



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

CELI MARCIA GHISLANDI

**INTERFACE ENTRE AGRAVOS À SAÚDE MENTAL,
CONDIÇÕES DE TRABALHO E SOFRIMENTO MORAL NA
ENFERMAGEM**

FLORIANÓPOLIS

2014

CELI MARCIA GHISLANDI

**INTERFACE ENTRE AGRAVOS À SAÚDE MENTAL,
CONDIÇÕES DE TRABALHO E SOFRIMENTO MORAL NA
ENFERMAGEM**

Dissertação submetida à Banca de Sustentação do Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, vinculado à Área de Concentração: Educação e Trabalho em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Linha de Pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem

Florianópolis

2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Ghislandi, Celi Marcia

Interface Entre agravos à Saúde Mental, Condições de Trabalho e Sofrimento Moral na Enfermagem ; Celi Marcia Ghislandi ; orientadora, Flávia Regina Souza Ramos – Florianópolis, SC, 2015.

151 p.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui Referências

1. Enfermagem. 2. Saúde do Trabalhador. 3. Absenteísmo. 4. Saúde Mental. 5. Condições de Trabalho. 6. Sofrimento Moral. I. Ramos, Flavia Regina Souza. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CELI MARCIA GHISLANDI

**INTERFACE ENTRE AGRAVOS À SAÚDE MENTAL,
CONDIÇÕES DE TRABALHO E SOFRIMENTO MORAL NA
ENFERMAGEM**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 18 de dezembro de 2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: **Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.**

Dr.^a. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:

Dr.^a. Flavia Regina Souza Ramos
Presidente

Dr.^a. Francine Lima Gelbecke
Membro

Dr.^a. Dulcinéia Ghizoni Schneider
Membro

Dr. Jeferson Rodrigues
Membro

DEDICATÓRIA

Com apoio e estímulo dos meus filhos Jacqueline, Davi e Lara, empreendi o esforço que resultou nesse estudo, fruto da busca pelo conhecimento. A eles dedico este trabalho, com amor.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes do estudo, com gratidão e carinho, pelo tempo precioso de suas horas de trabalho, pois através de seus depoimentos, sensações, angústias, ofereceram um pouco de si para a construção da minha trajetória profissional e desta pesquisa.

A minha Orientadora, Dra. Flavia Regina Souza Ramos, que me orientou e me permitiu livremente adentrar e circular pelos meandros da pesquisa em saúde, subjetividade e Enfermagem.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, pelas contribuições e oportunidades de refletir e dialogar acerca da saúde e Enfermagem enquanto ciência e profissão.

Aos membros da banca examinadora, pelas valiosas contribuições que enriqueceram e aprimoraram esta dissertação: Dra. Francine Lima Gelbcke, Dra. Jadete Gonçalves Rodrigues, Dr. Jeferson Rodrigues, Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider e Doutoranda Priscila Orlandi Barth.

Ao meu filho Davi, que incansavelmente e sempre de prontidão, me ajudou a transpor os caminhos da informática e das infinitas normas e regras para construção de trabalhos científicos, pois sem ele eu teria me perdido na infinitude de tantas informações.

À Priscila Orlandi Barth que me apresentou ao PRAXIS e junto com os demais colegas de Mestrado/Doutorado da turma de 2013, me trouxe a sensação prazerosa dos bancos da escola, pela parceria e pela troca.

À Rafaela Ribeiro Céspedes e demais técnicos da secretaria do PEN, pela atenção dedicada e o sorriso sempre pronto.

GHISLANDI, Celi Marcia. **Interface entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral na enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 151f

RESUMO

Estudo misto sequencial, exploratório-descritivo, de abordagem predominantemente qualitativa, sendo objetivos da etapa I: caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral de trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino da região sul do Brasil que se afastaram do trabalho por doença entre 2013-2014. Foram objetivos da etapa II: descrever a experiência de sofrimento mental destes trabalhadores; discutir a interface entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral, a partir de suas próprias vivências. Na etapa I de coleta de dados foi realizado um censo com 220 trabalhadores que se afastaram do trabalho por doença e destes, 131 responderam questionário, cujos resultados subsidiaram a etapa II de coleta, que realizou-se por meio de entrevistas semiestruturadas a partir de seleção intencional com 14 participantes, dentre os que informaram afastamento por transtornos mentais na etapa I de coleta. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva e os dados qualitativos foram organizados no software Atlas.ti 7.0 e submetidos à análise textual discursiva. Os resultados de perfil dos trabalhadores afastados do trabalho por doença, apresentam predomínio das seguintes características: sexo feminino (85%); idade entre 30-39 anos (40%); casados e/ou união estável (53%); técnicos de enfermagem com nível médio (38%); enfermeiros com pós-graduação completa (37%); tempo de atuação no hospital entre 10-19 anos (60%); sem outro vínculo empregatício (70%); sem outros afastamentos (56%); afastamentos por motivo físico (68%); psicológico (13%) e ambos (19%). Da análise da etapa II emergiram cinco macro-categorias: vivência de sofrimento mental no trabalho; condições de trabalho relacionadas ao sofrimento mental; interface entre agravos à saúde mental e condições de trabalho; precarização das condições de trabalho como fonte de sofrimento moral; problemas éticos como fonte de sofrimento moral. Conclui-se que a falta de autonomia e o poder do modelo médico-hegemônico foi relacionada

pelos sujeitos ao sofrimento e absenteísmo no trabalho. O estudo trouxe visibilidade às vivências de sofrimento moral e seus consequentes impactos à saúde e reafirma o compromisso do Estado com a saúde integral do trabalhador, como fim e como meio necessários para a atenção qualificada na efetivação de políticas públicas para o SUS.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Absenteísmo; Saúde Mental, Condições de Trabalho, Sofrimento Moral.

GHISLANDI, Celi Marcia. Interfaz entre daños a la salud mental, condiciones de trabajo y sufrimiento moral en enfermería. Tesis (Maestría en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 151f

RESUMEN

Estudio mixto secuencial, exploratorio-descriptivo, de abordaje predominantemente cualitativa, con los objetivos en la etapa I: caracterizar el perfil socio-demográfico de trabajadores de Enfermería de un hospital universitario da región Sur de Brasil que se licenciaron del trabajo por enfermedad, entre 2013-2014. Eran objetivos en la etapa II: conocer la experiencia de sufrimiento mental de estos trabajadores; discutir la interfaz entre daños a la salud mental, condiciones de trabajo y sufrimiento moral a partir de su propio vivencias. En la etapa I de colecta fue realizado censo con 220 trabajadores que se licenciaron del trabajo por enfermedad e de estos, 131 contestaron cuestionario e los resultados apoyaran la etapa II de colecta, que se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas a partir de selección intencional con 14 participantes, entre los que reportaron licenciamiento por trastornos mentales en la etapa I de colecta. Los datos cuantitativos sufrieron análisis estadística simple y los datos cualitativos fueron organizados en le software Atlas.ti y el análisis se hizo a la luz del análisis textual discursivo. Los resultados del perfil de trabajadores licenciados del trabajo por enfermedad presenta prevalencia de las siguientes características: mujer (85%), 30-39 años (40%); casado y/o unión estable (53%), técnicos de enfermería con nivel medio (38%), enfermeras con postgrado completo (37%), tiempo de trabajo en hospital entre 10-19 años (60%), ningún otro empleo (70%), sin otro licencias (56%), licencia por motivos físicos (68%), psicológicos (13%) e ambos (19%). Del análisis del etapa II surgido cinco categorías macro: vivencia de sufrimiento mental en el trabajo; condiciones del trabajo relacionadas con el sufrimiento mental; interfase entre daños a la salud mental y las condiciones de trabajo; precariedad de las condiciones de trabajo como fuente de sufrimiento moral; problemas éticos como fuente de sufrimiento moral. Se concluyó que la falta de autonomía y el poder del modelo médico hegemónico fue relacionado por los participantes al sufrimiento y el absentismo en el trabajo. El estudio trajo visibilidad a las experiencias de sufrimiento moral y sus impactos

asociados sobre la salud e reafirma el compromiso del Estado para la salud general del trabajador, como fin y como medio necesario para la atención especializada en la ejecución de políticas públicas para el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Enfermería, Salud en el Trabajo, Absentismo, Salud Mental, Condiciones de Trabajo, Sufrimiento Moral.

GHISLANDI, Celi Marcia. Interface between mental health damages, working conditions and moral distress in nursing. Dissertation (Master of Nursing). Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014. 151f

ABSTRACT

Sequential mixed study, exploratory and descriptive, predominantly qualitative approach, being objectives from stage I: to characterize the socio-demographic and labor profile of nursing workers at a teaching hospital in southern Brazil who have stopped work due to illness between 2013-2014. Were objectives of stage II: describe the mental suffering experience of these workers; discuss the interface between mental health damages, working conditions and moral distress from their own experiences. In stage I data was collected by a census with 220 workers who have stopped work due to illness and of these, 131 answered the questionnaire and the results supported the step II collection, which took place through semi-structured interviews from selection intentional with 14 participants among those who reported removal for mental disorders in step I collection. Quantitative data were submitted to descriptive statistical analysis and qualitative data were organized in Atlas.ti 7.0 software and submitted to discursive textual analysis. Profile of the results of workers out of work due to illness, present prevalence of the following: female (85%); aged 30-39 years (40%); married and/or stable relationships (53%); nursing technicians with average level (38%); nurses with full graduate (37%); operating time in HU between 10-19 years (60%); no other employment (70%); without other clearances (56%); absenteeism due to physical reason (68%); psychological (13%) and both (19%).Of the stage II analysis were five macro-categories: mental suffering experience at work; working conditions related to mental suffering; interface between mental health damages and working conditions; precarious working conditions as a source of moral distress; ethical problems as a source of moral distress. It is concluded that the lack of autonomy and the power of the doctor-hegemonic model was related by subject to suffering and absenteeism at work. The study brought visibility to the experiences of moral distress and their associated impacts on workers' health and reaffirms the importance of the State's commitment to full health

worker, as an end and as a means required for skilled care in the execution of public policies for the public health system (SUS).

Keywords: Nursing, Worker's Health, Mental Health, Working Conditions, Moral Distress.

LISTA DE SIGLAS

CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde
CEPSH	Conselho de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEPE	Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem
CEPEN	Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem
CPMA	Comissão Permanente de Materiais de Assistência
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
DAS	Departamento de Atenção à Saúde
DE	Diretoria de Enfermagem
DIESAT	Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas dos Ambientes de Trabalho
DORT	Doenças Ósteo-articulares Relacionadas ao Trabalho
DSST	Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho
GT	Grupos de Trabalho
HU	Hospital Universitário
JMO	Junta Médica Oficial
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NOSS	Norma Operacional de Saúde e Segurança
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PASS	Política de Atenção à Saúde do Servidor
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
SEGESP	Secretaria de Gestão e Pessoas
SIAPE	Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
U-SIASS	Unidade-SIASS
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino da região Sul do Brasil. Florianópolis-SC, 2014.....	66
Tabela 2 - Características laborais dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital de ensino da Região Sul do Brasil. Florianópolis-SC, 2014.....	67
Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital de ensino da Região Sul do Brasil conforme motivo de afastamento e número de afastamentos. Florianópolis-SC, 2014.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz Analítica do Estudo.....	57
---	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
2 OBJETIVOS	33
3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	35
3.1 TRABALHO COMO FONTE DE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO	35
3.2 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR.....	39
3.3 A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE SOFRIMENTO MORAL.....	43
3.4 SÍNTESE PARA UMA MATRIZ ANALÍTICA DO ESTUDO ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.	
4 PERCURSO METODOLÓGICO	51
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	51
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	51
4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	52
4.4 COLETA DOS DADOS.....	53
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	55
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	55
4.7 Aspectos Éticos.....	57
5 RESULTADOS	59
5.1 ARTIGO 1 – EXPERIÊNCIA DE ADOECIMENTO PSÍQUICO E ABSENTEISMO NA ENFERMAGEM.....	60
5.2 ARTIGO 2 - INTERFACE ENTRE ADOECIMENTO PSÍQUICO, CONDIÇÕES DE TRABALHO E SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICES	145

1 INTRODUÇÃO

As constantes mudanças no mundo do trabalho na atualidade, assim como a fragilidade e precarização de medidas de proteção, prevenção e promoção à saúde do trabalhador, nos levam a indagar o quanto de desgaste, agravos ou danos à saúde, decorrentes das condições e do ambiente, pode comprometer a vida laboral de servidores de universidades públicas federais, notadamente dos trabalhadores de Enfermagem.

O conceito de trabalho e subjetividade abarca divergências de ordem epistemológica, teórica e metodológica, de acordo com as diversas teorias que compõem as novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade que não serão explicitadas neste estudo, e sim o trabalho como cenário para a exploração dos agravos à saúde mental, com consequente afastamento do trabalho (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Esta compreensão do trabalho como uma ação 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, pensar e inventar” (DEJOURS, 2004, p. 28) traz uma noção do intenso engajamento do indivíduo ao ato de trabalhar, disponibilizando plenamente seus atributos, diríamos, trabalhador de “corpo e alma”, o que o deixa intensamente envolvido com seu trabalho, levando ao prazer e satisfação ou sofrimento e adoecimento. O intenso envolvimento a que se refere Dejours aponta para a relação sócio-psíquica estabelecida entre organização do trabalho e subjetividade e servirá de alicerce para a compreensão das vivências subjetivas relativas ao sofrimento mental no trabalho, com consequentes agravos ou danos, apontado neste estudo pelos afastamentos do trabalho em decorrência de transtornos mentais. Estes constructos nortearão o percurso do estudo, tendo como aporte teórico a saúde do trabalhador e o trabalho como fonte de desgaste e sofrimento.

De um lado, o trabalho como constituinte da subjetividade, sendo fonte de prazer aquele que permite ao trabalhador transformar a realidade a partir da construção de significados pessoais e sociais, permite a expressão de si nas relações, e principalmente, onde pode ser reconhecido e contribuir com um propósito. De outro lado, passa a ser

fonte de sofrimento quando as discrepâncias, incoerências, imprevistos e acidentes se interpõem no contexto laboral e, com isso, o trabalhador torna-se vulnerável e entra em contato com a ambivalência entre o prescrito e o real, o que pode vir a desencadear agravos à saúde física e mental (DEJOURS, 2004; BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

O estabelecimento de nexos entre dano ou doença e trabalho deve iniciar pela identificação de fatores de risco presentes ou relacionados aos ambientes e condições de trabalho, que de acordo com o Ministério da Saúde são classificados em cinco grupos, sendo os riscos psicossociais aqueles que decorrem da organização e gestão do trabalho, como ritmo, exigência de produtividade, relações autoritárias, treinamento e supervisão inadequados, entre outros (BRASIL, 2001a). Segundo publicação recente da Organização Internacional do Trabalho, os fatores psicossociais e o estresse são considerados riscos emergentes e relacionados às novas características das condições e organização do trabalho em transformação (OIT, 2010).

Dessa maneira, a presença constante de fatores de risco nos ambientes e condições de trabalho, assim como predisposição genética e vulnerabilidade psíquica, estão associados a um aumento da probabilidade de que venha a ocorrer agravo ou dano à saúde mental, que por sua vez, e de acordo com a OMS, engloba o bem estar subjetivo, a autonomia, a competência, a auto-eficácia percebida e a auto-realização do potencial intelectual e emocional do indivíduo (OMS, 2001; BRASIL, 2013).

Por outro lado, “não existe um consenso que tenha permitido uma classificação dos transtornos mentais vinculados ao trabalho, existe uma concordância da importância etiológica do trabalho, mas não a respeito do modo como se exerce a conexão trabalho/psiquismo de forma suficiente a permitir um quadro teórico. Os distintos modelos teóricos vem trazendo dificuldade para a clínica e a prevenção” (SELIGMANN-SILVA, 1995, apud MERLO, 2014, p.16). Com isso e de acordo com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, os transtornos mentais são classificações diagnósticas onde a categoria trabalho aparece como desencadeadora de um distúrbio latente ou agravante de doença já estabelecida e indicam a existência de um conjunto de sintomas que interferem no funcionamento pessoal e social, sendo relacionados a eventos estressantes ou circunstâncias desagradáveis sem as quais o transtorno não teria ocorrido (BRASIL, 2001a; OMS, 2008).

Assim, as transformações no mundo do trabalho na atualidade, como a globalização financeira, a precarização de benefícios sociais, o impacto de inovações tecnológicas e das novas formas de gestão, maximizados pela lógica tecnicista/capitalista das relações de trabalho, em detrimento dos aspectos psicossociais, apontam para contradições ou incoerências entre modernização e expansão da precarização social, com perda do sentido do trabalho, repercussões sobre a subjetividade, desembocando em processos de desgaste e sofrimento (SELIGMANN-SILVA et al, 2010; FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Quanto ao trabalho no serviço público, considera-se que as novas formas de organização e gestão, por meio da administração descentralizada e participativa e à luz dos processos de globalização e modernização, enfatizam a necessidade de maior eficácia na qualidade dos serviços prestados, no entanto, ainda existem discrepâncias entre os mecanismos de gestão e as condições de trabalho nas quais os servidores desempenham suas funções e atribuições de seus cargos, muitas vezes condições precárias e com fraca proteção social, além de maiores riscos físicos e psicossociais (ASSUNÇÃO, 2012).

No que diz respeito à saúde, a visão hegemônica e cartesiana dos processos saúde-doença vem se transformando desde o início da revolução industrial e no Brasil, destacadamente a partir do Movimento pela Reforma Sanitária em 1970, o até então conceito vigente e reducionista de saúde, que reconhecia essencialmente o funcionamento biológico como determinante de saúde/doença de um indivíduo, dá lugar a um conceito ampliado de saúde, sendo seus determinantes e condicionantes, entre outros, o trabalho e o acesso aos bens e serviços essenciais (FORTE, 2013).

Documentos como o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federativa do Brasil, que criou o Sistema Único de Saúde e aprovou a saúde como direito universal, e as Leis Orgânicas de Saúde, compõem a construção histórica e conceitual no campo da saúde do trabalhador no Brasil (BRASIL, 1988; 1990a).

A saúde como conceito e como política perpassa uma conquista que trouxe mudanças expressivas e seus textos mais recentes, no conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, são a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho, instituída por meio do Decreto 7.062 de 7 de novembro de 2011 e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, através da Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012. Identificam-se como princípios norteadores dos

documentos, o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores e à redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos, considerando o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL 2011; 2012b).

A necessidade de alinhamento das diretrizes e ações das políticas majoritárias, juntamente com as recomendações dos organismos internacionais na área da saúde do trabalhador, impulsionaram técnicos das áreas de recursos humanos e áreas afins de todos os órgãos do poder executivo, assim como representantes dos trabalhadores e da área acadêmica brasileira, para a construção e lançamento da Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (PASS), com ênfase na integralidade e transdisciplinaridade e organizada sob a forma de um Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS). Instituído através do Decreto 6.833, de 29 de abril de 2009, o SIASS 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 do Governo Federal (BRASIL, 2009a).

Os dados da literatura são vastos e contundentes ao afirmar que o exercício profissional da Enfermagem, população do presente estudo, gera estresse e desgaste, tendo em vista os inúmeros entraves à prestação do cuidado integral e de qualidade. Ritmo e jornada de trabalho extenuantes, maior exposição a riscos biológicos e ocupacionais, aumento das cargas de trabalho e falta de autonomia, são características do trabalho de enfermagem, considerada a quarta profissão mais desgastante no mundo, e contribuem para o aparecimento de desgaste físico e mental, podendo levar à exaustão, bem como à redução da qualidade do cuidado prestado (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005; KIRCHHOF et al, 2011; PIRES et al, 2012).

De acordo com a experiência da pesquisadora, estes dados são corroborados pelos frequentes afastamentos de trabalhadores de enfermagem, por doenças do sistema ósteo-articular e transtornos mentais, primeira e segunda patologias, respectivamente, a atestar incapacidade laborativa no cenário em estudo, que são encaminhados aos psicólogos da equipe de perícia oficial em saúde, da qual a pesquisadora faz parte, para avaliação e acompanhamento (PORTAL SIAPENET, 2013b).

O estresse ocupacional muitas vezes referido por estes trabalhadores está relacionado à carga horária de trabalho (quando possuem mais de um vínculo empregatício em virtude dos baixos salários), aos recursos materiais e humanos insuficientes e/ou inadequados e aos conflitos nos relacionamentos, principalmente os que envolvem hierarquia, trazendo prejuízos significativos ao trabalho e à saúde (HANZELMANN; PASSOS, 2010; BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

Associado à precariedade das condições que acarretam desgaste e à lógica do trabalho na pós-modernidade, que valoriza a tecnologia, a técnica e os resultados, o trabalho da Enfermagem em hospitais constitui-se de uma gama de atividades relacionadas ao cuidado a partir da interação humana e da troca afetiva. Logo, a prestação de cuidados em saúde não visa apenas a cura, mas a prevenção, promoção e educação para a saúde, e deste modo, os trabalhadores encontram pouco reconhecimento ao intenso investimento psicológico que disponibilizam e que se transformam em bens imateriais, enfrentando dilemas éticos que podem causar impactos significativos à saúde. Neste sentido, a falta de reconhecimento ao esforço empreendido ou mesmo a desqualificação do fazer deste trabalhador, que tem como base o fator humano, as relações, a doação de afeto, mas que não produzem resultados concretos, está intimamente associada aos agravos à saúde mental (DEJOURS, 1994; TRAESEL; MERLO, 2011).

Estas afirmações são corroboradas pelos dados coletados no portal de informações do SIASS, indicando que os trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino ocupam o primeiro lugar dos cargos que se afastam do trabalho por doença, somando aproximadamente 40% do total dos afastamentos, num período de um ano. No mesmo portal verificou-se que 38% dos afastamentos pertencem ao grupo dos Transtornos Mentais e do Comportamento, da Classificação Internacional de Doenças – Grupo f/CID-10, segunda patologia a atestar incapacidade para o trabalho, no mundo (PORTAL SIAPENET/2013a; 2013b; OMS, 2001). A CID fornece códigos relativos à classificação de doenças e uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças e é publicada pela OMS, sendo que os três volumes da 10^o versão entraram em uso nos estados membros da OMS a partir de 1995 (OMS, 2008).

Muitos usuários da Atenção Básica procuram ajuda profissional com sintomas de tristeza e ansiedade importantes e em cada quatro, um tem um transtorno mental, segundo a CID-10. O sofrimento mental destes pacientes aparece na forma de quadros mistos que apresentam episódios intermitentes com mais ou menos intensidade e fazem parte de uma única síndrome com dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos, nomeados de transtornos mentais comuns (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; BRASIL, 2013). Os transtornos mentais comuns classificam quadros sub-clínicos ou de menor intensidade, com sintomas depressivos, ansiosos e de somatização, que são comumente encontrados na população geral e englobam agravos mentais menos severos (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). Estes designam, entre outros, sintomas como insônia, ansiedade, irritabilidade, dificuldade de concentração, fadiga, queixas somáticas e humor deprimido. Mesmo não configurado categoria nosológica da CID-10, a ocorrência destes transtornos compromete o funcionamento normal do indivíduo e representa um alto custo social e econômico, pois é causa importante de ausências ao trabalho (GOLDBERG, HUXLEY, 1992; AZEVEDO, 2014). Transtornos mentais comuns acometem com frequência trabalhadores de enfermagem e pertencem à parcela significativa de agravos que afastam do trabalho (SIMONETTI; KOBAYASHI; BIANCHI, 2010; SANTOS; FRAZÃO; FERREIRA, 2011; TRAESEL, MERLO; 2011; MONTEIRO, 2012; MININEL et al, 2013).

A pesquisadora, engajada profissionalmente com a temática, as inquietações e intervenções no campo da saúde mental e trabalho, lotada na Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho da Universidade Federal de Santa Catarina, é membro da equipe técnica do SIASS/UFSC e exerce as atribuições do cargo de Psicóloga, fornecendo laudos e pareceres psicológicos para subsidiar as decisões periciais. A principal atribuição do cargo, porém, é a de prestar atendimento e acompanhamento aos servidores que se afastam do trabalho por doença, particularmente por transtornos mentais e comportamentais (Grupo f/CID-10), após passarem por avaliação pericial. Os trabalhadores de Enfermagem recorrem à Junta Médica Oficial para homologação de atestados médicos, ou por demanda espontânea, em busca de apoio psicológico ou encaminhados pelas chefias, tendo em vista as altas taxas de absenteísmo e o impacto dos afastamentos do trabalho por doença, tanto na dinâmica institucional, quanto na atuação profissional e na vida pessoal destes servidores.

Buscando ampliar a discussão do trabalho na contemporaneidade e suas correlações com o processo saúde-doença, a pesquisadora vem participando desde 2012 do Grupo de Pesquisa PRAXIS - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem - na Área de Concentração, Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC, tendo a oportunidade de compartilhar experiências e conhecimentos relacionados a temas do mundo do trabalho e encontrando aporte teórico e respaldo à pesquisa.

O PRAXIS vem desenvolvendo um Projeto Integrado de Pesquisa intitulado “Processo de angústia e sofrimento moral em enfermeiros em diferentes contextos do trabalho em saúde”, com envolvimento de outras duas instituições federais de ensino superior, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem/Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande e o Núcleo de Pesquisa em Administração em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Trata-se de um estudo multicêntrico com o objetivo de desenvolver aprofundamento teórico do tema, bem como compartilhar informações relativas às metas em planejamento e desenvolvimento de ações futuras no campo da saúde e Enfermagem.

A partir do contato com o tema e da troca entre os diversos profissionais, surgiu o interesse em pesquisar possíveis conexões entre agravos à saúde mental e sofrimento moral, conceito desenvolvido pelo filósofo Andrew Jameton (1984), que descreve o sofrimento psicológico, emocional e fisiológico que pode ser experimentado pela Enfermagem quando aspectos políticos e estruturais da instituição constriem os trabalhadores a tomarem decisões referentes ao cuidado, contrárias ao que reconhecem como moralmente correto.

Assim, o processo de sofrimento moral desencadeia-se num contexto permeado de dúvidas e dilemas, a partir da tomada de consciência da ação mais adequada a ser seguida no cuidado ao paciente, uma vez que o profissional de enfermagem vê-se constriado ou mesmo impedido de sua realização, por dilemas éticos oriundos da diferença de percepção acerca de uma mesma situação (JAMETON, 1984).

As causas do sofrimento moral vem sendo explicadas sob vários enfoques, como a partir das mudanças radicais na prática de Enfermagem em função dos avanços biomédicos atuais (RAINES,

2000), da estrutura econômica e política que gera escassez de recursos financeiros (PAULY et al, 2009) e da ausência de diretrizes e princípios claros relacionados a questões éticas e que acabam por gerar conflitos de valores (O'DONNELL et al, 2008).

No Brasil o estudo do sofrimento moral é incipiente e os pesquisadores vem atuando na direção de explorar o conceito e investigar os ambientes e processos de trabalho relacionados ao fenômeno. Dalmolin e colaboradores (2012) verificaram que o sofrimento moral vivenciado por enfermeiros(as) manifesta-se através de alterações emocionais e físicas e repercute em aspectos profissionais, como insatisfação no trabalho, síndrome de Burnout e abandono da profissão.

O absenteísmo e/ou afastamento do trabalho por adoecimento tem gerado preocupação aos dirigentes de instituições hospitalares e gestores de recursos humanos, visto como um problema de saúde pública e de impacto social, uma vez que remete a reflexões e indagações em vários âmbitos, o que justifica a relevância em realizar pesquisas com vistas a subsidiar os dirigentes políticos para a transformação da realidade, a fim de garantir a saúde como direito universal do cidadão.

Diante do contexto supracitado e em decorrência das altas taxas de absenteísmo dos trabalhadores de Enfermagem, identifica-se a necessidade de empreender pesquisas nas diversas áreas do conhecimento para a realização de análise da saúde dos trabalhadores e identificação de situações de risco, o que contribui para embasar e fomentar a criação de políticas e medidas de promoção, prevenção e intervenção aos ambientes e processos de trabalho.

Neste contexto, o presente estudo pretende responder às questões de pesquisa:

Qual o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino de uma universidade do sul do Brasil afastados do trabalho por doença?;

Qual a relação entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral, percebida pelos trabalhadores afastados do trabalho por transtornos mentais?

2 OBJETIVOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores de Enfermagem de um hospital de ensino afastados do trabalho por doença;

Conhecer as experiências de sofrimento mental dos trabalhadores afastados do trabalho por transtornos mentais (CID-10);

Discutir a interface entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral, a partir das vivências destes trabalhadores.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 TRABALHO COMO FONTE DE SOFRIMENTO E ADOECIMENTO

Dados coletados pela OIT e pela OMS estimam que atualmente 2 milhões de pessoas morrem a cada ano por acidentes de trabalho ou lesões e doenças relacionadas ao trabalho, assim como 160 milhões de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho ocorrem a cada ano, sendo que 8% destas estão relacionadas à depressão e são oriundas dos riscos ocupacionais (OMS, 2010). Outras estimativas apontam índices atuais de 30% de transtornos mentais comuns na população trabalhadora ativa, sendo a segunda categoria da CID-10 a atestar incapacidade laborativa, indicativo de que em 2020 a depressão passará a ser a principal causa de afastamentos do trabalho (OMS, 2001). Informam ainda que cerca de 13% da taxa de morbidade, no mundo, é decorrente de transtornos mentais que, segundo definição da OMS, são alterações persistentes ou recorrentes no modo de pensar, no humor e no comportamento, associados à angústia expressiva e deterioração do funcionamento psíquico global (OMS, 2001; 2008).

Ainda de acordo com a OIT, os riscos psicossociais emergentes são decorrentes das mudanças na organização e nos processos do mundo do trabalho em transformação, cuja presença e impacto constantes, aliados às características individuais e predisposição genética, podem gerar estresse e adoecimento (PASCHOALINNI et al, 2008; OIT, 2010; SELIGMANN-SILVA et al, 2010). Estes aspectos conferem incertezas e falta de controle aos trabalhadores, podendo acarretar desmotivação e influenciar na saúde destes, por meio das suas experiências e percepções, desencadeando um quadro de sintomas, um processo de sofrimento e/ou adoecimento (SELIGMANN-SILVA et al, 2010; GLINA; ROCHA, 2010).

A depressão, tristeza e sofrimento em forma de adoecimento, é uma das causas mais recorrentes de afastamentos do trabalho, inicialmente de curta duração, podendo surgir novos afastamentos e por períodos mais longos (CAVALHEIRO; TOLFO, 2011). Sintomas e sinais de depressão são descritos na CID-10 para estabelecer critérios diagnósticos, dentre eles, alteração da capacidade de experimentar o

prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas à fadiga importante, diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentes ideias de culpabilidade e/ou de indignidade, mesmo nas formas leves (OMS, 2008).

A Síndrome de Burnout ou síndrome do esgotamento profissional, que acomete trabalhadores da área da saúde, é diagnosticada a partir de sintomas característicos da incapacidade de lidar com as condições adversas no trabalho, advindas dos riscos psicossociais e da ausência de mecanismos de adaptação e/ou proteção a essas condições (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

Um estudo apontou componentes de Burnout e associações significativas com as seguintes características ocupacionais: sobrecarga de trabalho, falta de motivação para o trabalho, conflito de valores pessoais e institucionais, falta de possibilidades de recompensas, exercício da mesma função em instituições diferentes, e dificuldade em conciliar os empregos (MENEZHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

Por sua vez, o Regulamento da Previdência Social reconheceu Burnout como doença relacionada à condição especial de trabalho, com vistas à proteção e promoção à saúde do trabalhador, associando-a a fatores de risco de natureza ocupacional, tais como ritmos de trabalho penoso e outras dificuldades físicas e mentais associadas ao trabalho (BRASIL, 1999).

Um estudo encontrou associação positiva entre absenteísmo-doença e condições inadequadas de trabalho, com prevalência de morbidades do sistema osteo-molecular (LER/DORT) e dos transtornos mentais comuns, respectivamente (ASSUNÇÃO, 2010). Outro estudo encontrou preponderância de transtornos mentais em relação aos afastamentos por doença, em trabalhadores municipais (SANTOS; MATTOS, 2010). A maneira como os trabalhadores percebem e atribuem significado aos diversos estressores da organização do trabalho, assim como dos relacionamentos profissionais, interfere em sua saúde física e mental (MINAYO et al, 2011; OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011).

Cabe aqui salientar a importância dos fatores psicossociais como preditores de problemas músculo-esqueléticos, causa mais frequente de afastamentos do trabalho. Portadores de lesões por esforços repetitivos e/ou doenças ósteo-articulares relacionadas ao trabalho costumam apresentar queixas e sintomas de ordem psíquica que

retroalimentam o processo de dor crônica, gerando um círculo de dor e sofrimento com consequências drásticas e negativas ao desempenho e realização profissional, bem como na vida familiar e pessoal do trabalhador (SALERMO; SILVESTRE; SABINO, 2011; RAMOS et al, 2010). Há evidências de que os fatores psicossociais no trabalho, tais como carga de trabalho intensificada, trabalho monótono, baixos níveis de apoio social e aumento da pressão do tempo relacionado à produtividade, são importantes preditores de problemas musculoesqueléticos (GLINA; ROCHA, 2010).

Outros estudos salientam o surgimento de transtornos ansiosos-depressivos e distúrbios relacionados ao estresse, como decorrência da dificuldade em elaborar problemas e desgastes no ambiente de trabalho, da pressão por produtividade, das relações interpessoais conflituosas, da insegurança quanto ao vínculo empregatício, da diminuição da autoestima e da falta de motivação (OLIVIER; PEREZ; BEHR, 2011).

No que diz respeito ao trabalho nas organizações públicas, cenário deste estudo, fatores presentes no cotidiano destes trabalhadores indicam insatisfação quanto ao exercício laboral, independente do setor da prestação de serviços, que encontra-se vinculada à diminuição da autonomia profissional, ao aumento da pressão por parte dos usuários e/ou dos gestores e da hierarquia, ao longo tempo destinado às tarefas burocráticas, à falta reconhecimento profissional, a condições inadequadas de trabalho e aos baixos salários (WALLACE; LEMAIRE; GHALI, 2009).

Servidores públicos federais identificaram o trabalho como fonte de prazer quando conseguem atingir as metas e objetivos, apesar das dificuldades e obstáculos, que por sua vez foram citados como fonte de sofrimento relacionados aos modos de gestão altamente hierarquizados e à racionalização burocratizada dos processos de trabalho no serviço público (NUNES; LINS, 2009).

Considerando a atividade laboral dos trabalhadores de enfermagem, é possível constatar que esta é constituída por uma carga de tensão, conflitos e estresse que podem acarretar agravos à saúde (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011). Estresse implica necessariamente em desgaste, que por sua vez é um conceito que vem sendo associado por outros autores à frustração, ansiedade, desmotivação e exaustão (SCHMIDT et al, 2009). Na tentativa de proteger-se ou adaptar-se às situações geradoras de estresse os trabalhadores podem desenvolver sintomas cognitivos e psíquicos,

comprometendo sua saúde e o funcionamento da organização do trabalho hospitalar e o exercício da atividade (PASCHOALINNI et al, 2008).

Os aspectos da organização do trabalho que contribuem para o aumento do desgaste e o aparecimento das doenças entre trabalhadores de enfermagem são ritmos intensos e automatizados de trabalho, longas jornadas de trabalho com repouso insuficiente, condições de trabalho, espaço físico e recursos materiais precários. Enfermeiros percebem ações e aspectos que potencializam a saúde ou geram desgaste, apontando aspectos onde uma mesma ação/situação que pode ser reconhecida como produtora de desgaste ou saúde por uns, ou ainda alternadamente, saúde e desgaste, em contextos distintos, por outros (AZAMBUJA et al, 2010).

Agentes estressores psicossociais, como clima organizacional tenso e insatisfatório, aliados às prolongadas jornadas de trabalho potencializam a vivência de estresse, fadiga, ansiedade e depressão, favorecendo o surgimento de transtornos mentais comuns ou a síndrome do esgotamento profissional (Burnout) em enfermeiros, uma vez que estão constantemente expostos à sobrecarga de tarefas, dependem de relações interpessoais em contextos dinâmicos, especialmente na prestação do cuidado e em atividades de gerência em enfermagem (LORENZ; BENATTI; SABINO, 2010).

Assim, muitos estudos apontam que características adversas das condições e do processo de trabalho em enfermagem, como ritmos intensos, sobrecarga, contato iminente com a morte, entre outras, favorecem o surgimento de transtornos mentais que, por sua vez, resultam em desmotivação, esgotamento, insatisfação e queda no desempenho, vindo a comprometer a saúde e a qualidade do cuidado prestado (LORENZ; BENATTI; SABINO, 2010; MENEGHINI; PAZ; LAUTERT, 2011; RODRIGUES, 2014).

A estreita relação entre cuidado humano e Enfermagem traz o reconhecimento de sua utilidade social enquanto profissão e trabalho, afirmando o direito à vida e ao cuidado com dignidade, porém entendendo que existem aspectos frágeis relacionados à questão da autonomia do fazer profissional e à necessidade de contextualização histórica e social do campo próprio de conhecimento da disciplina, fragilidades que vem dificultando a prática profissional (PIRES, 2009).

À medida que o trabalhador relaciona-se com os vários aspectos das condições e organização do trabalho, com os sujeitos do cuidado e com a equipe multiprofissional, mediante o ato de trabalhar, torna-se oportuno aprofundar o estudo do trabalho como determinante do processo saúde-doença, uma vez que o absenteísmo decorrente da precarização das condições e do ambiente, potencializado pela falta de reconhecimento profissional, pode vir a comprometer substancialmente a prestação do cuidado de qualidade e a saúde do trabalhador.

3.2 POLÍTICA DE SAÚDE DO TRABALHADOR

A OMS conceitua saúde como um “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas pela ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1946), porém, a ideia de completo bem-estar vem sendo revisada, tendo em vista as desigualdades socioeconômicas e culturais entre os povos e o significado que um indivíduo, mesmo doente, atribui ao processo da vida (DALMOLIN et al, 2012). O conceito ampliado de saúde como qualidade de vida que depende não apenas de questões biológicas, mas também do estilo de vida e das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, trabalhamos, nos relacionamos e pensamos no futuro, tem sido usado como aporte para a criação de políticas públicas em saúde do trabalhador (OPAS, 1983; OIT, 1985; BRASIL, 2005a).

A Lei 8.080 – Lei Orgânica de Saúde (1990) e a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (OPAS, 1986) foram subsídios para esta ampliação do conceito, dispendo sobre as condições de promoção e recuperação a partir de um o enfoque integral de saúde, mediante influência e interdependência de fatores sociais, políticos, culturais, ambientais, psicológicos e biológicos, sendo fator determinante e condicionante, dentre outros, o trabalho.

Tendo o trabalho tamanho alcance e mobilizando tantos aspectos quanto os apontados até o presente, sendo pois, determinante e condicionante do processo saúde-doença, cabe-nos traçar a trajetória da saúde do trabalhador como aporte para compreensão dessas complexas relações e seu concomitante impacto na economia e cultura dos povos.

De acordo com o Ministério da Saúde, a saúde do trabalhador é uma área da saúde coletiva que tem como objeto de estudo as relações

de trabalho e o processo saúde-doença, visando intervir na vigilância dos riscos aos ambientes e processos de trabalho, na prevenção ao agravos e na organização e prestação de assistência. Deste modo depreende-se que os aspectos determinantes de saúde são responsáveis pela condição de vida e os fatores de risco ocupacional, físicos e psíquicos, decorrentes da organização laboral (BRASIL, 2001b).

A partir do início do Movimento pela Reforma Sanitária na década de 1970, no Brasil, a visão hegemônica de saúde passa a ser criticada, e surgem várias iniciativas nesse campo, sendo criados os primeiros programas em saúde do trabalhador na rede pública, em resposta à luta do movimento sindical, principalmente de metalúrgicos e petroquímicos, juntamente com o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), em Estados como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Bahia (LACAZ, 2007).

Impulsionada pela OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) elabora em 1983 o Programa de Saúde do Trabalhador, cujo objetivo geral é o de contribuir para a proteção e a promoção da saúde dos trabalhadores, por meio da identificação, avaliação e controle eficiente de fatores e condições relacionadas ao trabalho (LEÃO; CASTRO, 2013).

A OIT propõe a Convenção 161, que dispõe sobre a criação de serviços de saúde do trabalhador, tendo como princípio desenvolver serviços com os requisitos necessários para estabelecer e conservar um meio ambiente de trabalho seguro e sadio que favoreça a saúde física e mental e propiciar a adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores, tendo em conta seu estado de saúde física e mental (OIT,1985).

Realizou-se no Brasil, em 1986, a VIII Conferencia Nacional de Saúde e em 1988 foi promulgada a Constituição Federal do Brasil que considerou o trabalho como fator determinante da saúde (BRASIL, 1988. No início dos anos 1990 foram criadas as Leis Orgânicas de Saúde, que definiram a organização e o funcionamento do SUS, com ações em saúde do trabalhador, e o Ministério da Saúde cria o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) para operacionalizar essas ações em um contexto de escassos recursos e pouca visibilidade no âmbito do SUS (LACAZ, 2007).

O MS cria em 2002 a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), por meio da Portaria n° 1.679 de 19 de setembro de 2002, a fim de estruturar e normatizar a implantação dos CERESTs em território nacional (BRASIL, 2002). Em 2005 a RENASt foi ampliada e fortalecida pela implementação de ações de vigilância e promoção à saúde, do fortalecimento do controle social e do incremento de financiamento para os CERESTs estaduais e regionais, que deveriam ser pólos irradiadores de uma concepção onde a categoria "trabalho" constituísse fator preponderante nas relações de saúde/doença (BRASIL, 2005b).

Outra revisão, em 2009, afirma que o CEREST tem a finalidade de "dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais" (BRASIL, 2009b).

Tendo em vista a harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador foi decretada a PNSST, Decreto n° 7.602 de 7 de novembro de 2011 e instituída a Política Nacional do Trabalhador e da Trabalhadora, Portaria n° 1.823 de 23 agosto de 2012, para definição de princípios, diretrizes e estratégias nas três esferas de gestão do SUS no que se refere 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, considerando o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2011; 2012b).

Dando continuidade ao desenvolvimento de Políticas em saúde no âmbito do SUS e perante as expectativas do cidadão quanto ao papel do Estado na conjuntura socioeconômica global, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) lança a Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS), resposta social do Estado diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e ancorada no conceito de política de saúde, que expressa tanto as dimensões de poder, quanto as relativas às diretrizes, planos e programas (PAIM; TEIXEIRA, 2006; BRASIL, 2009a).

Por meio da gestão participativa e descentralizada e com foco na integralidade das ações, a Política propõe concepções teórico-filosóficas priorizando a vigilância e avaliação dos riscos do ambiente e do processo de trabalho, com foco na prevenção aos agravos e promoção

à saúde, oportunizando mudanças das condições de trabalho, de modo a ampliar o espaço de autonomia, a fim de que os trabalhadores possam contribuir com a regulação de suas atividades no local de trabalho (BRASIL, 2009a). Foram constituídos grupos de trabalho em todo o território nacional, que vêm trabalhando na construção de uma Política de saúde e segurança com um regime próprio no âmbito do serviço público federal, cuja ausência vinha sendo identificada desde a criação do Regime Jurídico Único (RJU) em 1990 (SIASS, 2010; ANDRADE, 2009).

A abrangência da Política é sustentada em seus três eixos, sendo o eixo pericial o que se encontra atualmente mais estruturado e estabelecido nas Unidades SIASS criadas em diferentes órgãos e cidades e apoiadas por um sistema de informação que possibilitará a articulação de uma rede de unidades e serviços de referência para o SIASS.

Como estratégia para consolidação da Política foi criada a Portaria SRH 797/2010 institui o Manual de Perícia Oficial em Saúde e fundamenta os conceitos e princípios da perícia oficial em saúde, orienta quanto aos procedimentos, fornece legislação e apresenta parâmetros técnicos de afastamentos por motivo de doença. As iniciativas na área pericial, conforme alterações na Lei 8.112/90 que institui o regime jurídico do servidor público federal, visam à uniformização de procedimentos, à humanização do atendimento e à garantia da eficácia na concessão dos direitos aos servidores. Com isso, a informatização da perícia pelo prontuário eletrônico vêm possibilitar a construção de um novo padrão de avaliação da capacidade laborativa dos servidores públicos federais (BRASIL, 1990a; SIASS, 2010).

Em consonância com as políticas nacionais e internacionais em saúde mental foi criada a Portaria de Saúde Mental/SIASS n° 1.261 de 05 de maio de 2010 que institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental e visa orientar os órgãos da administração pública quanto aos procedimentos adotados em saúde mental (BRASIL, 2010).

Destacam-se, ainda, entre outras estratégias, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas voltadas à construção de saberes, normas, protocolos, tecnologias e ferramentas que respondam aos problemas e necessidades identificados e à produção de conhecimentos no campo de saúde do trabalhador (SIASS, 2010).

Considerando as evidências apresentadas pelas atuais pesquisas que apontam o trabalho como um dos aspectos determinantes dos

processos saúde-doença, faz-se necessário realizar análises da situação de saúde dos trabalhadores em suas distintas realidades. Assim, o apoio ao desenvolvimento e definição de linhas prioritárias de pesquisa para a produção de conhecimento e de respostas às questões teórico conceituais do campo da saúde do trabalhador vem contribuir para preencher as lacunas e produzir modelos teóricos que contribuam para implantar e avaliar intervenções que reduzam os riscos ou agravos à saúde e para a melhoria da atenção e promoção à saúde dos trabalhadores.

3.3 A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE SOFRIMENTO MORAL

A Lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986 dispõe sobre o exercício profissional da Enfermagem e, juntamente com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, orienta quanto ao exercício e inserção profissionais, centrados numa assistência sem danos ou riscos, assegurando o cuidado responsável à pessoa, família e coletividade. De acordo com seus princípios fundamentais, a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida e atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os princípios éticos e legais. Das relações com os trabalhadores de Enfermagem, saúde e outros, o Código afirma que é direito dos trabalhadores participar da prática multi e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade (COFEN, 2007).

Cabe aqui fazermos uma distinção entre responsabilidade legal, que diz respeito ao cumprimento das leis e diretrizes do código de ética da categoria e responsabilidade ética, que se refere ao compromisso de abarcar a abrangência do papel e dos dilemas éticos oriundos do fazer da Enfermagem enquanto profissão, no amplo contexto do desenvolvimento científico e tecnológico atual, levando o enfermeiro ao exercício da autonomia, por sua vez atrelada à possibilidade de fazer escolhas, tendo como base um conhecimento técnico-científico (VARGAS; RAMOS, 2011).

Atreladas à responsabilidade ética, as relações sociais constituem a vida nas instituições e são fundamentadas em valores, que por sua vez determinam as regras de ação dos indivíduos que a

compõem e que irão pautar os julgamentos e as condutas em diversas situações do cotidiano laboral (BENDASSOLLI; SOBOLL, 2011).

Destarte, diante dos inúmeros avanços e descobertas da ciência na área biomédica, a prestação do cuidado ao paciente vem se tornando palco de conflitos éticos, que podem ferir um dos princípios básicos da Bioética, ou ética da vida, o do respeito à dignidade humana. A equipe de Enfermagem, responsável pela prestação do cuidado, é quem se depara cotidianamente com os dilemas oriundos das discussões, decisões e realizações de procedimentos relativos à saúde e integridade do paciente, tendo em vista as várias dimensões que abarcam o processo saúde-doença (VASCONCELOS et al, 2013).

Enquanto os aportes teórico e técnico são considerados subsídios fundamentais para a tomada de decisões no cotidiano do cuidado, a ausência de espaços para problematizar e discutir as situações que envolvem conflitos éticos e de relacionamento interpessoal é considerada uma das principais fragilidades na formação e práxis da Enfermagem (BARLEM et al, 2012). Segundo estes autores, a capacidade de identificar problemas e buscar alternativas para sua resolução necessita estar ancorada no raciocínio crítico, autonomia na tomada de decisões, criatividade e comunicação, e é considerado atualmente o principal desafio na formação de profissionais competentes, técnica, política e eticamente, no exercício do papel social da enfermagem.

O princípio da autonomia do enfermeiro, protegido pelo CEPE, diz respeito à regulação das relações entre os profissionais, os pacientes e a instituição, frente ao exercício do cuidado seguro e de qualidade (COFEN, 2007). A diversidade de fatores presentes no ambiente e nas relações de trabalho, tais como falta de recursos humanos e materiais, desvalorização profissional, falta de competências nas relações interpessoais e falta de conhecimento profissional, entre outros, são aspectos que os profissionais precisam vencer para atuar de acordo com conhecimentos técnicos e científicos próprios e ancorados no princípio da autonomia, previsto no Código (PRZENYCZKA et al, 2012).

Num cotidiano laboral permeado pelos aspectos citados acima, as rotinas do profissional de enfermagem contemplam a tomada de decisões sobre várias questões referentes ao cuidado, trazendo à tona uma realidade que remete a situações que podem estar associadas ao conceito de sofrimento moral formulado por Jameton (1984), quando estes percebem conscientemente que dilemas e/ou conflitos éticos

desencadeados a partir da diferença de percepção sobre uma mesma situação os constroem ou impedem de realizar a ação mais adequada a ser seguida no cuidado ao paciente.

Jameton identificou duas formas diferentes de vivenciar conflitos éticos: dilema moral e sofrimento moral. No dilema, a pessoa está diante de um impasse entre importantes valores e não pode realizar uma escolha que preserve ambos; o sofrimento refere-se a um processo de desequilíbrio psicológico em consequência da impossibilidade de seguir o curso de ação reconhecida como moralmente adequada, sendo que o impedimento reside em obstáculos da cultura institucional, aspectos estruturais da organização do trabalho, relutância dos supervisores, poder médico hegemônico e questões individuais (JAMETON, 1984; CORLEY et al, 2001).

Corley (2002) refere-se ao sofrimento moral como um fenômeno que afeta especialmente a Enfermagem, quando surgem diferenças de percepção entre a equipe de saúde, o paciente e/ou familiares, impedindo que os profissionais sigam o curso da ação correta sobre o que seria melhor para o paciente, por questões ligadas a aspectos individuais e/ou estruturais. Os individuais dizem respeito ao medo de perder o posto de trabalho, insegurança, ansiedade sobre a criação de conflitos, ou falta de confiança (JAMETON, 1993; HAMRIC; DAVIS; CHILDRESS, 2006) e os estruturais referem-se, principalmente, à comunicação deficiente entre profissionais, pacientes e familiares sobre o processo de morte e morrer, ao uso inadequado de recursos materiais e humanos, à falta de qualificação profissional, ao controle ineficaz da dor e à falta de autonomia decorrente da hegemonia do modelo médico assistencial (CORLEY, 2002). A consciência destes problemas morais, a nível individual ou institucional, juntamente com a falta de apoio e ações diante de tais problemas, são uma fonte de angústia moral (LUT'ZEN; K'VIST, 2012).

No intuito de analisar e explorar a discussão do conceito e das práticas em sofrimento moral, pesquisadores das equipes de pesquisa ética em enfermagem da Universidade de Victória e da Universidade British Columbia, Canadá, organizaram um simpósio interdisciplinar sobre o sofrimento moral no sistema de saúde, buscando discutir e apontar recomendações na área da saúde e sofrimento moral em seus âmbitos de ensino, exercício profissional, pesquisa e políticas públicas, apresentando um relatório final para os Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde (PAULY et al, 2010). Os artigos que fundamentam o

estado da arte do sofrimento moral, atualmente, surgiram como fruto desse Simpósio.

No Simpósio foram discutidas as consequências a curto e longo prazo do sofrimento moral em seus aspectos individual e estrutural, pois estes são reconhecidamente os fatores que representam maior impacto na vida pessoal e institucional, uma vez que interferem na qualidade do cuidado eficaz e seguro, na satisfação do profissional e na política de recursos humanos das instituições, tendo em vista o crescente abandono da profissão (PAULY; VARCOE; STORCH, 2012).

A discussão e a revisão das bases conceituais do fenômeno são apresentadas por autores que salientam a importância da clareza conceitual e da necessidade dessa compreensão para a fundamentação das pesquisas empíricas que, por sua vez, conduzem às mudanças e transformações necessárias nas práticas em saúde. Eles também exploram outros conceitos relacionados ao processo de angústia, como o estresse fisiológico, o estresse de consciência, sensibilidade moral e clima ético, aspectos relacionados às barreiras, tanto individuais quanto estruturais do sistema e que poderão trazer uma compreensão mais nítida sobre o processo de sofrimento moral (LUT'ZEN; K'VIST, 2012).

Tal compreensão converge para o conceito de agência moral, um conceito que transmite responsabilidade nas ações para lidar com o sofrimento e suas consequências (DAMM, 2010; PETER, 2011). Nesse sentido, os autores propõem modelos conceituais multidisciplinares como forma de lidar com o alto grau de abstração que perpassa o conceito, dando margens a possíveis confusões na interpretação do fenômeno.

A complexidade do conceito e a necessidade de clarear as bases teóricas que o sustentam, ressaltando a importância dos fatores individuais, estruturais e das situações clínicas e ambientais nos cuidados em saúde foram também abordados. As diferenças culturais do papel do enfermeiro e o entendimento de quais ações configuram ameaça à integridade moral também foram trazidas à tona como aspectos que tornam o conceito de difícil apreensão e pouca coesão. A autora aponta as várias direções em que a pesquisa deve avançar e salienta a necessidade dos estudos de replicação, a partir da primeira medida quantitativa desenvolvida por Corley e colaboradores (HANRIC, 2012).

É consenso entre os autores que sofrimento moral é um tema importante nos contextos de trabalho em Enfermagem e que, por sua vez, necessita de uma revisão crítica e sistemática sobre o entendimento de como se dá o processo, através da elucidação das inconsistências teóricas que dão margens à falta de clareza quanto aos fatores preditores e/ou predisponentes ao sofrimento moral (MCCARTHY; DEADY, 2008; LUT'ZEN; K'VIST, 2012).

Com uma ampla discussão e revisão do conceito a partir de uma perspectiva teórica crítica, os autores sugerem uma abordagem *sistêmica* do sofrimento moral, visto que o processo é maior do que as especificidades individuais que o compõem, compreendendo aspectos interpessoais, da estrutura organizacional, do ambiente do cuidado e do contexto sócio-político-cultural. Também alertam para a necessidade de entendimento minucioso do processo, a fim de se desresponsabilizar individualmente os prestadores de cuidados em saúde, atentando-se às práticas de poder que disputam espaço nos diversos contextos onde o fenômeno aparece (VARCOE et al, 2012).

Pesquisas quantitativas e qualitativas corroboram a visão dos autores quanto à limitação e falta de clareza conceitual e teórica do sofrimento moral, apresentando esses temas de pesquisas como fundamentais frente à elucidação do conceito (PAULY et al, 2009).

Novas e constantes pesquisas são necessárias para consubstanciar a atuação da prática profissional, com o objetivo de encontrar medidas de prevenção e resolução do sofrimento moral, influenciando assim os responsáveis na esfera política que investem em pesquisa e novas políticas. No campo do ensino, mencionam a importância em discutir aspectos curriculares na formação, na educação continuada e na pós-graduação (LUT'ZEN; K'VIST, 2012; PAULY; VARCOE; STORCH, 2012).

Outros estudos constataram a necessidade de se realizar pesquisas continuadas, pois, para além da elucidação do conceito, precisa-se buscar formas de intervenção que previnam o sofrimento moral e instrumentalizem os profissionais de saúde a lidarem com o mesmo (VARCOE et al, 2012).

A direção para o debate e a pesquisa incluem a construção de uma rede (virtual) de cuidados, de uma noção conceitual compartilhada, mantendo a noção de conceitos-chave e conceitos relacionados, e na valorização da importância da compreensão da relação do fenômeno nos

quatro âmbitos, profissional, ensino, pesquisa e governamental, retirando-se o foco da responsabilidade individual como causa do sofrimento e com vistas a criação de programas e medidas para a implementação de ações mais assertivas nos referidos campos (VARCOE et al, 2012; PAULY et al, 2012).

Autores como Webster e Baylis (2000) afirmam que a resolução satisfatória do sofrimento moral pode proporcionar crescimento pessoal e reforçar a prática da conduta ética no exercício profissional. Faz-se necessário incrementar pesquisas que relacionem os conceitos de clima ético, agência moral e sofrimento moral, com vistas ao enfrentamento e à resolução positiva do sofrimento moral (PAULY; VARCOE; STORCH, 2012).

Os autores afirmam a noção de que sofrimento moral representa um sério problema entre enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, médicos e gestores de serviços de saúde e que as consequências de tais conflitos são preocupantes e movem os profissionais e pesquisadores de diversas áreas do conhecimento e disciplinas do cuidado em saúde em busca de respostas que ajudarão a elucidar sua compreensão e clarear sua definição conceitual (HAMRIC, 2012).

No Brasil, um estudo sobre ética e problemas morais vivenciados no cotidiano do trabalho de Enfermagem, entendendo o cuidado como exercício de uma prática moral, identificou questões relacionadas a problemas e dilemas morais pelo cuidado fragilizado em decorrência da falta de organização do trabalho, falta de autonomia da equipe de enfermagem, falta de respaldo institucional e questões ligadas à humanização do cuidado (BULHOSA, 2006).

Na busca em atender às reais necessidades e expectativas do paciente, o enfermeiro muitas vezes esbarra em obstáculos institucionais como sobrecarga de tarefas, burocracia das rotinas administrativas e submissão da qualidade do atendimento, pela produtividade. Essas incompatibilidades à prática do cuidado responsável criam dilemas e conflitos éticos que desembocam no processo de sofrimento moral, uma vez que o enfermeiro reconhece a discrepância entre suas convicções, suas possibilidades de ação e percebe-se tolhido no princípio da autonomia profissional, resultando em desmotivação, diminuição da qualidade do cuidado, chegando ao abandono da profissão (BARLEM, 2009).

Dalmolin e colaboradores (2012) verificaram que o sofrimento moral vivenciado pelos enfermeiros(as) manifesta-se por alterações emocionais e físicas e repercute em aspectos profissionais, como insatisfação no trabalho, síndrome de Burnout e abandono da profissão.

Pesquisadores brasileiros analisaram a intensidade e frequência do sofrimento moral em enfermeiros, pela aplicação da “Moral Distress Scale” desenvolvida originalmente por Corley, validada e adaptada para a língua portuguesa por Barlem (2012). Os resultados apontam menores jornadas de trabalho, maior número de profissionais de enfermagem por leito, instituições com maior abertura ao diálogo e que realizam reuniões de equipe regularmente, maior autonomia na prestação do cuidado, como características organizacionais e institucionais que direcionam os trabalhadores a perceber situações que evidenciam SM (BARLEM et al, 2013).

No Brasil o estudo do sofrimento moral é incipiente e os pesquisadores vem atuando na direção de explorar o conceito e investigar os ambientes e processos de trabalho que estejam relacionados ao fenômeno.

Estudos recentes no Brasil sugerem a expansão do conceito de sofrimento moral como um

“sentimento de impotência experimentado durante jogos de poder nos micro-espacos de ação, levando o sujeito a uma cadeia de eventos que os impele a aceitar imposições, reduzindo sua resistência e possibilidades de ação moral, resultando em manifestações físicas, psíquicas e comportamentais com possíveis impacto e agravos à saúde” (BARLEM; RAMOS, 2014, p. 5).

A discussão e a pesquisa sobre o sofrimento moral progrediram consideravelmente desde a definição do conceito em 1984, por Jameton, embora ainda não haja consenso quanto aos aspectos teórico-conceituais do tema. Autores justificam a possibilidade de se trabalhar na construção de modelos conceituais multidisciplinares, tendo em vista a abrangência do tema e a falta de consenso teórico, destacando a importância conceitual como fundamento para a pesquisa (LUT’ZEN; K’VIST, 2012).

A discussão sobre o processo de sofrimento moral vem contribuir para clarear as bases conceituais do fenômeno, fornecendo subsídios para a construção da Enfermagem enquanto ciência e profissão e para fomentar a criação de políticas públicas de prevenção e recuperação aos agravos e ambientes insalubres, bem como de proteção e promoção à saúde dos trabalhadores.

Assim, parte-se do pressuposto que o processo de sofrimento moral pode trazer comprometimentos à saúde do trabalhador, como também é continuamente apontado como uma das causas do abandono da profissão, razões consistentes para justificar a relevância em aprofundar a relação entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de métodos mistos sequencial, predominantemente qualitativo e de natureza exploratório-descritiva.

A pesquisa de métodos mistos é uma abordagem de investigação que incorpora elementos das abordagens qualitativa e quantitativa, onde o pesquisador procura expandir os achados de um método com os de outro método, o que vai ao encontro da proposta e objetivos do presente estudo (CRESWELL, 2010; POLIT, 2011).

De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa procura compreender um tema a partir das falas e de como as pessoas interpretam e conferem sentido às suas experiências, sendo que estudos qualitativos descritivos não pretendem uma profundidade interpretativa dos dados, e sim apresentar um resumo abrangente do fenômeno estudado (CRESWELL, 2010; POLIT, 2011).

A escolha pela abordagem de métodos mistos permitiu traçar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores de enfermagem que se afastaram do trabalho por doença, como também descrever e discutir a interface entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral a partir das próprias percepções e vivências dos trabalhadores e subsidiados pelos conceitos de *condições, ambiente e organização do trabalho*, constante na PASS (SIASS, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

Estudo realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, HU da UFSC, totalmente público, localizado na cidade de Florianópolis-SC. Inaugurado em 1980, recebe recursos do Governo Federal e concentra todos os elementos essenciais de promoção à saúde e ao desenvolvimento do conhecimento: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. O Hospital conta com um efetivo de

1270 funcionários e por ser um hospital universitário, promove articulação entre ensino, pesquisa e extensão (HU, 2013).

O HU conta com 268 leitos e oferece cerca de 9500 consultas ambulatoriais mensais, um serviço de emergência 24 horas, realizando em média 8000 atendimentos mensais e disponibiliza tratamentos clínicos e cirúrgicos, obstetrícia e alojamento conjunto, berçário, pediatria, unidade de terapia intensiva – adulto e neonatal, emergências adulto e pediátrica, ginecologia e um centro de tratamento dialítico, sendo o corpo clínico multidisciplinar altamente qualificado, com serviços simples e complexos, assim como serviços auxiliares (HU, 2013).

Inserida no contexto do HU a Diretoria de Enfermagem tem primado pela qualidade da assistência, participando ativamente das reformulações curriculares, buscando a integração docente-assistencial e o corpo funcional, de aproximadamente 600 trabalhadores, é composto dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde e escriturários (HU, 2013).

A Missão da Diretoria de Enfermagem tem como finalidade diretiva e organizativa a gestão da assistência de enfermagem de excelência, produção de conhecimentos, formação e atualização de recursos humanos, utilizando os princípios científicos, humanísticos e éticos, valorizando o ser humano em sua multidimensionalidade, otimizando as relações interpessoais, bem como contemplando os princípios e a organização dos Sistema Único de Saúde. Destaca-se o compromisso com a educação permanente, através da Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem (HU, 2013).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Atualmente o número total de trabalhadores de Enfermagem do HU encontra-se assim distribuído: 163 enfermeiros, 280 técnicos de enfermagem, 142 auxiliares de enfermagem e 23 auxiliares de saúde, sendo participantes da pesquisa na etapa I de coleta os enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem do HU/UFSC que estiveram afastados do trabalho por doença, entre 2013-2014, selecionados pela listagem gerada na Junta Médica Oficial da Universidade. Os dados da

listagem foram acessados no portal de informações SIAPENet – Módulo Saúde.

De um total de 2740 afastamentos, 760 foram concedidos aos trabalhadores de Enfermagem, dentre os respectivos tipos de afastamentos: licença tratamento de saúde, licença doença pessoa família, licença acidente em serviço e licença gestação. Mediante consulta nominal aos dados de cadastro do servidor, que constam do Sistema Integrado de administração de Recursos Humanos foram identificados 327 trabalhadores de Enfermagem. Destes, 220 preencheram os seguintes critérios de inclusão: servidores que se afastaram por *licença tratamento de saúde*, com cinco (5) ou mais dias de afastamento e critérios de exclusão, os afastamentos por licença maternidade, para acompanhar pessoa doente na família, estar em gozo de férias ou licença médica no momento da coleta. Como os dados do perfil não poderiam ser acessados sem prévia autorização dos trabalhadores, a população que preencheu os critérios de inclusão na etapa I foi acessada e convidada a responder um questionário com variáveis de caracterização de perfil, constituindo amostra censitária de 131 participantes, entre junho e julho de 2014.

A população da etapa II de coleta, de 14 trabalhadores, foi selecionada intencionalmente, dentre o total de 42 que informaram na etapa I de coleta que haviam se afastado do trabalho por motivos psicológicos ou ambos (físico e psicológico).

4.4 COLETA DOS DADOS

A entrada no campo de pesquisa deu-se mediante acesso ao banco de dados do Portal SiapeNet, um sítio oficial das informações SIAPE, onde estão disponíveis um conjunto representativo de funcionalidades de recursos humanos com tecnologia de internet.

A seleção dos sujeitos deu-se mediante consulta realizada com acompanhamento do médico perito da JMO para gerar listagem referente à Concessão de Afastamentos dos trabalhadores que estiveram afastados do trabalho por doença, entre 2013-2014.

De um total de 2740 afastamentos, 760 foram concedidos aos trabalhadores de Enfermagem. Mediante consulta nominal aos dados de cadastro do servidor, que constam do Sistema Integrado de

administração de Recursos Humanos (SIAPE) foram identificados 327 trabalhadores de Enfermagem.

A etapa I de coleta, para caracterização do perfil sociodemográfico e laboral, foi realizada por meio de fontes secundárias de dados, sendo consideradas as seguintes variáveis: tempo de trabalho na instituição, lotação, função/cargo, idade, sexo, estado civil, formação, outros vínculos empregatícios e tipo, turno, motivo do afastamento e outros afastamentos. Foi realizado censo com a população composta por 220 trabalhadores que preencheram os critérios de inclusão na etapa I, ou seja, servidores que se afastaram do trabalho por *licença tratamento de saúde*, com cinco (5) ou mais dias de afastamento, sendo excluídos os afastamentos por licença-maternidade ou para acompanhar pessoa doente na família e destes, 131 participantes responderam o questionário, caracterizando uma amostra por conveniência, entre junho e julho de 2014.

Dentre os 131 participantes da etapa I, 42 informaram que haviam se afastado do trabalho por motivos psicológicos ou ambos (físico e psicológico) e dentre estes, 14 (7 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem) foram selecionados intencionalmente, sendo convidados a participar da etapa II de coleta de dados qualitativos, por meio de entrevistas semiestruturadas que possibilitam ao entrevistador explorar os aspectos trazidos que parecem mais enriquecedores, permitindo assim ampliar o espaço para maior esclarecimento e elaboração das respostas dos entrevistados, visando discutir as possíveis relações entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral, a partir de suas próprias vivências e percepções (MAY, 2004). As entrevistas foram gravadas no local de trabalho dos participantes ou da pesquisadora, com duração média de 40 min e foram transcritas por esta, entre julho e agosto de 2014.

O encerramento desta etapa deu-se por saturação teórica dos dados, interrompendo a captação de novos componentes do processo de coleta, a partir do momento em que a introdução de novas informações na análise não produziram mais modificações nos resultados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Foi estabelecido número idêntico ao cargo de nível superior e nível técnico.

Optou-se por excluir desta etapa os participantes da categoria auxiliares de saúde, por ser um número pouco expressivo de profissionais (23) e por ser uma cargo em extinção.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada através de estatística descritiva, por meio do Microsoft Excel 15.0, um programa de cálculo e editor de planilhas usado para armazenar, organizar e analisar dados para cálculos e construção de gráficos.

Os textos brutos das entrevistas foram introduzidos no software Atlas-ti 7.0 (Qualitative Research and Solutions) para organização dos dados, através da codificação de excertos, agrupamento e formulação de unidades de análise que compuseram as macro-categorias relacionadas aos objetivos do estudo.

Os dados foram analisados de acordo com a análise textual discursiva, mediante leitura e releitura para desconstrução do *corpus*; em seguida iniciou-se a *unitarização*, na qual os textos foram separados em unidades de significados, que correspondem aos fragmentos de falas das entrevistas, e, por fim, a articulação de significados semelhantes – a *categorização*, onde cada categoria correspondeu a um conjunto de unidades de análise. Esta reunião das unidades de significados semelhantes gerou os níveis de categoria de análise, que possibilita a construção de significados a partir de um conjunto de textos. Por fim, todo texto apresenta uma multiplicidade de leituras que estão relacionadas com as intenções e referenciais teóricos dos autores, posto que toda leitura sempre será uma interpretação, não existindo uma leitura única e objetiva (MORAES; GALIAZZI, 2011).

4.6. SÍNTESE PARA UMA MATRIZ ANALÍTICA DO ESTUDO

A partir das referências levantadas, sejam de orientações das políticas públicas, de resultados empíricos sobre a temática em foco, ou de conceitos que se mostram importantes subsídios teóricos para o estudo, chega-se a uma síntese provisória que buscou integrar os principais supostos e bases conceituais que sustentarão a trajetória metodológica.

Nessa linha de pensamento esse estudo pretende levantar algumas questões acerca do sofrimento moral vivenciado pelos profissionais da enfermagem em seu ambiente de trabalho e discutir

aspectos conceituais, a partir do afastamento do trabalho por transtornos mentais.

Como o contexto de estudo é de trabalhadores de Enfermagem de um Hospital Universitário, inicialmente será necessário caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores afastados do trabalho por doença, para só então aprofundar o foco eleito. A estreita relação do contexto com a implementação de políticas públicas atuais e recentes serão de grande pertinência e o estudo reportar-se-á a alguns conceitos centrais da Política, uma vez que as diretrizes e ações instituídas são aporte teórico para o estudo dos agravos à saúde mental no trabalho. Destacam-se:

Ambiente de trabalho é o conjunto de bens, instrumentos e meios de natureza material e imaterial, no qual o servidor exerce suas atividades laborais. Representa o complexo de fatores que estão presentes no local de trabalho e interagem com o servidor (SIASS, 2010).

Condições de trabalho são as características do ambiente e da organização do trabalho. Trata-se de uma mediação física-estrutural entre o homem e o trabalho que pode afetar o servidor, causando sofrimento, desgaste e doenças (SIASS, 2010).

Organização do trabalho é o modo como o trabalho é estruturado e gerenciado, desde sua concepção até sua finalização (SIASS, 2010).

Estes elementos da política pública serão acessórios na compreensão das situações de trabalho, se e quando forem levantadas relações entre o trabalho e as causas que envolvem os afastamentos.

Daí que possíveis causas de sofrimento moral podem estar estreitamente vinculadas às condições, ambiente e organização do trabalho e serem afetadas pela ausência de ações de promoção e proteção à saúde do trabalhador. Embora fenômenos distintos, agravos à saúde mental e sofrimento moral poderiam estabelecer relações na vivência do trabalhador, por diversas formas, ou por compartilharem a necessidade de medidas de proteção e enfrentamento comuns.

De modo a articular os conceitos básicos, a metodologia foi formulada prevendo estratégias que contemplem a possibilidade de acessar os seguintes elementos da matriz analítica:

Quadro 1 - Matriz Analítica do Estudo

Objetivo e categoria central	Operacionalização – categorias relacionadas	Estratégia de coleta de dados
<p><u>Perfil dos trabalhadores de Enfermagem/ SIASS/UFSC</u> afastados do trabalho por doença</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo, idade, estado civil, formação, outro vínculo empregatício, lotação, cargo, tempo de atuação no HU, motivo de afastamento, turno • Número de afastamentos e de dias afastados 	<p>Busca em banco de dados SIASS; instrumento de coleta</p>
<p><u>Experiência de sofrimento mental</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição do processo de sofrimento mental • Relação com o processo de trabalho: <i>ambiente de trabalho, condições de trabalho e organização do trabalho</i> 	<p>Entrevistas individuais</p>
<p><u>Situações de sofrimento moral</u> vivenciadas pelos trabalhadores de Enfermagem afastados</p>	<p>◦ Relação das situações de SM com o processo de trabalho: <i>ambiente de trabalho, condições de trabalho, organização do trabalho</i></p>	<p>Entrevistas individuais</p>
<p><u>Interface entre agravos à saúde mental e sofrimento moral</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relação entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral 	<p>Entrevistas individuais</p>

Fonte: Ghislandi e Ramos (2014)

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foram cumpridas as solicitações éticas de autorização do responsável pela instituição hospitalar e o

estudo foi submetido CEPESH/UFSC, através da Plataforma Brasil, observando-se as recomendações da Resolução n. 466/12 do CNS/MS e foi aprovado sob parecer n° 711.419/2014 (BRASIL, 2012a).

Os profissionais de Enfermagem participaram voluntariamente do estudo, mediante esclarecimento dos objetivos e da metodologia propostos, sendo participantes os que consentiram por livre e espontânea vontade, mediante assinatura do TCLE, um instrumento que visa estabelecer os limites da pesquisa e garantir o sigilo e a confidencialidade da identidade dos participantes, tendo-lhes assegurado o direito de retirarem o seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Os participantes terão ainda assegurada a privacidade quanto aos dados confidenciais e garantido o direito de confidencialidade e de acesso aos dados, podendo consultá-los no momento em que desejarem. Os dados impressos e áudio-gravados serão arquivados por cinco anos e os participantes tiveram seu anonimato garantido, sendo identificados pela letra inicial do cargo (E/TE/AE) e do número cardinal na ordem em que ocorreram as entrevistas.

Os resultados serão comunicados aos participantes da pesquisa, à Instituição e aos servidores pertencentes ao SIASS/UFSC, bem como à sociedade, por meio de artigos, palestras, entre outros.

RESULTADOS

Em atendimento à Instrução Normativa 10/PEN/2011, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados desta dissertação foram estruturados em dois artigos:

Artigo 1: Vivência de sofrimento mental e absenteísmo na enfermagem.

Artigo 2: Agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral na enfermagem.

5.1 ARTIGO 1 – VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL E ABSENTEISMO NA ENFERMAGEM

VIVÊNCIA DE SOFRIMENTO MENTAL E ABSENTEISMO NA ENFERMAGEM

Celi Marcia Ghislandi

Flavia Regina Souza Ramos

RESUMO

Objetivos: Caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral de trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino da região Sul do Brasil, que se afastaram do trabalho por doença; conhecer a experiência dos trabalhadores que se afastaram do trabalho por transtornos mentais. **Metodologia:** estudo misto sequencial, predominantemente qualitativo, descritivo-exploratório. Foi realizado um censo com 220 trabalhadores que se afastaram por doença entre 2013-2014 e destes, 131 responderam questionário (etapa I de coleta), cujos dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Estes resultados subsidiaram a etapa II, a qual descreve a experiência dos trabalhadores afastados por transtornos mentais, com amostra intencional de 14 participantes, e análise textual discursiva dos dados. **Resultados:** o perfil sociodemográfico e laboral indicou predomínio do sexo feminino (85%); idade entre 35-49 anos (40%); casado/união estável (53%); pós-graduação completa (37%); maior afastamento de técnicos de enfermagem (49%); entre 10-19 anos de atuação no hospital (60%); não possui outro vínculo empregatício (70%); motivo físico de afastamento (68%), psicológico (13%) e ambos (19%); sem outros afastamentos (56%). Emergiram duas macrocategorias relacionadas à experiência de afastamento do trabalho por transtornos mentais: vivência de sofrimento mental no trabalho, caracterizada pela presença de sintomas depressivos, ansiosos e de somatização; condições de trabalho relacionadas ao sofrimento mental, caracterizada pelo estresse da rotina e relações verticalizadas. **Conclusão:** as condições de trabalho relacionadas ao sofrimento mental foram apontadas como fatores geradores de desgaste, com significativo aumento das taxas de absenteísmo da equipe de Enfermagem e impacto

negativo na saúde do trabalhador, bem como na prestação de cuidado seguro e de qualidade.

Descritores: Sofrimento Mental; Absenteísmo; Enfermagem; Condições de Trabalho.

INTRODUÇÃO

Estudar o trabalho e o desgaste do trabalhador, em sua amplitude e complexidade, implica em nos atermos à relação entre o sujeito trabalhador e o ambiente de trabalho ou, de outra forma, ao foco do que é comum às distintas abordagens teóricas e epistemológicas no campo dos estudos sobre trabalho (BENDASSOLI, SOBOLL; 2011).

De um lado conferindo prazer e sentido, na medida em que propicia a construção da subjetividade, da livre expressão e realização e, de outro, sofrimento e alienação, haja visto o imperativo das conjunturas política e socioeconômica e dos aspectos estruturais e organizacionais do trabalho. Destarte, os impactos da dialética no campo do trabalho podem acarretar riscos à saúde mental do trabalhador, desencadeando um quadro de sinais e sintomas, um processo de sofrimento e/ou danos à saúde (SELIGMANN-SILVA et al, 2010; GLINA; ROCHA, 2010).

A Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde estimam que atualmente 2 milhões de pessoas morrem a cada ano por acidentes de trabalho ou lesões e doenças relacionadas ao trabalho, assim como 160 milhões de novos casos de doenças relacionadas ao trabalho ocorrem a cada ano, sendo que 8% destas estão relacionadas à depressão e são oriundas dos riscos ocupacionais (OMS, 2001; 2010).

As significativas mudanças do trabalho na pós-modernidade, que conferem riscos e são causas de sofrimento mental nas organizações, são a pressão e a responsabilidade do trabalho, a falta de tempo para a família, a falta de apoio dos pares ou das chefias, falta de autonomia nas atividades e assédio moral, entre outros (RIBEIRO et al, 2011).

Considerando os riscos no trabalho e de acordo com o Ministério da Saúde (2001), os fatores de risco à saúde e segurança dos trabalhadores, presentes ou relacionados ao trabalho são classificados em cinco grupos, sendo os psicossociais o foco deste estudo e que,

segundo a OIT, advém da interação dinâmica entre o conteúdo, as condições e organização do trabalho associados às habilidades e expectativas do trabalhador, sendo considerados riscos emergentes e relacionados às novas características do mundo do trabalho em transformação (OIT, 2010).

Usuários do Sistema Único de Saúde tem buscado ajuda profissional na rede básica com sintomas de tristeza e ansiedade importantes e em cada quatro, um tem um transtorno mental, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Dentre os que apresentam sofrimento mental abaixo do limiar diagnóstico, ou os chamados quadros sub-clínicos, essa proporção aumenta de um para cada dois que procuram atendimento (BRASIL, 2013). O sofrimento mental destes usuários aparece na forma de quadros mistos que apresentam episódios intermitentes com mais ou menos intensidade e fazem parte de uma única síndrome com dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos, designada por transtornos mentais comuns (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; BRASIL, 2013).

A força de trabalho de Enfermagem vem sendo estudada desde a década de 30 pela Organização Mundial da Saúde e Organização Internacional do Trabalho, que reconhecem a precariedade das condições de trabalho e de saúde destes trabalhadores (SOUZA, 2012). É a categoria mais expressiva na área da saúde em termos de número e seu exercício profissional gera estresse e desgaste, tendo em vista ritmos intensos e automatizados, maior exposição a riscos biológicos e ocupacionais, aumento das cargas de trabalho e falta de autonomia, aspectos que contribuem para o aparecimento de desgaste físico e mental, podendo levar à exaustão (HANZELMANN; PASSOS, 2010; AZAMBUJA et al, 2011; BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012; PIRES et al, 2012). Deste modo, a atividade laboral hospitalar é constituída por uma carga de tensão, conflitos e estresse que, associados a outros fatores da organização do trabalho e da cultura institucional podem acarretar adoecimento (MENEHINI; PAZ; LAUTERT, 2011).

São diversas as doenças que acometem os trabalhadores de enfermagem e os transtornos mentais, associados às condições de trabalho e dimensionamento insuficiente de recursos humanos, resultam em significativa taxa de absenteísmo destes trabalhadores, que por sua vez resulta em maior sobrecarga aos que se mantêm no trabalho (MARTINATO et al, 2010).

Dados coletados no sítio oficial das informações do Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos, da Secretaria de Gestão Pública do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, responsável pelas ações em Saúde do Trabalhador no serviço público, informaram que os trabalhadores de Enfermagem de um hospital de ensino da região sul foram os que mais se afastaram do trabalho por transtornos mentais e do comportamento, totalizando 38% de afastamentos da força de trabalho, entre 2013-2014. Os afastamentos por doença foram da ordem de 40%, no mesmo período (PORTAL SIAPENET, 2013).

A partir do início do Movimento pela Reforma Sanitária na década de 1970, no Brasil, a visão hegemônica de saúde passa a ser criticada, e surgem várias iniciativas nesse campo, visando a criação dos primeiros programas em saúde do trabalhador, cuja trajetória culminou com o lançamento recente de políticas de saúde no âmbito do SUS, como a Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (BRASIL, 2011; 2012). Visando o alinhamento das diretrizes e ações das políticas majoritárias, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, responsável pela saúde do trabalhador na esfera pública, cria a Política Nacional de Saúde do Servidor, com ênfase na integralidade e transdisciplinaridade em saúde, tendo o trabalho e os processos produtivos como determinante ou condicionante dos processos saúde-doença (BRASIL, 2009).

O absenteísmo de trabalhadores de enfermagem tem gerado preocupação aos dirigentes institucionais, aos gestores e pesquisadores da temática, sendo visto como um problema de saúde pública e de impacto social, uma vez que remete à reflexões e indagações nos âmbitos da práxis profissional, da formação em Enfermagem e do desenvolvimento de pesquisas e estudos epidemiológicos para fomentar a criação de políticas públicas. Por tal relevância este estudo tem como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino que se afastaram do trabalho por doença, assim como conhecer as experiências de sofrimento mental daqueles que informaram afastamento por transtornos mentais, com diagnóstico clínico da CID-10.

METODOLOGIA

Estudo misto sequencial, predominantemente qualitativo, descritivo-exploratório, com trabalhadores de Enfermagem de um hospital de ensino afastados do trabalho por doença, entre 2013-2014.

Foi realizada coleta sequencial de dados, iniciando pelo método quantitativo, para a caracterização da população do estudo, a partir de listagem gerada na Junta Médica Oficial da Universidade, que identificou uma população de 220 trabalhadores, cujos critérios de inclusão foram afastamentos por *licença tratamento de saúde*, com cinco (5) ou mais dias de afastamento, sendo critérios de exclusão outros tipos de licença, estar em licença ou férias durante a coleta. Foi realizado um censo com a população de 220 e, destes, 131 responderam questionário com variáveis de caracterização de perfil sociodemográfico e laboral, entre junho e julho de 2014.

Com o intuito de conhecer as experiências de sofrimento mental que atestaram incapacidade laborativa temporária foi realizado aprofundamento do estudo, descritivo-exploratório, e constituída amostra intencional com 14 trabalhadores, dentre os 42 que informaram na etapa I que haviam se afastado por motivos psicológicos ou ambos (físico e psicológico). Assim, 7 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem, concederam entrevista semiestruturada na etapa II de coleta, com duração média de 40 minutos, onde foram solicitados a descrever a experiência de sofrimento mental que gerou afastamentos do trabalho. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora, no local de trabalho desta ou dos participantes e a critério destes, entre julho e agosto de 2014. O encerramento desta etapa deu-se por saturação teórica dos dados, juntamente com a opção de estabelecer número idêntico de trabalhadores de nível superior e nível técnico.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de nº 711.419/2014, aprovado pelo Comitê de Estudos e Pesquisas com Seres Humanos (CEPSH/UFSC), após garantida a observância das recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, a identificação dos entrevistados foi feita com a letra inicial do cargo (E/TE/AE) seguidas do número cardinal na ordem em que aconteceram as entrevistas.

Para os dados quantitativos foi realizada análise estatística descritiva, por meio do Microsoft Excel.

Utilizou-se o software Atlas-ti 7.0 (Qualitative Research and Solutions) para a análise dos dados qualitativos, como suporte para a organização, codificação e construção das categorias temáticas que emergiram das entrevistas, de acordo com os objetivos do estudo. Os dados coletados foram analisados de acordo com a análise textual discursiva, mediante os seguintes passos: leitura e desconstrução do *corpus*; a *unitarização* ou separação dos textos em unidades de significados e a articulação de significados semelhantes – a *categorização*, que possibilita a construção de significados a partir de um conjunto de textos (MORAES; GALIAZZI, 2011). A análise foi concluída com a elaboração das macro-categorias, conforme os objetivos do estudo, sob o enfoque do referencial teórico adotado.

RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 apresentam os resultados da etapa I de coleta, com as características sócio-demográficas e laborais, respectivamente, dos trabalhadores de enfermagem afastados do trabalho por doença no período entre 2013-2014, constituindo amostra censitária, com 131 sujeitos.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos trabalhadores de enfermagem de um hospital de ensino da região Sul do Brasil. Florianópolis-SC, 2014.

Características sóciodemográficas	N=131	%
Sexo		
Masculino		15
Feminino		85
Faixa etária		
20 a 29 anos		6
30 a 39 anos		40
40 a 49 anos		27
50 a 59 anos		23
Acima 60		4
Estado Civil		
Solteiro		30
Casado + União Estável		53
Divorciado		18
Formação		
TE/AE Nível Médio		38
Superior Completo		19
Pós Completa		37
Pós Incompleta		6

Fonte: Ghislandi e Ramos (2014)

Tabela 2 - Características laborais dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital de ensino da Região Sul do Brasil. Florianópolis-SC, 2014

Características laborais	N=131	%
Cargo		
Enfermeiro		34
Técnico de Enfermagem		49
Auxiliar de Enfermagem		17
Tempo de Atuação no HU		
Até 3 anos		5
3 a 9 anos		7
10 a 19 anos		60
Acima de 20 anos		2
Turno		
Matutino		34
Vespertino		28
Noturno		18
Plantão		21
Outro Vínculo Empregatício		
Não possui		70
Público		30

Fonte: Ghislandi e Ramos (2014)

Foram coletados dados de trabalhadores dos seguintes setores, sendo computado o percentual de respondentes em cada setor: Alojamento Conjunto (6%); Ambulatório (9%); Clínica Cirúrgica II (5%); Centro Cirúrgico (6%); Centro Obstétrico (7%); Clínica Médica I (3%); Clínica Médica II (2%); Emergência Adulto (12%); Emergência Pediátrica (6%); Ginecologia (3%); Neonatologia (10%); Pediatria (12%), UTI (12%); Outros Setores (7%).

Foram designados por *outros setores* aqueles que foram representados por até 3 afastamentos e são eles: Infecção Hospitalar, Divisão de Paciente Internos, Centro de Material e Esterilização, Clínica Cirúrgica I, Aleitamento Materno, Hemoterapia, Análises Clínicas, Hemodiálise.

A Tabela 3 apresenta os dados de saúde conforme distribuição de trabalhadores por motivo de afastamento e número de afastamentos.

Tabela 3 - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital de ensino da Região Sul do Brasil conforme motivo de afastamento e número de afastamentos. Florianópolis-SC, 2014

Dados de saúde	N = 131	%
Motivo de Afastamento		
Físico		68
Psicológico		13
Ambos		19
Outros Afastamentos		
Não		56
Sim		44

Fonte: Ghislandi e Ramos (2014)

Foi realizada análise estatística descritiva entre motivo de afastamento e as variáveis idade, tempo de atuação no hospital, formação e lotação (setor), por serem categorias que apontam resultados a serem cotejados posteriormente.

Os trabalhadores afastaram-se por motivos físicos, por ambos e psicológico, em média, nas porcentagens, 65%, 20% e 15%, respectivamente, destacando-se comportamento diferenciado dos dados na categoria idade que, entre 20-30 anos apresentou aumento significativo de afastamentos por motivo psicológico (30%), e um percentual de 2% de trabalhadores afastados por doença, na faixa etária acima de 60 anos.

Na relação motivo de afastamento por tempo de atuação no hospital, os resultados mostraram aumento dos afastamentos por motivo físico (76%), na categoria que se encontra entre 10-19 anos de atuação.

Na relação motivo de afastamento por formação segue-se o padrão usual, com aumento dos afastamentos por ambos os motivos na categoria que possui pós-graduação incompleta (33%).

Na relação motivo de afastamento por lotação os resultados apontam aumento dos afastamentos por motivo físico na unidade de Emergência Adulto (86%), em relação aos demais setores, com diminuição do afastamento psicológico (7%) e ambos (7%).

Na relação motivo de afastamento por lotação os resultados apontam aumento significativo dos afastamentos por motivo físico na unidade de Emergência Adulto (86%), em relação aos demais setores, com diminuição do afastamento psicológico (7%) e ambos (7%).

Os demais setores seguem o mesmo padrão, ou seja, os trabalhadores afastaram-se por motivos físicos, por ambos e psicológico, em ordem decrescente.

Unidade de Terapia Intensiva, Clínica Pediátrica e Emergência Adulto são os setores com maior número de trabalhadores afastados e do turno da noite, com 35, 25 e 22 trabalhadores, respectivamente.

De acordo com a análise dos dados qualitativos, cujo objetivo é o de conhecer a experiência de sofrimento mental no trabalho, emergiram duas macro-categorias: vivência de sofrimento mental no trabalho e condições de trabalho relacionadas ao sofrimento mental.

Vivência de sofrimento mental no trabalho

Todos os participantes informaram mudanças rápidas e intensas de humor, que interferiram no funcionamento da vida laboral e familiar, sendo caracterizadas por crises de choro frequentes, angústia e, por vezes, agressividade.

Queixas como tristeza, desânimo, perda do prazer, dificuldade de concentração, ansiedade, irritabilidade e medo foram informadas por todos os participantes como frequentes e associadas, alternadamente.

Eu chegava no ponto de ônibus e me dava um desespero enorme, vontade de chorar, com medo e verdadeiro pânico de chegar no trabalho (TE3).

Percebi uma certa instabilidade emocional. Volta e meia eu me sentia muito triste, angustiada, irritada, muitas vezes sem paciência, e extremamente ansiosa (E11).

[...] você não consegue controlar o que você sente, o que você pensa, qualquer pergunta que te façam, você entra em pânico, choro, é horrível (TE6).

Uma variante desses sintomas refere-se à sensação constante de não dar conta das atribuições e responsabilidades do cargo, à presença de sentimentos de medo, insegurança e ansiedade frente à rotina, informado por 4 participantes.

[...] então começou o medo da morte, a questão da preocupação excessiva, já não conseguia mais falar com os familiares dos pacientes (E14).

[...] chegava perto do paciente e começava a chorar, eu entrava em sala e parecia que eu não sabia o que eu tinha que fazer, parecia que eu estava num mundo completamente diferente do mundo que eu vivia todos os dias (E12).

Eu achava que não ia dar conta do que eu ia fazer, tinha medo de errar, de esquecer (TE1).

A presença constante desses sintomas refletiu no corpo físico, desencadeando alterações orgânicas como distúrbio de sono e do apetite, cefaléia, dores difusas, palpitações, cansaço, tendo sido informado por 5 participantes.

Eu comecei a ter manifestações de estresse, de dor de cabeça, de às vezes pensar em trabalhar...[...] vir na segunda feira já me dava uma dor de barriga e tal (TE6).

[...] e eu comecei a ter uma taquicardia, comecei a passar mal como se fosse um pânico, uma coisa que eu queria ir embora, não queria estar aqui dentro (E11).

Condições de trabalho relacionadas ao sofrimento mental

A partir da descrição da experiência de sofrimento mental que gerou afastamento do trabalho, foram identificados aspectos do cotidiano laboral ligados de forma alternada e recorrente ao adoecimento, como o estresse da rotina, caracterizado por sobrecarga, desgaste, ritmos intensos, tendo sido informado por 10 participantes como fator predominante de desgaste e adoecimento.

Eu assumi o setor de uma forma meio... “pega que o filho é teu” e de uma hora pra outra. Eu vim cobrir um atestado e no final eu já ganhei a chefia e a assistência ao mesmo tempo. E ficou crônico o negócio, nunca ganhei mais ninguém pra me ajudar e eu tinha essas duas atividades e ainda tenho essas duas atividades (E13).

[...] comecei a avaliar que em casa não tinha fatores estressantes, que era aqui que estava estressante, que eu estava começando a fazer coisas que estavam me deixando nesse estado. Enfermeiras solicitantes, condições de trabalho (TE12).

O poder médico-hegemônico, informado por 3 enfermeiros, constitui um aspecto que contribui para o desgaste, pois interfere no funcionamento da equipe de Enfermagem, que fica na dependência de autorização médica para a prestação do cuidado.

Eles (os médicos) limitam muito, eu não sei se pelo fato de ser essa Unidade, por não confiar no papel do enfermeiro, mas a gente tem autonomia até um certo ponto. Esbarrou na medicina tu perde autonomia, mesmo pro cuidado que não é função deles, o cuidado da enfermagem, mas tu não consegue desenvolver totalmente o teu cuidado porque chega um ponto que tu esbarra na medicina e não tem mais essa autonomia (E5).

Ainda tem muito essa questão do trabalho do enfermeiro vinculado ao trabalho da medicina, tem muita coisa que fica emperrado porque as vezes a gente sabe como proceder, mas não depende da gente e depende de uma posição médica, então isso às vezes traz um pouco de angústia, de tu não poder ir mais além porque tá dependendo de uma resposta de outro profissional (E9).

O abuso de poder e os conflitos com a hierarquia foram informados por quatro (4) técnicos de enfermagem e caracterizados por conflito de papéis, falta de apoio e orientação das chefias, falta de flexibilidade e diálogo, cobranças excessivas.

Na época que eu entrei tinham vários atestados e eu, mesmo assim, me sentindo um pouco fragilizada [...] por essa cobrança, essa coisa de você não colaborar com a equipe e você se sentir na obrigação de colaborar, às vezes a gente excede a nossa carga de trabalho pra não dar margem, visto que a gente é avaliado semestralmente e procura fazer as vezes até mais do que aguenta, do que o corpo e a mente suportam pra estar ajudando a equipe ou, visando na hora da avaliação aquilo te engrandecer, te proteger [...] mas por tudo isso eu passei por vários processos de vai-e-vem, contra a vontade e assim, certas imposições, inflexibilidade das diretorias.... (TE6).

As enfermeiras aqui ao invés de ajudar, elas atrapalham. São difíceis, não facilitam. Aí eu fui pedir ajuda, e realmente eu achei que não deveria ter feito isso [...] ao invés de facilitar as coisas, acho que pioravam, ficavam em cima, não orientavam, tudo de cara amarrada (TE1).

Ela não é uma chefia às claras, com relação às horas plantão, uma coisa que dá muito rolo no setor. A gente tem uma lista, mas essa lista as vezes não é seguida, a gente tem que ficar questionando, tem que ficar cobrando, e ela não gosta. Uns ganham demais, outros ganham de menos, aí tu vai questionar e ela não gosta. Ela é inflexível, é uma pessoa difícil de lidar (TE13).

Perseguições de ordem pessoal foram citadas por três (3) técnicos de enfermagem e estão relacionadas à falta de habilidade das chefias em conduzir situações de divergências e conflitos oriundos do ambiente e da organização do trabalho, sendo apontados como fatores geradores de desgaste e adoecimento. Situações vexatórias que geram constrangimento, publicamente, foram citadas por um (1) participante.

O que me levou a me afastar do trabalho por problema psíquico foi o fato de meio que ser perseguido dentro do setor (TE2).

[...] pessoas que se achavam com um empoderamento até maior do que era, que se impuseram contra mim, no aspecto de horário, disso, né...e assim, por eu ter questionado. [...] então o que eu acho é que muitas vezes aqui as pessoas não questionam e quando vem uma pessoa que questiona ou vai atrás dos seus direitos, ou olha uma lei...isso é como se fosse uma agressão pra certas diretorias (TE 7).

Os demais participantes referiram fatores ligados ao estresse da rotina, apresentados acima.

DISCUSSÃO

O adoecimento sistemático dos trabalhadores de saúde reforça a pesquisa e a preocupação dos órgãos mundiais acerca do tema, tendo a OMS eleito a década 2006-2016 como o decênio da valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde. Ecoa o entendimento que o desgaste e adoecimento residem na associação de aspectos da experiência e da saúde de cada indivíduo, em relação estreita com a falta de significado do trabalho, das condições inadequadas para o seu exercício e do contato prolongado com o sofrimento humano (OMS, 2007).

Complexos fatores encontram-se associados às altas taxas de absenteísmo na enfermagem e apontam as relações deste com o exercício profissional e com a exposição aos riscos e às cargas de trabalho, em suas interfaces entre a prestação do cuidado, a satisfação profissional e a saúde do trabalhador (SCHMOELLER, 2011; UMANN et al, 2011; LEMOS; RENNÓ; PASSOS, 2012; SOUZA, 2012; FERREIRA et al, 2012; MININELL et al, 2013). Estes fatores foram associados ao esgotamento profissional, falta de reconhecimento e frustração quanto ao exercício da atividade, sendo consenso na literatura que a insatisfação ou estado emocional de desprazer resultante da relação do indivíduo com seu trabalho proporciona maiores índices de adoecimento físico e mental, dentre estes, as doenças do sistema osteomuscular e os transtornos mentais, manifestados dentre outras formas, pelo absenteísmo (FERNANDES et al, 2010; PRIMO; PINHEIRO; SAKURAI, 2010; SANCINETTI et al, 2011; FORTE, 2013; MININEL et al, 2013).

Fatores de vulnerabilidade como gênero, escolaridade e trabalho, associados a eventos marcantes na vida, contribuem para aumentar o risco ao sofrimento. No trabalho, as constantes exigências por alto desempenho com pouca autonomia ou muito esforço com pouco reconhecimento são fatores que conferem maior vulnerabilidade, aspectos citados frequentemente pelos participantes (BRASIL, 2013).

Os participantes informaram a presença de comportamentos diferenciados que não estavam presentes no cotidiano antes do diagnóstico de transtornos mentais que gerou afastamento do trabalho, corroborando o caráter multifatorial da etiologia do absenteísmo, que compreende uma vasta gama de aspectos que se inter-relacionam e

propiciam ausências ao trabalho, dentre eles os aspectos sociais, culturais, organizacionais, individuais, ocupacionais, com destaque para os aspectos psicossociais, que podem conferir riscos e adoecimento (MARTINATO et al, 2010; SANCINETTI et al, 2011; UMANN et al, 2011; FERREIRA et al, 2012; MININEL et al, 2013).

Foi constatada a existência de distintas demandas que precederam o processo de adoecimento, relacionadas a compromissos como pós-graduação, nascimento e/ou cuidado de filhos menores, morte de pessoas da família, divórcio, reforma do espaço físico no trabalho, entre outras. São eventos naturais da vida que podem desencadear transtornos mentais comuns e comprometer a saúde e o desempenho laboral (SOUZA, 2012).

A constante pressão social e psicológica a que estão submetidos os trabalhadores de Enfermagem no trabalho tem sido apontada como um fator desencadeante de processos de sofrimento mental, com sintomas de ansiedade e depressão. Nesse sentido, as cargas de trabalho, particularmente as cargas psíquica e fisiológica, assim como a sobrecarga, no sentido do aspecto quantitativo do trabalho, aliadas às condições, em seus aspectos de ambiente e organização do trabalho, são fontes de desgaste e estresse (SCHMOELLER et al, 2011). Evidências do impacto das doenças ocupacionais no absenteísmo de trabalhadores de enfermagem, sendo as cargas fisiológicas e psíquicas as mais representativas, respectivamente, são achados na literatura (MININEL et al, 2013).

Sintomas depressivos, ansiosos e de somatização, caracterizados por tristeza, medo de perder o controle e não dar conta das atribuições e responsabilidades do cargo, associados a sintomas físicos, foram informados pelos participantes como manifestações que não aparecem isoladas, pois podem evoluir em conjunto e em diferentes intensidades, interferindo umas sobre as outras e complexificando a experiência do sujeito. A presença desses sintomas associados pode ser evidenciada e/ou acentuada pela característica da profissão que, ao prestar cuidado integral a pessoas em várias etapas do desenvolvimento e condições de saúde, podem sofrer com o excesso de atribuições e um cotidiano carregado de estresse, cobranças e conflitos interpessoais (CUNHA; SOUZA; MELLO, 2012).

Os participantes referiram auto-percepção de um estado de estresse constante antes do diagnóstico de transtornos mentais que gerou afastamento, associado a altas demandas no trabalho. Demandas

relativas à gravidade dos pacientes em internação hospitalar, ao manuseio de equipamentos e realização de procedimentos complexos, tomada de decisões diante de avaliações clínicas e diagnósticas constantes, muitas vezes em caráter de urgência, permitem identificar as fragilidades da organização do trabalho e, por consequência, os riscos psicossociais inerentes à atividade, com plausível diminuição da capacidade para o trabalho e conferindo aos mesmos uma carga de estresse e demais agravos à saúde (MAGNAGO et al, 2010; SANCINETTI et al, 2011; PROCHNOW et al, 2013).

O estudo apontou 40% de absenteísmo por doença, sendo 38% por transtornos mentais, corroborando dados da literatura que apontam que as ausências ao trabalho ocorrem geralmente por doenças, com predomínio das doenças do sistema ósteo-articular e transtornos mentais, respectivamente (UMANN et al, 2011; MININEL et al, 2013).

Em decorrência de maior exposição aos riscos ergonômicos e psicossociais, próprios do objeto de trabalho da enfermagem e/ou de condições inadequadas de trabalho, os transtornos mentais abaixo do limiar diagnóstico (ou casos sub-clínicos) acometem uma a cada duas pessoas que procuram ajuda profissional na atenção básica, no Brasil e no mundo (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; OMS, 2001; MARTINATO et al, 2010; BRASIL, 2013). O sofrimento mental dos usuários aparece na forma de quadros mistos que apresentam episódios intermitentes com mais ou menos intensidade e fazem parte de uma única síndrome com dimensões de sintomas que se combinam: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos, dados corroborados pelos participantes do estudo ao descreverem o processo de adoecimento com conseqüente afastamento do trabalho (BRASIL, 2013).

O perfil sociodemográfico dos trabalhadores de enfermagem deste hospital de ensino, afastados do trabalho por doença, foi corroborado pela literatura ao confirmar altas taxas de absenteísmo de técnicos de enfermagem (49%), sendo os afastamentos por motivos físicos (68%), psicológico (13%) e ambos (19%), com predomínio de mulheres (85%), com média de idade entre 30-40 anos (40%), casadas e com união estável (53%), características preditoras de absenteísmo em trabalhadores de enfermagem (MAGNAGO et al, 2010; NEGELISKI; LAUTERT, 2011; SANTOS; FRAZÃO; FERREIRA, 2011; SELEGHIM, 2012; SOUZA, 2012).

Destaca-se comportamento diferenciado dos dados na categoria idade, que entre 20-30 anos apresentou aumento significativo de

afastamentos por motivo psicológico, de 13% para 30%. Não foram encontrados estudos que apontassem relação direta entre inserção no mercado de trabalho e sofrimento mental. No entanto, o mercado tem demandado o desenvolvimento de competências e postura profissionais para responder às principais mudanças do campo do trabalho na atualidade, com vistas a uma formação generalista e perfil para atuar em equipes multiprofissionais em vários contextos de saúde (OLIVEIRA et al, 2014). Todavia, a formação recebida durante a graduação aponta fragilidades técnicas e teóricas relativas ao processo do cuidado, nos âmbitos de gerência, assistencial, de educação e pesquisa, tornando a inserção na vida profissional mais competitiva e de difícil acesso (COLENCI; BERTI, 2012). Considerando-se ainda que metade dos profissionais escolhem a profissão por vocação, a falta de condições adequadas para fazer frente à realidade atual, com altos níveis de demanda, em situações de imprevisibilidade e desafios inerentes à profissão, baixos salários, falta de reconhecimento do esforço empreendido na realização do trabalho e dificuldades expressivas nos relacionamentos interpessoais, são importantes preditores de insatisfação, sofrimento e adoecimento (SOUZA et al, 2011; JESUS et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2014). Assim sendo, o aumento significativo de afastamentos poderia estar relacionado à expectativas quanto à escolha da profissão e que não se confirmam no cenário atual no mercado de trabalho.

O percentual de trabalhadores afastados acima de 60 anos é de 2%, indicando, provavelmente, que muito poucos são os que se encontram hígidos para o trabalho nessa etapa da vida ou, por outro lado, mostram-se resilientes. No contexto das ciências humanas, pode-se dizer que resiliência é um fenômeno oposto ao de vulnerabilidade, pois considera fator de proteção o significado atribuído pelo sujeito à vivência de situações traumáticas ou em condições adversas, que por sua vez, permite buscar formas alternativas de enfrentamento do estresse e das dificuldades, tornando-o um trabalhador polivalente, adaptado e flexível ao contexto das mudanças do trabalho globalizado (RIBEIRO et al, 2011).

De acordo com os dados de perfil laboral, a amostra foi composta, majoritariamente, por 49% de técnicos de enfermagem, do turno matutino (34%), com outro vínculo empregatício (30%), com tempo de atuação no HU entre 10-19 anos (60%), com maior número de trabalhadores afastados na UTI (35) e sem outros afastamentos (56%).

De acordo com alguns estudos, um percentual de 30% da amostra possui outro emprego, o que pode acarretar uma carga horária variável de 30 a 70 horas semanais de trabalho (OLIVEIRA; SIQUEIRA; ALVES, 2011; MAGNAGO et al, 2013; URBANETTO et al, 2013; OLIVEIRA et al, 2014) e mesmo considerando as características da profissão, que acarretam desgaste, e à despeito de estudos que comprovam correlação entre carga horária maior que 30 horas semanais e estresse, a regulamentação da jornada de 30 horas para a enfermagem continua na pauta de reivindicações e lutas da categoria, uma vez que o entendimento dos responsáveis na esfera política e legal é de que a oficialização das 30 horas possibilitaria o duplo vínculo com aumento da carga, justamente o que se pretende evitar (PIRES et al, 2010; GOUVEIA, 2014).

O perfil laboral informou ainda que da ordem de 5% dos trabalhadores afastados encontravam-se com tempo de atuação no hospital inferior a três anos. Este dado sugere uma possível insegurança quanto ao afastamento, devido à instabilidade do vínculo empregatício, uma vez que a estabilidade no serviço público ocorre ao completar-se três anos de efetivo exercício, de acordo com a Lei nº 8.112/1990 que dispõe sobre o RJU dos servidores públicos federais (BRASIL, 1990).

O estudo identificou predomínio dos afastamentos por motivos físicos (68%) em todos os setores à exceção do Ambulatório (36%), onde predominaram os afastamentos por ambos os motivos (46%). Na UTI os afastamentos por motivo físico somam 67%, reiterando o impacto das doenças ocupacionais no absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em UTIs, sendo as cargas fisiológicas e psíquicas as mais representativas, respectivamente (MININEL et al, 2013). As unidades de terapia intensiva são as que apresentam os maiores índices de absenteísmo no contexto hospitalar, em decorrência da precariedade de condições do ambiente físico, dos problemas da gestão e de relacionamento interpessoal e de esgotamento profissional, desencadeando insatisfação, desmotivação, conflitos interpessoais, falta de comprometimento e estresse (SHIMIZU; COUTO; MERCHAN-HAMANN, 2011; ABREU; GONÇALVES; SIMÕES, 2014).

Monteiro (2012) identificou aspectos da organização do trabalho em UTIs destacando pouco reconhecimento no trabalho, intensificação do trabalho que gera sobrecarga, crise ética entre valores individuais e questões profissionais, rigidez institucional e sofrimento

pela morte de pacientes, como aspectos que contribuem para a sobrecarga e o adoecimento destes trabalhadores.

Na Emergência Adulto os afastamentos por motivos físicos são da ordem de 85%, setor onde a influência dos ritmos intensos, decorrentes do acúmulo de funções, estrutura e ambiente precários, falta de recursos humanos e dificuldades de relacionamento interpessoal, causam esgotamento, estresse e adoecimento (MARTINS; VALENTE, 2010).

Dois (2) participantes relataram patologias com diagnóstico clínico de danos ao sistema ósteo-articular e queixas de dores constantes, anteriores ao afastamento do trabalho por transtornos mentais. Pacientes portadores de LER/DORT costumam apresentar queixas e sintomas de ordem psíquica que retroalimentam o processo de dor crônica gerando um círculo de dor e sofrimento com consequências drásticas e negativas ao desempenho e realização profissional, bem como na vida familiar e pessoal do trabalhador (MAGNAGO et al, 2010; SALERMO; SILVESTRE; SABINO, 2011).

Os fatores psicossociais do trabalho, como carga de trabalho intensificada, trabalho monótono, baixos níveis de apoio social e aumento da pressão do tempo relacionado à produtividade são importantes preditores de problemas musculoesqueléticos, identificando as patologias do sistema ósteo-articular e os transtornos mentais como primeiro e segundo registros de doenças relacionadas ao trabalho em um hospital de ensino (GLINA; ROCHA, 2010; SANTANA et al, 2013).

O modelo de gestão do trabalho na pós-modernidade, centrado nas competências psicoemocionais do trabalhador, seus valores, pensamentos e sentimentos, tem sido usado como ferramenta primordial na prestação de cuidados em saúde. Nessa dinâmica, o caráter relacional do trabalho, ao mesmo tempo que serve de aporte à realização de um trabalho satisfatório e de qualidade, sendo identificado como fortaleza do processo, aparece como fragilidade em seu polo oposto, pois é gerador de insatisfação e adoecimento no sujeito trabalhador, tornando-se aspecto comumente citado e relacionado pelos participantes ao adoecimento (ASSUNÇÃO; LIMA, 2010).

Os riscos psicossociais decorrentes da organização e gestão do trabalho, como ritmo excessivo de trabalho, exigência de produtividade, relações de trabalho autoritárias, falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores, entre outros, foram percebidos pelos participantes como

falta de apoio da hierarquia num momento em que se encontravam fragilizados pelo adoecimento, sendo aspectos determinantes ou condicionantes de agravos e danos à saúde do trabalhador (BRASIL, 2001).

O estudo apontou 40% de absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem sendo 38% por transtornos mentais, corroborando as evidências da literatura, sinalizando para a necessidade premente de implementação de ações e estratégias do poder público para a identificação de fatores de risco ambiental, decorrentes do trabalho e determinantes do processo saúde-doença dos indivíduos (BRASIL, 2012).

Verifica-se ainda que a redução das taxas de absenteísmo está ligada ao cumprimento da missão institucional, bem como à capacidade de encontrar prazer e satisfação no trabalho, por sua vez relacionados à garantia da saúde, segurança e bem estar do trabalhador, interferindo diretamente na motivação e prestação do cuidado de qualidade (BRYAR; KENDALL; MOGLOTANE, 2012).

CONCLUSAO

Os complexos fatores pertencentes ao conjunto de instrumentos e meios de natureza material e imaterial presentes no ambiente com os quais o trabalhador interage para produzir cuidados em saúde, afetam o trabalhador e podem predispor ao esgotamento, à perda do sentido do trabalho e de forma genérica, ao desgaste e adoecimento, com consequentes ausências ao trabalho.

A flutuação do quantitativo de recursos humanos, principal causa de desgaste informada pelos participantes, tanto pode estar associada a fatores de ordem interna, como gestão de competências e habilidades relativas à organização do trabalho, quanto a fatores de ordem externa, como gestão das macro-políticas em saúde, que restringem financiamento e pertencem à esfera e responsabilidade do poder público federal.

O estudo apontou que 70% dos trabalhadores que se afastaram por doença não possuem outro vínculo empregatício, dado que nos leva a considerar que a carga de trabalho, enquanto quantidade de horas trabalhadas, não representa causa primária de desgaste e sofrimento.

Porém, a flutuação do quantitativo de pessoal em decorrência das altas taxas de absenteísmo doença, acarreta ritmos intensos e acelerados, característica referida por grande parte dos trabalhadores como que inerente ao exercício profissional no mundo do trabalho atualmente, e que nos leva a considerá-lo fator primordial relacionado ao sofrimento mental no trabalho, pois as altas demandas em condições inadequadas, acarretam insegurança, estresse e sofrimento.

O estudo conclui que as ausências ao trabalho são uma realidade incontestável nos dias de hoje, comprometem o cotidiano laboral e o exercício do cuidado amplo e de qualidade, sendo que os fatores de riscos psicossociais no trabalho contribuem com parcela significativa dos agravos e danos à saúde, com consequente afastamentos do trabalho.

A partir da exploração da vivência de sofrimento mental no trabalho, considera-se a hipótese, ancorada nos relatos dos participantes, de que afastamentos do trabalho podem trazer alívio ao sofrimento oriundo da pressão e do estresse resultantes dos fatores apontados no estudo. As ausências ao trabalho representam, nesse caso, um ganho secundário que vem a substituir a satisfação da necessidade primordial de reconhecimento e realização, que por sua vez estão associados à adequação das condições de trabalho, à construção de relações interpessoais que proporcionem apoio e troca, principalmente as verticalizadas, e à necessidade de reconhecimento do fazer do trabalhador, por parte da instituição.

Afirma-se ainda, a necessidade de potencializar os trabalhadores na busca pela valorização e reconhecimento da profissão através da garantia de condições necessárias para um fazer seguro e responsável, assegurando o direito universal à saúde e reafirmando o significado e o prazer que o trabalho poderia lhes proporcionar .

Ressalta-se a importância da realização de pesquisas com foco nos fatores psicossociais do trabalho, uma vez que estes representam altos índice de notificações que geram absenteísmo entre trabalhadores de enfermagem e estão intimamente implicados no processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

ABREU, R. M. D.; GONCALVES, R. M. D. A.; SIMÕES, A. L. A. Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 3, p. 386-393, 2014 .

ASSUNÇÃO, A. A.; LIMA, F. P. A. Aproximações da ergonomia ao estudo das exigências afetivas das tarefas. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo: Roca, 2010. p. 210-228.

AZAMBUJA, E. P. et al. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 658-666, 2010.

BENDASSOLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P., organizadores. **Clinicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo, Editora Atlas S.A. – 2011.

BEZERRA, F. N. ; SILVA, T. M. ; RAMOS, V. P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 25, n. Spe 2, p. 151-156, 2012.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 11 de fev. 2014.

_____. **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à saúde do Servidor Público Federal –

SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto n° 7.602, de 7 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Seção 1, p. 9-10. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 10 fev.2014.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília (DF), 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf. Acesso em: 11 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.823 de 24 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ministério da Saúde, Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 10 jan 2015.

BRYAR, R.; KENDALL, S.; MOGLOTANE, S. M. **Reforming Primary Health Care: a nursing perspective contributing to health care reform, issues and challenges**. International Centre for Human Resources in Nursing. International Council of Nurses, 2012, 62p.

COLENCI, R.; BERTI, H. W. Formação profissional e inserção no mercado de trabalho: percepções de egressos de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 158-166, 2012.

CUNHA, A. P.; SOUZA, E. M.; MELLO, R. Fatores intrínsecos do ambiente de trabalho como contribuintes da síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, 2012. jan/mar. (Ed. Supl.): 29-32. 29. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>. Acesso em: 5 nov. 2014.

FERNANDES et al, 2010. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sócio-demográficas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 19, n. 3, p. 434-442, 2010.

FERREIRA, R. C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 259-268, 2012.

FORTE, E. C. N. **A satisfação no trabalho de enfermeiros em dois modelos assistenciais na atenção básica no Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 141 f. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n.122, p. 303-304, 2010.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. New York: Tavistock/Routledge, 1992.

GOUVEIA, M. T. O. **Estresse e jornada laboral de trabalhadores de enfermagem**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental). Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 44, n. 3, p. 694-701, 2010.

JESUS, B. H. et al . Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 336-345, 2013.

LEMOS, M. R; RENNÓ, C. O; PASSOS, J. P. Absenteísmo na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, [S.l.], p. 13-16, 2012.
. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental>. Acesso em: 7 outubro 2014.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al . Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 3, p. 429-435, 2010.

_____. Avaliação da capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [internet], v. 15, n. 2, p. 523-532, 2013.

MARTINATO, M. C. N. B. et al . Absenteísmo na enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, Porto Alegre , v. 31, n. 1, p. 160-166, 2010 .

MARTINS, C.C.; VALENTE, G.S.C. A interferência do estresse na saúde ocupacional do enfermeiro que atua em emergência hospitalar.

Revista de Enfermagem UFPE Online, Niterói, Rio de Janeiro, abr/jun; 4(2): 533-538, 2010. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/697/pdf_31. Acesso: 4 jul 2014.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 225-233, 2011.

MININEL, V. A. et al. Cargas de trabalho, processos de desgaste e absenteísmo-doença em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1290-1297, 2013.

MONTEIRO, J. K. Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. **Revista Psicologia**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 245-250, 2012.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2. Ed. Rev. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2011. – 224 p.

NEGELISKII, C.; LAUTERT, L. Estresse laboral e capacidade para o trabalho de enfermeiros de um grupo hospitalar. **Revista latino-americana de enfermagem [online]**, vol.19, n.3, p. 606-613, 2011.

OLIVEIRA, C. S.; SIQUEIRA, L. C. C.; ALVES, E.D. Avaliação do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 1, p. 267-278, 2011.

OLIVEIRA, F. M. M., et al. Inserção de egressos do curso de graduação em enfermagem no mercado de trabalho. **Revista Sanare – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 92-98, 2014.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. 2010. Disponível em: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001. Disponível em <http://www.who.int/whr/>. Acesso em: 12 jul 2014.

_____. **Trabalhando Juntos pela Saúde**/Organização Mundial da Saúde. – Brasília, Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf . Acesso: 22 nov 2014.

_____. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais**./OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília:SESI/DN, 2010. Disponível em: <http://prosst1.sesi.org.br/portal/main.jsp?lumPageId=4028E4810FF425820110054743C85DC9&itemId=8A90152A2B5B382B012B77C765511700>. Acesso em: 12 jul 2013.

PIRES, D. E. P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília,v.6, n.2, p. 45-49, 2012.

_____. Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 114-118, 2010.

PORTAL SIAPENET. Secretaria de Gestão Pública – Módulo Saúde. **Ocorrências de Afastamento por Cargo**. 2014 a.Período de Conclusão

Pericial : 08/04/2013 a 08/04/2014b. Disponível em : <https://www2.siapenet.gov.br/saúde/sistemas/consultasGerenciais>. Acesso em: 8 abr 2014.

_____. Secretaria de Gestão Pública – Módulo Saúde. **Ocorrências de Afastamento por Grupo de CID**. 2014 b. Período de Conclusão Pericial : 11/06/2012 a 11/06/2013c. Disponível em : <https://www2.siapenet.gov.br/saúde/sistemas/consultasGerenciais>. Acesso em: 11 jun 2013.

PROCHNOW, A. et al. Capacidade para o trabalho na enfermagem: relação com demandas psicológicas e controle sobre o trabalho . **Revista latino-americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 6, p. 1298-1305, 2013.

PRIMO, G. M. G.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E. Absenteísmo por doença em trabalhadores de uma organização hospitalar pública e universitária. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, supl. 2, p. 47-58, 2010. Disponível em <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/index>. Acesso em: 15 set 2014.

RIBEIRO, A. C. A. et al . Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 623-633, 2011 .

SALERNO, V. L.; SILVESTRE, M. P.; SABINO, M. O. Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo , v. 36, n. 123, p. 128-138, 2011 .

SANCINETTI, et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 45, n. 4, p. 1007-12, 2011.

SANTANA, L. L. et al . Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre , v. 34, n. 1, p. 64-70, 2013.

SANTOS, T. M. B. S.; FRAZÃO, I. S.; FERREIRA, D. M. A. Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, vol, 16, n.1, p. 76-81, 2011. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare>. Acesso: 4 ago 2014.

SCHMOELLER, R. et al . Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011.

SELEGHIM, M. R. et al . Sintomas de estresse em trabalhadoras de enfermagem de uma unidade de pronto socorro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre , v. 33, n. 3, p. 165-173, 2012 .

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Sao Paulo, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SHIMIZU, H. E.; COUTO, D. T.; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 3, p. 565-572, 2011 .

SOUZA, L. M. **Preditores de absenteísmo na enfermagem de um hospital universitário: estudo de coorte**. Tese. 161 f. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SOUZA, N. V. D. O. et al . O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 250-257, 2011 .

UMANN, J. et al. Absenteísmo na equipe de enfermagem no contexto hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.10, n.1, p. 184-190, 2011. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em: 8 setembro 2014.

URBANETTO, J. S. et al . Estresse no trabalho segundo o Modelo Demanda-Control e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 47, n. 5, p. 1180-1186, 2013.

5.2 ARTIGO 2 – AGRAVOS À SAÚDE MENTAL, CONDIÇÕES DE TRABALHO E SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM

AGRAVOS À SAÚDE MENTAL, CONDIÇÕES DE TRABALHO E SOFRIMENTO MORAL NA ENFERMAGEM

Celi Marcia Ghislandi

Flavia Regina Souza Ramos

RESUMO

Objetivos: Discutir a interface entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral, na vivência de trabalhadores de Enfermagem de um hospital de ensino da região sul do Brasil afastados do trabalho por transtornos mentais. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, recorte de um estudo misto sequencial. Foi realizado um censo com 220 trabalhadores que se afastaram por doença entre 2013-2014 e destes, 131 responderam questionário (etapa I de coleta), cujos resultados subsidiaram a etapa II de coleta, por meio de entrevistas semi-estruturadas, com amostra intencional de 14 participantes, dentre os que informaram afastamento por transtornos mentais. Os dados foram organizados no software Atlas.ti 7.0 e analisados mediante análise textual discursiva. **Resultados:** emergiram três macro-categorias: interface entre agravos à saúde mental e condições de trabalho; precarização das condições de trabalho como fonte de sofrimento moral e problemas éticos como fonte de sofrimento moral. **Conclusão:** agravos à saúde mental foram relacionados ao ciclo de absenteísmo doença, à falta de autonomia e ao poder do modelo médico hegemônico. O estudo trouxe visibilidade às vivências de sofrimento moral e seus consequentes impactos à saúde, apontando relações entre o fenômeno e condições de trabalho precarizadas, reafirmando a importância do compromisso do Estado com a saúde integral do trabalhador, como fim e como meio necessários para a atenção qualificada na efetivação de políticas públicas para o SUS.

Descritores: Saúde Mental; Enfermagem; Sofrimento Moral, Saúde do Trabalhador, Condições de Trabalho.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde elegeu o decênio 2006-2016 como a década de valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, ratificando a importância da potencialização da força de trabalho para fazer frente aos desafios pela criação de políticas públicas efetivas e que operem na realidade atual, com vistas à garantia de saúde ampla e de qualidade, garantia constitucional assegurada aos cidadãos brasileiros (OMS, 2007).

A visão hegemônica e cartesiana dos processos de saúde-doença vem se transformando no Brasil, destacadamente a partir do Movimento pela Reforma Sanitária de 1970, onde o até então conceito vigente e reducionista de saúde, dá lugar a um conceito ampliado de saúde, como qualidade de vida que depende não apenas de questões biológicas, mas também do estilo de vida e das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que vivemos, trabalhamos, nos relacionamos e pensamos no futuro, tem sido usado como aporte para a criação de políticas públicas em saúde do trabalhador (OPAS, 1983; OIT, 1985; BRASIL, 2005).

A complexidade do trabalho como campo das múltiplas correlações do processo saúde-doença, aliado a fatores de vulnerabilidade psicológica, biológica e social, interação de forma dinâmica durante o processo de vida, apontando para formas diversas e complexas de sofrimento mental, nem sempre categorizadas como doenças (BRASIL, 2013). Tal sofrimento é evidenciado por queixas associadas de tristeza, ansiedade e sintomas físicos, com períodos de maior ou menor intensidade de sintomas e abaixo do limiar diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo identificado em uma entre duas pessoas que procuram ajuda profissional na atenção básica, e são nomeados de transtornos mentais comuns (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; BRASIL, 2013). De todo modo, os transtornos mentais são doenças causadas por múltiplos fatores de risco, sendo o trabalho fator de risco que pode vir a desencadear distúrbio latente ou agravar doença já estabelecida (BRASIL, 2001).

O estabelecimento de nexos entre dano ou doença e trabalho deve iniciar pela identificação de fatores de risco presentes ou relacionados aos ambientes e condições de trabalho, que de acordo com o Ministério da Saúde são classificados em cinco grupos, sendo os riscos psicossociais, tema do presente estudo, aqueles que decorrem da organização e gestão do trabalho, como ritmo, exigência de produtividade, relações autoritárias, treinamento e supervisão inadequados, entre outros (BRASIL, 2001).

A saúde do trabalhador como direito é tratada na Constituição Federal do Brasil, detalhadamente na Lei Orgânica de Saúde nº 8.080, especificando que ao SUS compete, além de outras atribuições, executar as ações em saúde do trabalhador que, por sua vez, estão também abordadas nas orientações gerais na Lei 8.112/1990 que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos (BRASIL, 1988; 1990).

A saúde como conceito e como política é uma conquista que trouxe mudanças expressivas e seus textos mais recentes, no conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, são a Política Nacional de Saúde e Segurança do Trabalhador, instituída por meio do Decreto 7.062 de 7 de novembro de 2011 e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, pela Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012. Identificam-se como princípios norteadores dos documentos, 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, considerando o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL 2011; 2012).

A trajetória na busca por uma política social que garantisse segurança e saúde integral aos trabalhadores culminou com a recente aprovação de texto oficial da Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS) no âmbito do poder público federal. Esta também enfatiza a integralidade e transdisciplinaridade e organiza-se sob a forma de um Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), instituído pelo Decreto 6.833, de 29 de abril de 2009, com o objetivo de coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores do Governo Federal (BRASIL, 2009).

A abrangência da Política é sustentada em três eixos, sendo o eixo pericial o que se encontra atualmente mais estruturado e estabelecido nas Unidades-SIASS criadas em diferentes órgãos e

idades e apoiadas por um sistema de informações que possibilitará a articulação de uma rede de unidades e serviços de referência para o subsistema.

Sendo os mais numerosos dentre os trabalhadores da saúde, os trabalhadores de Enfermagem não visam apenas o cuidado e a cura, mas a prevenção, promoção e educação para a saúde, sendo-lhes demandados posicionamentos éticos e políticos, destacando-se que o trabalho da Enfermagem constitui-se a partir de intenso investimento psíquico, em sua maior parte pouco reconhecido (TRAESEL; MERLO, 2011). Estes trabalhadores enfrentam inúmeros entraves à prestação do cuidado integral e de qualidade e fatores de risco psicossociais presentes e decorrentes da atividade profissional podem influenciar a saúde física e mental, ocasionando estresse e prejuízos ao trabalho, bem como levar à exaustão e à redução da qualidade do cuidado prestado (HANZELMANN; PASSOS, 2010; PIRES et al, 2012).

Profissionais de enfermagem recém egressos e inseridos no mundo do trabalho referem fatores de sofrimento e desprazer no trabalho associados à falta de compromisso da equipe de saúde; à precariedade das condições de trabalho; à falta de reconhecimento e à falta de autonomia na tomada de decisões, entre outros (SOUZA et al, 2011).

Considerando o trabalho como determinante ou condicionante do processo saúde-doença, buscou-se conexões entre alguns aspectos desta relação ao fenômeno do sofrimento moral, conceito criado pelo filósofo Andrew Jameton (1984) que vem despertando crescente interesse na atualidade, pois descreve o sofrimento psicológico, emocional e fisiológico que pode ser experimentado pela Enfermagem, quando aspectos políticos e estruturais da instituição os constroem ou mesmo os impelem a tomar decisões referentes ao cuidado, contrárias ao que reconhecem como moralmente correto. Pesquisas recentes informam que o sofrimento moral é um fenômeno que afeta especialmente a Enfermagem quando surgem diferenças na percepção da equipe de saúde, do paciente e/ou de familiares acerca do que seria o melhor para o paciente (LUT'ZEN; K'VIST, 2012; PAULY; VARCOE; STORCH, 2012; BARLEN; RAMOS, 2014). Tais divergências impedem que o cuidado siga no curso da ação correta, por questões ligadas a aspectos internos/individuais, como medo de perder o posto de trabalho, insegurança, ansiedade frente ao surgimento de conflitos, ou falta de confiança (JAMETON, 1993; CORLEY, 2002; HAMRIC;

DAVIS; CHILDRESS, 2006). Já os aspectos externos/estruturais dizem respeito à obstinação terapêutica, à comunicação deficiente entre profissionais, pacientes e familiares sobre o processo de morte e morrer, ao uso inadequado de recursos materiais e humanos, à falta de qualificação profissional, ao controle ineficaz da dor, à falsa esperança dada aos pacientes e familiares e à falta de autonomia decorrente da hegemonia do modelo médico assistencial, entre outros (CORLEY, 2002). A consciência dos problemas morais, à nível institucional ou individual e a ausência de apoio e/ou ações diante de tais problemas são uma fonte de sofrimento moral (LUT'ZEN; K'VIST, 2012).

No cenário escolhido, os trabalhadores de Enfermagem de um hospital universitário ocupam o primeiro lugar dos Cargos que se afastaram do trabalho por doença, com 40% do total dos afastamentos, somando 21 mil dias de ausência ao trabalho, entre 2013-2014. Incluindo como filtro de pesquisa os afastamentos por grupo da CID, encontramos 38% de afastamentos por transtornos mentais e do comportamento, ou 169 afastamentos, somando 5592 dias de ausência ao trabalho, no mesmo período (PORTAL SIAPENET, 2013). Os transtornos mentais e do comportamento (Grupo f/CID-10) constituem o segundo agrupamento de doenças a atestar incapacidade para o trabalho, no mundo (OMS, 2001).

Possíveis relações entre agravos à saúde mental e sofrimento moral precisam ser melhor exploradas e este é o objetivo deste estudo. Assim, parte-se do pressuposto de que condições de trabalho precárias e a experiência de sofrimento moral podem trazer comprometimentos à saúde do trabalhador, desencadeando agravos à saúde mental. O sofrimento moral na enfermagem, por sua vez, tem sido continuamente apontado como uma das causas do abandono da profissão, o que justifica a relevância em aprofundar a relação entre este, condições de trabalho e afastamentos por transtornos mentais, contribuindo para embasar e fomentar a criação de políticas e medidas de promoção, prevenção e intervenção nos ambientes e processos de trabalho.

Em face de tal relevância este estudo pretende discutir a interface entre agravos à saúde mental e sofrimento moral na enfermagem, a partir das percepções e vivências dos trabalhadores.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, recorte de um estudo misto sequencial. Na etapa I de coleta foi realizado um censo com 220 trabalhadores que se afastaram por doença entre 2013-2014 e destes, 131 responderam questionário para caracterização de perfil sociodemográfico e laboral (etapa I de coleta). Estes resultados subsidiaram a etapa II, com o objetivo de discutir a interface entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral, com amostra intencional de 14 participantes, dentre os que informaram afastamento por transtornos mentais. Foi utilizada a técnica de amostragem por saturação para o encerramento da coleta e a análise dos dados deu-se mediante análise textual discursiva, sendo utilizado o software Atlas-ti 7.0 (Qualitative Research and Solutions) para organização dos dados qualitativos.

Os participantes assinaram o TCLE, aprovado pelo CEPESH/UFSC sob nº 711.419/2014, após garantida a observância das recomendações da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato, a identificação dos entrevistados foi feita com a letra inicial do cargo (E/TE/AE) seguidas do número cardinal na ordem em que aconteceram as entrevistas.

RESULTADOS

A partir da análise dos dados emergiram três macro-categorias: interface entre agravos à saúde mental e condições de trabalho; precarização das condições de trabalho como fonte de sofrimento moral e problemas éticos como fonte de sofrimento moral.

Interface entre agravos à saúde mental e condições de trabalho

Nesta primeira categoria, os entrevistados foram informados sobre o conceito de condições de trabalho que consta da Política de Atenção à Saúde do Servidor (2009) e solicitados a discorrer sobre os seguintes aspectos: autonomia na prestação do cuidado, relações profissionais entre a equipe e com a hierarquia, recursos materiais e

humanos disponíveis ou ainda outros que não constavam do roteiro da pesquisadora, com o objetivo de explorar a interface entre agravos à saúde mental e condições de trabalho.

Quatro (4) técnicos de enfermagem informaram que a falta de credibilidade e confiança dos enfermeiros no desempenho de suas atribuições, seguimento rígido das rotinas e necessidade de se reportar à hierarquia na busca de respaldo para a realização da rotina, são fatores das condições do trabalho que restringem a autonomia outorgada pelo cargo, causam desgaste e predispõem ao adoecimento. Um (1) participante referiu sentir-se totalmente tolhido no exercício da atividade.

Vinculado ao código de Ética que rege as tuas atribuições, você tem uma certa autonomia e diante disso você pode tomar algumas decisões independente da tua chefia ou da tua supervisão, mas sempre assim com o respaldo deles (TE6).

Eu acho que eu tenho uma autonomia limitada, uma certa autonomia porque nós somos muito cobrados em relação a condição de hierarquia (TE2).

O TE não tem autonomia.... Ela (a enfermeira) não dá autonomia de tu ir lá fazer o teu trabalho, ela vem interferir na tua percepção [...] Então com o tempo tu vira um ser não mais pensante; os outros pensam por ti o que tu tem que fazer (TE12).

Para 3 enfermeiros, o imperativo do modelo médico hegemônico, mesmo quando se tratam de cuidados de enfermagem, é uma condição que dificulta ou impede a tomada de decisões frente ao cuidado amplo, podendo acarretar desgaste e estresse.

O enfermeiro tem uma certa autonomia, mas tem ainda muito essa questão do trabalho do enfermeiro vinculado ao trabalho da medicina, então tem muita coisa que fica emperrado [...] até

as vezes a gente sabe como proceder, mas não depende da gente e depende de uma posição medica, então isso às vezes traz um pouco de angústia, de tu não poder ir mais além porque tá dependendo de uma resposta de outro profissional. (E8)

[...] esbarrou na medicina tu perde autonomia, mesmo para o cuidado que não é função deles, o cuidado da enfermagem. (E5)

Seis (6) participantes, dentre os três cargos, informaram que dispõem de espaço amplo para exercer a atividade com autonomia apropriada ao cargo, que por sua vez foi apontada como fonte de apoio para o exercício profissional e caracterizada pela necessidade de tomar a iniciativa frente à rotina, pelo baixo quantitativo de recursos humanos em decorrência os atestados frequentes e pela importância do trabalho multiprofissional.

[...] eu tinha bastante autonomia, inclusive pela questão do noturno, porque ficava só um enfermeiro no setor x quando eu entrei [...] então a gente tocava tudo, tinha que dar conta de tudo sozinha (E14).

[...] então essa autonomia é muito importante até, eu acho que o bom profissional ele é muito autônomo, ele não espera que venham mandar, ele já sabe o que tem que ser feito (AE7).

Como enfermeiro(a) a gente tem bastante autonomia aqui dentro do HU, a gente tem bastante respeito também das outras categorias profissionais e a gente costuma discutir bastante [...] no dia a dia do trabalho no cuidado direto ao paciente tem várias coisas que a gente tem que tomar decisão (E10).

Outro aspecto das condições de trabalho investigado pelo estudo diz respeito ao relacionamento profissional entre a equipe, sendo informado por onze (11) participantes entre enfermeiros, técnicos e auxiliares, e caracterizado em termos de cooperação, acolhimento e envolvimento, suporte e diálogo aberto, como elementos que contribuem para a realização das atividades cotidianas, são fonte de apoio e de proteção à saúde.

Mesmo eu sendo nova eu fui muito bem recebida, muito bem aceita. (TE6).

[...] ela (a chefia) tá mais junto com a gente, ela se importa com o que está acontecendo. a chefia atual mesmo, só parabéns [...]sim é, muito boa , ela tem uma relação bem diferente com os funcionários, ela sempre ficou do meu lado, me apoiou, perguntou como eu estava, o que estava acontecendo, tentando ajudar (TE 4).

Com a minha equipe acho que o relacionamento é muito bom, não vejo problemas, tenho facilidade pra conversar, pra resolver certas coisas [...] Com a chefia sempre foi tranquilo, tanto com as anteriores [...] claro que nenhuma chefia é perfeita e a gente também não é, sempre tem uns probleminhas ou outros, mas eu sempre tive um relacionamento legal com as chefias, de falar o que penso e eles também. Não tive nunca problema, desde que estou aqui (E9).

Os três (3) participantes que informaram apresentar um relacionamento difícil e conflituoso com a equipe ocupavam, no momento, cargos de chefia.

Na posição que eu estou hoje, é uma posição muito complicada, ocupando um cargo de chefia neste momento, então os conflitos com a equipe são enormes. Corre tudo bem desde que você esteja agradando a equipe em todos os aspectos [...] tu fez uma coisinha que não é possível, por características da instituição, por características

do teu serviço, pronto, tu já não presta mais e já entra em conflito com a equipe. Isso gera um desgaste muito grande (E5).

Então, no geral todos acabam se dando bem, tem os conflitos, lógico, e os conflitos aqui são tempestades num copo d'água, a grande maioria. A grande maioria é uma coisa muito pequena e fica nisso [...] condições de trabalho é uma coisa bem pontual, a falta de profissional que gera muita rotatividade [...] então isso gera conflitos, esse é o maior foco de conflito na verdade, eu acho, porque de resto, no geral, são pessoas que trabalham bem, apesar dos limites que eles tem (E14).

Três participantes, entre enfermeiros e técnicos, referem que as ausências ao trabalho, muitas vezes informadas ao enfermeiro do turno horas ou minutos antes do início do plantão, geram sobrecarga aos demais membros da equipe e os conflitos afloram. Cobranças excessivas por parte do enfermeiro, falta de motivação para exercer a função e queixas excessivas de técnicos e auxiliares quanto à realização das rotinas são características que predisõem ao desgaste e adoecimento.

As vezes fica mais puxado pra uns, o pessoal já fica mais revoltado, fica irritado, vai sobrecarregando, porque sempre são os mesmos que estão fazendo hora extra, cobrindo, sempre são as mesmas pessoas [...] fica puxado, tem mais atrito, um briga as vezes com o outro (TE1).

Num momento difícil da minha vida eu vinha trabalhar com pessoas que reclamavam demais, reclamavam da instituição, reclamavam dos pacientes, ainda reclamam, tem esse perfil (E10).

[...] além dos pacientes que estão bem solicitantes ainda tem elas (enfermeiras) que solicitam demais, então, isso vai sobrecarregando [...] muitas brigas! A pessoa (enfermeira) está ali sentada e você está lá fazendo alguma coisa e te

pedem....ah, coloca um soro num paciente [...] e isso gera conflito, porque se eu vou questionar....mas EU estou pedindo pra você colocar, eu mando e você faz! E isso gera muito conflito (TE12).

O relacionamento profissional com as chefias foi informado por dez (10) participantes como fonte de satisfação, sendo caracterizado por apoio e diálogo aberto, conferindo suporte no cotidiano laboral e durante o processo de adoecimento.

A minha chefia superior [...] é muito tranquilo o relacionamento dela. Ela é uma pessoa muito harmoniosa, que consegue ver as coisas, que consegue ter um discernimento das coisas, ela tem uma característica de apaziguar (E5).

Com chefia sempre foi tranquilo, claro que nenhuma chefia é perfeita e a gente também não é, sempre tem uns probleminhas ou outros, mas eu sempre tive um relacionamento legal com as chefias, de falar o que penso e eles também. Não tive nunca problema, desde que estou aqui (E8).

Quatro (4) enfermeiros informaram que falta de gestão, liderança e eficácia por parte das chefias, assim como falta de envolvimento no cotidiano laboral e durante o processo de adoecimento, foram fontes de estresse e desgaste.

[...] eu não senti uma coisa de me ajudar a encontrar uma solução. [...] eu saí no momento que a unidade estava muito difícil de trabalhar, a sobrecarga, a reforma e tal. E as enfermeiras ficaram desamparadas e elas (chefia superior) não se aproximaram mais da equipe por saber que estava descoberto e tal. [...] a instituição tinha que ter dado um respaldo pra unidade e não deu. [...] não foi previsto uma forma que eu não afastasse, mas também não foi previsto uma

forma que o setor ficasse bem com a minha ausência (E9).

Eu sinto bastante dificuldade com a minha chefia imediata. A gente conversa, tudo, mas a gente não consegue se relacionar muito bem, de modo... solucionar as coisas (E13).

Outro aspecto das condições de trabalho que norteou a entrevista refere-se aos recursos humanos e materiais disponíveis. Doze (12) participantes apontaram altas taxas de absenteísmo na equipe, como fatores que predis põem ao desgaste e adoecimento e interferem na qualidade da prestação do cuidado.

No nosso ambiente de trabalho tem funcionários suficientes, porém tem muitos atestados, então acaba que muitas vezes a gente trabalha com pessoal a menos em decorrência dos atestados. A dificuldade de cobertura em certas épocas do ano, que não tem mais hora extra pra pagar, não tem mais hora plantão pra pagar, então a gente acaba trabalhando mais sobrecarregado (E8).

Os atestados na enfermagem estão sobrecarregando muito os profissionais que trabalham, aqueles que conseguem permanecer dentro da enfermagem ainda. [...] são atestados variados, desde problema de coluna, problema de mão, braço, problema psíquico. (TE7)

Quanto aos recursos materiais, oito (8) participantes informaram, alternadamente, espaço físico precário, carência de equipamentos de última geração e gestão deficitária de serviços de apoio médico-assistenciais e serviços gerais, como fatores que contribuem para o aumento das cargas de trabalho, propiciam desgaste e interferem na prestação do cuidado de qualidade.

[...] o espaço físico do posto (de enfermagem), com a quantidade de pessoas que tem ali dentro [...] isso gera bastante estresse (TE12).

São coisas que não funcionam no hospital e que não tem jeito. [...] isso é um desgaste, não funcionar essas requisições (de serviço), essas manutenções de tomada, tudo uma dificuldade. [...] eletricidade, ar condicionado, vazamento, olha... o caos (E13).

É impossível fazer o cuidado sozinho, fazer a assistência sozinho, tu sempre depende de outros profissionais. [...] tu liga, tu chama, tu reclama, mas nem tudo tá no teu alcance de resolver (E5).

Um (1) participante informou que os medicamentos e materiais básicos fornecidos pela empresa vencedora da licitação costumam ser de boa qualidade no início do pregão e depois tornam-se de qualidade inferior ou mesmo chegam a faltar.

Outro aspecto das condições de trabalho informado por um (1) participante refere-se à presença de estagiários de unidades que foram fechadas, comprometendo a organização do trabalho e acarretando estresse, tendo em vista a precariedade do espaço físico da Unidade em questão.

O que tem acontecido nos últimos meses desde que fechou a unidade de clínica médica III é o tumulto que tem ficado a nossa clínica. porque ai os estágios que eram da medica III também vieram pra cá. [...] às vezes aqui a gente não consegue nem passar no corredor e isso estressa também. [...] às vezes a gente está dando banho num paciente do lado e uma turma com um professor se acha no direito de entrar no quarto e dar aula durante o banho e eu acho isso extremamente desumano e desrespeitoso. [...] é uma coisa bem desumana, isso estressa bastante a equipe, essa lotação de gente aqui dentro da....(unidade). a gente entende que é hospital

escola mas as vezes é demais, demais, é muito!! (E11).

Quanto aos resultados da vivência de sofrimento moral na enfermagem, os participantes mostraram dificuldade de entender o conceito de sofrimento moral apresentado pela pesquisadora, sendo necessário, em alguns casos, uma releitura e explicação minuciosas do mesmo. Emergiram da análise duas macro-categorias: precarização das condições de trabalho como fonte de sofrimento moral e problemas éticos como fonte de sofrimento moral.

Após a leitura do conceito de sofrimento moral um participante fez menção ao assédio moral como possível sinônimo de sofrimento moral.

Três (3) participantes referiram não vivenciar sofrimento moral no cotidiano, pois contornam possíveis obstáculos através do diálogo entre os profissionais que compõem a equipe de saúde.

Precarização das condições de trabalho como fonte de sofrimento moral

A segunda macro-categoria aborda a dinâmica do ciclo de absenteísmo doença, que repercute no quantitativo de recursos humanos e gera sobrecarga, assim como problemas de comunicação e relacionamento, priorização de rotinas rígidas e engessadas em detrimento do cuidado amplo e humanizado, que foram apontada por três (3) participantes como fonte de sofrimento moral.

Acho que todo mundo na enfermagem vive principalmente a sobrecarga [...] a gente ficou um longo período trabalhando com uma enfermeira só de manhã e estava sendo muito desgastante e principalmente por isso a gente sabia que deveria estar fazendo uma coisa com mais atenção, às vezes evoluindo com mais atenção e a gente está fazendo tudo correndo. [...] eu vejo a enfermagem pedindo socorro diariamente, eu vejo a enfermagem minguando no Brasil inteiro, em função da carga horaria, remuneração, condições de trabalho, tudo assim. [...] a gente quer dar

aquilo que acha que deve dar e não consegue, é bem frustrante porque a gente sabe que veio trabalhar disposto a dar o melhor de si e voltou pra casa sabendo que não conseguiu dar o melhor de si porque esbarrou em vários obstáculos (E10).

[...] alguns conflitos entre colegas, algumas coisas que tu tenta fazer na intenção de resolver logo a situação, mas nem sempre todo mundo enxerga da mesma forma. [...] a comunicação aqui dentro ela é muito perigosa. Então as conversas e a coisa como eles interpretam na cabeça deles, que acontece, vira uma certeza absoluta e isso acaba as vezes causando um sofrimento (E9).

Muitas vezes a gente é repreendido, em alguma situação que tem a ver com o acompanhante e acaba tendo meio que esconder e isso é chato, é ruim a gente ter que ficar manobrando as situações assim e isso não é legal. Eu acho que eu não estou aqui pra trabalhar pra ficar manobrando a situação, eu estou aqui pra trabalhar pelo paciente, pra fazer o melhor pelo paciente [...] nesse sentido até a nossa produtividade acaba caindo [...] mas que tem participação no processo de adoecimento, com certeza tem (TE2).

Problemas éticos como fonte de sofrimento moral

A terceira macro-categoria aborda a falta de padronização de condutas médicas, desrespeito às decisões e necessidades do paciente, falta de interesse dos médicos por outros sinais clínicos que não os relacionados à especialidade médica em questão e conflitos de interesses, sendo informado por oito (8) participantes como fatores que acarretam sofrimento moral.

[...] chega no outro horário e outro médico muda tudo, muda antibiótico, muda isso, muda aquilo e quer investir no paciente e a enfermagem fica no meio daquele conflito (E9).

O paciente estava lúcido, conversei com o médico e parece que nada surtiu efeito. Então aquilo me fez realmente sofrer, porque ele tem o direito de decidir o que ele quer, como qualquer pessoa [...] quando o paciente não quer fazer o exame e eles insistem [...] e a dor, ele sentindo dor, ver aquela pessoa chorando, berrando, é algo que machuca, te incomoda de verdade (E11).

O paciente vai se agravando e tu liga, chama pra avaliação do médico e muitas vezes o médico demora pra subir, não acredita no que você tá falando por telefone e a gente vê o paciente piorando, vê a família sofrendo e isso te dá um desgaste muito grande. Tu sabe o que é correto, tu sabe o que precisa fazer, mas tu é limitado pelo sistema, pela situação em si (E5).

[...] porque justamente a especialidade, eles só vêm, prescrevem e nem entram no quarto do paciente. Então daí é onde que incomoda muita gente que a gente tem que estar indo atrás pra pedir um outro parecer (TE 3).

Após a leitura do conceito de sofrimento moral um participante fez menção ao assédio moral como possível sinônimo de sofrimento moral.

Três (3) participantes referiram não vivenciar sofrimento moral no cotidiano, pois contornam possíveis obstáculos através do diálogo entre os profissionais que compõem a equipe de saúde.

[...] não, acho que não vivo essa experiência [...] a gente se vê às vezes em situações onde poderia ser feito de uma forma e é feito de outra, mas é mais pela rotina do hospital e às vezes tu não pode

interferir, não tem mesmo como interferir [...] então o pessoal sempre demora, mas acaba resolvendo (TE4).

Já vivi [...] se bem conversado, não somos impedidos de fazer o melhor pelo paciente [...] então você vai falar com o médico e o médico te diz que não, mas o teu melhor ainda pode ser feito porque o cuidado de enfermagem do paciente não se limita a um remédio, são cuidados [...] você pode conversar, massagear, como a gente faz aqui geralmente (AE7).

DISCUSSÃO

Alguns conceitos centrais que norteiam a recente implementação da Política de Atenção à Saúde do Servidor no âmbito do serviço público federal serviram de aporte teórico para a discussão da primeira macro-categoria ou compreensão do fenômeno de sofrimento mental e suas interfaces com o exercício profissional da Enfermagem no contexto hospitalar. São eles:

Condições de trabalho abarcam as características do ambiente e da organização do trabalho como uma mediação físico-estrutural entre o homem e o trabalho que pode afetar o servidor, causando sofrimento, desgaste e doenças. Já o *ambiente de trabalho* é o conjunto de bens, instrumentos e meios de natureza material e imaterial, no qual o servidor exerce suas atividades laborais e representa o complexo de fatores que estão presentes no local de trabalho e interagem com o servidor. A *organização do trabalho* é o modo como o trabalho é estruturado e gerenciado, desde sua concepção até sua finalização (SIASS, 2010).

Assim sendo, condições de trabalho adequadas incluem aspectos relativos à jornada, ao ambiente de trabalho adequado, a instrumentos de trabalho seguros, tecnologicamente apropriados e em quantidade adequada, ao número e qualificação da força de trabalho e à divisão do trabalho, entre outros (PIRES; LORENZETTI; GELBCKE, 2010).

Desse modo, condições de trabalho constituiu-se categoria teórica que norteou o percurso da entrevista, sendo explorados os

componentes relativos à autonomia na prestação do cuidado, ao relacionamento profissional e aos recursos humanos e materiais disponíveis, comumente citados na literatura como aspectos das condições de trabalho relacionados às ações do enfermeiro na gerência do cuidado e na prática profissional (SANTOS et al, 2013).

O conceito de autonomia possui vários significados e para este estudo utilizou-se o referencial da Bioética, que rompe com as concepções do modelo médico hegemônico, centrado no médico como detentor do poder de decisão sobre o doente, a doença e o tratamento (FERREIRA et al, 2012). Questões ligadas à autonomia nos remetem ainda ao Código de Ética da categoria, que afirma a importância e necessidade do princípio da autonomia para atuar na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões e exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética, contemplando portanto, o princípio da autonomia como condição necessária à saúde (COFEN, 2007; PEREIRA; SILVA, 2013).

No cotidiano de enfermagem, o exercício da autonomia corresponde a uma possibilidade objetiva na qual o profissional tem poder de ação dentro de um conjunto de possibilidades e que, frente às condições que enfrenta nas suas relações de trabalho, ainda precisa vencer certas dificuldades e encontrar espaço para realizar as transformações necessárias ao avanço da Enfermagem como ciência do cuidar (PRZENYCZKA et al, 2012; PIRES, 2013).

Dessa forma, aspectos como a falta de clareza na definição de tarefas, a autonomia cerceada e a exclusão destes profissionais no processo decisório são apontados como aspectos críticos que interferem na relação da gestão com a equipe, aspectos que causam impactos na saúde do trabalhador (SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; PEREIRA; SILVA, 2013).

O relato dos técnicos de enfermagem mostrou predomínio da autonomia parcial na prestação do cuidado, sendo esta cerceada em consequência da falta de credibilidade e valorização na execução de suas atribuições, por parte dos enfermeiros, bem como seguimento rígido de rotinas e procedimentos, imposto por alguns enfermeiros, em detrimento de outros aspectos relativos ao cuidado amplo.

Em alguns depoimentos de técnico de enfermagem, pode-se observar uma certa contradição, pois, mesmo quando referem autonomia no trabalho, o discurso indica a necessidade de se reportar ao enfermeiro quando diante de situações novas que requeiram uma decisão em prol do paciente e do cuidado. Tal comportamento poderia ser fruto da divisão da organização do trabalho, recorrente e própria da modernização capitalista que, segundo Dejours (1994), é fator preponderante da origem do sofrimento mental no trabalho, interferindo no conteúdo da tarefa e nas relações profissionais, favorecendo com isso a dominação, o controle e a exploração da força de trabalho, comprometendo a saúde do trabalhador (MAGNUS; MERLO, 2012).

A falta de autonomia ganhou destaque nas experiências dos participantes ao relacionarem seus processos de adoecimento com o trabalho em si, sendo que um (1) percebeu-se cerceado no exercício das atribuições e apontou estreita relação entre adoecimento e falta de liberdade e mobilidade, que por sua vez acaba engessando a organização do trabalho e das rotinas de Enfermagem e interferindo significativamente na saúde dos trabalhadores. Este destaque é coerente com achados na literatura indicando que profissionais com pouca autonomia e pouco controle do ambiente de trabalho apresentam maior nível de exaustão emocional, comprometendo a qualidade do cuidado prestado e contribuindo para maior insatisfação no trabalho e maior desejo de abandonar a profissão (PANUNTO; GUIARDELLO, 2013).

O modelo de divisão do trabalho entre quem planeja e quem executa, onde os padrões rígidos de organização, com forte concentração de poder ocupam o lugar da gestão descentralizada e flexível, tão demandada para o enfrentamento das mudanças do trabalho na pós-modernidade, restringe a autonomia e predispõe ao desgaste e adoecimento. A expressão da individualidade e o exercício da criatividade ficam comprometidos ou mesmo impedidos diante de um estilo de liderança rígido e inflexível, dificultando a construção de alternativas e estratégias de defesa para o enfrentamento do paradoxo entre o prescrito e o real, que demanda produtividade e excelência na prestação do cuidado, mas não disponibiliza os recursos para tal. Consequentemente, tal restrição acarreta riscos à saúde, interferindo no processo produtivo, no caso, a prestação de cuidado amplo e de qualidade (CAMPOS; DAVID, 2011).

O modelo de gestão participativa desenvolvido pela Enfermagem do HU, enquanto profissão e trabalho, foi corroborado

pelos participantes, porém ainda encontram-se resquícios de liderança rígida e autoritária, comprometendo o exercício da autonomia, mesmo estando o profissional em acordo com as atribuições de seu cargo, considerando que a negociação na definição de papéis, normas e regras enfatiza a necessidade de reconhecimento pelos pares e pela hierarquia, em um modelo de gestão flexível (SHIMIZU; COUTO; MERCHANHAMANN, 2011).

Interligado à questão da autonomia, encontra-se o exercício da liderança que, por meio de uma postura convidativa à participação da equipe na tomada de decisões é visto como atributo fundamental à gerência do cuidado em enfermagem, vindo corroborar a importância da garantia desta condição na prestação do cuidado de qualidade (SANTOS et al, 2013). Ademais, os trabalhadores sentem-se reconhecidos e valorizados quando dispõem de autonomia e participam do processo decisório, podendo repercutir na diminuição da taxa de absenteísmo (BRYAR; KENDALL; MOGLOTANE, 2012).

Concluindo este tópico, verifica-se que a falta de credibilidade e valorização ao exercício das atribuições do técnico de enfermagem, o trabalho automatizado, como também a falta de diálogo e excesso de feedbacks negativos, acarretam insatisfação e perda de motivação, queixas frequentes nos relatos dos participantes (HANZELMANN, PASSOS; 2010). Profissionais de enfermagem recém inseridos no mundo do trabalho referem fatores de sofrimento e desprazer no trabalho associados à falta de reconhecimento e à falta de autonomia na tomada de decisões, entre outros (SOUZA et al, 2011).

Destarte, as consequências trazidas pela reestruturação produtiva e as mudanças no mundo do trabalho na atualidade, vem causando reflexos na qualidade de vida e impactos à saúde deste trabalhador, sendo apontadas como causas, a sobrecarga, a falta de autonomia como consequência da subordinação ao modelo médico-hegemônico e pressões dos chefes, entre outras (SOUZA et al, 2011; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; PEREIRA, SILVA, 2013).

Os enfermeiros apontaram a manutenção do poder médico hegemônico nas decisões que envolvem o doente e o cuidado, extensivo aos familiares e acompanhantes, como aspectos que impedem o cuidado amplo e acarretam estresse.

Problemas advindos da vigência do modelo médico hegemônico comprometem os cuidados em saúde, de acordo com a vivência dos

participantes, em virtude da consequente relação médico-paciente centrada na hipervalorização do aspecto biológico em detrimento dos demais aspectos determinantes do processo saúde-doença. Tais problemas têm apontado para a busca da mudança deste modelo tradicional para outro que vise um atendimento integral, garantindo o direito e acesso à saúde, com respeito aos direitos sociais e individuais, e está ancorado nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área da saúde, que *priorizam, também, a formação de um profissional com uma visão ampliada da clínica e um senso de responsabilidade social, que dê conta não somente de atender ao paciente, mas de torná-lo – e tomá-lo como – cidadão, sujeito único e responsável por sua existência* (GOMES; REGO, 2011, p. 559).

Estas mudanças visam, dentre outros objetivos, ampliar a capacidade de escuta e acolhimento para o atendimento humanizado, com vistas à integralidade do cuidado em saúde, calcado no desenvolvimento de princípios técnicos e éticos encontrando-se, desta forma, alternativas de enfrentamento dos problemas relativos ao poder médico hegemônico que, de acordo com o relato dos participantes, comprometem a autonomia na prestação de cuidados em Enfermagem, causam impacto, desgaste e estresse na saúde do trabalhador (GOMES; REGO, 2011; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; PEREIRA; SILVA, 2013).

O relacionamento profissional entre a equipe e com a hierarquia é um dos aspectos de natureza imaterial relativo ao ambiente de trabalho destacado pelo estudo, tendo sido informado pela maioria, como bom ou ótimo, encontrando ressonância na literatura que afirma que o apoio social oriundo de relações interpessoais caracterizadas por cooperação e a presença de um sentimento grupal de confiança e suporte favorecem o desempenho e a satisfação no trabalho e conseqüentemente protegem dos riscos e agravos à saúde (CAMPOS; DAVID, 2011). Assim, relações interpessoais que favorecem a interação entre os membros da equipe são também apontadas como aspectos facilitadores na inserção de egressos no mercado de trabalho e associadas ao bom desempenho de suas funções (JESUS et al, 2013).

Em contrapartida, os participantes informaram a existência de conflitos, rixas e disputas presentes quando o trabalhador se depara com a carga excessiva durante plantões onde as ausências ocorrem. Piores relações com os médicos, relações profissionais conflituosas, desagradáveis ou mesmo insuportáveis, inadequação do relacionamento

da gestão com as equipes de trabalho, competitividade e intolerância, são aspectos do relacionamento interpessoal que impedem mudanças e melhorias na organização do trabalho, instigam o confronto individual e predisõem ao desgaste e adoecimento, conforme achados em diversos estudos (HANZELMANN; PASSOS, 2010; CAMPOS; DAVID, 2011; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

Numa revisão integrativa da literatura os autores reconheceram a importância do relacionamento interpessoal como atributo que favorece a organização do trabalho e, por suposto, a realização do cuidado, com vistas à diminuição da sobrecarga e agravos à saúde, ampliando assim o leque de interações das cargas de trabalho com o trabalhador, além das comumente conhecidas (SCHMOELLER et al, 2011).

O baixo quantitativo de recursos humanos relacionado às altas taxas de absenteísmo doença foi informado por doze (12) participantes como aspecto que confere desgaste, uma vez que os trabalhadores hígidos necessitam assumir a carga de quem se ausenta do trabalho, gerando um ciclo de absenteísmo, desgaste e adoecimento, evidenciando-se que dimensionamento inadequado acarreta implicações diretas no desempenho das competências do enfermeiro assim como dos demais trabalhadores, e, com isso, prejuízo à prestação de cuidado amplo e de qualidade e à saúde do trabalhador (MAYA; SIMÕES, 2011; SCHMOELLER et al, 2011). Assim, os riscos provenientes da insuficiência de recursos humanos e materiais podem gerar estresse ocupacional e adoecimento, segundo enfermeiros que trabalham em uma unidade de emergência (BARBOSA et al, 2013).

Um estudo no Brasil afirma que a falta de comunicação referente aos aspectos do cuidado, assim como a insuficiência de recursos humanos e materiais aparece como fator determinante no surgimento de conflitos éticos na equipe, tendo em vista o difícil enfrentamento do cotidiano do trabalho, contribuindo para a sobrecarga laboral e o desgaste destes profissionais (CARDOZO et al, 2012).

O espaço físico precário ou em condições insalubres e a ausência de equipamentos de última geração foram significativamente apontados como aspectos que podem comprometer o desempenho das atribuições, a qualidade do cuidado prestado e a saúde, acarretando constrangimento e sofrimento no trabalho e estando diretamente relacionados com o aparecimento de sintomas de lesões por esforços

repetitivos e doenças ósteo-articulares relacionadas ao trabalho (LER/DORT), em especial as dores músculo-esqueléticas, com a consequente diminuição da capacidade para o trabalho (FONTANA; LAUTERT, 2013).

A presença de alunos de estágio de Enfermagem, em maior número e sem a devida orientação do professor supervisor, foi relatada como um aspecto que interfere nas rotinas, em decorrência do espaço físico precário. Este problema foi relacionado por um (1) participante à organização do trabalho e apontado como fator de sobrecarga psíquica e desgaste, podendo ser reconhecido na interface entre as condições de trabalho e saúde do trabalhador, conforme achados de um estudo acerca das cargas de trabalho e condições de trabalho na enfermagem (SCHMOELLER et al, 2011).

Em contraste aos ambientes favoráveis à prática da Enfermagem, estudos apontam que cargas de trabalho excessivas, falta de sistemas de comunicação e infra-estruturas deficitárias, são aspectos que configuram ambiente e condições de trabalho precárias e são responsáveis pelo abandono da profissão (BRYAR; KENDALL; MOGLOTANE, 2012). Quando associados às atuais transformações do mundo do trabalho, tais aspectos conferem incertezas e falta de controle aos trabalhadores e são apontados como riscos psicossociais que podem influenciar na saúde destes, desembocando em um processo de sofrimento e/ou adoecimento (SELIGMANN-SILVA, 2010; GLINA; ROCHA, 2010).

Diante dos dados apresentados ressalta-se a importância da declaração de princípios do Conselho Internacional de Enfermagem, afirmando que a formação de equipes seguras e disponíveis em todas as etapas do processo de cuidado deve estar ancorada no princípio fundamental da categoria, ou seja, a prestação de cuidado amplo e seguro, logo, com vistas à diminuição das condições e organização do trabalho que geram altas taxas de absenteísmo. Por sua vez, a prestação de cuidado de saúde seguro e eficaz envolve vários fatores relacionados às condições de trabalho estudadas, desde dimensionamento adequado da força de trabalho, carga de trabalho gerenciável, existência de uma cultura organizacional que promova saúde e segurança no trabalho, gestão e supervisão adequadas, formação profissional adequada e um espaço físico de alta qualidade, incluindo equipamentos e tecnologias de ponta em saúde (ICHRN, 2013).

Para discussão da vivência de sofrimento moral na Enfermagem, parte-se de afirmações comumente encontradas nas pesquisas, de que é um conceito abstrato e de difícil apreensão, dados os distintos aspectos interpessoais, da estrutura organizacional e do ambiente do cuidado que circunscrevem o fenômeno, dando margens à possíveis confusões na interpretação do processo (MCCARTHY; DEADY, 2008; PAULY et al, 2009; LUT'ZEN; K'VIST, 2012).

Cientes do conceito de sofrimento moral e questionados sobre a existência de possíveis obstáculos do cotidiano de trabalho que poderiam impedi-los de seguir o curso da ação correta em prol do paciente, os participantes afirmaram que viviam a experiência de sofrimento moral no trabalho, associando intimamente o fenômeno às situações relativas à precariedade das condições de trabalho presentes no ambiente hospitalar. Quando questionados acerca da possível relação entre agravos à saúde mental e sofrimento moral, alguns trabalhadores confirmaram tal associação e descreveram o impacto e a repercussão do fenômeno em sua saúde.

A dificuldade inicial em compreender o conceito de sofrimento moral que constava do roteiro de entrevistas pode ser justificada pela referência ao conceito de assédio moral, feita por um participante do estudo, uma vez que assédio é muitas vezes percebido pelo enfermeiro como falta de confiança e crítica às ações realizadas, além de falta de autonomia quanto às decisões referentes ao cuidado (FERREIRA, 2012; FONTES; CARVALHO, 2012).

Dos principais aspectos que perpassam o fenômeno, comumente citados na literatura destacam-se nos relatos, a insegurança frente à prestação do cuidado e a dificuldade no manejo de conflitos, como aspectos individuais relacionados ao sofrimento moral (CORLEY, 2002). A falta de atenção e interesse pelo paciente e o controle ineficaz da dor, por parte de alguns médicos do *staff*, assim como a comunicação inadequada entre profissionais, pacientes e familiares sobre o processo de morte e morrer, a insuficiência de recursos materiais e humanos, a falta de competências e/ou qualificação adequadas da equipe e a falta de autonomia decorrente da hegemonia do modelo médico assistencial foram informados e pertencem aos aspectos estruturais da instituição e da comunidade estudada (CORLEY, 2002; VARCOE et al, 2012). A repercussão e o impacto sucessivos destes obstáculos foram identificados como fonte de sofrimento moral relacionados ao adoecimento e afastamento do trabalho.

Alguns dos aspectos citados pelos participantes aparecem corroborados em pesquisa recente, afirmando que a insuficiência de recursos materiais e humanos que gera aumento da carga para os demais, o controle ineficaz da dor e o manejo inadequado e sem discussão aberta do processo de morte, entre outros, são apontados como uma nova maneira de reconhecer os problemas e entraves ao exercício do cuidado seguro e de qualidade, reconhecendo nestas práticas ou em um ambiente que os impede de agir de acordo com seus próprios padrões éticos, fonte de sofrimento moral (CARNEVALE, 2013).

Apontado apenas em alguns relatos e a partir de aproximações iniciais com o tema, este estudo contribuiu para a compreensão de que a consciência dos problemas identificados como impeditivos da ação apropriada e a ausência de apoio diante de tais problemas podem ser vistas como fonte de sofrimento moral, ou, ainda, que questões éticas relacionadas a conflitos no local de trabalho podem envolver sentimentos fortes e impactantes, mas não necessariamente implicam em conflito entre valores morais, pois cada indivíduo relaciona-se com determinados eventos de forma ímpar, o que pode ou não vir a configurar sofrimento moral (AUSTIN, 2007; LUT'ZEN; K'VIST, 2012; BARLEM; RAMOS, 2014).

No Brasil o estudo do sofrimento moral é incipiente e os pesquisadores vem atuando na direção de explorar o conceito e investigar os ambientes e processos de trabalho que estejam relacionados ao fenômeno. Autores aplicaram a Moral Distress Scale (MDS) validada previamente para a realidade brasileira, e avaliaram a frequência e intensidade do sofrimento moral, emergindo, dentre outros constructos, o desrespeito à autonomia do paciente e condições de trabalho insuficientes como situações do cotidiano laboral relacionadas ao sofrimento moral na Enfermagem (BARLEM et al, 2014).

Estudos recentes no Brasil sugerem a expansão do conceito de sofrimento moral como um

sentimento de impotência experimentado durante jogos de poder nos micro-espacos de ação, levando o sujeito a uma cadeia de eventos que os impele a aceitar imposições, reduzindo sua resistência e possibilidades de ação moral, resultando em manifestações físicas, psíquicas e comportamentais com possíveis impacto e

agravos à saúde (BARLEM; RAMOS, 2014, p. 5).

Na presente pesquisa, foi possível perceber algumas claras referências ao sofrimento moral, quando relacionadas às situações desencadeadoras, como as decorrentes da dificuldade de identificação e manejo adequado de conflitos interpessoais, de recursos humanos insuficientes e dos prejuízos decorrentes do modelo médico hegemônico, que restringe a autonomia do Enfermeiro e não se dispõe à construção de um trabalho interdisciplinar consistente, com vistas a um cuidado amplo e de qualidade. Por outro lado, a maioria das vivências relatadas se limitaram a expressões de sofrimento ou insatisfação no trabalho. O principal elemento diferenciador talvez possa ser atribuído ao fato de saber a atitude correta a ser tomada, envolvendo valor ou princípio ético e sentir-se impedido de efetivar tal ação.

A direção para a pesquisa, a nível global, inclui a importância da compreensão do fenômeno em todas as esferas da prestação de serviços em saúde, retirando-se o foco da responsabilidade individual como causa do sofrimento, com vistas à criação de medidas para a implementação de ações mais assertivas no campo da formação, da práxis, da pesquisa e políticas públicas de atenção à saúde do trabalhador (PAULY; VARCOE; STORCH, 2012).

CONCLUSÃO

Os objetivos do presente estudo foram alcançados, pois foram encontrados resultados que apontaram relação entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral na Enfermagem.

Inicialmente os achados apontaram fortalezas e fragilidades relativas a aspectos materiais e imateriais das condições de trabalho relacionadas ao afastamento por transtornos mentais, encontrando relações entre precarização das condições de trabalho e sofrimento mental, com impactos na saúde do trabalhador, nas relações profissionais e na qualidade do cuidado.

Evidenciou-se como fortaleza a qualidade do relacionamento profissional entre a equipe e com a hierarquia, que em grande parte dos depoimentos foi considerada como suporte para a criação e

desenvolvimento de um ambiente favorável para a prática em saúde, conferindo satisfação e motivação ao trabalhador. Como fragilidade prevalece a questão do quantitativo insuficiente de recursos humanos, em decorrência das altas taxas de absenteísmo, fator impactante nos processos e relações de trabalho, pois acarreta sobrecarga e estresse, com consequentes danos à saúde, gerando o que poder-se-ia chamar de ciclo absenteísmo-doença.

O estudo evidenciou que o sofrimento moral está presente no trabalho da Enfermagem no contexto hospitalar, posto que os trabalhadores reconheceram a existência do fenômeno, mas não puderam apontar a frequência e intensidade com que ele se manifesta, não tendo sido identificados os elementos-chave que estão presentes no processo, como o conflito entre valores morais e os sentimentos de impotência. Os resultados foram relacionados predominantemente à precarização das condições de trabalho que geram impotência e impedem a prestação do cuidado amplo. Os problemas éticos decorrentes da hegemonia do modelo médico que interfere nas decisões do paciente e no processo de trabalho da enfermagem contribuem, se não para desencadear, mas para agravar o processo de adoecimento e, em alguns casos, desejo de abandonar a profissão. Estas vivências foram apontadas como dilemas que dificultam ou impedem a prestação de cuidado amplo e seguro, conforme preconiza o Código de Ética da categoria.

A clareza conceitual necessária para realização de outras pesquisas sobre sofrimento moral vem sendo construída por pesquisadores brasileiros e servirá de aporte para explorar, discutir e compreender com propriedade o processo do sofrimento moral, suas distintas e diversas manifestações e o impacto na práxis e saúde do trabalhador, com vistas à construção de mecanismos de enfrentamento do problema no contexto do trabalho no serviço público, com suas especificidades e limitações.

Conclui-se que o debate acerca da relação saúde e trabalho deve estar atento aos ambientes e processos de trabalho, ressaltando a importância da criação e funcionamento eficaz das Políticas de saúde quanto à integralidade da assistência, tendo como foco a prevenção e a promoção, de forma globalizada e coletiva, porém a escuta atenta aos relatos dos trabalhadores vêm ressaltar a importância de serem atendidas, por essa mesma Política, suas necessidades individuais de acompanhamento e assistência, uma vez que a subjetividade é difícil de

ser acessada e requer para isso uma atenção focada na demanda individual com vistas a diagnosticar, avaliar e tratar o problema, a fim de evitar recidivas e absenteísmo.

REFERÊNCIAS

AUSTIN, W. et al. Moral distress in healthcare practice: The situation of nurses. *HEC Forum*, v. 17, n. 1, p. 33-48, 2005.

BARBOSA et al. Trabalho de enfermagem em emergência hospitalar – riscos psicossociais: pesquisa descritiva. *Online Brazilian Journal of Nursing (Online)*; v. 12, n. 1, p. 2013.

BARLEM, E.L.D. et al. Características psicométricas da Moral Distress Scale em profissionais de enfermagem brasileiros. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 3, 2014.

BARLEM, E.L.D.; RAMOS, F.R.S . Constructing a theoretical model of moral distress. *Nursing Ethics*, p. 1-8, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25366998>. Acesso: dez 2014.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais, Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18112cons.htm. Acesso em: 11 de fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. - Brasília, Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf. Acesso: 12 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília, 2012a. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 3 jul 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília (DF), 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf. Acesso em: 11 out. 2013.

_____. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009.** Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Secretaria de Recursos Humanos do ministério da Saúde, Brasília, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm. Acesso em: 17 mai 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto n. 7602, de 7 de novembro de 2011.** Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Seção 1, p. 9-10. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 10 fev.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823 de 24 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ministério da Saúde, Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 10 jan 2015.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto Constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Sub-Secretaria de Edições Técnicas, 2008. Redação dada pela Emenda Constitucional n. 6, dez. 2010.

BRYAR, R.; KENDALL, S.; MOGLOTANE, S.M. **Reforming Primary Health Care: a nursing perspective contributing to health care reform, issues and challenges**. International Centre for Human Resources in Nursing. International Council of Nurses, 2012, 67 p.

CAMPOS, J.F.; DAVID, H. S.L. Avaliação do contexto de trabalho em terapia intensiva sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 45, n. 2, p. 363-368, 2011.

CARDOZO et al. Conflitos Éticos que Repercutem no Trabalho de Enfermagem em Unidades Obstétricas. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**, v. 6, n. 7, p. 1523-1529, 2012.

CARNEVALE, F.A.. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 66, n. spe, p. 33-38, 2013 .

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 311, de 8 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2007. Disponível em:

http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3112007_4345.html. Acesso em: 23 abr 2014.

CORLEY, M.C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nurs Ethics**, v.9, n.6, p. 636-650, 2002.

DEJOURS, C et al. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

FERREIRA, R.C. et al . Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 259-268, 2012 .

FONTANA, R.T.; LAUTERT, L. A situação de trabalho da enfermagem e os riscos ocupacionais na perspectiva da ergologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 6, p. 1306-1313, 2013 .

FONTES, K.B.; CARVALHO, M.D.B. Variáveis envolvidas na percepção do assédio moral no ambiente laboral da Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 20, n. 4, 761-768, 2012.

GLINA, D.M.R; ROCHA, L.E. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n.122, p. 303-304, 2010.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. New York: Tavistock/Routledge, 1992.

GOMES, A. P.; REGO, S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro , v. 35, n. 4, p. 557-566, 2011.

HAMRIC, A. B.; DAVIS, W. S.; CHILDRESS, M.D. Moral distress in health care professionals. *Pharos*, v. **69**, n.1, p.19-23, 2006.

HANZELMANN, R.S; PASSOS, J.P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p.694-701, 2010.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Safe Staffing Saves Lives**. ICHRN, 2013. Disponível em: www.icn.ch/publications/2006-safe-staffing-saves-lives/. Acesso em: 17 out. 2014.

JAMETON, A. **Nursing Practice: The Ethical Issues**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, v.4, n.4, p.542-551, 1993.

JESUS, B. H. et al . Inserção no mercado de trabalho: trajetória de egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 336-345, 2013.

LU'TZEN, K.; KVIST, B.E. Moral Distress: A Comparative Analysis of Theoretical Understandings and Inter-Related Concepts. **HEC Forum**, v. 24, n. 1, p.13–25, 2012.

MCCARTHY, J; DEADY, R. Moral Distress Reconsidered. **Nurs Ethics**, v. 15, n. 2, p. 254-262, 2008.

MAGNUS, C.N.; MERLO, A.R.C. Sofrimento-prazer: dinâmica do trabalho de profissionais de saúde mental de um hospital psiquiátrico público. **Psico**, v. 34, n. 2, p. 185-192, 2012.

MAYA, C.M.; SIMOES, A.L.A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do

profissional enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 898-904, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001. 205 p. Disponível em: <http://www.who.int/whr/>. Acesso: 23 ago 2013.

_____. **Trabalhando Juntos pela Saúde**/Organização Mundial da Saúde. – Brasília, Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf. Acesso: 22 nov 2014.

PANUNTO, M.R.; GUIRARDELLO, E.B. Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 765-772, 2013.

PAULY, B. M. et al. Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. **Nursing Ethics**, v. 16, n. 1, p. 561-573, 2009.

PAULY, B. M.; VARCOE, C.; STORCH, J. Framing the Issues: Moral Distress in Health Care. **HEC Forum**, v. 24, n. 1, p. 1-11, 2012.

PEREIRA, E.S.S.L; SILVA, A.C.C. Impactos das mudanças nos processos de trabalho dos profissionais de saúde: o que diz a literatura. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 209-224, 2013.

PIRES, D. E. P. Transformações necessárias para o avanço da Enfermagem como ciência do cuidar. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.66, n.spe, p. 39-44, 2013.

PIRES, D. E. P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n.2, p. 45-59, 2012.

PIRES D.E.P., LORENZETTI., GELBCKE F.L.. **Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável**. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2010; Florianópolis, Brasil: CBEn; 2010.

PORTAL SIAPENET. Secretaria de Gestão Pública – Módulo Saúde. **Ocorrências de Afastamento por Cargo**. Período de Conclusão Pericial : 02/05/2012 a 02/05/2013. Disponível em : <https://www2.siapenet.gov.br/saúde/sistemas/consultasGerenciais>. Acesso em: 02 jun 2013.

_____. **Afastamento por Grupo de CID**. Período de Conclusão Pericial : 11/06/2012 a 11/06/2013. Disponível em: <https://www2.siapenet.gov.br/saúde/sistemas/consultasGerenciais>. Acesso em: 11 mai 2013

PRZENYCZKA, R. A. et al . O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 427-431, 2012.

SANTOS, J. L. G. et al . Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013 .

SCHMOELLER, R. et al . Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011 .

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Sao Paulo, v. 35, n.122, p. 187-191, 2010.

SHIMIZU, H. E. ; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, p. 2405-2414, 2012 .

SHIMIZU, H. E. ; COUTO, D. T. ; MERCHAN-HAMANN, E. Prazer e sofrimento em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 3, p. 565-572, 2011.

SOUZA, N. V. D. O. et al . O egresso de enfermagem da FENF/UERJ no mundo do trabalho. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo , v. 45, n. 1, p. 250-257, 2011 .

SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR. SIASS. **Política de Atenção à Saúde do Servidor - PASS**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Recursos Humanos, Brasília, 2010. Disponível em: http://www.ufvjm.edu.br/proace/saude/doc_view/3-documento-do-siass.html. Acesso: 12 jan 2013.

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 , v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011 .

VARCOE C. et al. Moral Distress: Tensions as Springboard for Actions. **HEC Forum**, v. 24, n. 1, p. 51-62, 2012.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do presente estudo, intitulado interface entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral na enfermagem, tendo como aporte teórico a saúde do trabalhador e o trabalho como fonte de desgaste e sofrimento, foram alcançados e contribuíram para corroborar dados de pesquisas sobre condições de trabalho na atualidade, tecendo algumas aproximações ao sofrimento moral.

O perfil sociodemográfico e laboral dos trabalhadores apontou dados comumente encontrados na literatura, cabendo ressaltar que 70% da população estudada não possui outro vínculo empregatício, vindo a fomentar o debate acerca da importância das pesquisas sobre riscos psicossociais no trabalho, fatores subjetivos de desgaste, com destaque para os ritmos acelerados e falta de reconhecimento e valorização do exercício profissional como determinantes e/ou condicionantes dos processos saúde-doença nos ambientes de trabalho.

Os afastamentos por doença na faixa etária entre 20-29 anos foram da ordem de 13% e subiram para 29%, na mesma faixa etária, quando os afastamentos foram por transtornos mentais, dado que nos remete a indagações quanto ao perfil dos egressos de Enfermagem inseridos no mercado de trabalho, no que tange a um descompasso entre a escolha da profissão, o preparo dos alunos durante a graduação e a realidade do mercado de trabalho nos distintos contextos de saúde, ao longo do território nacional.

Os transtornos mentais comuns ou, por vezes, categorias nosológicas menos graves do grupo dos transtornos mentais, são reconhecidos mundialmente como o segundo motivo a gerar absenteísmo em trabalhadores de enfermagem e este, por sua vez e de acordo com os relatos, acarreta um ciclo incessante de desgaste e estresse, visto que compromete o ritmo de trabalho e as relações profissionais, com consequências adversas à prestação do cuidado seguro e de qualidade.

Os participantes contribuíram expressivamente com seus depoimentos sobre as condições e o ambiente de trabalho, mostrando desconhecimento sobre o fenômeno do sofrimento moral, embora confirmassem a experiência de desequilíbrio psicológico decorrente dos

obstáculos presentes no cotidiano laboral que dificultam ou impedem a ação eticamente mais apropriada em relação ao cuidado, corroborando, assim, o pressuposto do estudo quanto à interface entre agravos à saúde mental, condições de trabalho e sofrimento moral na Enfermagem. Reconheceram o impacto do fenômeno na práxis e na saúde, mas, por vezes, associaram o conceito ao fenômeno do assédio moral, mais conhecido e vivenciado pela categoria.

O estudo evidenciou que o sofrimento moral está presente no trabalho da Enfermagem no contexto hospitalar, sendo um fenômeno pouco compreendido, porém vivenciado, em função da abrangência do papel e atribuições da Enfermagem e dos dilemas éticos que surgem quando se apresenta a necessidade de fazer escolhas em prol do paciente. Os trabalhadores reconheceram a existência do fenômeno, mas não puderam apontar a frequência e intensidade com que ele se manifesta, percebendo-se apenas impedidos de fazer o melhor pelo paciente, o que contribui, se não para desencadear, mas para agravar o processo de adoecimento e, em alguns casos, desejo de abandonar a profissão. A partir do relato das vivências de sofrimento moral foi possível apontar algumas aproximações ao fenômeno e os resultados encontrados estão associados à precariedade das condições de trabalho e a problemas éticos que comprometem a qualidade da prestação de serviços em saúde no contexto hospitalar.

Importante ressaltar a noção de que o sofrimento mental no trabalho equivale ao sofrimento moral, a partir do momento em que o trabalhador toma consciência e reconhece os impactos causados pelos obstáculos que impedem a prestação do cuidado de qualidade, embora, não raro, seja um processo de adoecimento silencioso, quase invisível aos olhos da equipe e dos gestores, fazendo o trabalhador deparar-se com o dilema ético de si para consigo, apenas, longe do conhecimento e da gestão institucional.

Nesse sentido, o estudo aponta a hipótese de que o trabalhador, para proteger-se, recorre aos recursos defensivos internos que operam como alívio da pressão resultante dos fatores apontados e impulsionam um mecanismo compensatório, como as ausências ao trabalho, pois estas representam um ganho secundário ao reconhecimento primordial demandado pelo trabalhador nas relações profissionais do cotidiano, tanto as simétricas quanto as verticalizadas, no exercício da atividade laboral e nas expectativas quanto à valorização, por parte da instituição, do fazer do trabalhador.

A recente implantação da Política de Atenção à Saúde do Servidor, que tangenciou o foco do estudo, apresenta subsídios acerca das diretrizes e ações em saúde do trabalhador no serviço público federal, reafirmando a importância do conceito de *prevenção*, na tentativa de evitar danos ou agravos à saúde em decorrência dos riscos presentes nos ambientes de trabalho. Embora o principal foco da Política esteja centrado na *promoção*, como o conjunto de ações dirigidas à saúde do servidor por meio da ampliação do conhecimento da relação saúde-doença e trabalho, o estudo sinalizou sobre a importância de assistência e acompanhamento, entendendo que antes de prevenir e promover faz-se necessário tratar aqueles que já encontram-se adoecidos e, sem o devido suporte, retornam ao trabalho e logo voltam a se afastar, comprometendo a dinâmica da prestação de cuidado de qualidade, bem como o funcionamento harmonioso da equipe.

As Políticas Nacionais em saúde do trabalhador reconhecem, em seus princípios e diretrizes, a importância do estado com a saúde integral do trabalhador como fim e como meio necessários para a atuação qualificada na efetivação de políticas públicas para o SUS. Outrossim, a eficácia dos cuidados em saúde oferecida aos cidadãos depende fundamentalmente da força de trabalho e parece compreensível que a falta do cumprimento dos princípios preconizados pela Política gere o aumento de agravos à saúde, como demonstrado pelo estudo. Ações voltadas ao acompanhamento de saúde poderiam prevenir recidiva dos agravos à saúde mental, bem como promover a saúde ampla e de qualidade aos trabalhadores.

Ambientes seguros para a prática profissional devem potencializar os trabalhadores pelo reconhecimento da profissão e pela busca e garantia de condições necessárias para um fazer seguro e responsável. Faz-se necessário o diálogo e a criação de espaços para discussão de um processo que integre as necessárias abordagens ao que hoje compreende-se como saúde ampla e de qualidade, apontado a direção para novas pesquisas na área, que podem vir a explorar os diversos olhares e constructos relacionados nos distintos contextos de trabalho, com o objetivo de clarear conceitualmente e na práxis, as correlações entre os fenômenos estudados .

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. T. **O Processo de Implementação à Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da integralidade.** 2009. Folhas. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

ASSUNÇÃO, A.A. **Absenteísmo-Doença em Servidores da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2010. (Relatório de Pesquisa).

ASSUNÇÃO, A.A (organizadora). **Promoção e Vigilância em Saúde: guia para as ações no setor público federal,** 1. ed. – Belo Horizonte: [s.n.], 2012, 96 f.

AZAMBUJA, E. P. et al. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 19, n. 4, p.658-666, 2010.

AZEVEDO, B.D.S. Absenteísmo na equipe de enfermagem em unidades de cuidados críticos: uma revisão integrativa. **Revista Universidade Vale do Rio Verde,** Três Corações, v. 12, n. 285-295, 2014.

BARLEM, J. G. T. et al . Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Escola Anna Nery,** Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 347-363, 2012.

BARLEM, E. L. D. **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana.** 2012. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.

BARLEM, E. L. D. et al . Sofrimento moral no cotidiano da enfermagem: traços ocultos de poder e resistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 21, n.1, p. 293-299, 2013.

BARLEM, E. L. D.; RAMOS, F. R. S. Constructing a theoreticl model of moral distress. **Nursing Ethics**, p. 1-8, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25366998>. Acesso: dez 2014.

BENDASSOLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (organizadores). **Clinicas do Trabalho. Novas Perspectivas para Compreensão do Trabalho na Atualidade**. São Paulo, Editora Atlas S.A. 1ª ed. – São Paulo, 304 p., 2011.

BEZERRA, F. N.; SILVA, T. M.; RAMOS, V. P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 25, n. spe2, p. 151-156, 2012 .

BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Anexo II. Lista B. Grupo V da CID-10. [internet]. Pagina eletrônica da Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm. Acesso: 27 maio 2013.

_____. **Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009**. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à saúde do Servidor Público Federal – SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm. Acesso em: 10 out. 2010.

_____. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. **Portaria SRH nº 1.261, 5 maio 2010**. Institui os Princípios, Diretrizes e Ações em Saúde Mental que visam orientar os órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil – SIPEC da Administração Pública Federal sobre a saúde mental dos servidores. Brasília, 2010a. Disponível em: http://www.progepe.uff.br/sites/default/files/servicos/documentos/portaria_saude_mental.1.pdf. Acesso em: 12 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **A Educação Permanente entra na Roda**: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. 2. ed. - Brasília, Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf. Acesso: 12 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde, Brasília, 2012a. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 3 jul 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST). Ministério da Saúde, Brasília, 2011. Seção 1, p. 9-10. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7602.htm. Acesso em: 10 fev.2014.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 17 mai. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília (DF), 2001a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf. Acesso em: 11 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **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. Ministério da Saúde, Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>. Acesso em: 11 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823 de 24 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional da Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Ministério da Saúde, Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.437 de 7 de Dezembro de 2005**. Dispõe sobre a ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST no sistema único de saúde – SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília, 2005b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>. Acesso em: 11 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **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. Ministério da Saúde, Brasília, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 20 dez 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Área Técnica de Saúde do Trabalhador**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 63 p.: il. - (Cadernos de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_12.pdf. Acesso em: 17 out 2013.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008.

BULHOSA, M. S. **Sofrimento Moral no Trabalho da Enfermagem**. Rio Grande: FURG, 2006. 68 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2006.

CAVALHEIRO, G.; TOLFO, S. R. Trabalho e depressão: um estudo com profissionais afastados do ambiente laboral. **Psico-USF**, Itatiba , v. 16, n. 2, p. 241-249, 2011 .

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Cofen 311, de 08 de fevereiro de 2007: aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 13 fev. 2007. Seção 1, p.81-83.

CORLEY, M. C. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. **Nursing Ethics**, v. 9, n. 6, p. 636-630, 2002.

CORLEY, M. C. *et al.* Development and evaluation of moral distress scale. **Journal of Advanced Nursing**, v. 33, n. 2, p. 250-256, 2001.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. Ed. Porto Alegre : Artmed, 2010. 296 p.

DALMOLIN, G. L. et al . Implicações do sofrimento moral para os(as) enfermeiros(as) e aproximações com o Burnout. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 21, n. 1, p. 200-208, 2012 .

DAMM, L. Emotions and moral agency. Philosophical explorations. **An International Journal for the Philosophy of Mind and Action**, v. 13, n. 3, p. 275–292, 2010.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v.14, n.3, p. 27-34, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FORTE, E. C. N. **A satisfação no trabalho de enfermeiros em dois modelos assistenciais na atenção básica no Brasil**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 141 f. Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2013.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo , v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010 .

GLINA, D. M. R. ; ROCHA, L. E. Saúde mental no trabalho: da teoria à prática. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Sao Paulo, v. 35, n. 122, p. 303-304, 2010.

HANZELMANN R.S.; PASSOS J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 3, p. 694-70, 2010.

HAMRIC, A. B. Empirical Research on Moral Distress: Issues, Challenges, and Opportunities. **HEC Forum**, v. 24, n. 1, p. 39-49, 2012.

HAMRIC, A. B.; DAVIS, W. S.; CHILDRESS, M. D. Moral distress in health care professionals. *Pharos*, v. **69**, n.1, p. 16-23, 2006.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário: apresentação. Florianópolis, 2013. Disponível em www.hu.ufsc.br. Acesso: 4 mar 2013.

JAMETON, A. **Nursing Practice: The Ethical Issues**. Prentice-Hall: Englewood Cliffs; 1984.

JAMETON, A. Dilems of moral distress: moral responsibility and nursing practice. **Clinical Issues**, v.4, n.4, p.542-551, 1993.

KIRCHHOF, A. L. C. et al. Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. **Revista Colombia Medica**, v. 42, Supl 1, p. 113-119, 2011.

LACAZ, F.A.C. O Campo da Saúde do Trabalhador: Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Publica**, v. 23, n. 4, p. 757-766, 2007.

LEAO, L. H. C.; CASTRO, A. C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, p. 769-778. 2013 .

LORENZ, V. R.; BENATTI, M. C. C.; SABINO, M. O. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 6, p. 1084-1091, 2010.

LÜTZEN, K.; KVIST, B. E. Moral Distress: A Comparative Analysis of Theoretical Understandings and Inter-Related Concepts. **HEC Forum**, v. 24, n. 1, p. 13–25, 2012.

MAY, T. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. Trad.: Carlos Alberto Silveira Netto Soares, - 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 138 p.

MCCARTHY, J.; DEADY, R. Moral Distress Reconsidered. **Nurs Ethics**, v. 15, n.2, p. 254-262, 2008.

MENEGHINI, F.; PAZ, A. A.; LAUTERT, L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto -Enfermagem**, Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 225-233, 2011 .

MERLO, A. R. C. Sofrimento psíquico e atenção à saúde mental. In: MERLO, A. R. C; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Orgs.). **Atenção à saúde mental**: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf. 2014.

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

MINAYO, M. C. S. et al. Impacto das atividades profissionais na saúde física e mental dos policiais civis e militares do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2199-2209, 2011.

MORAES, R. **Análise textual discursiva**. Roque Moraes, Maria do Carmo Galiuzzi. (Orgs). 2. ed. Rev. – Ijuí: Ed. Unijuí, 2011. – 224 p.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEAO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

NUNES, A. V. L. ; LINS, S. L. B. Servidores públicos federais: uma análise do prazer e sofrimento no trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 51-67, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot>. Acesso: 6 jun 2014.

O'DONNELL, P. et al. Predictors of ethical stress, moral action and job satisfaction health care social workers. **Social Work in Health Care**, v. 46, n. 3, p. 29–51, 2008.

OLIVIER, M.; PEREZ, C. S.; BEHR, S. C. F. Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: o retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários. **Revista de Administração Contemporânea, Curitiba**, vol.15, n.6, p. 993-1015, 2011.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. **Convenção nº 161**, 1985. Convenção sobre os serviços de saúde no trabalho. Disponível em: <http://www.oitbrasil.org.br/node/507>. Acesso: 8 ago 2014.

_____. Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación. 2010. Disponível em:<http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_124341.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de políticas e profissionais.**/OMS; tradução do Serviço Social da Indústria. – Brasília:SESI/DN, 2010. Disponível em:
http://www.who.int/occupational_health/ambientes_de_trabalho.pdf. Acesso em: 12 jul. 2013.

_____. **CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, 10ª Revisão (CID-10). Disponível em www.datasus.gov.br/cid10/V2008/versoes.htm. Acesso: 17 nov 2014.

_____. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**, 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>. Acesso: 17 mai 2014.

_____. **Relatório Mundial de Saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OMS, 2001. 205 p. Disponível em: <http://www.who.int./whr/>. Acesso: 23 ago 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Carta de Otawwa**. Ottawa, 17-21 nov. 1986. Disponível em: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Otawwa.pdf. Acesso em: 20 jul 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n.esp., p. 73-78, 2006.

PASCHOALINI, B. et al . Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 487-492, 2008.

PAULY B. et al. Moral distress in health care symposium. **Final Report to the Canadian Institutes of Health Research**. Ottawa, 2010. Disponível em: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/805.html>. Acesso: 12 jul 2013.

PAULY, B. M.; VARCOE, C.; STORCH, J. Framing the Issues: Moral Distress in Health Care. **HEC Forum**, v. 24, n. 1, p. 1-11, 2012.

PAULY, B. M. et al. Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. **Nurs Ethics**, v. 16, n. 5, p. 561-573, 2009.

PETER, E. Fostering social justice: The possibility of a socially connected model of moral agency. **Canadian Journal of Nursing Research**, v. 43, n. 2, p. 11-17, 2011.

PIRES, D. E. P. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 62, n. 5, p. 739-744, 2009.

PIRES, D. E. P. et al. Inovações tecnológicas no setor saúde e aumento das cargas de trabalho. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n.2, p. 45-59, 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre, Artmed, 2011, 7° ed., 670p.

PORTAL SIAPENET. Secretaria de Gestão Pública – Módulo Saúde. **Consulta Concessão Afastamentos**. Período de Conclusão Pericial : 08/04/2013 a 08/04/2014a. Disponível em : <https://www2.siapenet.gov.br/saúde/sistemas/consultasGerenciais>. Acesso: 8 abr 2014.

_____. Secretaria de Gestão Pública – Módulo Saúde. **Ocorrências de Afastamento por Cargo**. 2014 a.Período de Conclusão Pericial : 08/04/2013 a 08/04/2014b. Disponível em : <https://www2.siapenet.gov.br/saúde/sistemas/consultasGerenciais>. Acesso em: 8 abr 2014.

_____. Secretaria de Gestão Pública – Módulo Saúde. **Ocorrências de Afastamento por Grupo de CID**. 2014 b. Período de Conclusão Pericial : 11/06/2012 a 11/06/2013c. Disponível em : <https://www2.siapenet.gov.br/saúde/sistemas/consultasGerenciais>. Acesso em: 11 jun 2013.

PRZENYCZKA, R. A. et al. O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 427-431, 2012.

RAINES, M. L. Ethical decision making in nurses. Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. **JONA's Healthcare Law Ethics Regulation**, v.2, n. 1, p. 29-41, 2000.

RAMOS, M. Z. et al . Trabalho, adoecimento e histórias de vida em trabalhadoras da indústria calçadista. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal , v. 15, n. 2, p. 207-212, 2010 .

RODRIGUES, E. P. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014.

SALERMO, V. L.; SILVESTRE, M. P.; SABINO, M. O. Interfaces LER/Saúde Mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 128-138, 2011.

SANTOS, T. M. B. S.; FRAZÃO, I. S.; FERREIRA, D. M. A. Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário. **Cogitare Enfermagem**, vol, 16, n.1, p. 76-81, 2011. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare>. Acesso: 4 ago 2014.

SANTOS J.P.; MATTOS, A.P. Absenteísmo-doença na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n.121, p. 148-156, 2010.

SCHMIDT, D. R. C. et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 330-337, 2009.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Sao Paulo, v. 35, n. 122, p. 187-191, 2010.

SUBSISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR. SIASS. **Política de Atenção à Saúde do Servidor - PASS**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Recursos Humanos, Brasília, 2010. Disponível em: http://www.ufvjm.edu.br/proace/saude/doc_view/3-documento-do-siass.html. Acesso: 12 jan 2013.

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 , v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011.

VARCOE, C. et al. Moral Distress: tensions as springboards for action. **HEC Forum**, v. 24, n. 1, p. 51-62, 2012.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Responsabilidade no cuidar: do tempo que nos toca viver como enfermeiros/as intensivistas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo , v. 45, n. 4, p. 876-883, 2011.

VASCONCELOS, M. F. et al . Cuidados paliativos em pacientes com HIV/AIDS: princípios da bioética adotados por enfermeiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2559-2566, 2013.

WALLACE, J. E.; LEMAIRE J. B.; GHALI W.A. Physician wellness: a missing quality indicator. **Lancet**, v. 14, n. 374, p. 1714-1721, 2009.

WEBSTER, G. C.; BAYLIS, F. E. Moral residue. In: RUBIN, S.B.; ZOLOTH, L. (Eds). **Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine**. Hagerstown, University Publishing Group, 2000, p. 217–230.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Celi M. Ghislandi (mestranda) sob orientação da Prof^a Dr^a Flavia Regina Souza Ramos (orientadora), estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **Interface entre Adoecimento Psíquico e Sofrimento Moral na Enfermagem** que tem como objetivo *explorar e discutir a interface entre sofrimento moral e adoecimento psíquico dos trabalhadores de Enfermagem em um Hospital Universitário de Santa Catarina, região sul do Brasil.*

Esta pesquisa poderá beneficiar a enfermagem e a sociedade em geral com novos conhecimentos ou aperfeiçoamento dos já existentes acerca do tema da pesquisa.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da referida pesquisa e, por meio deste termo de consentimento, certificá-lo (a) da garantia de sua participação. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de concessão de entrevista audio-gravada. Não pretendemos expô-lo (a) a riscos ou desconfortos e você tem a liberdade de recusar-se a participar da pesquisa, ou se aceitar a participar, retirar o seu consentimento a qualquer momento, uma vez que sua participação é voluntária. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicarão nenhuma penalização ou prejuízo.

Como pesquisadora coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, pessoalmente ou pelos telefones (48) 9131-9006, (48) 3721-9036, através do email ghislandi.celi@gmail.com ou mesmo pessoalmente. O conteúdo da entrevista poderá ser acessado sempre que desejar, mediante solicitação.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, são assegurados o sigilo e a privacidade da identidade dos participantes, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido(a) sobre a natureza e objetivo da pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando as autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____.

RG/CPF: _____.

Data: ____/____/____.

Assinatura ou impressão datiloscópica: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

1) Descreva/relate o processo de adoecimento psíquico que o levou a se afastar do trabalho.

Condições de trabalho são as características do ambiente de trabalho. Trata-se de uma mediação físico-estrutural entre o homem e o trabalho que pode afetar o servidor, causando desgaste e sofrimento e/ou doenças.

2) Nesse caso, descreva se e como os seguintes aspectos das condições de trabalho tem relação com o seu adoecimento.

- Autonomia na prestação do cuidado;
- Relacionamento na equipe;
- Relacionamento com chefias;
- Recursos humanos e materiais;
- Outros.

Considere a seguinte definição (JAMETON,1984; CORLEY, 2002):

SOFRIMENTO MORAL é uma experiência ou situação em que:

- você sabe qual a atitude eticamente apropriada a assumir , e
- você acredita que não pode assumir tal atitude em razão de obstáculos, limitações ou conflitos existentes no trabalho.

- Ou seja, não consegue atuar de acordo com seus conhecimentos ou preceitos morais

3) Nesse caso, indique **5 (cinco)** situações do seu processo de trabalho que, aparentemente, lhe provocam sofrimento moral e para cada uma das situações indicadas assinale na escala ao lado a **intensidade de sofrimento** moral vivenciada e a **frequência** em que essa situação ocorre.

		Intensidade						Frequência							
		nenhum			muito			nunca			muito				
Experiência ou situação de SOFRIMENTO MORAL		Intenso							frequente						
		0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6
01															
02															
03															
04															
05															

Fonte: Adaptação do Projeto Integrado de Pesquisa do GRUPO PRAXIS do PEN/UFSC (2013)

- 4) Você percebe relação entre a experiência ou situação de sofrimento moral indicada acima e seu adoecimento psíquico?
- 5) Qual a repercussão em seu trabalho?
- 6) Descreva aspectos facilitadores e dificultadores no retorno ao trabalho
- 7) Você recebeu alguma forma de apoio/acompanhamento da instituição após o retorno?