da categoria:** Apresentam sentimentos de medo, insegurança e vergonha. Atuam de forma contrária aos seus valores. Negam a existência de problemas de forma a não querer visualizá-los. Há uma busca pela aceitação das dificuldades. Isolam-se como forma de negação.
- **Verbalizações:** *“As vezes quando você tem conhecimento técnico e comprometimento, incomoda aos demais como se fosse ameaça”. “Sempre que há desconforto nas questões de relação entre serviços e comunidade, devido ser um órgão público e dependermos do sistema de gestão”. “Aceitar imposições dos superiores s/ discussão e diálogo das partes envolvidas e interessadas”. “Não visualizar mudanças, perceber que meu trabalho não apresenta melhorias significativas”. “Em alguns órgãos nem vão para assinar os pontos mais como tem ligações*

*com chefias só vão no final dos meses e assinam tudo”. “Aceitar os paradigmas estabelecidos pela gestão”. “Vou trabalhando conforme o andar da carruagem”. “Respiro e prossigo”. “Não se estressando com os problemas”. “Não tenho autonomia para alterar essa realidade”. “Vou fazendo o q da”. “Só faço o que me pedem fico isolada no meu canto”. “Pensamento positivo que vai melhorar”. “Prefiro não relatar”.*

- **Temas:** Condições; Dificuldades; Sofrimento.

#### **6.2.5. Categoria: Necessidade de um espaço de diálogo entre os trabalhadores e a gestão**

- **Definição da categoria:** Relatam haver necessidade do diálogo entre a Gestão e os servidores. Há reclamações quanto a falta de escuta da Gestão. Expressam necessitarem de apoio psicológico. Relatam que deve existir grupos de conversa para discutir a tomada de decisões e expor os problemas.

- **Verbalizações:** *“Achei de suma importância estes questionários para alavancar uma grande dificuldades que alguns companheiros de profissão estão passando dentro das estruturas do serviço”. “Na maioria das vezes as minhas reclamações não são ouvidas”. “Ser ouvido pala chefia.”. “Mais diálogo entre gestão e servidores. [...] Apoio psicológico”. “Tento expor as situações mas não consigo raramente me ouvem”. “Falta de diálogo com chefia e interesse e valorização do trabalho por parte dela”. “Através de conversas entre o grupo, escuta dos diversos problemas e intermediação dos servidores”. “Diálogo com a equipe de trabalho”. “Conversar e compartilhar a opinião com as pessoas mais próximas no ambiente de trabalho”. “Através de reunião com toda equipe”.*

- **Temas:** Dificuldades de comunicação no trabalho; Gestão; Sofrimento; Trabalho em Equipe.

#### **6.2.6. Categoria: Tentativa de mobilização dos profissionais da DVS frente aos problemas existentes na Organização.**

- **Definição da categoria:** Há problemas relacionados ao excesso de burocratização na Organização, o que dificulta a execução das atividades pelos profissionais. Expressam a

dificuldade em atingir prazos e alcançar metas devido à falta de recursos humanos e materiais. Relatam a deficiência de treinamentos e capacitações fornecidos aos servidores. Há uma preocupação com a falta de transporte, e como esse fator dificulta o deslocamento dos profissionais às unidades mais distantes, tornando difícil a execução das ações. Existe a tentativa em sensibilizar a equipe quanto à importância da mobilização. Acreditam na união dos profissionais como meio de promover mudanças positivas dentro da Instituição. Acreditam no maior envolvimento dos novos profissionais. Utilizam estratégias e a criatividade para realizar suas ações perante a falta de recursos.

➤ **Verbalizações:** *“os processos administrativos e burocráticos”. “Burocracia e demora nos processos licitatórios de compra de material educativos e informativos; prazos insuficientes para elaborar relatórios de gestão e repetição dos mesmos. Dificuldades de alcançar metas elaboradas pelo Ministério da Saúde quando na maioria das vezes essas metas são executadas pela atenção básica”. “Pouca disponibilidade de recursos financeiros para execução das ações pactuadas. Burocratização das ações para capacitação de servidores da atenção primária voltadas para o agravo. Falta de incentivo para trazer especialistas nos assuntos da área”. “Falta de educação permanente e treinamentos específicos para algumas ações”. “Treinamentos, educação permanente”. “Recursos humanos abaixo do ideal”. “número reduzido de técnicos”. “... Estrutura física ...”. “...Falta de um ambiente para as refeições”. “Mais espaço”. “Falta de estrutura e equipamentos p melhorar nossa atuação. [...] computadores, veículos, funcionários, capacitações”. “As dificuldades hoje [...] é a falta de um automóvel para desenvolver as ações”. “Falta de material de suporte, tais como transporte, e materiais em geral”. “Dificuldade de obter transporte para solucionar as tarefas inerentes ao serviço”. “Falta de transporte para deslocamentos aos locais mais distantes para desenvolver algumas atividades...”. “Falta de transporte para as atividades de campo”. “Fica pedindo um setor e outro carro ou indo nas ações no nosso próprio carro”. “Tentando sensibilizar as equipes de saúde, para mostrar importância”. “Acreditando que a minha atuação é importante e que nos uniremos para exigir nosso direito de equiparação salarial, condições dignas de trabalho e valorização do trabalhador através de um salário justo e não essa balela de meritocracia que não nos levará a lugar nenhum”. “Incentivo para projetos; Articulação com outros setores da secretaria; parcerias...”. “Os novos profissionais mudarem seu jeito de trabalho que é deixarem de serem individualista para sermos mais unidos e aí sim poderemos termos uma grande harmonia entre os Amigos”. “Trabalho no meu carro, (sem remuneração) uso computador de casa e muitas vezes revezamos no uso do carro, computador*

*e mesas”. “Intercalo com colegas a utilização do veículo”. “As vezes realizamos atividades com conduções próprias”. “Insistência e tentativas de contornar as situações com novas ideias”.*

➤ **Temas:** Planejamento; Organização; Dificuldades; Condições de Trabalho; Transporte; Equipe.

A partir da apresentação dos resultados quantitativos, bem como apresentadas as seis categorias criadas após realização da análise de conteúdo, o estudo segue com a discussão destes resultados à luz da Psicodinâmica do Trabalho.

## 7. DISCUSSÕES

Neste capítulo são apresentadas as discussões dos resultados, utilizando como parâmetro os objetivos específicos que foram elencados no estudo, que são: investigar as características da organização prescrita do trabalho na Diretoria de Vigilância em Saúde do município de Palmas; avaliar o estilo de gestão da organização do trabalho no respectivo órgão; levantar os riscos de sofrimento patogênico no trabalho num grupo de servidores públicos de saúde; identificar os danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho no referido órgão; e identificar ações preventivas e curativas desenvolvidas dentro do referido órgão.

No que tange as características demográficas da DVS, evidenciou-se a presença maior de profissionais do sexo feminino na diretoria, para a referida amostra. Matos; Toassi e Oliveira (2013) discorrem sobre a feminização da força de trabalho, destacando que é crescente a inserção feminina no mercado de trabalho da saúde. A enfermagem é maior exemplo dessa afirmação.

Para o autor, as profissões da área da saúde detêm especificidades favoráveis às profissionais mulheres. Outros setores da saúde, como a medicina, por exemplo, têm passado pelo processo de feminização. Atualmente, a área da saúde é representada em mais de 70% por profissionais do sexo feminino.

A DVS apresentou-se com um corpo de profissionais formado em sua maioria (85,7%) de servidores, com no mínimo o ensino superior completo. A SEMUS tem trabalhado no programa de educação permanente aos profissionais da Secretaria. Recentemente, a Portaria 219 (PALMAS, 2016b) traz a necessidade do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do município de Palmas, sendo um dos passos para tal, é a implantação do Plano Municipal de Educação Permanente da Vigilância em Saúde.

O programa de formação terá duração de 12 ou 24 meses, destinados aos servidores que atuam na Vigilância em Saúde. Envolve, dentre outros objetivos, o apoio à difusão do conhecimento e apoio ao desenvolvimento científico.

Com relação ao tipo de contrato de trabalho, o estudo mostrou um maior percentual de efetivos concursados dentro da Instituição, com mais de 10 (dez) anos de serviço. Nesse dado é relevante observar o que expõe Almeida (2010), quando afirma que para a Organização, um estudo longitudinal, que permita conhecer como as condições de trabalho tem interferido ao longo dos anos na saúde dos profissionais, permitiria a visualização de transtornos mentais, visto que são recorrentes no serviço público, e tem tendência à cronicidade.

A seguir se discorrerá sobre as características da organização prescrita do trabalho.

### **7.1. Escala de Organização no Trabalho**

A EOT, de acordo com Facas (2013) e Damaso et al. (2014), objetiva uma representação acerca das tarefas que os trabalhadores precisam realizar, as condições materiais ofertadas, os prazos, regras e normas para execução do trabalho. Dispõe-se em dois fatores já explanados no capítulo dos resultados que são: Divisão das Tarefas e Divisão Social do Trabalho. E os itens são classificados de acordo com o escore: quanto maior o escore, menores os riscos psicossociais, e quanto menor o escore, maiores os riscos.

Os resultados mostraram que a média dos fatores esteve em situação de alerta ou risco médio, sendo que o fator Divisão de Tarefas, com média de 3,17, apresentou ser mais crítico, comparado ao fator Divisão Social do Trabalho, com média de 3,58. Observou-se que o resultado do DP sinaliza que a opinião dos respondentes foi semelhante quando se trata dos riscos psicossociais referente à Organização do trabalho. Nesse aspecto é relevante mencionar, que o risco médio ou fator de alerta evidencia a necessidade de intervenções a curto e médio prazos (FACAS, 2013).

Na tabela 11, verificou-se que o item do fator Divisão das tarefas que mais demonstrou potencialidade de risco psicossocial foi quanto aos recursos de trabalho, se são em número suficiente para execução das tarefas (média 3,00). E, apesar de não haver pesquisas que utilizam o PROART, envolvendo a mesma população que a deste estudo, pode-se realizar um comparativo do resultado acima, com os resultados obtidos no trabalho realizado com os policiais militares do Distrito Federal (FONSECA; SILVA e SILVA, 2014), por se tratarem de servidores públicos. Para os autores, a oferta de recursos apresentou-se insuficiente para a realização das tarefas dos policiais militares na sua organização, e a instituição mostrou-se não organizada para o bom desempenho das atividades inerentes à profissão.

Conforme já mencionado no estudo, na maioria das vezes, as condições de trabalho, os recursos físicos e tecnológicos, as estratégias de serviço lançadas aos profissionais, tornam o real do trabalho mais que distante do que lhe foi prescrito ou atribuído. Ou seja, “são exigidos padrões de excelência, legítimos e importantes para o desenvolvimento da área. Em contraposição, há a deficiência do suporte e da coordenação, necessários para o atendimento desses padrões” (MENDES, ARAUJO, 2012, p. 104).

Corroborando com os resultados quantitativos, as falas dos profissionais dispostas na categoria 7.2.6 dos resultados qualitativos, expressam a dificuldade em atingir prazos e alcançar metas, devido à falta de recursos humanos, materiais, falta de transporte e estrutura para a

execução das atividades: *“Falta de estrutura e equipamentos para melhorar nossa atuação. [...] computadores, veículos, funcionários, capacitações”*.

Anjos (2013) remete à Organização do Trabalho as várias possibilidades de mudança da prescrição do trabalho no momento de sua execução, como por exemplo, imprevistos e contradições. De forma que, o trabalhador vê-se na situação de se ajustar ao modelo que lhe é ofertado para execução das funções, para tentar alcançar, com o que lhe é dado no real, os objetivos propostos, metas e resultado.

Nesse contexto de dificuldades do real do trabalho, Ferreira (2013c, p.345) define que “o real do trabalho, [...] é caracterizado por situações imprevistas que ultrapassam o domínio técnico e o conhecimento científico. A experiência do real do trabalho evidencia o fracasso dessas prescrições, estabelece desafios à compreensão e ao fazer humanos”.

O capítulo 5 do estudo, que trata de maiores definições acerca do real do trabalho, aborda sobre a imprevisão do real e o como ela pode trazer ao indivíduo a sensação de fracasso. Porém, o sujeito utilizando sua inteligência prática, consegue reverter as adversidades a seu favor, e então desenvolve o trabalho.

Além de Fonseca; Silva e Silva (2014), Freitas (2015) em seu estudo com os profissionais do IFTO; e Campos et al. (2014), que envolveu um estudo com os bombeiros militares do Distrito Federal, todos eles concluíram com relação à Organização do Trabalho, que os profissionais se encontram em estado de alerta quanto aos riscos psicossociais, face aos escassos recursos de trabalho e número insuficiente de trabalhadores.

Na tabela 12, verificou-se que o item do fator Divisão Social do Trabalho que mais demonstrou potencialidade de risco psicossocial foi quanto à participação dos funcionários no processo decisório sobre o trabalho (média de 3,10). Aqui, mesmo havendo dispersão das respostas (DP = 1,09) os trabalhadores observam a dificuldade de estarem inseridos no processo decisório dentro da Organização. Essa afirmação está representada nas falas dos respondentes: *“Falta de consideração por parte da chefia. Não consideram as sugestões. Tentam ignorar o trabalho desenvolvido com tanto esforço e dedicação”*. *“Aceitar imposições dos superiores sem discussão e diálogo das partes envolvidas e interessadas”*.

Quanto à clareza na definição das tarefas, comunicação e flexibilidade nas normas, apesar de estarem com melhor escore, ainda assim, encontram-se no médio risco. É importante mencionar o relato dos profissionais na categoria 7.2.2 quando tratam da dificuldade de comunicação entre os pares, e de um processo de trabalho deficiente. A categoria 7.2.6 traz as falas dos profissionais quanto a burocratização e a consequente dificuldade de execução das ações.

Freitas (2015), trabalhando o PROART com os profissionais do Instituto Federal do Tocantins (IFTO), obteve resultados semelhantes com relação ao fator Divisão Social do Trabalho. O autor menciona que no estudo foi possível concluir que os profissionais são preteridos de participar das decisões e têm dificuldade de comunicação entre eles. Da mesma forma, Campos et al. (2014) identificou nesse item os maiores riscos, e ainda ressaltou que esse resultado é um fator tendencioso ao estilo de Gestão Normativo, descrito por Facas (2013).

A participação social e do trabalhador é um tema discutido dentro das ciências sociais. “A participação é abordada como estratégia de gestão, acentuando-se os aspectos culturais que afetam as práticas participativas, estando a participação idealmente designada à capacidade de os indivíduos influenciarem ou intervirem nas decisões políticas referentes à sociedade em que vivem” (ANTUNES, 2013, p. 200).

A participação dos trabalhadores dentro do processo decisório de uma Organização, contribui para o êxito da empresa, visto que o indivíduo, ao se sentir parte das decisões, vê-se com um compromisso maior frente ao trabalho, e isso dá empoderamento ao profissional para a realização das suas atividades.

Para isso, os trabalhadores e gestão devem estar envolvidos em um processo de discussão. Essa tomada de decisão serve, não somente para se trabalhar o processo de trabalho, mas para buscar soluções e mudanças necessárias ao bom desenvolvimento da organização. Além do que, aproxima os profissionais, que passam a interagir e trabalhar a comunicação uns com os outros. Merlo; Bottega e Magnus (2013, p.149) complementa o raciocínio, alertando que “se os trabalhadores não possuem espaço de discussão para falarem sobre o seu trabalho, se não são reconhecidos como sujeitos que podem intervir na organização das práticas laborais, são levados a um embotamento pessoal”.

Os autores, quando falam em embotamento, referem-se à situação de silêncio a que é levado o sujeito. Isso não só vai interferir no processo de mobilização subjetiva, anulando-a de fato, como exige a discussão em grupo, as pessoas se tornam individualizadas.

Do ponto de vista da análise de variância, ou seja, quanto à criticidade das respostas, no que diz respeito à Divisão Social do Trabalho, houve variação significativa nos itens escolaridade e tempo de serviço no cargo. Os profissionais de nível superior com até cinco anos de serviço se mostraram mais críticos ao fator em questão.

Segue as discussões sobre os aspectos do estilo de gestão, contemplando o segundo objetivo do estudo.

## 7.2. Escala de Estilo de Gestão

A EEG criada a partir das modificações na Escala de Funcionamento Organizacional (EEFO), tem por objetivo avaliar às formas de sentir, pensar e agir compartilhadas na organização (FACAS, 2013). Dispõe-se em dois fatores já explanados no capítulo dos resultados que são: estilo gerencialista e estilo coletivo. Os itens são classificados de acordo com a predominância ou não do estilo; até o ponto 2,50 considera-se *um estilo pouco característico*; do ponto 2,51 a 3,50 considera-se *presença moderada do estilo*; e de 3,51 a 5,00 há *predominante padrão do estilo*. (FACAS, 2013).

Os resultados mostraram que os estilos tiveram moderada predominância, com média 2,87 para o estilo gerencialista e média 3,14 para o estilo coletivo. Observou-se que o resultado do DP sinaliza que a opinião dos respondentes foi semelhante quando se trata do estilo de gestão da Organização.

Para o estilo gerencialista, o fator hierarquia determinou a predominância de estilo. Em sequência, de maneira moderada, aparecem: a importância das regras na organização, a desorganização do ambiente quando ocorrem mudanças e o controle forte do trabalho.

Não há como realizar comparativos com outras organizações e seus estilos de gestão, em virtude de não haver ainda trabalhos com o PROART para esse público. Dejours (1992) expressa a ansiedade gerada nas relações hierárquicas, onde o supervisor tem o anseio por se ver na condição de vigilante da produção, do rendimento, das bonificações; e o vigiado, ou seja, o trabalhador se vê ansioso por estar sob supervisão. O autor esclarece que quanto maior a rigidez das regras dentro da Instituição, maior a dificuldade em modificar o processo de trabalho.

Segundo Freitas (2013, p.44), “os tipos de organização e os estilos de comportamento do indivíduo e grupos são sempre dependentes da maneira como os modos de produção funcionam”. Nas questões discursivas as falas dos servidores “*Pouco entendimento sobre as funções do setor pelas hierarquias superiores e outras pastas do poder executivo*”; “*Falta de acesso de técnicos aos gestores de maior hierarquia*”; “*Fiquei em dúvida nas respostas, porque esta pode ser diferente dependendo do nível hierárquico da chefia*”, expressam que eles sentem-se confusos com relação ao modelo hierárquico da Instituição, e se sentem inferiorizados, um vez que não há acesso entre profissional e gestor, além do que, há sentimentos diferentes pelos gestores.

Face à construção de um modelo de gestão centralizado e sem a integração e apoio dos profissionais, quando ocorre qualquer alteração no processo de trabalho, há uma quebra no

ritmo das atividades, pois a relação entre equipe e gestão não está fortalecida e pronta para mudanças, ainda mais se ela, a equipe, não participa do processo decisório.

Na tabela 20, observou-se que o estilo coletivo se fez predominante no compromisso que as pessoas têm com a organização, mesmo quando não há o retorno esperado. Esse resultado pode ser expresso pela fala de um dos respondentes, abordada na categoria 7.2.3.: *“Falta de consideração por parte da chefia. Não consideram as sugestões. Tentam ignorar o trabalho desenvolvido com tanto esforço e dedicação”*. Nota-se o compromisso dos profissionais com a instituição, embora a falta de reconhecimento do gestor.

Diante do exposto, é importante lembrar a afirmação de Facas (2013, p.123) quando diz que:

o Estilo de Gestão é preditor das seguintes dimensões do PROART: riscos de sofrimento patogênico e riscos de danos psicossociais. Entende-se assim visto que os padrões de comportamento nas organizações definem o modo como as relações sociais de trabalho se dão, as possibilidades e flexibilidades que o trabalhador tem em seu trabalho e as relações simbólicas estabelecidas entre o sujeito e sua organização.

Inserir a afirmação de Facas ao contexto se faz pertinente, uma vez que surge agora o risco do sofrimento patogênico pela falta de reconhecimento. Partindo da ideia que o servidor se vê fora do processo decisório, suas sugestões não são aceitas e nem ouvidas, o resultado será a sensação de não reconhecimento.

Para Lima (2013) o reconhecimento vem como forma de retribuição ao engajamento do trabalhador no desenvolvimento do trabalho, na maneira que ele usa da sua inteligência para driblar as dificuldades, acha maneiras para chegar a resultados mesmo quando o processo não lhe permite. Utilizando-se de Dejours, o autor afirma que o meio de se dar reconhecimento pode ser através do testemunho do bom trabalho realizado, tornar visível as descobertas do trabalhador e o saber-fazer que levou ao bom desempenho de suas funções.

Ao longo do estudo se fez menção ao reconhecimento que os profissionais de enfermagem têm, quando o paciente ou membro da equipe elogia sua atuação, gerando prazer ao profissional. Foi dito também que o funcionalismo público da saúde lida com esse tipo de subjetividade como estratégia para enfrentamento do sofrimento. O sentimento de prazer existente em um elogio dado por um usuário, ou ainda, quando diante de toda a deficiência da estrutura pública de saúde, consegue-se encontrar soluções que beneficiem a população, ajudam e fortalecem o profissional.

No caso dos profissionais da DVS há um ganho por parte da organização, visto que, embora haja esses sentimentos dentro da equipe, eles ainda sim, coletivamente, honram com

seu compromisso para com a Instituição de saúde. “É no plano do coletivo que pode ocorrer a psicodinâmica do reconhecimento” (LIMA, 2013, p.352).

Vale mencionar, que de maneira moderada o estilo coletivo se fez presente, quando se trata do reconhecimento da gestão pelo sucesso das ações em grupo, e a valorização do trabalho coletivo pela organização. Dejours (1992) fala da necessidade de se ater à coletividade e não tender ao que separa os indivíduos. A cooperação proveniente da coletividade faz com que os indivíduos utilizem a inteligência para os esforços de cooperação.

Do ponto de vista da análise de variância, no que diz respeito ao estilo coletivo, houve variação significativa nos itens sexo, escolaridade e tipo de contrato de trabalho. As mulheres tenderão ao estilo coletivo mais que os homens. Os profissionais de nível superior e principalmente com pós-graduação tiveram mais características do estilo, assim como o servidor efetivo concursado.

Assim, após avaliar o estilo de gestão predominante na Organização, passa-se agora a levantar os riscos de sofrimento patogênico no trabalho, apresentando a discussão da terceira escala.

### **7.3. Escala de Sofrimento Patogênico no Trabalho**

A ESPT está relacionada “às formas de sentir, pensar e agir compartilhadas na organização, as entendendo como parte constituinte do estilo de gestão adotado”. (FACAS, 2013, p.128). Se expressam nessa escala, os sentimentos de desvalorização, injustiça, desânimo, insatisfação, desqualificação, aceitação e admiração. Dispõe-se em três fatores já explanados no capítulo dos resultados, que são: falta de sentido no trabalho, esgotamento mental, e falta de reconhecimento. E os itens são classificados de acordo com a predominância ou não do estilo: de 1,00 a 2,29, baixo risco; de 2,30 e 3,69, estado de alerta/situação limite e, entre 3,70 e 5,00, auto risco (FACAS, 2013).

Os resultados mostraram que os fatores falta de sentido no trabalho (média 1,70) e falta de reconhecimento (média de 1,88) tem pouca relevância para os profissionais da DVS. Com média relevância ficou o fator esgotamento mental (média 2,46). O resultado do DP, sinaliza que a opinião dos respondentes foi semelhante.

Fonseca; Silva e Silva (2014) obtiveram o mesmo resultado no estudo com os policiais militares. Para os autores, seguindo a orientação de Facas, esse resultado pode revelar sentimentos de injustiça, insatisfação, desânimo e desgaste com o trabalho. Freitas (2015)

também obteve junto aos profissionais do IFTO, a indicação de risco médio com relação a esse fator, e risco baixo para os demais.

Dejours; Jayet (2014) afirmam ser expressões diretas de sofrimento: o *sentimento de não reconhecimento* de maneira em geral; a *vivência de injustiça* em face aos níveis de remuneração e reconhecimento do trabalho; e os *desgastes entre a equipe*, resultando na divisão dos membros que partem cada um para um lado da gestão.

Nas falas dos profissionais da DVS trazidas para a categoria 7.2.3, pôde-se observar sentimentos que respaldam a afirmação anterior. Quando dizem: “*A falta de metas e objetivos desta gestão traz desmotivação total*” há o sentimento de desmotivação. Já na fala “*ratificar que dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho interferem [...] também nas relações, e que não recebem atenção especial das chefias*” observa-se o desgaste entre a equipe. Um exemplo que evidencia o desgaste, e também sentimento de injustiça pode ser percebido na fala: “*falta de reconhecimento, injustiças no que diz respeito a horários, benefícios para uns e outros não...diferença de gratificações*”. Nas respostas há evidências de desânimo dos profissionais, que culminam com a retração e adaptação ao ambiente que lhes é proporcionado: “*Ultimamente me retraindo e calando*”.

No trabalho de Fonseca; Silva e Silva (2014) citado ainda a pouco, o fator esgotamento mental mostrou-se indicando alto risco psicossocial, devendo a organização intervir de imediato em ações voltadas a esses trabalhadores, para que eles não adoeçam. Para que esta situação não aconteça, é necessário que a gestão esteja sensibilizada e intervenha, a partir do momento que esteja ciente da presença desse risco. Na DVS, é importante frisar mais uma vez, que o risco médio é sinal de intervenção com ações a médio e longo prazo.

Já foi dito neste trabalho sobre profissões que, pelo tipo de atividade, estão sujeitas ao esgotamento, como é o caso dos controladores de voo, os profissionais enfermeiros, e agora citando os policiais militares. Prestes et al. (2015), ao avaliar os indicadores de prazer e sofrimento em profissionais de enfermagem de um serviço de hemodiálise, constatou que o esgotamento se traduz pela vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho. Os autores evidenciaram que ocorreu um maior índice de desgastes nos profissionais com problemas envolvendo a remuneração e presença de duplo vínculo, para complementar a renda.

Como foi dito anteriormente nesse estudo, o fator duplo vínculo gera desgaste ao profissional. É difícil ter que, diariamente, estar em duas organizações com processos de trabalho distintos e desgastes próprios, ainda mais quando se faz a dupla jornada de trabalho. É

inevitável que em algum momento o profissional sofra um desgaste físico e mental, que o leve ao adoecimento.

Ainda no tocante ao esgotamento, Cremonese; Motta e Traesel (2013), ao realizar um estudo com agentes comunitários de saúde da atenção básica, observou a existência de índices elevados de exaustão mental ligada ao esgotamento, evidenciando, inclusive, transtornos como a depressão, resultantes da demanda de trabalho e de aspectos pessoais.

O item mais relevante quanto ao risco no fator esgotamento mental, envolve a submissão do trabalho à decisões políticas como sendo fonte de revolta (média 3,00). Aqui, mais uma vez, nota-se a dificuldade dos profissionais em seu relacionamento com a gestão, no que tange ao diálogo, discussão e entendimento entre as partes. O esgotamento nesse sentido, parte do sentimento de desânimo e desgaste. Freitas (2015) evidenciou o potencial de risco médio, principalmente para esse item, porém o autor não teve a confirmação desse dado quando o relacionou à análise qualitativa.

Já Campos et al. (2014, p.47) teve a mesma percepção em seus resultados: “quanto à falta de reconhecimento, os itens que apresentaram maiores médias foram sobre a desvalorização do trabalho pela organização, falta de liberdade para dizer o que pensa sobre o trabalho e desconfiança entre chefes e subordinados”. Os autores acreditam que os padrões rígidos evidenciados na escala anterior, dificultam a participação dos trabalhadores, e os faz aceitar modelos pré-estabelecidos de processos de trabalho.

Para a DVS, os dados qualitativos corroboram a percepção acima. A categoria 7.2.4, que envolve o sofrimento ético, evidencia a revolta proveniente da aceitação ou submissão: “*Aceitar imposições dos superiores sem discussão e diálogo das partes envolvidas e interessadas*”. Vasconcelos (2013, p.424) traz o conceito de sofrimento ético como sendo “a vivência de sofrimento experimentada pelo sujeito quando comete, convive e/ou negligencia atos que condena moralmente”.

Os sentimentos de revolta, medo e angústia são observados como forma de sofrimento, e no trabalhador isso pode resultar no sofrimento patológico, conduzindo ao adoecimento ou ao sofrimento criativo, no qual pode se conduzir para a busca de sentido e prazer no trabalho. Porém, conforme contextualiza Vasconcelos (2013), a mobilização individual ou coletiva ocorrerá dependendo da indignação do sofrimento ético. O indivíduo pode calar-se diante da revolta e negar o sofrimento como estratégia de defesa.

No que se refere ao fator falta de sentido no trabalho, este apresentou-se com baixo risco, evidenciando que a gestão deve manter essa percepção dos profissionais, que veem sentido no seu trabalho dentro da organização. O fator falta de reconhecimento, embora com

pouca relevância, foi observado em muitas falas dos profissionais na análise qualitativa. O item mais crítico foi a desvalorização do trabalho pela organização, citado diversas vezes pelos profissionais em suas respostas, e já abordado nesse capítulo. A gestão deve perceber uma provável tendência nesse aspecto, com possível crescimento desse risco psicossocial entre os servidores. O alerta é evidenciado na categoria 7.2.3, o qual apontam claramente a falta de reconhecimento.

E aí, para complementar essa análise, Moraes (2013a) aborda sobre as estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores, para minimizar a percepção do sofrimento no trabalho. Um dos mecanismos mais frequentes, segundo o autor, é a *negação*, que pode ser sinalizada por meio da desconfiança, individualismo e isolamento.

Nega-se, portanto, a ideia de que a organização é responsável pelo sofrimento. “As atitudes de negação e de desprezo pelo perigo são uma simples inversão da afirmação relativa ao risco”. (DEJOURS, 1992, p.70). Na percepção de Dejours, a negação desdobra-se de maneira inversa à percepção do sofrimento, ao passo que, inicialmente, se estrutura como estratégia de defesa, e depois se conduz para a adaptação, levando o indivíduo a alienação. O indivíduo, através da negação, submete-se ao discurso da organização (MORAES, 2013a).

Cabe colocar a ressalva de Campos et al. (2014), quando afirma que o sofrimento patogênico surge em virtude da impossibilidade de adaptação, negociação e criação no contexto da organização do trabalho.

Por fim, com relação a análise de variância, sobre a ESPT, a amostra foi homogênea, não ocorreu diferença significativa nas respostas do grupo. Dessa maneira, após serem levantados os riscos para o sofrimento patogênico, identificam-se em seguida, os danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho desse grupo.

#### **7.4. Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho**

A EDT, originalmente era a Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho. Busca identificar as disfunções físicas, psicológicas e sociais decorrentes da organização do trabalho, seu estilo de gestão e as vivências de sofrimento (FACAS, 2013). Dispõe-se em três fatores: danos psicológicos, danos sociais e danos físicos. Os itens desta escala são negativos, ou seja, quanto maior o escore, maiores serão os riscos psicossociais.

O único fator mais relevante na escala foi o de danos físicos (média 2,41). Observa-se então que a gestão deve atuar pela saúde do trabalhador, na construção de estratégias de

intervenção. O resultado do desvio-padrão sinaliza que a opinião dos respondentes foi semelhante, não ocorreu variação.

Os itens mais críticos quanto aos danos físicos foram dores nas costas (média 2,87) e dores no corpo (2,73), dores de cabeça (2,72) e alterações no sono (média 2,62). O trabalho de Campos et al. (2014) realizado com os bombeiros militares do Distrito Federal obteve os mesmos resultados de criticidade para os danos físicos. Da mesma forma, com os trabalhadores da DVS, os itens mais significativos segundo os autores, foram as dores nas costas e no corpo, e alterações no sono. Os autores justificam o resultado da seguinte forma:

A presença de dores nas costas e pelo corpo pode ser justificada pela natureza do trabalho executado pelos bombeiros militares, que envolve esforço físico para realização das tarefas. De outro modo, as alterações de sono podem estar relacionadas com a escala de trabalho dos bombeiros da missão fim, que envolve vinte e quatro horas de serviço por setenta e duas horas de descanso (CAMPOS et al., 2014, p.51).

Com o trabalho de Fonseca; Silva e Silva (2014), os resultados também destacaram as dores e as alterações de sono. Para os autores, a justificativa está no fato de que esses riscos são inerentes à profissão de policial militar, em virtude da utilização de armamento preso a cintura, colete balístico e etc.

No caso dos profissionais da DVS não há como se definir no momento, a correta justificativa. No entanto, evidencia-se que os profissionais no desenvolver de suas atividades, precisam carregar materiais e equipamentos pesados para a execução das ações, passam muito tempo em determinada posição, e não há nenhum tipo de exercícios, ou até mesmo conscientização sobre a postura do corpo em serviço, nem mesmo a instrução quanto ao tempo correto de intervalo e como deve ser aplicado dentro do horário de trabalho, para minimizar os riscos.

Quantos as alterações de sono, eis que a pressão do dia a dia, os curtos prazos, a necessidade de cumprimento de metas, podem interferir negativamente no descanso do profissional, além do que, como já foi dito anteriormente, alguns profissionais realizam outra jornada de trabalho noturna, prejudicando, assim, o descanso.

O relato dos profissionais na categoria 7.1.3 evidencia o exposto acima: *“Tenho hérnia de disco L4 e L5 na lombar esquerda, portanto tenho dores na coluna frequentemente acarretando desconforto”*; *“Eu tenho problema na coluna mas não sinto dor”*; *“Sofro com dores no corpo, possivelmente em consequências de artroses que desenvolvi, tenho também dores no ombro direito devido a bursite; presença de varizes em membro inferiores, que me provocam dores nas pernas. Nos últimos meses o sono tem estado irregular, creio que devido*

*as dores articulares. Não atribuo as dores que sinto ao trabalho, mas claro que ocorrendo alguma situação de estresse elas se intensificam".*

Nas falas dos profissionais há evidências de adoecimento. No capítulo 3 da dissertação, discutiu-se a questão dos principais agravos que são notificados e podem vir a acometer o trabalhador. Foi dito que as doenças osteomusculares estiveram em 2011 em segundo lugar, segundo o INSS, com relação ao pagamento de auxílio-doença. E não só no Brasil, mais em outros países como o Reino Unido e os Estados Unidos, as doenças osteomusculares tem sido as principais causas de adoecimento nos trabalhadores (ALMEIDA; BARBOSA-BRANCO, 2011).

Pela segunda vez, é importante frisar que no estado do Tocantins os servidores públicos da saúde estão em segundo lugar dentre as secretarias, em afastamento por problema de saúde (ALMEIDA, 2010).

Agora abordando os resultados do fator danos psicológicos, o item mais relevante dessa escala foi a tristeza (média 2,10), ou seja, bem próximo ao risco médio. *“Quando percebo que fazem questão de me isolar, eu me calo. Fico muito triste”*. Essa fala expressa o sentimento de tristeza do profissional. A percepção do que os faz triste é essencial para a intervenção. O profissional estando triste é menos produtivo, perde a sua saúde, isola-se e conseqüentemente sofre.

É importante dizer que “a saúde mental dos trabalhadores está relacionada com os mecanismos utilizados por eles para manter tanto o seu compromisso profissional quanto o equilíbrio psíquico. Os danos psicológicos são definidos como sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida em geral (CAMPOS et al., 2014, p.16).

Por fim, o fator danos sociais, também com pouca relevância para os trabalhadores, teve as maiores médias nos itens: a vontade de ficar sozinho e a impaciência com os demais, ambos com média 1,91. Aqui, é importante identificar a patologia da solidão, visto que nas falas dos profissionais houveram menções à solidão: *“ter de aprender sozinho”*; *“sinto dificuldade em desenvolver algumas tarefas que são específicas, muitas dúvidas que não consigo esclarecer a contento ou em tempo oportuno, por ficar sozinha no setor durante alguns períodos”*. Campos et al. (2014, p.16) conceituando danos sociais, os coloca como sendo o “isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais”.

Utilizando da afirmação de Merlo e Heloani (2013) associada às falas dos respondentes, pode-se complementar esse pensamento: a impossibilidade de associar a vida profissional com a pessoal, como percebe-se na fala *“A principal dificuldade encontrada é com relação a horário de trabalho, pois devido a rotina de trabalho muito intensa, sinto dificuldade para*

*conciliar trabalho com família*”; a pressão de tempo associada ao trabalho intenso, a produtividade, as metas, presentes na fala “*cobranças constantes carga horária exaustiva produtividade*”; a instabilidade no emprego, a insegurança perante às novas tecnologias e a competição podem levar à individualização, conforme depoimento “*os novos profissionais mudarem seu jeito de trabalho que é deixarem de serem individualista para sermos mais unidos*”; a impessoalidade e a agressividade entre os pares, explícita na fala “*irresponsabilidade de alguns colegas de trabalho e sobrecarga à outros. Justiça e méritos não condizentes com o trabalho realizado*”.

Concluindo o raciocínio sobre a patologia da solidão, Ferreira (2013b) apresenta um verbete sobre o tema e discorre nos fatores que levam o trabalhador a silenciar-se, calar-se e isolar-se. No texto, questões como a impossibilidade de utilização da palavra, sentimentos de incompetência, a falta do reconhecimento e a sobrecarga de trabalho levam ao isolamento, afeta as relações pessoais e profissionais, podendo chegar a formas graves de adoecimento, até ao suicídio.

Finalizando a discussão, com relação a análise de variância, a amostra foi homogênea, não ocorrendo diferença significativa nas respostas do grupo. Uma vez apresentadas as discussões sobre as quatro escalas, e respondendo a alguns objetivos propostos na pesquisa, cabe concluir esta discussão, identificando as ações preventivas e curativas desenvolvidas dentro do referido órgão.

#### **7.5. Aspectos relevantes à saúde do trabalhador evidenciados na análise qualitativa**

Não foram expostas aqui, de fato, todas as ações que são ou deveriam ser desenvolvidas dentro da DVS pela equipe de saúde do trabalhador da instituição. Apenas, diante das falas dos respondentes, onde conseguiu-se identificar menções sobre a questão, será feita uma breve referência quanto à realização ou não dessas ações.

Para tal, pode-se utilizar a categoria 7.1.2 da análise qualitativa para a discussão. Lá foram dispostos os aspectos negativos com relação ao trabalho, e embora não houvessem questões específicas abordando a saúde do trabalhador, os trabalhadores deliberadamente pontuaram não haver atenção à saúde do trabalhador na DVS, embora a organização seja promotora da saúde. As preocupações com a saúde existentes dentro da organização, segundo os relatos, se atém às discussões no próprio grupo.

Eis as falas dos respondentes: “*Não existe atenção à saúde do trabalhador dentro da própria saúde. Existe sim preocupações esporádicas, mais com uns que com outros; “Acho que*

*falta maiores cuidados em relação a saúde com servidores*”. Na fala seguinte, não foi possível identificar se o acompanhamento é feito com o médico do trabalho: *“Faço uso de medicamentos com acompanhamento médico. Faço atividade física. Tento desenvolver atividades no trabalho que me satisfazem”*.

Chiavegatto e Algranti (2013) contemplam três níveis de atuação para Saúde do Trabalhador: o primeiro inclui a identificação dos riscos e perigos a que o trabalhador está exposto no processo de trabalho, bem como a promoção de medidas que reduzam ou controlem estes, e ainda a análise dos dados encontrados. O segundo trata da assistência à saúde do trabalhador através dos serviços de saúde. Por último, refere-se à abordagem aos determinantes sociais que impactam, de forma negativa, a saúde do trabalhador.

Além do depoimento dos participantes, os relatos já mencionados de dores e problemas de saúde evidentes nos danos físicos da EDT, bem como os riscos que podem culminar com o sofrimento patogênico evidenciados na ESPT, mostram a necessidade de intervenção na saúde do trabalhador. O espaço de diálogo dos profissionais é um outro fator inexistente na Instituição, conforme aponta categoria 7.2.5, que poderia ser utilizado para discussão do sofrimento, uma vez que os profissionais expressam necessidade de apoio psicológico. Sugerem que deve existir grupos de conversa para discutir a tomada de decisões e expor os problemas: *“Mais diálogo entre gestão e servidores, mais valorização; Planos de saúde, planos de moradia; Apoio psicológico”*; *“escuta dos diversos problemas”*.

Para Araújo (2013) a importância do espaço de escuta está na possibilidade de o indivíduo expor situações para que hajam discussões, e se possa sair de impasses que se repetem. A demanda parte do sujeito, de forma que seus anseios, incômodos e questionamentos sejam ouvidos.

Merlo; Bottega e Magnus (2013) explicam que quando Dejours desenvolveu o termo espaço público, o mesmo estaria se referindo ao espaço de discussão entre os trabalhadores, uma vez que se insere na teoria da Psicodinâmica do Trabalho. Vale salientar, que o espaço público de discussão deve ser legitimado pelos trabalhadores, para que eles se sintam confortáveis para problematizar e avançar nas questões do trabalho.

Retomando ao referencial teórico, vale ressaltar que a PNSTT afirma que os trabalhadores devem participar do processo de formulação das ações destinadas à saúde do trabalhador. Portanto, é primordial que os passos a serem tomados pela equipe de saúde do trabalhador, tenham o respaldo e o aceite dos profissionais, para que as ações se efetivem e tenham êxito em seu desenvolvimento.

A seguir, nas considerações finais, será abordada a percepção da pesquisadora sobre o trabalho e suas considerações acerca dos resultados.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando que a pergunta norteadora deste estudo envolvia saber quais riscos psicossociais advém da relação trabalhador-organização do trabalho na Diretoria de Vigilância em Saúde no município de Palmas/TO, conclui-se que o estudo obteve êxito quanto à sua proposição, uma vez que realizou-se o mapeamento, apresentado aqui no Apêndice C.

Com relação aos objetivos específicos, considera-se cumprida a investigação das características da organização prescrita do trabalho na Diretoria de Vigilância em Saúde, uma vez que se apresentam nos resultados da primeira escala (EOT) do PROART, e também nas categorias da análise de conteúdo. Com relação à avaliação do estilo de gestão da organização do trabalho, os resultados da segunda escala (EEG) evidenciaram a tendência pela predominância do estilo coletivo de gestão, embora alguns pontos necessitem atenção. O levantamento dos riscos de sofrimento patogênico no trabalho entre os servidores da DVS ocorreu, principalmente, através dos relatos dos profissionais, auxiliado pelos resultados da terceira escala (ESPT), que indicaram o baixo risco ao sofrimento. Por fim, identificou-se que os danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho, embora apresentados nas falas dos respondentes, encontram-se em baixo risco, quando apresentados nos resultados da EDT, quarta escala do PROART. No que tange à identificação das ações preventivas e curativas desenvolvidas dentro do referido órgão, este objetivo foi observado nos resultados das categorias temáticas, composto pela fala dos respondentes.

Ressalta-se que o último objetivo foi parcialmente trabalhado, uma vez que a pesquisadora não esmiuçou junto à saúde do trabalhador da Instituição, as ações trabalhadas na prevenção e promoção dos profissionais da DVS. Os resultados se limitaram às afirmações dos respondentes do estudo e à observação da pesquisadora, enquanto servidora do órgão.

Vale lembrar ainda, que para a realização do estudo, optou-se por não incluir na população, os profissionais agentes de endemias, devido à peculiaridade do seu trabalho e necessidade de se realizar um estudo específico para essa categoria, conforme exposto na metodologia.

Sugere-se, portanto, como agenda de pesquisa, a temática que envolve o mapeamento dos riscos aos agentes de endemias, inclusive como forma de confrontar com a realidade discutida nesse estudo. Assim, poderão ser desenvolvidas ações de promoção à saúde do

trabalhador, de maneira geral e específicas para grupos de trabalhadores com as mesmas características no processo de trabalho. Ademais, os resultados mostram tendências, caminhos a aprofundar, como é o caso da feminização da força de trabalho dentro da DVS, o que vem ao encontro da tendência de a mulher estar, cada vez mais, assumindo as profissões da área de saúde. Um outro caminho é a análise sobre a quantidade de profissionais que têm mais de um vínculo empregatício na instituição, visto que esse fator interfere na qualidade de vida deles, principalmente os que fazem jornada noturna.

Outras abordagens a serem discutidas e aprofundadas em estudos futuros merecem destaque. A exemplo da contradição ocorrida em maior criticidade dos profissionais de nível superior, ao fator divisão social do trabalho, enquanto que, no estilo de gestão, os profissionais de nível médio se mostraram mais críticos. Outra fonte de discussão refere-se aos 41 profissionais (cerca de 40% dos respondentes) que optaram por não responder as questões referentes ao tipo de contrato de trabalho e o número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano. É relevante identificar quais aspectos impeditivos levaram a esse percentual de ausências.

Ainda com relação a agenda de pesquisa, pode-se levantar o questionamento sobre a existência de algo que, de maneira informal, tem sustentado o sujeito, impedindo o adoecimento. Porque, se a organização do trabalho está em risco médio e os resultados indicam baixo risco ao sofrimento e aos danos, isto significaria uma estratégia de defesa ou há mobilização na equipe. Trabalhando como hipótese, infere-se existir o espírito de cooperação entre as pessoas.

Aos gestores, é necessário que eles se envolvam e atuem junto aos profissionais da Instituição, na perspectiva de transformar o real do trabalho, reduzindo os riscos que levam ao sofrimento. Situações que indicam transformação na atuação do gestor: a burocratização do processo de trabalho, a falta de recursos materiais e humanos, de transporte, e a indefinição do processo de trabalho.

Os resultados indicam que a gestão da DVS necessita conhecer o perfil dos profissionais. Ambos, devem buscar mudanças necessárias para qualidade de vida dentro da organização. As decisões que envolvem os processos de trabalho devem ser feitas em grupo. É fundamental priorizar o estilo de gestão coletivo dentro da organização; fazer com que os profissionais se sintam parte e autores do processo gera prazer e é uma forma de se sentir reconhecido por tanto esforço e empenho no seu trabalho.

Há necessidade de um mapeamento da saúde do trabalhador da DVS, com relação as doenças crônicas, tratamentos de saúde realizados, patologias provenientes do trabalho ou

agravadas por ele, enfim o perfil de saúde de cada profissional da diretoria. Essa ação é de responsabilidade da equipe de saúde do trabalhador e contribui efetivamente para o desenvolvimento de ações, não só realizadas pela ST, mas pelas áreas técnicas que trabalham com a promoção da saúde.

Aproveitando que a DVS recebe a residência multiprofissional, e há uma boa relação da diretoria com as instituições de ensino, faz-se necessário pensar na escuta clínica como estratégia inicial de intervenção. E mesmo que não se realize a escuta, os profissionais demonstram o anseio por um espaço de discussão; eles têm necessidade de expressar seus sentimentos e lamentam muito por não haver diálogo entre a gestão e os profissionais.

No mais, pelo fato da autora ser uma profissional da área da saúde do trabalhador e promotora de saúde dentro da instituição, é expressivo o desejo pessoal de intervir nesse sentido.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. J. C. **Afastamentos por Transtornos Psiquiátricos em Servidores Públicos Estaduais do Tocantins entre 2006 e 2008**. 2010. 101 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
- ALMEIDA, P. C. A. BARBOSA-BRANCO, A. Acidentes de trabalho no Brasil: prevalência, duração e despesa previdenciária dos auxílios-doença. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, 36 (124): 195-207, 2011.
- ALVES, M. M. M. **Morbimortalidade por Acidente de Trabalho no Tocantins no período de 2000-2010**. 2012. 107p. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2012.
- ALVES, M. M. M.; NOMELLINI, P. F.; PRANCHEVICIUS, M. C. S. Mortalidade por acidente de trabalho no Estado do Tocantins, Brasil: estudo descritivo, 2000-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 22(2):243-254, abr-jun/2013.
- ANCHIETA, V. C. C.; GALINKIN, A. L.; MENDES, A. M.; RABELO, E. N. Trabalho e Riscos de Adoecimento: um estudo entre policiais civis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa (UNB. Impresso)**, v.27, p.73-82, 2011.
- ANJOS, F. B. **Vivências de prazer-sofrimento na atividade de jornalismo no serviço público**. 2009. 107p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (Psto)) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- ANJOS, F. B. Organização do Trabalho. In VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 267-273
- ANTLOGA, C.; AVELAR, R. Mal-estar no trabalho. In VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 243-248.
- ANTUNES, L. R. Gestão e Participação. In VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 197-201.
- ARAUJO, L. K. R. Escuta (Clínica). In VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 143-145.
- ARAUJO, J. S. XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco**. Teresina, PI. v.1, n.1, art.10, p. 117-149, jan-jul. 2014.
- ARSEGO, L. R. **A valorização do trabalhador da saúde pública: a agenda brasileira**. 2013. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

BALASSIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R. C. Estresse Ocupacional na Administração Pública Brasileira: quais os fatores impactantes? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 45(3):751-74, mai/jun.2011.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 5 ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2002. 340f.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: edições 70, 2009. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. 4ed.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, 36 (123): 103-117, 2011

BOTTEGA, C. G. **Clínica do Trabalho no Sistema Único de Saúde**: linha de cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora. 2015. 214f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 1-5.

BRASIL, Portaria nº 25, de 29 de dezembro de 1994. Norma regulamentadora nº 09 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez. 1995. Seção 1, p. 1.987-1.989.

BRASIL. Portaria nº 3.908, de 10 de novembro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Caderno de Atenção Básica**. Programa de Saúde da Família. Caderno 5. 2001. 63p.

BRASIL. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 2002, seção 1, p.53.

BRASIL. **Legislação sobre o idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do idoso) e legislação correlata. 3 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2003. 124 p.

BRASIL, Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. Inclusão SINAN de agravos à ST. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2004. Seção 1, p. 37 e 38.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 01, de 07 de março de 2005. Regulamenta a Portaria nº 1.172/2004/GM, no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal na área de vigilância em saúde ambiental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Seção 1. p 35.

BRASIL. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov. 2009, Seção 1, p. 76-78.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho – PNSST. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 nov. 2011a. Seção 1, p. 9 e 10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fiocruz. **Boletim Fonoaudiologia na saúde do trabalhador**. Saúde Ocupacional x Saúde do Trabalhador. n. 06. Set-Dez/2011b. 4 p.

BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2012, seção 1, p. 46-51.

BRASIL, Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013a. Seção 1. p. 59.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. **Informe de Previdência Social**. vol. 15. n. 01. Brasília, DF, jan/2013b. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Curso de Vigilância em Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, RJ, abr/2014. 103 p.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor – SIASS. **Apresentação**. Disponível em: <<https://www2.siapenet.gov.br/saude/portal/public/listaDocumentosPorTipo.xhtml>>. Acesso em: 09 set. 2015a.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Informes de Previdência Social – de 2004 a 2015**. Disponível em: < <http://www.previdencia.gov.br/publicacoes/informes-de-previdencia-social-de-2004-a-2015/>>. Acesso: em 20 mai. 2015b.

BUENO, M.; MACEDO, K. B. A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade** – ECOS. v.2, n.2. p. 306 a 318. 2012.

CAMPOS, H.; SANTOS, J. R. M.; ALENCAR, R.; ALVES, S. A. **Avaliação dos riscos psicossociais relacionados ao trabalho no corpo de bombeiros militar do Distrito Federal**. 2014. 105p. Monografia (Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

CASTRO, F. S. O conceito de Trabalho e a Psicologia Histórico-Cultural. **Revista Urutágua – acadêmica multidisciplinar** – DCS/UEM, Maringá, PR, n.28, semestral, p.123 a 128, mai/out 2013.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas Públicas de Saúde do Trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Revista brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, 38 (127): p. 11-30, 2013.

COSTA, S. H. B. Trabalho prescrito e trabalho real. In VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 467-472.

CREMONESE, G. R. MOTTA, R. F.; TRAESEL, E. S. Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2013, vol. 16, n. 2, p. 279-293.

DALMOLIN, B. B.; BACKES, D. S.; ZAMBERLAN, C.; SCHAURICH, D.; COLOME, J. S.; GEHLEN, M. H. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Revista Escola Anna Nery**. (impr.) 2011, abr/jun; 15 (2): 389-394.

DAMASO, C. R.; GUIMARÃES, D. D.; AVELAR, I. G. L.; SCALASSARA, N. M. N. L.; VELOSO, S. A. M. **Práticas institucionais para prevenção e atenção aos riscos psicossociais no trabalho dos policiais civis do Distrito Federal**: contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. 2014. 59p. Monografia (Pós-Graduação em Clínica Psicodinâmica do Trabalho e Gestão do Estresse. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

DANTAS, J. B. A.; SILVA, D. R. **Olhares sobre a saúde e a qualidade de vida no trabalho do jornalista**. In: XVII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, Natal. 2015. 9p.

DATASUS. FormSUS. Disponível em: <[formsus.datasus.gov.br/site/formulário.php?id\\_aplicacao=10633](http://formsus.datasus.gov.br/site/formulário.php?id_aplicacao=10633)>. Acesso em: 10 set. 2015.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./jun. 1986.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez. 5ed. 1992. 168p.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 027-034, set/dez 2004.

DEJOURS, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? **Revista Cult**, nº 139, p.49-53, set/2009.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. LANCMAN, S. S.; LAERTE, I, (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 512p.

DEJOURS, C.; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: editora Atlas S.A, 2014. p. 67-118.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DERSLAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, SãoPaulo,33(3):98-104. mai/jun 1993.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. São Paulo: editora Vozes, 14ed. 2004. p. 31-50

DIAS, E. C.; SILVA, T. L. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, 38 (127): 31-43, 2013.

FACAS, E. P. **Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho**: Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. 2013. 193 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 2013.

FACAS, E. P.; DUARTE, F. S.; MENDES, A. M.; ARAUJO, L. K. R. Sofrimento Ético e (In)Dignidade no trabalho bancário: análise clínica e dos riscos psicossociais. In: MONTEIRO, J. K.; VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M. **Trabalho & Prazer: Teorias, Pesquisas e Práticas**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2015, p. 233-255.

FERREIRA, J. B. O. **Trabalho, sofrimento e patologias sociais**: Estudo com trabalhadores bancários e anistiados políticos de uma empresa pública. 2013. 159p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013a.

FERREIRA, J. B. Patologias da solidão. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013b. p. 275-280.

FERREIRA, J. B. Real do trabalho. In VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013c. p. 343-350.

FONSECA, D. M.; SILVA, M. O.; SILVA, R. J. N. **A organização do trabalho e os riscos psicossociais na polícia militar do Distrito Federal**. 2014. 69p. Monografia (Pós-graduação em Psicodinâmica do Trabalho) – Instituto de psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

FREITAS, M. E. Análise Organizacional. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 39-54.

FREITAS, K. S. **Prazer e Sofrimento no Trabalho**: um estudo com os servidores técnicos administrativos do IFTO – Campus Palmas. 2015. 94f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2015.

GARCIA, A. B.; DELLAROZA, M. S. G.; HADDAD, M. C. L.; PACHEMSHY, L. R. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 33(2): 153-159, jun/2012.

GERHARDT, E. SILVA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS. Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p.

GHIZONI, L. D. **Clínica Psicodinâmica da Cooperação na Associação de Catadores e Catadoras de Materiais Recicláveis da Região Centro Norte de Palmas TO (ASCAMPA)**. 2013. 154f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PSTO)) – Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília – UNB, Brasília, 2013.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar/abr 1995.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=172100&search=Tocantins|palmas>> Acesso em: 05 jun. 2015.

HAMRAOUI, E. Trabalho vivo, subjetividade e cooperação: aspectos filosóficos e institucionais. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 17, n. spe. 1, p. 43-54, 2014.

HELOANE, R. LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 77-86, set/dez. 2004.

HOFFMANN, C; TRAVERSO, L. D.; ZANINI, R. R. Contexto de trabalho das pessoas com deficiência no serviço público federal: contribuições do inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento. **Gestão e Produção**, São Carlos, v.21, n.4, p.707-718, 2014.

LARA, R. Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 78-85, jan/jun. 2011

LIMA, S. C. C. Reconhecimento no trabalho. VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 351-355.

**MAPA Rodoviário do estado do Tocantins**. Disponível em: <<http://www.guianet.com.br/to/mapato.htm>>. Acesso em: 01 jul. 2015.

MACEDO, L. J. J.; CARVALHO, J. B.; COUTINHO, H. R. M. **O gestor em saúde do setor público**. [s.l.]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, [entre 2007-2014]. 5p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/napead/repositorio/objetos/edital19/gestao-politicas/ARQUIVOS%20PDF/>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

MARTINS, S. R. Subjetividade (intersubjetividade). In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 433-438.

MARTINS, C.C.; VALENTE, G. S. C. A interferência do estresse na saúde ocupacional do enfermeiro que atua em emergência hospitalar. **Revista de enfermagem da UFPE online**. 2010 abr./jun.;4(2): 533-38.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Editora Nova Cultural Ltda, 1996, vol. 1, 496p.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Digital** - 13(2): 239-244 (jul. 2013) - CARPETA.

MEIRELLES, M. O uso do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na ciência política: uma breve introdução. **Periódicos UFPEL**. Pelotas [14]: 65 – 91, jan./jun. 2014.

MENDES, A. N. B. Aspectos Psicodinâmicos da Relação Homem-Trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 15, n.1-3, p. 34-38, 1995.

MENDES, A. M.; ARAUJO, L. K. **Clínica Psicodinâmica do Trabalho**: o sujeito em ação. Curitiba: Juruá, 2012, 154p.

MENDES, A. M.; MULLER, T. C. Prazer no Trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 289-292.

MENDES, A. M.; VIEIRA, A. G. P.; MORRONE, C. F. Prazer, sofrimento e saúde mental no trabalho de teleatendimento. **RECADM: Revista Eletrônica de Ciência Administrativa**, v. 8, p. 151-158, 2009.

MERLO, A. R. C.; HELOANI, R. Suicídio (e Trabalho). In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 445-449.

MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; MAGNUS, C. N. Espaço Público de Discussão. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 147-151.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 15-21.

MINAYO-GOMEZ, C. Avanços e entraves na implementação da política de saúde do trabalhador. **Revista brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 38 (127): 11-30, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **CBVE**: Curso Básico de Vigilância Epidemiológica. Brasília, DF. 2005. 210p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plataforma Brasil. Disponível em: <<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/login.jsf>> Acesso em: 20 set.2015.

MONTEIRO, J. K. Prevenção e promoção da Saúde do trabalhador. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 293-296.

MONTEIRO, J. K.; JACOBY, A. R. Sobrecarga no trabalho. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 405-408.

MORAES, R. D. Estratégias defensivas. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013a. p. 153-157.

MORAES, R. D. Sofrimento criativo e patogênico. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013b. p. 415-420.

MOTTER, A. A.; CRUZ, R. M.; GONTIJO, L. A. O significado do trabalho para os controladores de tráfego aéreo de Curitiba. **Psicologia Argumentativa**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 23-30 jan./mar. 2011.

MOURA, G. M. **O conceito marxiano de trabalho**. 2012. 44f. Monografia (Graduação em Filosofia) – Departamento de Filosofia, Faculdade de filosofia e ciências humanas, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

NASCIMENTO, D.M. M. R.; DUARTE, F.S.; MENDES, A.M. Implicações do trabalho bancário de suporte e atendimento nas vivências de sofrimento dos trabalhadores. **Revista Amazônica**, v. IX, p. 162-189, 2012.

OLIVEIRA, L. A. **Afastamentos por Transtornos Mentais entre Servidores Públicos Federais no Tocantins**. 2013. 59f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2013.

PALMAS. Secretaria Municipal de Saúde de Palmas. Diretoria de Vigilância em Saúde. Gerência de Vigilância Epidemiológica. **Análise de Situação de Saúde Palmas – Tocantins**. 2000-2007. 119p. s.d.

PALMAS. **Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (Cerest)/Regional Palmas**. Disponível em: <<http://www.palmas.to.gov.br/servicos/cerest-regional-palmas/152/>> Acesso em: 10 jan. 2016a.

PALMAS. Portaria nº 219/SEMUS/GAB, de 07 de março de 2016. Define o quantitativo, modalidades e valores das Bolsas de Ensino e Pesquisa para a Educação Pelo Trabalho para a Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Palmas (DOM-PMW)** de 15 de Março de 2016b. p. 11-14.

PILATI, R.; PORTO, J. B. **Apostila para tratamento de dados via SPSS**. (s.d.) 55p.

PRESTES, F. C.; BECK, C. L. C.; MAGNAGO, T. S. B. S.; SILVA, R. M. Indicadores de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem em um serviço de hemodiálise. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 49(3), 469-477, 2015.

REGO, V. B. **Organização do Trabalho e Vivências de Prazer e Sofrimento em Profissionais de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva**: Estudo Comparativo entre Hospitais com e sem Certificado de Qualidade. 2009. 130f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: ciência e profissão**, 33(1), 192-207, 2013.

ROIK, A.; PILATTI, L. A. **Psicodinâmica do trabalho**: uma perspectiva teórica. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, XXIX, 2009, Salvador. A Engenharia de Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão Salvador, BA, Brasil, 06 a 09 de outubro de 2009.

ROCHA, P. R. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, 49(1), 129-135, 2015.

RODRIGUES, C.S.; FREITAS, R. M.; ASSUNÇÃO, A. A.; BASSI, I. B.; MEDEIROS, A. M. Absenteísmo: doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estatística Populacional**, Rio de Janeiro, v. 30, Sup., p. S135-S154, 2013.

SANTANA, R. S.; BRITO, B. A. M.; FERREIRA, J. L. S.; SILVA, A. F. L. S.; CUNHA, M. B.; VIANA, L. V. M. Influência do trabalho noturno na qualidade de vida da equipe de enfermagem da UTI. **Revista Interdisciplinar**. v. 8, n. 2, p. 25-34, abr./mai./jun. 2015.

SANTOS, G. E. O. **Cálculo amostral**: calculadora on-line. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

SANTOS JÚNIOR, A. V.; LIMA, V. S.; FACAS, E. P.; MENDES, A. M. B.; MENDES, A. M. Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. **S & G. Sistemas & Gestão**, v. 6, p. 562-582, 2012.

SELIGMANN-SILVA, E. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho: marcos de um percurso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: editora Atlas S.A, 2014. p. 13-19.

SELIGMANN-SILVA, E.; BERNARDO, M. H.; MAENO, M; KATO, M. **Saúde do Trabalhador no início do século XXI**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, 35 (122), 185-186, 2010.

SILVA JUNIOR, S. D.; COSTA, F. J. Mensuração e Escalas de Verificação: uma análise comparativa de Escalas de Likert e *Phrase Completion*. PMKT – **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, São Paulo, Brasil, V. 15, p. 1-16, out. 2014.

SOUZA, F. E. **Educação profissional e tecnológica**: avaliação do programa nacional de acesso ao ensino técnico e emprego (PRONATEC). 2015. 87p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas). Universidade Federal do Tocantins, Palmas. 2015.

TOCANTINS. Secretaria de Saúde do Estado. **Análise da Situação das Doenças e Agravos não Transmissíveis**. Palmas. s.d. 69p.

TRAESEL, E. S. MERLO, A. R. C. A Psicodinâmica no Reconhecimento do Trabalho da Enfermagem. **Revista Pepsico**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 102-109, jan./mar. 2009.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 36 (123), 40-55, 2011.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 31 ago. 2015.

VASCONCELOS, A. C. L. Sofrimento ético. In: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba, PR: Juruá Editora, 2013. p. 421-425.

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS -  
GESPOL  
QUESTIONÁRIO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr (a) \_\_\_\_\_ para participar da Pesquisa intitulada **Mapeamento dos Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho em Profissionais de uma Instituição Pública de Saúde do Município de Palmas-TO**, sob a responsabilidade da pesquisadora Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa, casada, residente em Palmas-TO, enfermeira da área técnica do Câncer da Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/ Gerência de Vigilância Epidemiológica/ Diretoria de Vigilância em Saúde, a qual pretende: mapear os Riscos Psicossociais no trabalho dos servidores da Gerência de Vigilância Epidemiológica no município de Palmas/TO, além de investigar as características da organização prescrita do trabalho, avaliar o estilo da gestão dentro da organização, levantar os riscos de sofrimento patogênico no trabalho no grupo de trabalhadores que serão avaliados e por fim identificar os danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de um questionário. O instrumento compreende 92 questões fechadas e 03 questões abertas, e ao final dele traz alguns dados complementares que precisam ser preenchidos para melhor análise do instrumento. O tempo de resposta varia em torno de 15 a 20 minutos. A previsão de realização desta pesquisa é de aproximadamente 15 dias.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o mapeamento dos riscos psicossociais da Instituição, objetivo desse projeto, e ainda com a área de saúde do trabalhador da Instituição, visto a possibilidade de construção de ações em cima dos resultados da pesquisa. O levantamento dos riscos psicossociais é importante para a construção de um plano de prevenção e promoção à saúde do trabalhador, visto serem considerados fatores de risco ao adoecimento do trabalhador, além de proporcionar o conhecimento por parte da Gestão da Instituição sobre os riscos existentes em seu corpo profissional e a possibilidade do desenvolvimento de doenças ocupacionais resultantes dos riscos

Quanto aos riscos decorrentes de sua participação na presente pesquisa, esclarecemos que poderá haver pequeno desconforto ao responder alguns itens, por levar o trabalhador a refletir sobre seu trabalho e as vivências de sofrimento que o mesmo possa causar. Portanto, conforme Resolução CNS 466/12, item IV.3, letra “h”, diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o pesquisador se compromete em indenizar o participante.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Quadra 504 sul, alameda 12, lote 40, Palmas/To. Telefones: (63) 8107-1113 ou 8446-0243 Email: nadjaof@hotmail.com ou com o Orientador e Pesquisador Responsável Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Liliam Deisy Ghizoni. Telefone: (63) 8416-7025. Email: ldghizoni@gmail.com.

A pesquisa tem como local de origem a Instituição de ensino: Universidade Federal do Tocantins. Endereço: Av. NS 15, ALCNO 14, 109 Norte, Palmas – TO. Telefone: 3232-8090. Cep: 77001-090, e sua realização acontecerá na Diretoria de Vigilância em Saúde/ Gerência de Vigilância Epidemiológica.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Como o questionário será encaminhado via *google docs* o termo irá acompanhá-lo, e o preenchimento deste será online. O mesmo poderá ser impresso para que o participante tenha uma via do documento conforme estabelecido na Resolução CNS 466/12, item IV.5, letra “d”.

Reclamações e/ou insatisfações relacionadas à participação do trabalhador na pesquisa poderão ser comunicadas por escrito à Secretaria do CEP/UFT, localizado na Avenida NS 15, Quadra 109 Norte, Plano Diretor Norte, Prédio do Almoarifado, Campus de Palmas, CEP: 77.001-090, Palmas-TO, telefone (63) 3232-8023, de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriado). Contato pode ser feito também através do e-mail: cep\_uft@uft.edu.br. Os reclamantes devem se identificar, sendo que o seu nome será mantido em anonimato.

Palmas-TO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

**Nome do participante da pesquisa**

---

Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa  
**Nome da pesquisadora**

---

Liliam Deisy Ghizoni  
**Nome do orientador responsável**

**APÊNDICE B – LISTA DE PALAVRAS E NÚMERO DE OCORRÊNCIA**

<b>POSIÇÃO</b>	<b>PALAVRA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>	<b>OCORRÊNCIAS</b>
01	trabalho	2.17%	67
02	falta	1.26%	39
03	gestão	0.58%	23
04	dificuldades	0.56%	20
05	ações	0.51%	16
06	equipe	0.51%	16
07	tarefas	0.35%	11
08	transporte	0,33%	10
09	ambiente	0.29%	9
10	atividades	0.29%	9
11	saúde	0.29%	9
12	tempo	0.25%	8
13	servidores	0.22%	7
14	condições	0.19%	6
15	diálogo	0.19%	6
16	dores	0.19%	6
17	planejamento	0.19%	6

Fonte: elaborado pela autora



---

**APÊNDICE C**

**PRODUTO DO MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM GESTÃO DE  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**MAPEAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DA  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Coletados/compilados por:

Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa  
Enfermeira, especialista em saúde do trabalhador e saúde da família  
Mestranda em Gestão de Políticas Públicas na UFT (GESPOL)

**PALMAS, 2016**

O mapeamento dos riscos psicossociais apresentado abaixo, é fruto da pesquisa realizada com os profissionais da Diretoria de Vigilância em Saúde, órgão da Secretaria de Saúde do município de Palmas. Serão expostos abaixo, em forma de tabelas, os riscos psicossociais advindos da relação trabalhador-organização do trabalho na diretoria.

➤ **DADOS DEMOGRÁFICOS DOS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM A DVS**

**Tabela 1** – Faixa etária dos respondentes

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
<b>Idade</b>	104	22	67	39	8,74918
<b>Válidos</b>	104				

Fonte: elaborado pela autora

		<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>	<b>Percentual Válido</b>
	Masculino	36	34,6	34,6
<b>Válido</b>	Feminino	68	65,4	65,4
	Total	104	100,0	100,0

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 3** – Frequência por escolaridade

		<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>	<b>Percentual Válido</b>	<b>Frequência relativa cumulativa</b>
	Até o Ensino Médio	6	5,8	5,8	5,8
	Superior Incompleto	6	5,8	5,8	11,5
<b>Válido</b>	Superior Completo	39	37,5	37,5	49,0
	Pós-Graduação	53	51,0	51,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 4** - Estado civil dos participantes

		<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa</b>	<b>Percentual Válido</b>	<b>Frequência relativa cumulativa</b>
	Solteiro	27	26,0	26,0	26,0
	Casado/União Estável	69	66,3	66,3	92,3
<b>Válido</b>	Separado/Divorciado	7	6,7	6,7	99,0
	Viúvo	1	1,0	1,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 5** – Frequência de Tempo de Serviço

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido	Frequência relativa cumulativa
<b>Tempo de Serviço na Instituição</b>				
Válido	Até 5 anos	32	30,8	30,8
	Entre 6 e 10 anos	24	23,1	53,8
	Mais de 10 anos	48	46,2	100,0
	Total	104	100,0	100,0
<b>Tempo de Serviço no Cargo Atual</b>				
Válido	Até 5 anos	55	52,9	52,9
	Entre 6 e 10 anos	27	26,0	78,8
	Mais de 10 anos	22	21,2	100,0
	Total	104	100,0	100,0

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 6** – Frequência do cargo atual

	Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido	Frequência relativa cumulativa
Válido	Administrador	1	1,0	1,0
	Analista em Saúde	1	1,0	1,9
	Assistente Administrativo	4	3,8	3,8
	Assistente de Saúde	1	1,0	1,0
	Assistente Social	3	2,9	2,9
	Auxiliar Administrativo	1	1,0	1,0
	Auxiliar de Serviço em Saúde	1	1,0	1,0
	Biólogo	7	6,7	6,7
	Biomédico	1	1,0	1,0
	Enfermeiro	25	24,0	24,0
	Engenheiro	2	1,9	1,9
	Engenheiro Ambiental	1	1,0	1,0
	Engenheiro Civil	1	1,0	1,0
	Farmacêutico	1	1,0	1,0
	Fiscal Sanitário	2	1,9	1,9
	Fisioterapeuta	4	3,8	3,8
	Fonoaudiólogo	1	1,0	1,0
	Inspetor Sanitário	5	4,8	4,8
	Médico Veterinário	5	4,8	4,8
	Odontólogo	2	1,9	1,9
	Professor	1	1,0	1,0
	Psicólogo	4	3,8	3,8
	Químico	1	1,0	1,0
	Servidor Público	26	25,0	25,0
	Técnico de Enfermagem	2	1,9	1,9
	Técnico em Mineração	1	1,0	1,0
	Total	104	100,0	100,0

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 7** - Tipo de Contrato de Trabalho

		Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido	Frequência relativa cumulativa
<b>Válido</b>	Efetivo - Concursado	57	54,8	90,5	90,5
	Residente	1	1,0	1,6	92,1
	Contratado	3	2,9	4,8	96,8
	Efetivo - CLT	1	1,0	1,6	98,4
	Terceirizado	1	1,0	1,6	100,0
	Total	63	60,6	100,0	
<b>Ausente</b>	Sistema	41	39,4		
<b>Total</b>		104	100,0		

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 8** - Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano

		Frequência absoluta	Frequência relativa	Percentual Válido	Frequência relativa cumulativa
<b>Válido</b>	Nenhum	33	31,7	52,4	52,4
	1 ou 2	25	24,0	39,7	92,1
	3 ou Mais	5	4,8	7,9	100,0
	Total	63	60,6	100,0	
<b>Ausente</b>	Sistema	41	39,4		
<b>Total</b>		104	100,0		

Fonte: elaborado pela autora

## ➤ CARACTERÍSTICAS DA ORGANIZAÇÃO PRESCRITA DO TRABALHO DA DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**Tabela 9** – Estatística Descritiva EOT

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
<b>Divisão das Tarefas</b>	104	1,71	5,00	3,1731	,65440
<b>Divisão Social do Trabalho</b>	104	1,83	4,83	3,5833	,59051
<b>Válidos N</b>	104				

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 10** – Distribuição de frequência dos fatores da EOT

	Divisão das Tarefas		Divisão Social do Trabalho	
	Frequência	Percentual	Frequência	Percentual
<b>Risco Alto</b>	15	14%	2	2%
<b>Risco Médio</b>	64	62%	57	55%
<b>Risco Baixo</b>	25	24%	45	43%

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 11 – Itens Divisão de Tarefas**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
O ritmo de trabalho é adequado	104	1,00	5,00	3,3654	,94569
Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho	104	1,00	5,00	3,3173	1,06365
Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas	104	1,00	5,00	3,2115	,95198
O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas	104	1,00	5,00	3,1250	,91043
Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis	104	1,00	5,00	3,1058	1,01368
O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado	104	1,00	5,00	3,0865	1,25498
Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas	104	1,00	5,00	3,0000	,90307
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 12 – Itens Divisão Social do Trabalho**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
As tarefas que executo em meu trabalho são variadas	104	1,00	5,00	3,8750	,95213
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada	104	1,00	5,00	3,7788	,95487
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras	104	1,00	5,00	3,7019	,90178
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho	104	1,00	5,00	3,6731	1,03757
As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si	104	2,00	5,00	3,6731	,76884
Há clareza na definição das tarefas	104	1,00	5,00	3,6442	,97461
Há qualidade na comunicação entre os funcionários	104	2,00	5,00	3,6154	,89560
A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha produção	104	1,00	5,00	3,6058	1,01845
Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas	104	1,00	5,00	3,4808	,92412
Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor	104	1,00	5,00	3,4712	,94465
Há justiça na distribuição das tarefas	104	1,00	5,00	3,3750	1,00665
Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho	104	1,00	5,00	3,1058	1,09649
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 13 – ANOVA Divisão das Tarefas**

		<b>Sig.</b>
Faixa Etária	Entre os Grupos	,299
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Sexo	Entre os Grupos	,356
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,117
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,309
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,553
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,420
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,924
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,256
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 14 - ANOVA Divisão Social do Trabalho**

		<b>Sig.</b>
Faixa Etária	Entre os Grupos	,398
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Sexo	Entre os Grupos	,143
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,030
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,212
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,108
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,038
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,542
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,399
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 15 - Divisão Social do Trabalho - Escolaridade**

<b>Escolaridade</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Até o Ensino Médio	4,2361	6	,31366
Superior Incompleto	3,7639	6	,59259
Superior Completo	3,5192	39	,49907
Pós-Graduação	3,5362	53	,63811
Total	3,5833	104	,59051

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 16 - Divisão Social do Trabalho – Tempo de Serviço**

<b>Tempo de Serviço no Cargo</b>	<b>Média</b>	<b>N</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Até 5 anos	3,4545	55	,58593
Entre 6 e 10 anos	3,6698	27	,52628
Mais de 10 anos	3,7992	22	,61864
Total	3,5833	104	,59051

Fonte: elaborado pela autora

## ➤ ESTILO DE GESTÃO DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

**Tabela 17 – Estatística Descritiva EEG**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Estilo Gerencialista	104	1,30	5,00	2,8731	,73659
Estilo Coletivo	104	1,00	4,67	3,1402	,75455
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 18 – Distribuição de frequência dos fatores da EEG**

	<b>Estilo Gerencialista</b>		<b>Estilo Coletivo</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
<b>Predominante Padrão do Estilo</b>	17	16%	34	33%
<b>Presença Moderada do Estilo</b>	46	44%	48	46%
<b>Estilo Pouco Característico</b>	41	40%	22	21%

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 19 – Itens Estilo Gerencialista**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes	104	1,00	5,00	2,0769	1,26715
Os gestores desta organização se consideram insubstituíveis	104	1,00	5,00	2,4808	1,30704
Aqui os gestores preferem trabalhar individualmente	104	1,00	5,00	2,5577	1,26818
Nesta organização os gestores se consideram o centro do mundo	104	1,00	5,00	2,3558	1,30658

Os gestores desta organização fazem qualquer coisa para chamar a atenção	104	1,00	5,00	2,2885	1,28224
É creditada grande importância para as regras nesta organização	104	1,00	5,00	3,4712	,97500
A hierarquia é valorizada nesta organização	104	1,00	5,00	3,8654	,88194
Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização	104	1,00	5,00	3,0288	1,11874
Há forte controle do trabalho	104	1,00	5,00	3,2981	,93352
O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças	104	1,00	5,00	3,3077	1,09790
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 20 – Itens Estilo Coletivo**

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Existe rigoroso planejamento das ações	104	1,00	5,00	3,1442	1,02794
As pessoas são comprometidas com a organização mesmo quando não há retorno adequado	104	1,00	5,00	3,5769	,93156
O mérito das conquistas na empresa é de todos	104	1,00	5,00	3,2981	1,16486
O trabalho coletivo é valorizado pelos gestores	104	1,00	5,00	3,4327	1,05907
Para esta organização, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo	104	1,00	5,00	3,4808	1,01427
As decisões nesta organização são tomadas em grupo	104	1,00	5,00	2,9712	1,02831
Somos incentivados pelos gestores a buscar novos desafios	104	1,00	5,00	3,1827	1,11272
Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas.	104	1,00	5,00	3,1635	1,02503
A competência dos trabalhadores é valorizada pela gestão	104	1,00	5,00	2,9423	1,05965
Existem oportunidades semelhante de ascensão para todas as pessoas	104	1,00	5,00	2,6250	1,08106
Os gestores se preocupam com o bem-estar dos trabalhadores	104	1,00	5,00	2,7885	1,04902
A inovação é valorizada nesta organização	104	1,00	5,00	3,0769	1,01151
Válidos N	104				

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 21 – ANOVA Estilo Gerencialista**

		<b>Sig.</b>
Faixa Etária	Entre os Grupos	,299
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Sexo	Entre os Grupos	,356
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,117
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,309
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,553
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,420
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,924
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,256
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 22 – ANOVA Estilo Coletivo**

		<b>Sig.</b>
Faixa Etária	Entre os Grupos	,540
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Sexo	Entre os Grupos	,014
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,020
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,794
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,090
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,332
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,000
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,560
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 23** - Estilo Coletivo - Sexo

Sexo	Média	N	Desvio-Padrão
Masculino	3,1343	36	,78661
Feminino	3,1434	68	,74297
Total	3,1402	104	,75455

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 24** - Estilo Coletivo - Escolaridade

Escolaridade	Média	N	Desvio-Padrão
Até o Ensino Médio	3,8472	6	,49277
Superior Incompleto	3,2778	6	1,05233
Superior Completo	3,0620	39	,64852
Pós-Graduação	3,1022	53	,79034
Total	3,1402	104	,75455

Fonte: elaborado pela autora

**Tabela 25** - Estilo Coletivo – Tipo de Contrato de Trabalho

Tipo de Contrato de Trabalho	Média	N	Desvio-Padrão
Efetivo - Concursado	3,2281	57	,73539
Residente	2,3333	1	.
Contratado	3,3333	3	,87003
Efetivo – CLT	2,4167	1	.
Terceirizado	2,2500	1	.
Total	3,1905	63	,74226

Fonte: elaborado pela autora

## ➤ RISCOS DE SOFRIMENTO PATOGENICO NO TRABALHO

**Tabela 26** – Estatística Descritiva ESPT

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Falta de Sentido do Trabalho	104	1,00	4,22	1,7083	,63860
Esgotamento Mental	104	1,00	5,00	2,4603	,81481
Falta de Reconhecimento	104	1,00	3,82	1,8846	,73574
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 27** – Distribuição de frequência dos fatores da ESPT

	Falta de Sentido do Trabalho		Esgotamento Mental		Falta de Reconhecimento	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
<b>Risco Alto</b>	1	1%	5	5%	3	3%
<b>Risco Médio</b>	17	16%	56	54%	24	23%
<b>Risco Baixo</b>	86	83%	43	41%	77	74%

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 28 – Itens Falta de Sentido no Trabalho**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Sinto-me inútil em meu trabalho	104	1,00	5,00	2,0577	1,26818
Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	104	1,00	5,00	2,4712	1,04237
A identificação com minhas tarefas é inexistente	104	1,00	5,00	1,8558	,98944
Sinto-me improdutivo no meu trabalho	104	1,00	5,00	1,7788	1,03302
Considero minhas tarefas insignificantes	104	1,00	5,00	1,5769	,93156
Minhas tarefas são banais	104	1,00	5,00	1,3846	,76714
Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	104	1,00	5,00	1,3558	,88040
Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado trabalho	104	1,00	5,00	1,6250	,96731
Meu trabalho é sem sentido	104	1,00	4,00	1,2692	,61108
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 29 – Itens Esgotamento Mental**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte de revolta	104	1,00	5,00	3,0096	1,35457
Meu trabalho é desgastante	104	1,00	5,00	2,6635	1,15423
Meu trabalho é cansativo	104	1,00	5,00	2,7404	1,00480
Meu trabalho me sobrecarrega	104	1,00	5,00	2,6250	1,19211
Meu trabalho me frustra	104	1,00	5,00	2,2019	,99883
Meu trabalho me desanima	104	1,00	5,00	2,3365	,97154
Meu trabalho me faz sofrer	104	1,00	5,00	1,9615	1,00410
Meu trabalho me causa insatisfação	104	1,00	5,00	2,1442	,99921
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 30 – Itens Falta de Reconhecimento**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	104	1,00	5,00	2,1538	1,13864
Meu trabalho é desvalorizado pela organização	104	1,00	5,00	2,4135	1,12008
A submissão do meu chefe à ordens superiores me causa revolta	104	1,00	5,00	2,3173	1,20084
Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado	104	1,00	5,00	1,9808	1,19855
Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	104	1,00	5,00	1,8077	1,11544
Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas	104	1,00	5,00	1,7788	,99471

Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	104	1,00	5,00	1,6154	,93796
Meus colegas são indiferentes comigo	104	1,00	5,00	1,6154	,79204
O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	104	1,00	4,00	1,6346	,90369
Meus colegas desvalorizam meu trabalho	104	1,00	4,00	1,7308	,90555
É difícil a convivência com meus colegas	104	1,00	4,00	1,6827	,80369
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 31** – ANOVA Falta de Sentido no Trabalho

	Sig.	
Sexo	Entre os Grupos	,339
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,831
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,722
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,394
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,339
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,374
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,388
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,085
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 32** – ANOVA Esgotamento Mental

	Sig.	
Sexo	Entre os Grupos	,540
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,103
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,297
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Estado Civil	Entre os Grupos	,638
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,063
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,355
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,965
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,662
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 33 - ANOVA Falta de Reconhecimento**

		<b>Sig.</b>
Sexo	Entre os Grupos	,198
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,723
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,860
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,283
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,926
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,816
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,312
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,367
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

## ➤ DANOS FÍSICOS E PSICOSSOCIAIS DECORRENTES DO TRABALHO

**Tabela 34 – Estatística Descritiva EDT**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
--	----------	---------------	---------------	--------------	----------------------

<b>Danos Psicológicos</b>	104	1,00	4,43	1,8599	,77967
<b>Danos Sociais</b>	104	1,00	3,86	1,7706	,67870
<b>Danos Físicos</b>	104	1,00	5,00	2,4145	,84026
<b>Válidos</b>	104				

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 35** – Distribuição de Frequência dos fatores da EDT

	<b>Danos Psicológicos</b>		<b>Danos Sociais</b>		<b>Danos Físicos</b>	
	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Risco Alto</b>	4	4%	2	2%	9	9%
<b>Risco Médio</b>	18	17%	13	13%	44	42%
<b>Risco Baixo</b>	82	79%	89	85%	51	49%

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 36** – Itens Danos Psicológicos

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Mau-Humor	104	1,00	5,00	2,0096	1,03806
Tristeza	104	1,00	5,00	2,1058	1,01368
Sensação de vazio	104	1,00	5,00	1,8077	,97619
Amargura	104	1,00	5,00	1,6731	,94963
Perda da autoconfiança	104	1,00	4,00	1,7692	,88384
Vontade de Desistir de Tudo	104	1,00	5,00	1,9327	1,11707
Solidão	104	1,00	5,00	1,7212	,93950
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 37** – Itens Danos Sociais

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Impaciência com as pessoas em geral	104	1,00	5,00	1,9135	1,03446
Conflitos nas relações familiares	104	1,00	4,00	1,8654	,88194
Vontade de ficar sozinho	104	1,00	5,00	1,9135	,99621
Dificuldades nas relações fora do trabalho	104	1,00	5,00	1,7692	,92674
Agressividade com os outros	104	1,00	5,00	1,6538	,95296
Insensibilidade em relação aos colegas	104	1,00	5,00	1,7019	,87998
Dificuldade com os amigos	104	1,00	5,00	1,5769	,75931
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 38** – Itens Danos Físicos

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
Alterações no sono	104	1,00	5,00	2,6250	1,22425
Dores no corpo	104	1,00	5,00	2,7308	1,15943
Dores no braço	104	1,00	5,00	2,4327	1,16389
Dor de cabeça	104	1,00	5,00	2,7212	1,16965
Dores nas costas	104	1,00	5,00	2,8750	1,22028
Dores nas pernas	104	1,00	5,00	2,3654	1,09773
Distúrbios digestivos	104	1,00	5,00	2,2212	1,17380
Distúrbios Circulatórios	104	1,00	5,00	1,8365	1,03446

Alterações no apetite	104	1,00	5,00	1,9231	1,12942
Válidos N	104				

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 39** – ANOVA Danos Psicológicos

		Sig.
Sexo	Entre os Grupos	,465
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,929
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,803
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,573
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,765
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,345
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,922
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,316
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 40** – ANOVA Danos Sociais

		Sig.
Sexo	Entre os Grupos	,082
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,164
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,356
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,533
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,148
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,194
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,667
	Dentro dos Grupos	
	Total	

	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,373
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

**Tabela 41 – ANOVA Danos Físicos**

		<b>Sig.</b>
Sexo	Entre os Grupos	,347
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Faixa Etária	Entre os Grupos	,789
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Escolaridade	Entre os Grupos	,367
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Estado Civil	Entre os Grupos	,520
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço na Instituição	Entre os Grupos	,133
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tempo de Serviço no Cargo	Entre os Grupos	,210
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Tipo de Contrato de Trabalho	Entre os Grupos	,998
	Dentro dos Grupos	
	Total	
Número de problemas de saúde relacionados ao trabalho no último ano	Entre os Grupos	,731
	Dentro dos Grupos	
	Total	

Fonte: Elaborado pela autora

**ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA E PARA USO DO NOME**



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FUNDAÇÃO ESCOLA SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE  
PROJETO E PESQUISA

Nº 066 – 09/2015

**INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

**PESQUISADOR:** Nadja de Oliveira Figueredo de Sousa

**TÍTULO DO TRABALHO:** Mapeamento dos Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho em Profissionais de uma Instituição Pública de Saúde do Município de Palmas/TO.

**PARECER**

*Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa e de acordo com a resolução 466/2012 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando sua execução liberada.*

**SITUAÇÃO DO PROJETO:** Aprovado

Palmas, 9 de setembro de 2015

*Werlem B. S. Santiago*  
**Werlem Batista da Silva Santiago**

Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

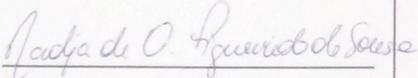
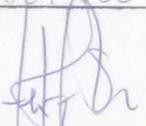
Comissão de Avaliação  
de Projetos e Pesquisas

## ANEXO 2 - PROCEDIMENTO DE SUBMISSÃO E ATUAL SITUAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA DA UFT

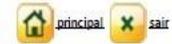


MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

### FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: MAPEAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE		2. Número de Participantes da Pesquisa: 50	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 6. Ciências Sociais Aplicadas, Grande Área 2. Ciências Biológicas			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa			
6. CPF: 046.524.054-21	7. Endereço (Rua, n.º): 504 SUL ALAMEDA 12 PLANO DIRETOR SUL lote 40 PALMAS TOCANTINS 77021682		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (63) 8107-1113	10. Outro Telefone:	11. Email: nadjaof@hotmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>12, 09, 2015</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
12. Nome: Fundação Universidade Federal do Tocantins		13. CNPJ: 06.149.726/0001-04	14. Unidade/Orgão: GESPOL/UFT
15. Telefone: (63) 3232-8023	16. Outro Telefone: (63) 3232 8160		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Alex Pizzio da Silva</u>		CPF: <u>508.809.500-72</u>	
Cargo/Função: <u>Coordenador Gepsol</u>		 Assinatura	
Data: <u>14, 09, 2015</u>			
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

Saúde



Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa - Pesquisador | V3.0

Cadastros

Sua sessão expira em: 39min 21

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA



DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MAPEAMENTO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS AO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PALMAS/TO  
**Pesquisador Responsável:** Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa  
**Área Temática:**  
**Versão:** 1  
**CAAE:**  
**Submetido em:** 02/12/2015  
**Instituição Proponente:** Fundação Universidade Federal do Tocantins  
**Situação da Versão do Projeto:** Pendência Documental Emitida pelo CEP  
**Localização atual da Versão do Projeto:** Pesquisador Responsável  
**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio



DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão em Tramitação (PO) - Versão 1
    - Pendência Documental (PO) - Versão 1
      - Documentos do Projeto
        - Cronograma - Submissão 5
        - Declaração de Instituição e Infraestrut
        - Declaração de Pesquisadores - Submis
        - Folha de Rosto - Submissão 5
        - Orçamento - Submissão 5
        - Outros - Submissão 5
        - Projeto Detalhado / Brochura Investiga
        - TCLE / Termos de Assentimento / Justif
      - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação *	Pesquisador Responsável *	Versão *	Submissã *	Modificação *	Situaçã *	Exclusiva do Centro Coord. *	Ações
PO	Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa	1	02/12/2015	25/01/2016	<a href="#">Pendência Documental Emitida pelo CEP</a>	Não	

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	25/01/2016 17:28:12	Rejeição do PP	1	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	PESQUISADOR	Ajustar CRONOGRAMA. O documento deve ser assinado <a href="#">Ver mais &gt;&gt;</a>
PO	03/12/2015 00:10:11	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	02/12/2015 11:31:58	Rejeição do PP	1	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	PESQUISADOR	Quanto aos documentos recusados:- Projeto: consta <a href="#">Ver mais &gt;&gt;</a>
PO	30/11/2015 13:52:31	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	24/11/2015 12:23:16	Rejeição do PP	1	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	PESQUISADOR	Quanto aos documentos recusados: com exceção do pr <a href="#">Ver mais &gt;&gt;</a>
PO	10/11/2015 16:23:12	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Universidade Federal do Tocantins	
PO	29/10/2015 12:13:10	Rejeição do PP	1	Secretária	Fundação Universidade Federal do Tocantins	PESQUISADOR	Quanto aos documentos recusados:- TCLE: faltam inf <a href="#">Ver mais &gt;&gt;</a>
PO	21/09/2015 17:05:08	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	Fundação Universidade Federal do Tocantins	

### ANEXO 3 - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DOS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO – PROART A SER LANÇADO NO GOOGLE DOC’S

#### Dados de Identificação

Título do Projeto: Mapeamento dos Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho em Profissionais de uma Instituição Pública de Saúde do Município de Palmas – TO.

Pesquisador Responsável: Nadja de Oliveira Figueiredo de Sousa

Orientador Responsável: Dr<sup>a</sup> Liliam Deisy Ghizoni

Instituição a que pertence o pesquisador responsável: Secretaria Municipal de Saúde do Município de Palmas/Diretoria de Vigilância em Saúde/ Gerência da Vigilância Epidemiológica

Telefone para contato: (063) 81071113

E-mail: nadjaof@hotmail.com

Prezado (a),

Esta pesquisa tem por objetivo geral mapear os riscos psicossociais no trabalho dos servidores de uma instituição pública de saúde do município de Palmas/TO. Trata-se um estudo, cujos resultados poderão ser utilizados para novas pesquisas, além do uso Institucional. Não existem respostas certas ou erradas - responda de acordo com a avaliação que você faz, referente ao seu trabalho. As informações prestadas por você são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as informações fornecidas por seus colegas. É um questionário composto de quatro instrumentos e algumas questões abertas. Ao responder o questionário, fique atento para as instruções de respostas. Sua participação levará em torno de 20 minutos e é de suma importância para nós.

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

	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas	1	2	3	4	5
Os recursos de trabalho são em número suficiente para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado	1	2	3	4	5
Os equipamentos são adequados para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
O ritmo de trabalho é adequado	1	2	3	4	5
Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis	1	2	3	4	5
Possuo condições adequadas para alcançar os resultados esperados do meu trabalho	1	2	3	4	5
Há clareza na definição das tarefas	1	2	3	4	5
Há justiça na distribuição das tarefas	1	2	3	4	5

Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada	1	2	3	4	5
Tenho autonomia para realizar as tarefas como julgo melhor	1	2	3	4	5
Há qualidade na comunicação entre os funcionários	1	2	3	4	5
As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras	1	2	3	4	5
A avaliação do meu trabalho inclui aspectos além da minha produção	1	2	3	4	5
Há flexibilidade nas normas para a execução das tarefas	1	2	3	4	5
As orientações que me são passadas para realizar as tarefas são coerentes entre si	1	2	3	4	5
As tarefas que executo em meu trabalho são variadas	1	2	3	4	5
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho	1	2	3	4	5

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz sobre **a forma de gestão utilizada na sua organização**.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Em meu trabalho, incentiva-se a idolatria dos chefes	1	2	3	4	5
Os gestores desta organização se consideram insubstituíveis	1	2	3	4	5
Aqui os gestores preferem trabalhar individualmente	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Nesta organização os gestores se consideram o centro do mundo	1	2	3	4	5
Os gestores desta organização fazem qualquer coisa para chamar a atenção	1	2	3	4	5
É creditada grande importância para as regras nesta organização	1	2	3	4	5
A hierarquia é valorizada nesta organização	1	2	3	4	5
Os laços afetivos são fracos entre as pessoas desta organização	1	2	3	4	5
Há forte controle do trabalho	1	2	3	4	5
O ambiente de trabalho se desorganiza com mudanças	1	2	3	4	5
Existe rigoroso planejamento das ações	1	2	3	4	5
As pessoas são compromissadas com a organização mesmo quando não há retorno adequado	1	2	3	4	5
O mérito das conquistas na empresa é de todos	1	2	3	4	5
O trabalho coletivo é valorizado pelos gestores	1	2	3	4	5

Para esta organização, o resultado do trabalho é visto como uma realização do grupo	1	2	3	4	5
As decisões nesta organização são tomadas em grupo	1	2	3	4	5
Somos incentivados pelos gestores a buscar novos desafios	1	2	3	4	5
Os gestores favorecem o trabalho interativo de profissionais de diferentes áreas.	1	2	3	4	5
A competência dos trabalhadores é valorizada pela gestão	1	2	3	4	5
Existem oportunidades semelhante de ascensão para todas as pessoas	1	2	3	4	5
Os gestores se preocupam com o bem estar dos trabalhadores	1	2	3	4	5
A inovação é valorizada nesta organização	1	2	3	4	5

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz das suas **vivências em relação ao seu trabalho atual**.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Sinto-me inútil em meu trabalho	1	2	3	4	5
Considero minhas tarefas insignificantes	1	2	3	4	5
Sinto-me improdutivo no meu trabalho	1	2	3	4	5
A identificação com minhas tarefas é inexistente	1	2	3	4	5
Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	1	2	3	4	5
Meu trabalho é sem sentido	1	2	3	4	5
Minhas tarefas são banais	1	2	3	4	5
Permaneço neste emprego por falta de oportunidade no mercado trabalho	1	2	3	4	5
Meu trabalho é cansativo	1	2	3	4	5
Meu trabalho é desgastante	1	2	3	4	5
Meu trabalho me frustra	1	2	3	4	5
Meu trabalho me sobrecarrega	1	2	3	4	5
Meu trabalho me desanima	1	2	3	4	5
Submeter meu trabalho a decisões políticas é fonte de revolta	1	2	3	4	5
Meu trabalho me faz sofrer	1	2	3	4	5

Meu trabalho me causa insatisfação	1	2	3	4	5
Meu trabalho é desvalorizado pela organização	1	2	3	4	5
A submissão do meu chefe à ordens superiores me causa revolta	1	2	3	4	5
Meus colegas desvalorizam meu trabalho	1	2	3	4	5
Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	1	2	3	4	5
Meus colegas são indiferentes comigo	1	2	3	4	5
Sou excluído do planejamento de minhas próprias tarefas	1	2	3	4	5
Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	1	2	3	4	5
É difícil a convivência com meus colegas	1	2	3	4	5
O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	1	2	3	4	5
Falta-me liberdade para dialogar com minha chefia	1	2	3	4	5
Há desconfiança na relação entre chefia e subordinado	1	2	3	4	5

Os itens a seguir tratam dos tipos de ***problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho***. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos **últimos seis meses**.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre

Amargura	1	2	3	4	5
Sensação de vazio	1	2	3	4	5
Mau-Humor	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	

Vontade de Desistir de Tudo	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Perda da autoconfiança	1	2	3	4	5
Solidão	1	2	3	4	5
Insensibilidade em relação aos colegas	1	2	3	4	5
Dificuldades nas relações fora do trabalho	1	2	3	4	5
Vontade de ficar sozinho	1	2	3	4	5
Conflitos nas relações familiares	1	2	3	4	5
Agressividade com os outros	1	2	3	4	5
Dificuldade com os amigos	1	2	3	4	5

Impaciência com as pessoas em geral	1	2	3	4	5
Dores no corpo	1	2	3	4	5
Dores no braço	1	2	3	4	5
Dor de cabeça	1	2	3	4	5
Distúrbios digestivos	1	2	3	4	5
Dores nas costas	1	2	3	4	5
Alterações no sono	1	2	3	4	5
Dores nas pernas	1	2	3	4	5
Distúrbios Circulatórios	1	2	3	4	5
Alterações no apetite	1	2	3	4	5

**Deseja fazer algum comentário sobre os itens respondidos?** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Quais são as principais dificuldades que você enfrenta em seu trabalho?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Cargo Atual****Lotação**

---

---

**Tempo de Serviço na Instituição****Tempo de Serviço no Cargo Atual**

\_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ mês(es)

\_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_ mês(es)

**Tipo de Contrato de Trabalho****Número de problemas de saúde  
relacionados ao trabalho no último ano** Efetivo - CLT Nenhum Efetivo - Concursado 1 ou 2 Terceirizado 3 ou mais Estagiário Outro: \_\_\_\_\_**Obrigado Pela sua Participação!**