UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANA CÉLIA DE FREITAS RAMOS TAVARES

PERCEPÇÃO DA DOR PELOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PALMAS/TOCANTINS

PALMAS - TOCANTINS
2018/1

ANA CÉLIA DE FREITAS RAMOS TAVARES

PERCEPÇÃO DA DOR PELOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PALMAS/TOCANTINS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profª. Dr ª Marta Azevedo dos Santos

Co- Orientação: Prof. Dr. Jamir Sardá Jr.

PALMAS – TOCANTINS

2018/1

ANA CÉLIA DE FREITAS RAMOS TAVARES

PERCEPÇÃO DA DOR PELOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE PALMAS/TOCANTINS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Data de Aprovação: Palmas – TO, 13 de Junho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª Marta Azevedo dos Santos
Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Leonardo Rodrigo Baldaçara.
Professor da Universidade Federal do Tocantins

Profª. Drª Leila Rute Oliveira Gurgel Amaral
Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Tocantins

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Ana Maria e Wilton, que muitas vezes se doaram e renunciaram aos seus sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. Quero dizer que essa conquista não é só minha, mas nossa. Tudo que consegui só foi possível graças ao amor, apoio e dedicação que vocês sempre tiveram por mim. Sempre me ensinaram agir com respeito, simplicidade, dignidade, honestidade e amor ao próximo.

AGRADECIMENTOS

Agradecer não é tarefa fácil, não pelo ato em si, mas pelo temor de não fazermos justiça ao esquecermos alguns daqueles que inspiraram a nossa ação nessa caminhada que se iniciou há dois anos. Obviamente os que estão mais próximos de nós serão sempre citados, comemorados, denominados. Porém há tantos outros que se ofereceram ao diálogo, intencionalmente ou não, e fizeram parte dessa construção que também merecem nosso obrigada, mesmo que não sejam explicitamente lembrados. Meu primeiro agradecimento está direcionado à Luz Divina. Porque acredito na força que dela emana e delimita nossos caminhos, nos conduzindo a determinadas escolhas que nos permitem ser e estar nesse mundo para cumprir uma missão. Minha família, que é o alicerce mais forte de minha existência, me permitiu ser o que sou pela força afetiva que me impulsionou em absolutamente todos os momentos, com palavras de amor, de atenção, de entusiasmo, de orgulho, de doação. Meus pais, tenho certeza de que não seria possível sem vocês. Aleandro, Sara e Assis, perdão pela ausência, obrigada pela doação e compreensão. Tudo o que me move resulta da importância que vocês têm em minha vida. Àos meus orientadores, em especial a professora Marta Azevedo dos Santos, por aceitar compartilhar comigo mais esse desafio. Pela indescritível força de sua voz em meu trabalho, pelo belíssimo exemplo de sabedoria e humildade do mestre que você se tornou em minha caminhada, gratidão eterna. Aos demais professores do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde que estiveram sempre dispostos a servir de base na construção deste trabalho. Finalizo este, agradecendo e destacando a importante e imprescindível participação dos profissionais de enfermagem neste trabalho e deixo aqui registrado meu orgulho de poder contribuir para o conhecimento de sua importância e dedicação junto ao HGP.

A dor está no cerne da relação do indivíduo com o mundo e de sua experiência acumulada com ele, ultrapassando, portanto, as configurações do signo clínico, postas pela medicina. Penetra as experiências pessoais prenhes de significação, interpretação e explicação, sempre mediadas pela cultura, pelas relações sociais e subjetividade. A abordagem antropológica da experiência da dor e da enfermidade, como sofrimentos experimentados pelos enfermos, é uma forma de aproximar-se dos adoecidos, não ouvidos pela medicina.

(David Le Breton)

RESUMO

Percepção da dor pelos profissionais da enfermagem portadores de insuficiência venosa crônica em um Hospital Público de Palmas / Tocantins

A dor esta presente na rotina diária da enfermagem não somente na assistência aos pacientes, mas como queixa destes profissionais. Esta pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e analítica, realizada no HGP tem por objetivo analisar a dor pela compreensão dos profissionais de enfermagem portadores de insuficiência venosa crônica, relatar aspectos da rotina diária que influenciam na percepção dolorosa, assim como identificar fatores desta rotina que agravam ou atenuam a queixa de dor. Os dados foram coletados no Hospital Geral de Palmas /Tocantins, no período de Novembro de 2017 a Janeiro de 2018, na unidade da Central de Material Estéril, através de entrevistas semiestruturadas com 20 profissionais e de observações do ambiente de trabalho. Os resultados apontam ser comum a ocorrência de problemas de saúde orgânicos e psíquicos decorrentes principalmente do estresse e do desgaste provocado pelas condições de trabalho, com reflexos nas condições de vida. A dor relatada pelos profissionais entrevistados encontra se fortemente relacionada com a rotina de trabalho. A análise do ambiente e rotina de trabalho, associada à questão de gênero e à especificidade da atividade de enfermagem, contribuiu para melhor compreensão da queixa de dor relatada por estes profissionais.

Palavras-chave: dor; insuficiência venosa; profissional da saúde; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Perception of pain by nursing professionals with chronic venous insufficiency at the Public Hospital of Palmas / Tocantins

Pain is present in the daily routine of nursing not only in patient care, also as a complaint of these professionals. This qualitative, descriptive and analytical research performed at HGP aims to analyze pain by the understanding of nursing professionals with chronic venous insufficiency, reporting aspects of daily routine that influence pain perception, as well as identifying factors of this routine that aggravate or lessen the pain complaint. The data were collected at the General Hospital of Palmas / Tocantins, from November 2017 to January 2018, at the unit of the Material Sterile Center, through semi-structured interviews with 20 professionals and observations of the work environment. The results indicate that the occurrence of organic and psychic health problems due to stress and wear and tear caused by working conditions, with repercussions on the living conditions, is common. The pain reported by the professionals interviewed is strongly related to the work routine. The analysis of the environment and work routine, articulated to the issue of gender and the specificity of nursing activity, contributed to a better understanding of the pain complaint reported by these professionals.

Keywords: ache; venous insufficiency; health Personnel; Worker's health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Vias de Transmissão da Dor.....14

Figura 2 - Processamento neuropsicológico da dor.....15

Figura 3- Unidades de Registro, Unidades de Contexto e Categoria final de Análise identificada nas entrevistas com os profissionais do HGP- TO.....27

Figura 4 - Modelo dinâmico de presenteísmo e absenteísmo.....49

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Dados de identificação das participantes da pesquisa 24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEAP	Clinical manifestations, Etiologic factors, Anatomic distribuition of disease, Pathophysiologic findings
CME	Central de Material Estéril
DVC	Doença Venosa Crônica
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
FR	Formação Reticular
HGP/TO	Hospital Geral de Palmas / Tocantins
IASP	Associação Internacional para Estudos da Dor
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNH	Política Nacional de Humanização
RDC 15	Resolução da Diretoria Colegiada 15
SNC	Sistema Nervoso Central
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 12
1.1 DOR: A BUSCA PELA COMPREENSÃO DO FENÔMENO. 12
1.2 A NEUROFISIOLOGIA DA DOR 13
1.3 AVALIAR OU MENSURAR A EXPERIÊNCIA DOLOROSA? 16
1.4 A DOR DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM. 17
1.5 VARIZES DE MEMBROS INFERIORES E DOR 21
2. OBJETIVO 22
2.1 Objetivo geral 22
2.2 Objetivos Específicos 22
3. MATERIAL E MÉTODOS 22
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES 24
4.1 Identificação das participantes. 24
4.2 Diário de Campo 26
4.3 Categorização dos dados 26
5. CONCLUSÃO 54
6. PERSPECTIVAS 55
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 56
8. ANEXO 1 : ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA 62
9. ANEXO 2 : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 63
10. ANEXO 3: CLASSIFICAÇÃO CEAP DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA 65
11. ANEXO 4: REGISTROS DO DIÁRIO DE CAMPO 66

1. INTRODUÇÃO

1.1 DOR: A BUSCA PELA COMPREENSÃO DO FENÔMENO.

Desde os primórdios da história da humanidade são inúmeras as tentativas de desvendar os fatores envolvidos na gênese da dor e como ela pode ser compreendida em toda a complexidade que o fenômeno doloroso apresenta. Certamente o significado da dor é mais que a dor por si só, e amiúde é razão para a sensação ser interpretada como sofrimento (MELLO, 2010).

O Homem primitivo atribuía a dor a divindades, demônios, espíritos, e a tratava com uso de amuletos e feitiçarias a fim de afugentá-la. Na Grécia antiga, Hipócrates postulou a existência de humores que, quando desequilibrados, resultavam em dor; Aristóteles, que considerava a dor uma experiência emocional, descreveu-a como um espírito que entra por um ferimento. Quatro séculos depois (século II), na Roma antiga, Galeno, que estudou a fisiologia sensorial, ressaltou o valor do sistema nervoso central e periférico e afirmou que a dor era um sinalizador da existência de alterações, e possuía, portanto, a função de alertar e proteger o indivíduo. Esta ideia juntamente com a filosofia aristotélica dominou a Idade Média (BONICA, 1990).

No Cristianismo, século XII, a dor foi referida como provação e, devido a este fato, ela deveria ser tolerada, assim como Cristo a tolerou agonizante, torturado e sofredor (REY, 1995).

Em 1664, o filósofo francês René Descartes, um dos primeiros filósofos ocidentais, descreveu detalhadamente a via somática sensorial em seres humanos e fez a distinção entre o fenômeno neural de transdução sensorial e a experiência perceptiva da dor (BONICA, 1990). Nos séculos XVII e XVIII, o estudo do corpo e das sensações continuou a ser uma fonte de descobrimento para os filósofos. A medicina começou a se basear na observação, o que permitiu a compreensão de como as sensações eram produzidas e transmitidas. As tentativas de definição e mensuração da sensibilidade fizeram com que a dor passasse a ser vista como sinal de alarme; e o interesse voltou-se para os tipos de dor, localização, avaliação, mecanismos e também para relatos de doentes (REY, 1995).

No início do século XIX, os textos médicos davam grande atenção à relação entre “dor física” e “dor mental”. Os avanços na neuropatologia e medicina experimental geraram grande quantidade de fatos sobre as características da sensibilidade à dor. O interesse pelos aspectos concretos da dor e seu valor semiológico foi consequência do desenvolvimento clínico, que precedeu o importante período de medicina experimental (REY, 1995).

Na busca pela compreensão do complexo fenômeno doloroso no final do século XIX, teorias sobre os mecanismos fisiológicos da dor destacaram-se: a teoria da especificidade, que propunha um sistema específico e isolado de transmissão que carregaria mensagens dos receptores de dor da pele ao cérebro e não previa fatores moduladores e psicológicos influenciando este mecanismo; a teoria da intensidade, que sugeria que todo estímulo sensorial seria capaz de produzir dor, uma vez que alcançasse intensidade suficiente; e a teoria afetiva referindo que a dor não possuía apenas uma qualidade sensorial, mas também uma qualidade afetiva, surgindo assim como uma terceira opção não fisiológica para a compreensão do processo doloroso. Entretanto, as teorias produzidas neste período não se integravam a fim de desvendar todos os aspectos do complexo fenômeno doloroso (BONICA, 1990; MELZACK &WALL, 1991).

No século XX, precisamente no ano de 1965, o psicólogo Ronald Melzack e o fisiologista Patrick Wall criaram a Teoria da Comporta de dor, teoria esta que levava em consideração todas as evidências fisiológicas, somação central, padronização e modulação dos impulsos, assim como a influência dos fatores psicológicos. A teoria afirma que a transmissão sináptica da informação nociceptiva pode ser regulada como um portão no corno dorsal da medula espinhal, através da atividade de outras vias. Esta teoria forneceu bases para a construção do conceito de interação sensorial, segundo o qual diferentes unidades do sistema nervoso interagem entre si integrando informações sensoriais, relacionando experiências prévias e gerando sensações dolorosas individualizadas, esclarecendo de forma mais clara o complexo fenômeno doloroso (MELZACK &WALL, 1991).

1.2 A NEUROFISIOLOGIA DA DOR

Para que pudesse estudar a dor sob todas as suas dimensões tornou-se necessária a compreensão de sua neurofisiologia. A dor se inicia através de um estímulo nocivo que, ao atingir os tecidos, liberam substâncias algiogênicas que ativam receptores sensoriais especializados, os nociceptores, que constituem os receptores farmacológicos dos axônios de células nervosas. Estes desencadeiam a condução elétrica, levando a informação dolorosa de sua origem periférica à medula espinhal, de modo que, por via específica no cérebro, a informação é identificada e se transforma em sensação de dor (TEIXEIRA & PIMENTA,1994).

A sensação dolorosa é, portanto, desencadeada quimicamente e transmitida sob a forma de impulsos elétricos, que trafegam ao longo de fibras nervosas. Os impulsos elétricos são conduzidos para a medula espinhal por três tipos de fibras: as fibras A- beta (mielinizadas,

de grande diâmetro e condução rápida), as fibras A- delta (mielinizadas, de pequeno diâmetro) e as fibras C (não mielinizadas, de pequeno diâmetro e condução lenta). Entre os receptores periféricos e o cérebro existem duas vias mediadoras dos estímulos dolorosos: a paleo-espinotalâmica – via lenta, e a neo-espinotalâmica – via rápida (GUYTON, 2006).

A via Paleo-espinotalâmica (Slow Pain Fibers, fig. 1) faz conexões com a formação reticular – FR, e está muito relacionada aos componentes afetivos da dor. Além da FR, essa via se conecta também com outras áreas do cérebro: hipotálamo medial, substância cinzenta que margeia o aqueduto de Sylvius (periaquedutal) e ao terceiro ventrículo do diencéfalo. Essas áreas comandam o comportamento de defesa e de fuga pela ação no sistema límbico. Conduz a dor lenta e pouco definida, de localização difusa, devido respectivamente a neurônios mais curtos (com maior número de sinapses) e falta de somatotopia, devido à difusão inespecífica da FR (GUYTON, 2006).

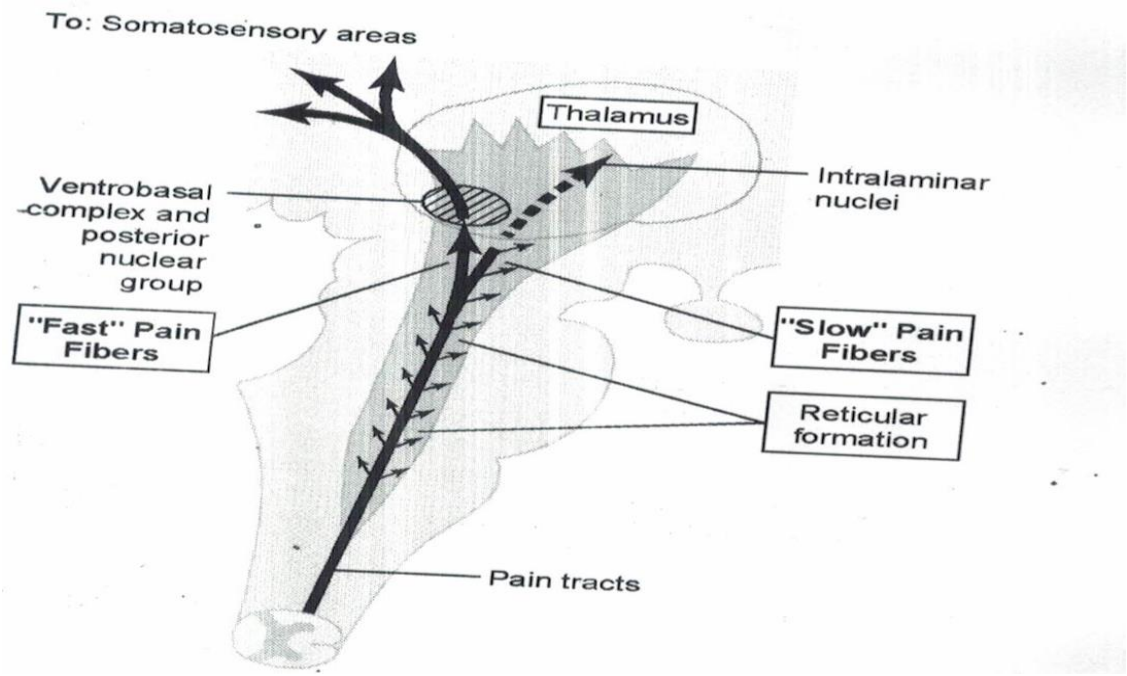


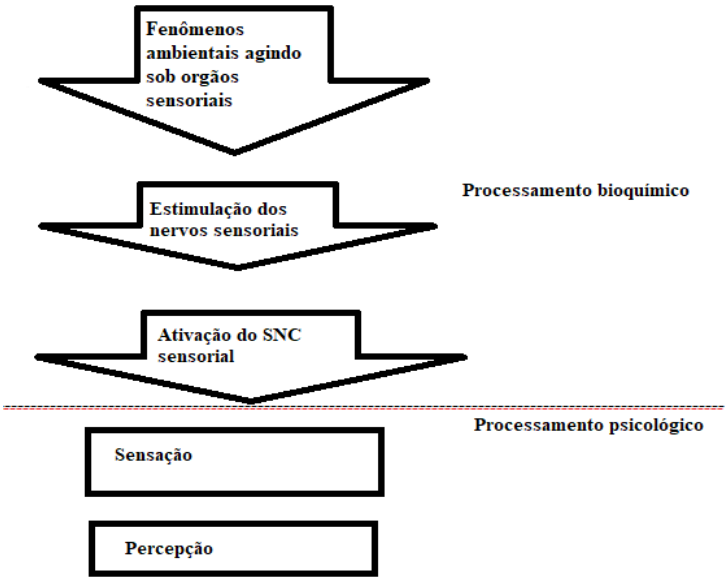
Figura 1 - Vias de Transmissão da Dor (Guyton, 2006)

A via Neo-espinotalâmica (Fast Pain Fibers, fig. 1) é formada por uma cadeia de três neurônios. O primeiro neurônio (aferente) tem suas terminações na periferia e aloja-se em gânglios situados próximos ao SNC. Conduz a informação da periferia para o SNC. Tem forma de T no próprio gânglio, sendo que um ramo se dirige à superfície e outro às vísceras; o outro ramo estabelece contato com o segundo neurônio (aferente secundário) que, por sua

vez, faz sinapse com o terceiro neurônio (aferente terciário), localizado no tálamo. Algumas fibras do feixe neo-espinotalâmico terminam em áreas reticulares do tronco cerebral, porém muitas delas seguem até o tálamo, em sua maior parte no complexo ventrobasal. Dessa área, os sinais são transmitidos a outras áreas basais do encéfalo e ao córtex sensorial somático. Por ser direta, rápida, fidedigna e específica para cada unidade sensorial, esta via permite boa discriminação do local e da intensidade da dor (somatotopia), e é responsável pela dor aguda, transmitindo principalmente dores em pontadas e térmicas (GUYTON, 2006).

A sensação é um processo fisiológico que consiste numa espécie de apresentação isolada das qualidades dos objetivos constituindo a base da percepção. É, por conseguinte, a via através da qual entramos em contato com o meio e que está, portanto, na origem do conhecimento, fornecendo-lhe os elementos imediatos e sensíveis que vão ser objetos de um processo de interpretação e organização a que chamamos de percepção, a qual apresenta um processamento psicológico (fig. 2). A interpretação que cada um dá a um determinado objeto ou fato (realidade), nada mais é do que a percepção que ele teve desse objeto/fato (realidade); desta forma, a interpretação é individual, depende da personalidade do indivíduo, ou seja, depende da subjetividade de cada um. Sendo assim o estado psicológico do indivíduo é um dos fatores determinantes da percepção (LURIA, 1998).

Figura 2 - Processamento neuropsicológico da dor .



Fonte: Elaborada pela autora, baseado em MELLO, 2010;LURIA, 2010.

Quando se compreende a neurofisiologia da dor, aparecem questões sobre a forma de diagnosticá-la, e a indagação se podemos avaliá-la ou mensurá-la, é o que se discorre a seguir.

1.3 AVALIAR OU MENSURAR A EXPERIÊNCIA DOLOROSA?

A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) define a dor como uma experiência emocional, sensitiva, de caráter desagradável, provocada ou não por lesão real ou em potencial dos tecidos do organismo. Nessa definição fica contemplado o componente sensitivo, o componente emocional e o componente cognitivo e avaliativo. Todos esses componentes fazem parte ou contribuem para a experiência subjetiva da dor (FRUTUOSO, 2004).

Esta definição coloca explicitamente a importância do componente subjetivo da dor, e talvez seja esta sua maior valia. Em outros termos, sempre existe dor quando alguém se queixa de dor (com exceção dos simuladores), haja ou não um estímulo nociceptivo reconhecido (MELLO,2010).

Sendo assim, os comportamentos manifestos de dor observados em posturas, gestos, expressões faciais, verbalizações (auto relato), e aspectos socioculturais, tais como: atividade de trabalho, contexto ocupacional, nível de educação, organização social, estilo de vida, ganhos financeiros, comportamentos de fuga e esquiva de situações e/ou responsabilidades, estão todos relacionados com a construção da percepção de dor (MERSKEY, 1967; STERNBACH, 2013).

Avaliação e mensuração da dor são frequentemente usados como sinônimos, mas muitos autores entendem que é importante distingui-los. Mensuração é uma tentativa de quantificar a experiência individual em comparação com outros, enquanto avaliação é parte de um processo global e muito mais amplo que uma simples mensuração (MCGUIRE, 1992).

Avaliar a dor é um termo abrangente que implica descobrir a natureza e o significado da experiência dolorosa (estímulos que a provocam, fatores agravantes e de alívio, efeitos da dor na vida diária, respostas à dor, fatores psicológicos, sociais e espirituais, padrões, tipos de dor, duração, localização, intensidade e outros), ou seja, engloba um conjunto de informações que identificam a história da dor (TWYCROSS, 2003). Torna se necessário portanto para a compreensão da dor a análise destes aspectos.

Cada indivíduo utiliza de maneira isolada ou simultânea modalidades específicas de lidar com a dor, que pode ir da capacidade de a conter mentalmente, de a elaborar, à necessidade de a expulsar, de negar, de desprezar. A atitude face à dor, os comportamentos de resposta variam consoante a sua condição social, a sua cultura, os contextos de vida, a sua história pessoal e a sua personalidade (FLEMING, 2003).

Não existe um instrumento padrão (único e invariável) que permita a um observador externo de forma objetiva mensurar a dor, uma experiência interna, complexa e genuinamente

pessoal. A dor não pode ser objetivamente determinada por instrumentos físicos que usualmente mensuram o peso corporal, a temperatura, a altura, a pressão sanguínea e o pulso. Aspectos cognitivo-comportamentais, socioculturais, de personalidade, dentre outros, podem influenciar na percepção da experiência dolorosa. Dessa forma, a avaliação da dor deve abarcar, na medida do possível, todas essas dimensões (motivacional-afetiva; sensorial-discriminativa e cognitiva-avaliativa) e questioná-las: qual a extensão e magnitude da doença ou sintoma, como a dor interfere na vida do paciente e quais as limitações impostas por ela, e quando e como os sintomas podem estar sendo alterados por aspectos sociais, emocionais ou comportamentais (ANGELOTTI, 2005).

Visto que a dor é uma experiência genuinamente subjetiva, apenas aqueles que a sentem podem determinar sua severidade e também a adequação de seu alívio. Em outras palavras, apenas a perspectiva do paciente é a correta e, portanto, suas auto avaliações são as mais acuradas e confiáveis (FIELDS, 1999).

Com base nesta discussão teórica, surgem os questionamentos: como caracterizar dentro da sua complexidade o fenômeno da dor de maneira fidedigna e individualizada? O que a dor expressa? O que significa a dor na expressão da subjetividade? A dor pode estar relacionada aos processos de trabalho? E ao processo os trabalhadores da saúde?

Diante destas questões que surgem sobre o fenômeno dor e saúde, esta investigação reconhece como importante explorar a dor do Profissional da Saúde.

1.4 A DOR DO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM.

As transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores de forma intensiva. Dejours (1994) faz referência a três aspectos da realidade: o primeiro deles refere-se à realidade do ambiente material, sendo que com este é necessário fazer-se compromisso; o segundo é a realidade afetiva, relacional, familiar, ou seja, toda a vida mental, psíquica e suas relações; o terceiro é a social, no qual a organização do trabalho deve ser destacada, face às suas implicações na saúde dos indivíduos. Para a compreensão da dor do profissional da enfermagem torna-se necessário o conhecimento da saúde deste profissional e a relação entre o trabalho e saúde, baseando-se na vivência do sujeito. É ele que realiza o trabalho, é dele que se exige o empenho para fazer o trabalho, é ele quem analisa as condições que tem para realizá-lo, é ele que sofre o desgaste físico, mental e emocional, é ele que, por fim, adoece, sofre acidentes e morre (DEJOURS ; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Segundo relatório da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), um dos itens a serem considerados na análise da situação de saúde são as condições de vida, ambiente e trabalho, com ênfase nas relações entre saneamento, alimentação, habitação, ambiente de trabalho, poluição, acesso à informação e serviços de saúde e seu impacto nas condições de saúde dos diversos grupos da população. Desta maneira, de acordo com os Determinantes Sociais de Saúde, trabalho é uma das condições para se ter saúde (CNDSS, 2008).

Sendo assim, ao abordarmos a dor de um determinado profissional, torna-se imprescindível o conhecimento do tipo de atividade exercida, a maneira em que esta atividade é exercida e como este trabalhador interage no meio laboral em que está inserido.

O trabalho é definido como "atividade resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e de serviços, contribuindo, assim, para a reprodução da vida humana, individual e coletiva" (FIELDS HL, 1999).

A história da saúde do trabalhador pode ser dividida em três fases: a fase primitiva tem início na antiguidade, surgida na Grécia há cerca de seis séculos antes de Cristo com o trabalho de Hipócrates (nascido em 460 C) que rompeu com as práticas mágicas dos curandeiros e criou uma medicina racional, onde a doença é entendida como consequência de causas naturais e se faz o uso de remédios preparados segundo as características de cada caso. Séculos depois, em Roma, as questões afeitas à saúde do trabalhador começam a ser mais notadas. Galeno de Pérgamo (129-199), outro nome importante na história da medicina, descreve as duras condições de trabalho nas minas de cobre da ilha de Chipre e suas consequências. No campo da saúde, a Idade Média ficou marcada principalmente pelas epidemias – lepra, peste bubônica, varíola entre outras –, que naturalmente atingiram os trabalhadores.

Com as descobertas marítimas, o surgimento do mercantilismo, o incremento comercial e o desenvolvimento econômico no século XVI, a questão da saúde do trabalhador ganha mais visibilidade e tem início uma segunda fase, onde a questão se consolida como um campo específico da saúde. A publicação mais importante deste período é Discurso sobre as doenças dos artífices (De morbis artificum diatriba), do médico italiano Bernardino Ramazzini, publicada em 1700. Nesta obra, ele reúne todo o conhecimento acumulado sobre as doenças do trabalho de 52 diferentes profissões.

O terceiro momento da história da saúde do trabalhador tem início com a revolução industrial. Esta é a fase moderna, quando o adoecimento dos trabalhadores passa a ser definitivamente relacionado com o processo de produção implantado pelo capitalismo; agora

o acidente e a doença do trabalho passam a ser entendidos como um fenômeno coletivo que necessita de ações sociais e políticas para ser superado.

No Brasil, após a promulgação da constituição de 1988 e com a implantação do SUS (Sistema Único de Saúde) a saúde passou a ser entendida como um direito social, abrangendo em sua competência a saúde do trabalhador. Mas o fato é que, devido a uma longa tradição histórica, a saúde do trabalhador sempre foi vista – inclusive por sindicatos – como um direito trabalhista, uma ação de segurança individual ou coletiva (quando relacionada ao processo produtivo) e não como um direito social. Como direito social, a saúde do trabalhador exige políticas públicas estruturadas, integradas e a subordinação do capital ao bem comum, não apenas ações isoladas.

Em 1990, o Brasil promulgou a Lei Orgânica de Saúde, nº 8.080, que se constituiu como a referência do SUS e veio, na verdade, não como uma iniciativa governamental, mas como o reflexo das lutas por uma reforma sanitária, que tiveram como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Além de definir princípios e objetivos do SUS, como a descentralização, a universalidade, a integralidade e a hierarquização dos serviços, a Lei nº 8.080 contempla decisivamente a questão *saúde do trabalhador* em seu artigo 6º conceituando-a como:

> (...) um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BRASIL, 1990)

Nas últimas décadas, várias iniciativas da sociedade brasileira vêm procurando consolidar avanços nas políticas públicas de atenção integral em Saúde do Trabalhador (ST) que incluem ações envolvendo assistência, promoção, vigilância e prevenção dos agravos relacionados ao trabalho. No entanto, são grandes os obstáculos à consolidação de programas e ações que poderiam contribuir de forma mais efetiva para a melhoria dos indicadores nacionais, que colocam o país em situação crítica quando comparado com nações socialmente mais desenvolvidas. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), com uma média de 700 mil registros de acidentes de trabalho por ano, o Brasil ocupa atualmente o 4º lugar no mundo em ocorrência de acidentes de trabalho, atrás somente de China, Índia e Indonésia (LACAZ, 2010).

A ausência de segurança nos ambientes de trabalho no Brasil gerou no ano 2000 um custo de cerca de R$ 23,6 bilhões para o país, equivalente a 2,2% do PIB. Deste total, R$ 5,9

bilhões correspondem a gastos com benefícios acidentários, aposentadorias especiais e reabilitação profissional. O restante da despesa refere-se à assistência à saúde do acidentado, indenizações, retreinamento, reinserção no mercado de trabalho e horas de trabalho perdidas. No ano de 2000, 343.996 acidentes de trabalho foram registrados no Brasil, o que significa que de cada 1.000 trabalhadores segurados, 19,18 sofreram algum acidente de trabalho. Destes, 83,6% correspondem a acidentes típicos (aqueles decorrentes do exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução da capacidade para o trabalho), o que demonstra que a grande concentração dos acidentes no Brasil ocorre dentro da própria empresa, no desenvolvimento rotineiro da atividade laborativa. Sabe-se, no entanto, que tal dado representa apenas uma parte do total dos acidentes efetivamente ocorridos, por excluírem agravos não registrados pelas empresas e os sofridos por trabalhadores do setor informal que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), atingiram 37,4% dos trabalhadores brasileiros em 2009 (MPAS, 2001).

Além da reconhecida subnotificação, assiste-se ao aumento dos agravos e ao surgimento de novo perfil de morbidade, em especial as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e os problemas de saúde mental decorrentes da reestruturação da economia e da produção. É nesta realidade que se encontram os profissionais de enfermagem e é sob estes aspectos que se deveria compreender e analisar a sua dor (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; DEJOURS, 1999).

Dentro deste contexto devemos analisar o ambiente onde o profissional da enfermagem está inserido: o hospital, este reconhecidamente um ambiente insalubre, penoso e perigoso para os que ali trabalham. Estudos anteriores apontam-no como local privilegiado para o adoecimento (ELIAS et. al,2006).

Além dos riscos de acidentes e doenças de ordem física aos quais os trabalhadores hospitalares estão expostos, o sofrimento psíquico é também bastante comum e parece estar em crescimento, diante da alta pressão social e psicológica a que estão submetidos tanto na esfera do trabalho quanto fora dela. As difíceis condições de trabalho e de vida podem estar relacionadas com a ocorrência de transtornos mentais como a ansiedade e a depressão, frequentes entre as auxiliares de enfermagem (AQUINO, 1993). Sobre estes aspectos surgem questões: como se apresenta a saúde mental, o clima organizacional no trabalho (segurança, organização, relação interpessoal) nos profissionais da enfermagem? De que maneira estes poderiam influenciar na percepção do trabalho e da dor por estes profissionais?

Estudos comprovam que os processos de desgaste relacionados à exposição a cargas fisiológicas referidos pelas trabalhadoras de enfermagem – em especial os que trabalham em instituições hospitalares – são, de modo geral, “dores”, sendo: dores nas pernas, aparecimento de varizes e microvasos uma das queixas mais frequentes. Estes profissionais que relatam dor, têm reconhecidamente longas jornadas de trabalho e escalas de plantões que permitem que estes se dediquem a mais de uma atividade produtiva, o que pode levar à exaustão e consequente adoecimento (KIRCHHOF; SÁPIA; FELLI; CIAMPONE, 2009).

1.5 VARIZES DE MEMBROS INFERIORES E DOR

A doença venosa crônica (DVC) constitui a 14ª causa de afastamento do trabalho no Brasil (SOUZA, 2011). E, apesar de ainda não existirem evidências concretas de que a atividade laboral seja a causa direta das varizes, muitas situações de trabalho podem ser consideradas como fatores de agravamento da mesma, devido a jornadas de trabalho extenuantes e com poucas pausas para descanso (BERTOLDI; PROENÇA, 2008). Sendo assim, o aparecimento de insuficiência valvular venosa nos membros inferiores que resultam em varizes e sensação de dor nas pernas pode ser resultado da manutenção da postura em pé e imóvel (BERENGUER; SILVA; CARVALHO, 2011).

As manifestações clínicas decorrentes da DVC podem ser classificadas com base na classificação *Clinical manifestations, Etiologic factors, Anatomic distribuition of disease, Pathophysiologic findings* (CEAP). De acordo com essa classificação, durante a avaliação clínica os sinais clínicos são categorizados em sete classes, sendo: Classe C0 - sinais de doença venosa não visíveis e não palpáveis; Classe C1 - telangectasias ou veias reticulares; Classe C2 - veias varicosas; Classe C3 - edema; Classe C4 - alterações da pele e tecido subcutâneo decorrentes da doença venosa (4a – pigmentação ou eczema e 4b – lipodermatoesclerose ou atrofia branca); Classe C5 - alterações de pele com úlcera cicatrizada e Classe C6 - alterações de pele com úlcera ativa (PORTER & MONETA,1995).

Porém esta classificação não inclui em seus critérios a avaliação e/ou mensuração de dor. Os sinais (veias varicosas, edema, alterações tróficas da pele, presença de úlcera) e os sintomas (dor, câimbras, prurido, sensação de pernas pesadas, queimação e latejamento) são frequentemente associados às limitações nas atividades de vida diária e no desempenho funcional, além de alterações psicológicas e mudanças na percepção do estado de saúde (CHIESA, 2007).

Para Moura (2010), a avaliação da dor na insuficiência venosa crônica tem sido realizada através de trabalhos que correlacionam insuficiência venosa crônica e qualidade de

vida analisando a problemática a partir da doença e sua repercussão na qualidade de vida do indivíduo sob uma visão de causa e efeito. Nestes estudos são aplicados questionários específicos e generalizados onde a dor é caracterizada de acordo com sinais e sintomas pré-estabelecidos e mensurada; porém, estes não abordam características subjetivas e individuais (MOURA, 2010).

Diante destas colocações teóricas e contexto empírico vivido, a motivação para a realização desta pesquisa surgiu a partir do trabalho na medicina vascular, onde, prestando atendimento a alguns trabalhadores do Hospital Geral de Palmas (HGP/TO), verificou-se grande incidência de trabalhadores da enfermagem com dores nas pernas. A grande procura pelo atendimento devido a "varizes e dor nas pernas" e a persistência do sintoma "dor" durante e após o tratamento por estes funcionários sensibilizou-me a buscar conhecer e compreender um pouco mais a respeito das características e dos aspectos desencadeadores desta queixa.

Dentro desse contexto, a pesquisa objetivou compreender o fenômeno doloroso nestes profissionais.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

- Analisar a percepção de dor dos profissionais da enfermagem, portadores de varizes nos membros inferiores no Hospital Geral de Palmas.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar na rotina diária dos trabalhadores de enfermagem fatores agravantes e atenuantes da queixa dolorosa.
- Analisar a influência da dor na função laboral destes trabalhadores.

3. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa qualitativa foi empregada como uma possibilidade de aprofundar a compreensão do tema em investigação, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos sujeitos pesquisados em questão (MINAYO, 2004,).

A análise dos dados foi pautada na análise de conteúdo, tendo as falas dos entrevistados como principal instrumento de investigação. A técnica de entrevista utilizada para a coleta de informações foi baseada em um roteiro semiestruturado (ANEXO1), sendo um instrumento privilegiado de coleta, pois possibilitou que a fala fosse reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores e normas, tendo a possibilidade de transmitir as representações deste grupo, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2009).

A pesquisa ocorreu no centro cirúrgico do Hospital Geral de Palmas – Tocantins, no período de 01 de novembro a 15 de dezembro do ano de 2017, na Central de Material Estéril (CME), onde a equipe de funcionários é composta por técnicos de enfermagem e enfermeiros.

Os critérios de inclusão utilizados foram: Ser trabalhador na área de enfermagem, estar lotado na Central de Material Estéril (CME), no centro cirúrgico por um período mínimo de 1 ano, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 2).

Critério de exclusão: Não apresentar quadro clínico de varizes de membros inferiores diagnosticado através de exame físico prévio e inserido dentro da classificação clínica da CEAP (ANEXO3) e estar afastado de suas funções laborais.

Todos os funcionários da CME (63 funcionários), concordaram em participar da pesquisa, sendo todos da área de enfermagem e com um ano ou mais de atuação no setor, dentre estes, foram excluídos 43 funcionários por não apresentarem quadro clínico de varizes dos membros inferiores e selecionados vinte funcionários (18 técnicas de enfermagem e 2 enfermeiras), correspondendo a 31.7% dos funcionários lotados neste referido setor.

O estudo pautou-se conforme previsto na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Tocantins, sob CAAE**:** 69208717.6.0000.5519, e aprovado conforme parecer n° 2.313.043. Antes do início da coleta de dados foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o participante, o qual consentia ou não em participar do estudo. E, logo após a coleta de dados, foi realizada a entrevista por meio de roteiro semiestruturado.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho MP4, sendo estas transcritas na íntegra de modo a evitar a perda dos detalhes das falas dos entrevistados, assegurando sua respectiva fidedignidade. Como forma de compreender o objeto de estudo em suas múltiplas dimensões, utilizou-se um diário de campo, com o propósito de observar e registrar a dinâmica do local, ações realizadas com os entrevistados, percepções e sentimentos do pesquisador acerca de tal contexto (ANEXO 4).

O diário de campo é fundamental para registrar as percepções diárias do pesquisador, seja de forma escrita, seja de forma gravada (GUERRA, 2014).

Os dados foram tratados através da análise de conteúdo de Bardin, que consiste num conjunto de procedimentos e técnicas que visam extrair sentido dos textos por meio de unidades de análises que podem ser palavras-chaves, termos específicos, categorias e/ou temas, de modo a identificar a frequência com que aparecem no texto, possibilitando fazer inferências replicáveis e válidas dos dados. A mesma é constituída pelas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material com tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Aplicando se esta metodologia na amostra selecionada obteve se os resultados que serão descritos e discutidos a seguir.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 Identificação das participantes.

O quadro abaixo descreve os dados de identificação das participantes da pesquisa. Nele estão contidas as informações referentes à sexo, idade, atividade ocupacional, local de atuação, tempo de atuação, número de filhos, prática física, periodicidade da prática física e CEAP. Para preservar a identidade das entrevistadas, foram utilizados números sequenciais, que estão relacionados com as análises qualitativas.

Tabela 01 - Dados de identificação das participantes da pesquisa

PARTICIPANTE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
SEXO	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
IDADE/ ANOS	53	47	42	48	71	49	56	32	36	53	56	39	45	41	37	28	35	46	47	54
ATIVIDADE OCUPACIONAL	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE	EN	TE	TE	EN	TE	TE	TE	TE
LOCAL DE ATUAÇÃO	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
TEMPO DE ATUAÇÃO/ ANOS	11	12	9	9	9	6	5	1	7	5	13	5	5	4	11	3	1	2	2	10
NÚMERO DE	1	0	2	3	5	3	3	0	1	2	1	2	3	3	0	0	3	4	2	2

FILHOS																				
PRÁTICA FÍSICA	-	P	-	P	-	-	P	-	-	P	-	-	P	-	-	-	-	-	P	P
PERIODICIDADE DA PRÁTICA FÍSICA/ SEM	-	3	-	3	-	-	3	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	7	2
CEAP	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2

Fonte: autora
Legenda: Feminino(F),Técnica de enfermagem(TE), Enfermeira (EN.), CME (C), PRESENTE (P).

Observa-se que das 20 participantes da pesquisa todas eram do sexo feminino dado este que reafirma o predomínio do sexo feminino na área de enfermagem (SPLENDOR et al, 2013).

O tempo de atuação no CME variou de 1 a 13 anos de serviço, estando 70% da amostra atuando há mais de 5 anos no setor, demonstrando a falta de rotatividade entre os setores. Este fato talvez se explique pelas características, geralmente de uma instituição pública, tendo uma situação de estabilidade leva os trabalhadores a exercerem suas atividades por um longo tempo num mesmo setor do hospital (ABREU, 2000).

O número de filhos nesta pesquisa variou de 0 a 5 filhos, somente 20% das participantes eram nulíparas este dado encontra se de acordo com trabalhos já publicados que apontam a gestação como um dos fatores de risco no desenvolvimento das varizes, em mulheres (BARROS JUNIOR, 2010).

O peso variou de 52 a 90 quilos com uma média de 71 quilos, não podendo este dado ser correlacionado com obesidade e incidência de varizes pois nos faltam outros parâmetros antropométricos para melhor avaliação. A prática de atividade física estava presente em 7 participantes, totalizando 35% da amostra, com periodicidade de 2 a 7 vezes por semana. É provável que hábitos de vida sedentária estejam relacionados ao desenvolvimento das varizes dos membros inferiores por ineficiência da bomba muscular da panturrilha (Alberti et al., em 2010). No exame físico das participantes 4 obtiveram classificação clínica de acordo com CEAP: III (veias varicosas e edema) e 16 obtiveram classificação CEAP: II (veias varicosas). A CEAP tem sido muito utilizada para definir a gravidade clínica da doença através da inspeção visual. O estudo de Moura et al. (2010) evidenciou associação negativa e significativa entre qualidade de vida e a classificação da CEAP e não a correlaciona com a sintomatologia dolorosa.

4.2 Diário de Campo

O diário de campo por ser também um instrumento de registro de atividades de pesquisa, Triviños (1987) o considera uma forma de complementação das informações sobre o cenário onde a pesquisa se desenvolve e onde estão envolvidos os sujeitos, a partir do registro de todas as informações que não sejam aquelas coletadas em contatos e entrevistas formais, em aplicação de questionários, formulários e na realização de grupos focais. Para o autor, as anotações realizadas no diário de campo, sejam elas referentes à pesquisa ou a processos de intervenção, podem ser entendidas como todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, compreenderiam descrições de fenômenos sociais, explicações levantadas sobre os mesmos e a compreensão da totalidade da situação em estudo ou em um atendimento (TRIVIÑOS,1987). Os registros do diário de campo obtidos através da observação do ambiente e rotina de trabalho , bem como declarações e questionamentos informais dos profissionais durante o período de coleta dos dados, tais registros foram aplicados na análise e discussão desta pesquisa (ANEXO 4).

4.3 Categorização dos dados.

Inicialmente realizou-se uma pré-análise através de leitura flutuante, a fim de estabelecer contato com o material coletado. Após esta etapa, foi realizada a escolha dos documentos a serem analisados, neste caso, as entrevistas, que foram devidamente transcritas (unidades de registro).

Na etapa final preparou-se o material através de recortes e edição das entrevistas transcritas, possibilitando, assim, a identificação de indicadores (unidades de contexto). Para que isso fosse possível, foi necessário organizar as entrevistas em colunas, para anotar e marcar semelhanças e contrastes.

Posteriormente foram agrupadas informações contidas nas diversas entrevistas de acordo com suas semelhanças, sendo possível o agrupamento de cada trecho conforme núcleos de pensamento contido em cada um deles. Enfim, a codificação do material incluiu a escolha de unidades de registro e a seleção de categorias. Os resultados e discussões apresentados seguem as análises das perguntas do questionário, onde foram categorizados conforme quadros abaixo:

Figura 3 - Unidades de Registro, Unidades de Contexto e Categoria final

UNIDADE DE REGISTRO

- RESPOSTAS QUESTIONÁRIO QUESTÕES: 1,2,3,4,5,6,7,10,11,12

UNIDADE DE CONTEXTO

- Cansaço físico, Incomodo,“dor emocional”, estresse, sofrimento, tristeza, loucura, impotência, perda,” dor sentimento”, impossibilidade, dor indecifrável, “um sinal”, dor insuportável, dor anormal, desrespeito, “dor mental”, dor difícil de falar, limitação, agressividade, irritação, dor súbita, incapacidade, desanimo, mal humor, baixa estima, inutilidade, magoa, desmotivação, desanimo, agonia.

CATEGORIA FINAL DE ANÁLISE

- **A Percepção De Dor**

UNIDADE DE REGISTRO

- RESPOSTAS QUESTIONÁRIO QUESTÕES: 1,2,3,4,5,6,7,8,12, 13,14

UNIDADE DE CONTEXTO

- Lesão por esforço repetitivo.
- Sobrecarga de peso.
- Trabalho sob pressão.
- Falta de estrutura física e pessoal .
- Ergonomia.
- Sobrecarga de trabalho
  Dupla jornada.
- Sedentarismo e perda da capacidade laboral.

CATEGORIA FINAL DE ANÁLISE

- **Percepção do trabalho**

- **Clima organizacional** (segurança no trabalho, organização do trabalho, relação interpessoal, ergonomia)

- **Lazer**

- **Saúde mental.**

UNIDADE DE REGISTRO

- RESPOSTAS QUESTIONÁRIO QUESTÕES: 1,3,4,6,7,9,10,11,12, 13

UNIDADE DE CONTEXTO

- A presença da dor na rotina diária de trabalho.
- A recusa em utilizar Atestado médico.
- A banalização da dor.
- A influência da dor nas relações pessoais.
- A influência da dor nas atividades laborais.

CATEGORIA FINAL DE ANÁLISE

- **Presenteísmo**

Fonte: autora

Em conformidade com a análise dos dados temos as seguintes categorias:

- **Categoria I:** Percepção do trabalho.
- **Categoria II:** Clima organizacional.
- **Categoria III:** Saúde mental.
- **Categoria IV:** Lazer.
- **Categoria V:** Presenteísmo.
- **Categoria VI:** Percepção da dor.

Categoria I: Percepção do trabalho

A percepção define-se como processo de organizar e interpretar dados sensoriais recebidos para desenvolver a consciência do ambiente que nos cerca e de nós mesmos. É um processo cognitivo complexo em que, para além de estarem presentes na sua construção as estruturas fisiológicas, como é o caso dos órgãos sensoriais e também das estruturas nervosas, a estas estruturas estão aliadas as nossas experiências pessoais, que dão sentido e significado ao que percepcionamos (MONTEIRO, 2007).

Relatos das entrevistadas demonstram que há percepção do trabalho como obrigação, sem prazer, como finalidade de subsistência, fato este que confirmam resultados encontrados na literatura (MUROFUSE, 2004).

Analisando os problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores de enfermagem e sua relação com a rotina de trabalho, os profissionais consideram que estes foram provocados pelas condições ocupacionais e/ou foram agravados pelas condições de trabalho, sugerindo uma **percepção do ambiente de trabalho insalubre,** onde há sobrecarga de tarefas, turnos de trabalho sem intervalos para descanso, postura assumida durante as tarefas inadequada e déficit profissional para a execução das tarefas. Tais achados podem ser vistos em outros trabalhos que destacam também a banalização da própria saúde (PITTA, 1991).

> "Não tem muito o que pensar não, né? Tem que continuar trabalhando." (E19)
> "Não, até agora não porque a gente é obrigada a trabalhar, então você tem que se esforçar pra fazer... Não posso permitir." (E8)

> "Começou na segunda feira à noite, que eu estava no plantão, e aí ontem trabalhei o dia todo, aí continuou aquela dor, tomei alguns analgésicos, mas não melhorou. Hoje estou sentindo a dor ainda, mas está mais leve. Mas, assim, normalmente quando eu emendo uma... tipo, saio de um plantão, entro no outro, não tenho aquele período de descanso, tipo, não passa uma noite em casa, tipo, fico duas noites trabalhando. Aí eu observo que a dor vem. Mas é mais no trabalho, em casa está mais tranquilo." (E16)

> "(...) Justamente por isso, por causa que é um setor que tem muito serviço, serviço que a gente mexe com material pesado, entendeu? E eles normalmente, eles não... os recursos humanos, que eles ultimamente estão enviando pro setor, já vêm com adoecimento, entendeu? Já vem com uma doença já, entendeu? Aí tipo assim, a gente que... Vamos supor, eu que, graças a Deus, estou sadia, acaba adoecendo porque eu tenho que fazer o meu e ajudar o colega a fazer o dele." (E15)

> "Essa dor que eu sinto agora é uma dor de cansaço, né? De cansaço aqui pelo trabalho, que a gente fica muito tempo em pé." (E19)

> "Quando está trabalhando, com certeza... Não é um dia da semana, é qual o dia que foi mais puxado no serviço, que você fica mais em pé, é o dia que mais dói." (E6)

> "No plantão. Já fiz um plantão aqui de 12 horas. 12 horas sem descanso, em uma hora levantamos três vezes, dentro dessa uma hora, quando falta gente, que o plantão é corrido, quando é bucha, muito bucha. É dor nas pernas na certa, entende? Nas pernas. É ficar em pé, doutora, o negócio é ficar em pé." (E8)

Nos relatos apresentados pelos profissionais observa-se uma rotina de trabalho exaustiva, acelerada e repetitiva. Quando há intervalos para descanso este se faz de maneira rápida e ineficaz. Uma rotina estressante na qual o profissional sente-se desvalorizado, sobrecarregado e exausto, levando à **percepção de uma atividade desumana e mecanizada**.

> "A dor surge mais no trabalho..." (E13)

> "Quando o plantão é corrido você não descansa." (E8)

> "(...) trabalhou o dia todo e no final do dia, por volta das cinco, seis horas, é onde parece que o peso cai assim e você realmente sente mais dor. Não que durante, ao longo do dia, não tenha sentido, mas junta o cansaço e causa mais dor." (E17)

> "No trabalho é assim mais difícil porque a gente não pode fazer, a gente trabalhar não pode fazer o que você está de necessidade naquela hora, né? Ficar mais... se acalmar, ficar... deitar, se acalmar. Mas no trabalho é difícil." (E20)

> "Queria muito fazer isso, mas é porque não pode. No ambiente de serviço sabe como é que funciona. Tipo, se um senta, todo mundo tem que sentar. Não dá. Só se der. Se der todo mundo senta, se não der, não senta." (E8)

> "Tem situações que é muito forte e tem situações que quando você está parada, você lembra que está com aquela dor porque ela está ali, mas se você estiver correndo, na agitação, ela fica meio escondida. É quando a adrenalina abaixa você vê que ela está ali o dia todo, mas só não sentiu alguns momentos porque você estava com a adrenalina muito alta, mexendo, trabalhando, correndo." (E16)

> "Me prejudica às vezes porque eu fico... a maioria do tempo eu passo em pé, às vezes eu fico com... as pernas ficam dormentes. Hoje mesmo eu já subi e

> desci várias vezes aquela escada que vou lá embaixo na autoclave. Aí subo, aí desço, aí empurra o carrinho. Nisso começa a doer, dói as panturrilhas, dói tudo.” (E13)

> “Acho que porque a gente fica muito tempo em pé trabalhando sem parar, né? Aí até horário que a gente apresenta... Eu falo a gente porque várias, né?” (E19)

> “É como se fosse um setor que assim, que o hospital não tivesse necessidade, mas se ele chegar a parar, o hospital para, mas ninguém vê isso, entendeu? E aí? E ele lá tem muito adoecimento, tem muito adoecimento.” (E15)

> “(...) eu acho interessante, porque você vai avaliar o funcionário que trabalha nesses setores aonde ele não tem... ele não tem essa assistência.” (E21)

É comum encontrar profissionais no serviço público concursados e profissionais não concursados, e este aspecto apresenta diferenças do ponto de vista legal (estabilidade, critérios para demissão, aposentadoria, garantia de salário, progressão na carreira) levando à insegurança trabalhista. Tal fato está presente nos relatos colhidos demonstrando a **percepção de um trabalho imposto** sob condições insalubres sem direitos a reinvindicações trabalhistas por temor de retaliações e consequente desemprego. Tais fatos confirmam dados encontrados em trabalhos já realizados (COTTA, 2006).

> “No trabalho a gente não tem direito de sentir muita dor não. A gente sente, mas fica calada. Não, não atrapalha não, pelo menos comigo não... Pode, pode sim. Pelo menos assim, a gente que trabalha de contrato a gente tem esse medo, né?” (E12)

> “Foi de sexta para sábado. Porque sábado eu estava de plantão. Três horas da manhã, eu acordei e eu estava com uma dor aqui... Eu fiquei... trabalhei só um pouco. Quando foi nove horas aumentou, aí fui pro pronto-socorro.... Porque é sempre de rotina, quem tem essas dores na coluna crônica, igual a nós, a gente vem, vem trabalhar, porque por exemplo, eu sou contratada e não tem como arrumar atestado, aí tive que vir. Entendeu? Muitas vezes, já trabalhei muito com dor.” (E3)

Quando se aborda a percepção do trabalho pelo trabalhador devemos conhecer os fatores que geram esta percepção e estes fatores são determinantes do clima organizacional.

Categoria II: Clima organizacional.

O clima organizacional é compreendido como a qualidade ou propriedade do ambiente institucional percebido ou experimentado pelos membros e que influencia o comportamento das pessoas na organização, estando relacionado com o grau de motivação e satisfação dos colaboradores, ou seja, é uma condição interna percebida pelas pessoas e que

influencia seus comportamentos. Também pode ser descrito como as propriedades motivacionais do ambiente interno, aquelas características que produzem diferentes espécies de motivação (Chiavenato,2006).

Na análise dos relatos colhidos nas entrevistas foram identificados fatores determinantes do clima organizacional na CME do centro cirúrgico do HGP. Estes fatores irão ser discutidos à seguir.

Segurança no trabalho

O trabalho é considerado mediador nas relações que se estabelecem entre os homens e a natureza e deve ser realizado em condições de segurança e dignidade. No entanto condições de segurança inadequadas no trabalho têm sido responsáveis, em muitos setores, por inúmeros acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, as quais podem levar à incapacidade temporária ou definitiva do trabalhador para o trabalho (DEJOURS, 1999).

A Legislação Trabalhista Brasileira apresentou avanços nas últimas décadas, principalmente após regulamentar a normatização das condições adequadas em que o trabalho na saúde deve ser realizado, através da Norma Regulamentadora de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde (NR32), esta tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. (BRASIL, 2005).

De maneira mais específica a CME foi criada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA / Ministério da Saúde, 2012), a Resolução da Diretoria Colegiada 15 (RDC) esta foi resultado da Consulta Pública No. 64 de 22/12/2011, e tem como objetivo estabelecer os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais. A RDC 15 aprecia a área de atuação da CME e o seu artigo 30 faz referência à segurança do trabalhador na CME, determinando a utilização de vestimenta privativa, touca e calçado fechado em todas as áreas, bem como o uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI): Óculos de proteção, Máscara, Luvas, Avental, Protetor Auricular e Calçado fechado (ANVISA, 2012).

O CME caracteriza-se como uma unidade de apoio a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico de um hospital, portanto, requer profissionais capacitados e devidamente preparados para atender às demandas tecnológicas e processuais. Os procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais são fundamentais na prevenção e controle

das infecções hospitalares. Isso reforça a importância e responsabilidade do CME nas instituições de saúde, ciente de que falhas são determinantes para o surgimento de infecções nos indivíduos assistidos. Nesse contexto, o processamento de materiais e instrumentais no CME do hospital deve ser realizado com base no conhecimento e análise dos riscos ambientais aliados a um espaço físico adequado, que permita o fluxo das pessoas e artigos com segurança.

Durante a realização desta pesquisa, quando estive presente na CME observando a rotina de trabalho, pude observar a ausência de EPI como: óculos de proteção, avental e protetor auricular. Os profissionais alegam que não são orientados a utilizar e não há os referidos EPI no ambiente de trabalho. Nas entrevistas realizadas com os profissionais da enfermagem foi comum nos depararmos com situações de risco, onde as exigências de **segurança no trabalho são negligenciadas** podendo gerar doenças ocupacionais.

> "Ambiente fechado, muita bactéria, muita coisa... às vezes quando eu trabalho com paciente muito infectado a minha garganta dói. Eu já pego aquele bichinho..." (E13)

> "(...) vou falar que eu estou sentindo no momento, nas costas foi no dia que eu trabalhei que eu levantei uma caixa muito pesada, eu já senti uma dor, leve. Fui pra casa, descansar que é o dia, aí na outra noite eu não vim trabalhar e até hoje eu estou com essa dor nas costas, devido à uma caixa pesada..." (E6)

> "(...) porque à noite eu não dormia com tanta dor nos braços, na coluna, nas pernas. Acho que por causa daqueles pacotes de chumbo, né? Aí dessa vez eu não aguentei." (E4)

> "Aí no caso, como a gente descansa e não tem uma qualidade no travesseiro, na cama que a gente descansa, aí é aonde que eu sinto dor. Eu tenho que ter um travesseirinho alta, mas não tem... Ah, levantei, fiquei... fui trabalhar e foi aliviando aquela dor." (E1)

Trechos das entrevistas demonstram o **conhecimento e crítica à falha na segurança** do trabalho executado com falhas no que tange à prevenção de doenças ocupacionais e proteção à integridade e à capacidade de trabalho do trabalhador.

> "Igual aqui no ambiente de trabalho, caixona pesada que a gente pega, essas coisas, nunca pegar só de uma, já falei isso muito. Não pego mais sozinha, né? Sempre eu chamo a colega pra pegar comigo, melhor." (E12)

> "'Ah, a mulher tem a mesma coisa que homem', não tem, a mulher não tem a mesma resistência que homem. Igual, principalmente aqui, que é puxado, às vezes eu vejo, tem que carregar umas caixas de material, que é pesado, que é puxado e a mulher está ali do mesmo jeito, carregando do mesmo jeito, às vezes junta duas pra carregar uma caixa que duas só não daria conta e se esforça mais do que o normal, porque tem que fazer, né? Aí é muito

> interessante ter essa avaliação até mesmo pra gente entender, falar assim, ‘ó, isso está... eu não posso estar fazendo isso, o que puder aliviar, é bom.’” (E16)

> “Eu acredito que na estrutura do ambiente onde a gente trabalha. Eu acho que a estrutura física do local eu acho que facilita, tendo o equipamento certo pra você trabalhar, tudo, é bem diferente. Então eu acredito que nesse ponto.” (E17)

A dissolução crescente dos rituais que acompanham o ato alimentar è fato visível na rotina dos profissionais. A rotina acelerada e a sobrecarga de trabalho minimizaram a importância do ato alimentar. Parece não importar muito o que se come, com que se come e como se come. O profissional come o que “tem” sem intervalo de almoço determinado, sozinho e de pé.

> “Aí como essa comida daqui mesmo, mas não é aquela comida que a gente está acostumada a comer, né? Aquela comida que o nutricionista passa e aquela comida que você não se sente pesada, não fica cheia de gases. Aí incomoda um pouquinho a alimentação quando muda e você é acostumada a comer tudo certinho.” (E13)

> “(...) é um mini refeitório pra uma equipe multi, que tem gente que às vezes almoça em pé. A pessoa já passa o tempo todo na sala, no CME, em pé, igual as meninas trabalham na sala, que andam muito, lá no CME a gente anda muito, aí na hora de almoçar, que é uma hora que... uma meia hora, 40 minutos, que é a hora de você relaxar um pouco, pelo menos pra comer, não tem nem cadeira pra gente sentar, apropriada.” (E15)

Nas situações em que o trabalhador está exposto constantemente a riscos concretos, a própria coletividade cria mecanismos de defesa para evitar a angústia e o medo. Esses mecanismos que, por um lado, são fundamentais para a sobrevivência psíquica, por outro colaboram com a alienação à medida que os riscos de acidentes e doenças presentes no ambiente de trabalho passam a ser naturalizados e, de forma alienada, aceitos como inerentes ao trabalho (DEJOURS, 1998). No trabalho de campo na rotina dos profissionais da CME pode se observar a convivência com situações de risco como algo inerente ao trabalho, naturalmente aceito. Para que a questão de segurança no trabalho seja constantemente discutida a ergonomia e organização do trabalho deve ser planejada levando em consideração este fator.

Ergonomia

A abordagem ergonômica para análise da situação de trabalho de enfermagem tem sido utilizada por estudiosos no mundo todo. No Brasil, Mauro *et al.* (1976) foram as pioneiras em utilizar os princípios ergonômicos para analisar o trabalho de enfermagem e na

última década houve uma maior utilização da referida abordagem e um número crescente de estudos tem sido realizados. A questão da busca de condições de trabalho mais seguras e a consequente eliminação das fontes de risco configura-se como caminho mais viável e adequado para a aplicação da Ergonomia em nosso país. O compromisso fundamental da Ergonomia tem que ser com o homem que trabalha, com a defesa de sua integridade e sua preservação frente às agressões decorrentes da incompatibilidade entre o seu meio de trabalho e sua vida (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, 1982).

Desse modo, um dos pontos básicos para atingir esses objetivos é a realização de uma análise cuidadosa do trabalho, voltada para a identificação dos fatores de incompatibilidade no contexto de trabalho e suas consequências para o indivíduo. Ao analisar de forma crítica e metodológica as situações de trabalho, a Ergonomia visa reorganizá-las de modo que se possa eliminar fontes de prejuízo fisiológico, ou seja, eliminar aqueles elementos agressores que podem levar à perda parcial ou total de qualquer função vital a curto, médio ou longo prazo.

No ambiente hospitalar, existem vários fatores ergonômicos relacionados com problemas ambientais e organizacionais que podem ser relacionados às lesões osteomusculares, tais como recursos tecnológicos inadequados, incluindo mobiliário, escassez de recursos humanos e a falta de treinamento (LEITE 2007).

Analisando os relatos colhidos em entrevista no processo de trabalho e a sua organização, constata-se que na **maior parte do tempo trabalha-se em pé** em função das atividades desenvolvidas e adota-se posturas forçadas e inadequadas.

> "Igual, eu estou com muitas dores aqui, que quando eu viro o pescoço... acredito que é de tanto levantar e dobrar tecido, levantar caixa pesada, porque são muitas caixas pesadas. Então tem as dores nas pernas, que a gente fala que queima, pesam, tem dia que a gente chega em casa e vai deitar parece que pega um saco de sal e joga em cima da cama." (E6)

> "Assim, mais nas pernas, principalmente joelhos, que fico muito tempo em pé, aí sente muita dor nas pernas, afeta mais os joelhos, né?" (E15)

> "Essa dor que eu sinto agora é uma dor de cansaço, né? De cansaço aqui pelo trabalho, que a gente fica muito tempo em pé... Acho que porque a gente fica muito tempo em pé trabalhando sem parar, né? Aí até horário que a gente apresenta... Eu falo a gente porque várias, né?" (E19)

Kontosic et al. em 2000, encontraram uma prevalência de varizes dos membros inferiores significativamente mais alta nos pacientes que permaneciam a maior parte do tempo, durante o turno laboral, em pé, quando comparados aos que permaneciam sentados a maior parte

do tempo, enquanto Belczak et al. em 2008, relataram a influência do turno laboral no aparecimento do edema dos membros inferiores mesmo quando não há doença venosa aparente.

> "Tem, relação do trabalho tem, o dia em que... depende do setor que eu estou, se eu estiver no expurgo ou na Autoclave onde pega peso, são as dores que dói a coluna, dói nas costas, dói nos ombros." (E1)
>
> "Eu, no momento, é a do braço, o esforço físico repetitivo, né... Às vezes eu trabalho aqui, aí pela manhã eu vou embora, quando chega lá dá aquela dor... Pelo trabalho, né?" (E9)
>
> "Nós somos três, né? Mesmo que nós somos três, mas é o jeito que você fica, a posição, e movimento que você faz... Mas é assim, né, aquela tensão do dia a dia que dependendo do movimento que a gente faz, aí a gente sente. Porque a gente faz muito esse movimento aqui..." (E10)
>
> "Hoje mesmo eu já subi e desci várias vezes aquela escada que vou lá embaixo na autoclave. Aí subo, aí desço, aí empurra o carrinho. Nisso começa a doer, dói as panturrilhas, dói tudo." (E13)

Trechos das entrevistas demonstram que os profissionais têm **conhecimento das falhas ergonômicas** e apontam soluções para melhora do ambiente de trabalho:

> "Tipo, no caso do (expurgo) poderia ter um material adequado, a pia, a altura certa pra que você não se curve muito, no meu caso a coluna, né? (...) Eu acredito que tenha muitas mudanças que possam ser feitas ali que possa melhorar o trabalho de (todo mundo)." (E17)
> "Igual aqui no ambiente de trabalho, caixona pesada que a gente pega essas coisas, nunca pegar só de uma, já falei isso muito. Não pego mais sozinha, né? Sempre eu chamo a colega pra pegar comigo, melhor." (E12)
>
> "Ali assim, pra gente, seria voltar a fisioterapia laboral, seria uma boa, e as cadeiras, sabe? Ter mais cadeiras pra gente disponibilizar pra ficar mais tempo sentada, entendeu? Principalmente nos balcões altos, as cadeiras, nós só temos três cadeiras, nós somos seis, sete no setor e só tem três cadeiras altas... É um mini refeitório pra uma equipe multi, que tem gente que às vezes almoça em pé. A pessoa já passa o tempo todo na sala, no CME, em pé, igual as meninas trabalham na sala, que andam muito, lá no CME a gente anda muito, aí na hora de almoçar, que é uma hora que... uma meia hora, 40 minutos, que é a hora de você relaxar um pouco, pelo menos pra comer, não tem nem cadeira pra gente sentar, apropriada... Acho que eles investem pouco nesse sentido, entendeu? Do bem-estar ergonômico, ergométrico do servidor." (E15)
>
> "Aí é muito interessante ter essa avaliação até mesmo pra gente entender, falar assim, 'ó, isso está... eu não posso estar fazendo isso, o que puder aliviar, é bom'. É bom até assim vocês darem um retorno, tipo, falar..." (E16)

> "Eu acho que a estrutura física do local eu acho que facilita, tendo o equipamento certo pra você trabalhar, tudo, é bem diferente." (E17)

> "Porque os móveis já não são adequados. Igual no... não sei se você observou, a pia é superbaixa, eu que sou pequena, já tenho dificuldade na pia que é baixa, imagina as meninas que são grandes, sofre demais com coluna ali, né?" (E15)

Na abordagem da ergonomia demonstra se como a saúde do trabalhador pode ser afetada por hábitos e atitudes adquiridas em sua função profissional. Dentro deste contexto deve se basear a organização do trabalho.

Organização do trabalho

Organização do trabalho não se resume apenas à forma como o trabalho é desenvolvido, dividido ou mesmo ordenado. A organização do trabalho compreende a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, esclarecendo, assim, que ao dividir o trabalho, se impõe uma divisão entre os seres humanos. Dessa forma, a organização do trabalho pode ser entendida como um processo que envolve o conjunto de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores incluindo as relações de trabalho e as relações hierárquicas (DEJOURS, DESSORS & DESRIAUX, 1993).

A rotina de trabalho relatada pelas entrevistadas é **desgastante,** restando pouco tempo para o descanso. Durante a realização do trabalho de campo foi possível observar a dificuldade que algumas das entrevistadas tiveram para encontrar tempo durante os seus turnos a fim de conceder suas entrevistas. Durante a realização do trabalho de campo, foi visível a intensa movimentação das profissionais na CME, preocupadas em executar a tempo seu trabalho.

Nos relatos há falas que evidenciam um ambiente de **trabalho hierarquizado e sob a imposição da produção a qualquer custo** sem respeito à saúde do trabalhador:

> "Olha, as pernas que é cheia de varizes, veias também. E as costas é a coluna... Não, não atrapalha porque você tem que fazer o serviço. Não tem como atrapalhar, tem que fazer. E se você encolher um pouquinho, já vem as consequências das colegas pensando 'não, porque vem tem que fazer. Tem que fazer', aí vem a cobrança, então atrapalha, mas você tem que fazer." (E6)

> "Aí ele disse 'será que tu vai conseguir trabalhar amanhã', eu disse 'com fé em Deus eu vou'. (Sequinha), mas vim, perdi dois quilos, mas vim." (E13)

> "Nada, porque só o trabalho mesmo. Porque você vai no PS pedir um comprimido, não recebe. Você vai na farmácia, não tem. Aí o que que a

> gente pode fazer? É continuar o serviço normalmente, fazer o que dá conta de fazer.” (E11)
>
> “Nos dias em que... teve um dia ali no expurgo, que estava muito lotado. Geralmente as quartas-feiras são os piores dias porque tem muito procedimento, então tem muito material pra você lavar, vem muito material de fora, então acaba que só as três que estão lá, no final do dia estão praticamente exaustas porque lá é bem puxado... Tipo, no caso do expurgo poderia ter um material adequado, a pia, a altura certa pra que você não se curve muito, no meu caso a coluna, né? Eu acredito que tenha muitas mudanças que possam ser feitas ali que possa melhorar o trabalho de todo mundo.” (E17)
>
> “Fica lá (risos). Trabalhando, até passar a dor. Às vezes a gente vem dá uma deitadinha, quando está muito ruim mesmo você vem fica um pouco, uns 15 minutos, depois você volta... Ah, eu deito (risos). Em casa eu deito... Aí eu posso, né, eu deito e fico lá enquanto ela não sumir.” (E3)
>
> “Deita e coloca as pernas assim na parede. Ou então coloca um travesseiro, alguma coisa pra deixar mais elevado... Se tem um colchão, deita no colchão, se não tem, coloca um pano no chão, deita no chão.” (E7)
>
> “Eu seguro as pontas... Porque às vezes tipo, hoje assim, a rotina está puxada, não tem como você se sentar, falar, ‘não, estou cansada, estou sentindo dor’, não, você tem que ficar ali firme, segurar.” (E18)
>
> “Então é assim, eles não pensam, eles não olham pra quem faz o serviço, não pergunta pra quem faz o serviço, aí fica difícil, prejudica mais ainda, né?” (E15)

O dia de trabalho dificilmente se encerra após o turno na CME. Há profissionais que possuem outros empregos remunerados. O trabalho em turnos favorece a conciliação entre a atividade profissional e a doméstica, fato comum aos profissionais da saúde, especialmente quando os baixos salários pressionam a isso. A jornada de trabalho foi assunto frequente registrado nas falas dos profissionais e demonstrou a **existência de dupla, tripla jornada de trabalho** como fator desencadeador de estresse, cansaço e dor:

> “Tem que trabalhar em dois empregos, tem que sempre manter trabalhando. Tipo, eu trabalho em dois, descanso, mas um descanso de um dia ainda é pouco, pra quem trabalha em dois empregos de 24 horas.” (E8)
>
> “Mas assim, normalmente quando eu emendo uma... tipo, saio de um plantão, entro no outro, não tenho aquele período de descanso, tipo, não passa uma noite em casa, tipo, fico duas noites trabalhando. Aí eu observo que a dor vem.” (E16)
>
> “É durante a semana. Principalmente assim na quarta, quinta feira, principalmente se a gente emendar um plantão, três plantões seguidos,

> quatro, aí lá pelo terceiro, quarto plantão a gente... eu mesmo quando começo a sentir as dores.” (E15)
>
> “Vamos supor, eu faço dois plantões seguidos em pé, é fazer e sentir dor. Amanhece o dia já está doendo...” (E8)
>
> “Que eu trabalhei ontem, estou trabalhando hoje. Amanhã eu estou péssima, estou estressada porque a dor causa. Eu disfarço ...vocês veem aqui. A dor faz estresse...” (E8)

Diante de um ambiente de trabalho em que sua organização leva à estresse e sobrecarga de tarefas as relações interpessoais podem ser afetadas.

Relação interpessoal

O relacionamento interpessoal é a conexão feita por duas ou mais pessoas de um mesmo círculo. Ele tem muito a ver com a maneira como tratamos e nos relacionamos com os outros e a qualidade dessas relações. No núcleo profissional, trata-se da forma como nos relacionamos com os colegas de trabalho. Dentro da área da saúde se destaca como política de incentivo e apoio às relações interpessoais a Política Nacional de Humanização (PNH).

A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas e grupos, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas. Transversalizar é um dos princípios que rege esta política (BRASIL, 2008).

Na análise das entrevistas observa se a **ausência de diálogo dos gestores** com os profissionais na busca de melhorias e resoluções de problemas no ambiente de trabalho, compreendida como desrespeito, não reconhecimento e desvalorização. Tal fato vai contra o princípio da cogestão e valorização do trabalhador instituída pela PNH. Cogestão significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Sendo exercida não por poucos ou alguns, mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” e a valorização do trabalhador se faz propiciando a visibilidade à experiência dos mesmos e os incluindo na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho.

É necessário abrir um espaço público interno de discussão que vá além do conhecimento técnico e da divisão de trabalho, “onde o trabalhador possa discutir as regras de consenso para trabalhar em conjunto e a elaboração das relações de confiança entre

trabalhadores" (DEJOURS, 1994). Dentro deste contexto, pude observar a **exclusão dos profissionais na tomada de decisões** que envolvem o ambiente de trabalho, bem como a imposição de tarefas sem que haja condições por parte do profissional de realizá-las.

> "É, que nunca tinha tido outras pessoas lá procurar, preocupar com o funcionário do CME, como que ele trabalha, como que a gente trabalha aqui." (E1)
>
> "E o problema aqui também é que eles não conversam com quem faz o serviço antes de fazer os mobiliários e adequar o ambiente. O problema é esse. Igual, ampliação, estão fazendo ampliação. Nós fomos hoje observar lá a ampliação, pro nosso trabalho do dia a dia não vai dar certo porque vai faltar espaço pra gente executar o serviço que a gente executa, entendeu?" (E15)
>
> "Aqui no serviço foi quando... a maior dor que eu senti foi quando me botaram pra organização porque eu tenho consciência que eu não dava mais conta do serviço." (E11)
>
> "Mas aqui não, aqui a gente não tem muito... não pode sentir essas dores assim. Sente, mas aguenta sem falar nada, né?" (E12)
>
> "Você está sentindo dor e tem que fingir que não está... Ah, porque tem que trabalhar, né?" (E14)

A ambiência, um dos conceitos que norteiam a PNH, refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, o qual deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos relatos colhidos pode se observar que nem sempre esta é uma realidade vivenciada por muitos dos trabalhadores da equipe de enfermagem, considerando-se as condições de trabalho insatisfatórias e insalubres.

Na realidade investigada, foram percebidos como influenciadores do relacionamento interpessoal e potencializadores do estresse e tensão no ambiente de trabalho: problemas com falta de interação entre a equipe, carências na resolução dos problemas típicos do setor e cobranças desnecessárias. Além disso, o profissional de enfermagem atua em ritmos intensos, longas jornadas e de forma mecanizada, contribuindo para um ambiente de atuação repleto de tensões, as quais podem ser refletidas no corpo, no comportamento e na mente do indivíduo, ocasionando problemas ao seu local de trabalho como dor, irritabilidade, cansaço físico e mental. Os entrevistados referiram, também, que o fato de conviverem em um ambiente que propicia situações de estresse contribui para aumentar o nível de tensão vivenciado nesse ambiente e relataram os sentimentos que permeiam o relacionamento interpessoal da equipe, que têm como base a **angústia e a tensão no ambiente de atuação profissional**.

> "Estressada, brigando, querendo descontar o estresse da dor nos outros." (E8)

> "Você acaba tentando se controlar, mas às vezes chega assim uma hora que você está tão... aquilo te irrita, porque a dor acaba de irritando, não que eu vá descontar em cima das pessoas, mas chega uma hora assim que você acaba sendo até mais um pouco grossa do que o de costume." (E17)

> "(...) causa estresse, um estresse carregado em cima do outro, desconto nos outros, fico o dia estressada e só o começo, né?" (E8)

Através da automedicação é possível obter, mesmo que temporariamente, o alívio aos sintomas físicos ou psíquicos apresentados.

> "Ah, eu me retraio, às vezes fico nervosa, respondo mal... No trabalho tem que tomar uma medicação e trabalhar." (E1)

> "Eu aguento ela e me relaciono normal, porque ninguém é culpado por eu estar sentindo dor. (...) Como eu me relaciono? Eu tento ajudar o máximo... não altera porque logo a gente toma medicamento pra ela passar." (E5)

As relações entre os colegas de trabalho foram ambíguas, referidas ora como amigáveis, com um discurso de trabalho colaborativo, ora com relatos de **disputas internas, rivalidades** e diferenças de tratamento.

> "Eu já falo pra minhas colegas 'quando eu disser que eu estou doente e quero deitar ali é porque realmente eu estou doente'. Tanto que nesse dia que eu vim trabalhar e eu não tive condições, eu falei." (E13)

> "Medo. Assim, medo. Às vezes as colegas não entendem, né? Crítica, então a gente sente a dor calada, não fala..." (E12)

> "Eu me sinto inútil, além de eu me sentir inútil por não fazer aquilo que eu gosto de fazer, ainda ouve (das colegas), a gente ouve das colegas, não adianta, que ouve mesmo, pensa que fala por código que a gente não vai saber, mas sabe. E ainda tem aquele negócio que a colega vai com a chefe, é isso, é aquilo. A chefa vem e chama a atenção e tudo isso magoa a gente, tudo isso nos deixa desmotivada a trabalhar, eu me sinto desmotivada, eu não vou mentir.... Que às vezes a gente sente uma dor, se você reclamar que está sentindo dor, vai dizer que é preguiça da pessoa, isso aí dói muito mais do que a dor que você está sentindo no corpo, emocionalmente, dói muito mais..." (E11)

> "Talvez até tem ajuda, mas eu não... principalmente no serviço... Acho que é poucas pessoas que se preocupa." (E4)

O ambiente de trabalho não só influencia a saúde física do indivíduo, **a s**aúde mental **e as r**elações interpessoais no trabalho estão fortemente ligadas. Um ambiente organizacional sem qualidade pode prejudicar os funcionários e influenciar na saúde mental.

Categoria III: Saúde mental.

As definições de Saúde e Saúde Mental propostas pela OMS (2001) consistem, respectivamente, em um estado de bem-estar físico, mental e social e um estado de equilíbrio entre o indivíduo pessoa e seu meio, tendo a capacidade de realizar funções laborais e sociais, as habilidades emocionais e cognitivas bem como responder de forma adequada às atividades cotidianas (OMS, 2001).

Em concordância com este conceito a saúde mental torna-se fator preocupante na saúde do trabalhador sendo esta de difícil conceituação, interpretação e aferição e que se torna complexa, porque serve para nomear um estado global resultante do desequilíbrio interno devido ao sistema de relações do organismo.

O esforço físico e/ou mental associado às condições do ambiente, fatores psicológicos inerentes ao regime de trabalho, condições individuais e as condições de trabalho podem provocar alterações no estado psicossomático, levando ao comprometimento da saúde mental. A diversidade das atividades desenvolvidas, sobrecarga de trabalho, os imprevistos e o lidar com o sofrimento e morte são aspectos agravantes no trabalho dos profissionais de enfermagem que conduzem ao desgaste mental. O esquema de turnos alternantes influencia negativamente os horários reservados à alimentação, sono e repouso, o relacionamento com a família e amigos, a realização de atividades sociais e de lazer, além de ser considerado como fator interferente ao aparecimento de fadiga e motivo de insatisfação para a maioria destes profissionais (Tal fatos foram observados nos relatos estando de acordo com trabalhos já publicados (OLIVEIRA,2010).

Nas falas das entrevistadas observa-se **acometimento da saúde mental,** bem como a diferenciação por estes dos sinais e sintomas físicos e psíquicos:

> “Olha, tem a dor emocional e tem a dor física que a gente sente... péssima, a gente se sente péssima. Às vezes fica até mal-humorada, sentindo dor fica até mal-humorada. Às vezes, pode até acontecer de dar uma resposta em alguém devido essa dor que a gente está sentindo... Péssima. Autoestima lá embaixo. Péssima, péssima. Porque a pior coisa é você ter vontade de fazer as coisas e não poder, por causa da dor física. Não existe coisa pior. Eu amo meu trabalho, assim, mas eu não posso fazer meu serviço lá mais...” (E6)

> “Eu acho que a pior dor é quando fere o sentimento da gente. Que não é uma dor física, é uma dor emocional. Que eu acho que muitas poucas pessoas suportam, quando a gente é ferida profundamente. Machuca a consciência da gente, o orgulho da gente. A alma da gente fica... Porque eu não estou me sentindo bem. Não estou. Pela situação que acontecendo na minha vida, em casa e pela minha situação no serviço também. Eu preciso de um psicólogo, eu sei que eu preciso... É procurar ajuda... Ajuda médica, espiritual, seja ela qual for. Mas tem que ter ajuda. Psicólogo...” (E11)
>
> “Dor pra mim é tanto física como emocional.” (E17)
>
> “Sem ânimo, sem coragem. Às vezes a gente tem até que fazer alguma coisa, trabalhar com aquela dor e é ruim, muito ruim.” (E3)
>
> “A gente fica mal-humorada. Eu fico. Tem horas que irrita, fica assim... não fica bem.” (E7)
>
> “Mal, muito mal.... Dá falta de humor, disposição, tudo.” (E8)
>
> “Nervosa, assim, agitada, sem concentração, perda da concentração.” (E9)
>
> “Aí... me sinto limitada, me sinto triste, incapaz de realizar as minhas atividades... De conversar, de... né? De atender uma pessoa, de vim trabalhar.” (E1)
>
> “Justamente por causa do cansaço, aí tem o cansaço, ali no nosso serviço, além de ser o cansaço físico, é o mental, porque a gente, principalmente porque a gente mexe com instrumental... Assim, a mente às vezes da gente fica cansada... E o estresse também pela falta de material, essas coisas que ultimamente está acontecendo aqui, estressa muito a gente.” (E15)
>
> “(...) causa estresse, um estresse carregado em cima do outro, desconto nos outros, fico o dia estressada e só o começo, né?” (E8)
>
> “Prejudica, dá uma sensação tão ruim, parece que vai certinho lá no cérebro da gente, aquela agonia, agoniada. Prejudica muito porque a gente não sabe nem o que fazer, né?” (E20)
>
> “(...) aquela dor estomacal que vai causar até náuseas, tive que deitar aqui no repouso. Assim, são coisas... acontece, você não sabe nem se foi alimentar, se foi psicologicamente, né? Você não sabe.” (E2)

Os relatos demonstram a **procura por melhora da saúde mental** através de atividades que tragam desligamento do ambiente de trabalho e satisfação pessoal:

> “Eu nunca cheguei a tomar remédio pra dor. A não ser quando eu estou em casa, invés de remédio eu procuro tomar uma cerveja, alguma coisa, que daí eu relaxo de verdade...” (E7)
>
> “Às vezes eu procurava tomar um remédio e quieta, deitava. Mas hoje é bem diferente...fazer uma massagem aqui” aí menina, mas é tão bom, você precisa ver.” (E10)

> “Ah, eu procuro sentar um pouco pra passar e depois continuar de novo... Ah, em casa eu vou relaxar, né? Estou em casa (risos). Em casa vou relaxar.” (E14)

Embora uma leitura do campo da saúde mental sob o viés de gênero ainda seja incipiente, alguns estudos já apontam a importância dessa articulação (ZANELLO; SILVA, 2012; SANTOS,2009), ressaltando que a própria experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente.

Papel social de gênero é o conjunto de expectativas, normas e pressões culturais associadas a um gênero em particular. Padilha (1994) acredita que a mulher reproduz as atividades da vida privada/doméstica, relacionadas às atividades essenciais para a sobrevivência humana (cuidar, prover, prever, organizar, etc.) na vida pública/privada. Nesta perspectiva a mulher, enquanto cuidadora, é vista sob uma característica “naturalista”, ou seja, inerente à sua natureza de mulher, o que contribui para enfatizar o seu processo reprodutivo e biológico, encobrindo, assim, que estas características ou “qualidades” foram e são social, cultural e historicamente construídas, estabelecendo-se um papel de gênero.

Quanto à enfermagem, como opção profissional, Sobral (1994) refere ser uma profissão de mulheres, do gênero feminino, que envolve representações sociais inerentes às "características" da mulher ideal numa sociedade ainda dominada pelos homens, tais como: submissão, abnegação, disciplina, pureza, humildade e "domesticidade". Reforçando este pensamento, Moreira (1999) lembra que a enfermagem, como o magistério, é caracterizada como uma profissão de mulheres, profissão esta que, no mundo público, representava uma extensão do lar, de um feminino dócil, que cuida, nutre e educa. Assim sendo, ressalta (SOBRAL, 1994):

> Foi só deslocar uma cultura pronta, que era da mulher, mãe e esposa no espaço privado cuidando da casa, dos filhos e do marido, para o espaço público: substitui-se, neutralizando, a casa pelo hospital, os filhos pelos sujeitos do cuidado, o povo e o marido pelo médico. (SOBRAL, 1994)

Nas entrevistas observei situações específicas no processo de trabalho de enfermagem, onde a **desvalorização, o desprestígio e o próprio processo de negação da dor** são transformados em **devotamento e abnegação**. Na análise dos relatos não há como desconsiderar esta singularidade dado que, entre outras coisas, as mulheres, em sua maioria, realizam o trabalho não pago e não reconhecido: o trabalho doméstico, o cuidado aos filhos e

o cuidado aos familiares doentes. Esses fatores têm consequências importantes para a sua saúde:

> "É que eu tenho três filhos e o marido, então são quatro homens, e uma casa toda, aí eu cuido... Cuido e eles ajudam quando têm tempo. Aí depois de eu cuidar da casa aí eles dormem, eu venho pro trabalho, né? Então eu acho que é sobrecarga." (E7)
>
> "(...) o meu esposo é aquele bendito e acha que eu sou inquebrável, sou uma máquina que não se destrói, de ferro e que tenho que fazer tudo e não é assim. Eu me sinto mal quando eu faço qualquer serviço de limpeza de casa, limpar um quintal, eu não posso fazer uma faxina. Então tem gente que acha... ele mesmo, o meu esposo acha que não, que eu tenho obrigação de fazer, então isso também machuca. Me machuca demais..." (E11)
>
> "Aí nesse tempo, eu trabalhava, chegava em casa tinha que banhar minha sogra porque ela tinha tido derrame e ela não aceitava outra pessoa dar banho nela, eu que tinha que dar banho nela. Aí eu ia descendo pra lá, pra dar banho nela, aí eu desci da bicicleta, sol quente, aí eu digo 'Deus, eu estou com essa dor aqui, você sabe que eu tenho que banhar minha sogra e está doendo, então me cura dessa dor'. E eu montei na bicicleta e fui embora (...) eu tenho meu marido ele tem mal de Parkinson quebrou a perna, eu cuido dele... não quero dar trabalho para os meus filhos e nem quero que meu marido vá depois de mim." (E5)

Na relação familiar, com a inserção da mulher no mercado de trabalho os "papéis domésticos" modificaram-se: o que antes era **atribuição exclusiva da mulher** passou, então, a ser "dividido" ou "compartilhado" pelo companheiro, fato este que nem sempre ocorre, levando à sobrecarga de tarefas à mulher.

> "Em casa aquela rotina doida de casa, né? Aí junta tudo, dá um estresse e um cansaço grande, e junta a dor." (E3)
>
> "Em casa, em casa. Às vezes a gente sente muita dor que acaba não dando muita atenção pra família, né? Igual, um filho quer brincar, quer conversar, marido essas coisas, a gente acaba não... não dando muita atenção..." (E12)
>
> "Fico incapacitada, né? A vontade... É igual agora, estou morrendo de vontade de chegar em casa, tomar um analgésico e deitar. Só que eu vou sair daqui, eu vou pro outro serviço, do outro serviço eu vou sair seis horas da tarde. Quando eu chegar em casa já vai ter que dar assistência pra minha família, que eu moro com avó idosa, tem criança na casa." (E16)
>
> "E prejudica mais a família, né? Porque você chega cansada, você chega estressada. Acaba que..." (E17)
>
> "Ontem, eu limpando a casa, eu senti muita dor lombar. Muita mesma. Ainda hoje, parece que está doendo, porque eu estou mexendo com reforma lá em casa e eu limpei a casa ontem e... Continuo trabalhando... Acho que eu sou transparente. Meu marido disse que eu não sou de demonstrar que eu estou doente... que eu fico transparente mesmo." (E4)

> “Você quer saber de uma coisa... eu digo pra minhas filhas “se eu chegar a morrer, que eu sei que um dia... vocês nem acredita que eu estou sentindo dor”(risos)... Porque elas acham que eu sou aço.(risos)...Eu digo para elas, mas elas... eu acho que elas não acreditam. (risos). Porque eu quieta, elas não acreditam.” (E5)

> “Ah, eu senti essa dor, assim, que eu podia estar às vezes até bem e quando escutava o barulho do carro do meu esposo chegando, quando eu via ele assim, eu já me deitava e já mudava com todo mundo, parecia que eu vivia era doente. Aí foi até que nós tivemos que ir cada um para um canto. Eu não gosto nem de falar disso não.” (E10)

> “Eu sempre imaginei que tudo isso era porque eu comecei a me sobrecarregar demais. A minha responsabilidade é muito grande. Acho que sempre pensei nisso.” (E7)

> “Porque eu não estou me sentindo bem. Não estou. Pela situação que acontecendo na minha vida, em casa e pela minha situação no serviço também.” (E11)

Aspectos físicos podem contribuir para a saúde mental de maneira positiva ou prejudicial. Um ambiente de trabalho de qualidade é necessário para a promoção da saúde do trabalhador e o lazer surge como fator de grande importância nesta questão. Um estilo de vida saudável requer uma dose adequada de atividade física, alimentação balanceada e controle do estresse e estes hábitos podem ser encontrados no lazer.

Categoria IV: Lazer

Para o trabalhador o trabalho está relacionado, acima de tudo, à necessidade de segurança e de provimento de sua subsistência e de seus familiares. Essa visão condicionada pelas condições de existência e pelos valores ideológicos impostos pela sociedade capitalista levam a desconsiderar indicadores importantes para a realização pessoal, como o lazer. Indicador este que proporciona a possibilidade do libertar-se do tédio do cotidiano, que nasce das tarefas repetitivas, forçosas e das fadigas físicas ou nervosas, abrindo a oportunidade de divertimento, de superação de si mesmo, do poder criador e da busca de integração afetiva com seus familiares, colegas e amigos. O lazer oferece elementos para o entorno saudável na promoção da saúde, da autoestima, do bem-estar físico e mental, entre outros, e nos ensina que o desafio, o trabalho de equipe, a crítica construtiva, a disciplina, a educação, a

valorização do outro e a diversão podem caminhar juntos em nome do prazer, da liberdade e da felicidade (DEJOURS, 2000).

Nas entrevistas pude observar a ciência da **necessidade de lazer, bem como o prejuízo que sua ausência causa**. Os entrevistados demonstram a correlação entre a falta de lazer como causa de dor:

> "Eu pratico exercício físico, eu não sinto dores. Eu posso estar sentindo, querendo sentir, eu não sinto, eu me sinto bem... Aí até que não. Eu não sinto não." (E10)
>
> "Assim, eu sinto que a minha dor é falta de exercício físico, na verdade. Quando eu estava fazendo exercício físico eu não sentia dor nenhuma..." (E14)
>
> "Então assim, hoje eu vou conseguir dormir umas 11 horas da noite, e é uma coisa que eu queria fazer agora, chegar em casa, tomar um remédio e dormir. Então prejudica o convívio da rotina, você não consegue pensar em produzir nada, não consigo pensar em ir fazer um exercício, não consigo pensar em fazer um lazer, não, eu quero chegar e dormir." (E16)

Atuar na Enfermagem exige muita dedicação e extrema responsabilidade, o que leva o profissional muitas vezes abdicar do seu lazer. É uma profissão que apresenta aptidões próprias, pois o enfermeiro deve apresentar boa saúde, controle emocional e conhecimento técnico-científico, além disso, durante as práticas laborais, é exigido esforço físico, mental e psicológico. Entretanto, algumas causas têm chamado a atenção para um fenômeno pouco conhecido e que reflete no comportamento do profissional: o presenteísmo (PASCHOALIN; GRIEP; LISBOA; 2015).

Categoria V: Presenteísmo

O presenteísmo é a condição em que as pessoas comparecem ao ambiente laboral, porém realizam as atividades inerentes às suas funções de um modo não produtivo, ou seja, não apresentam bom desempenho por problemas físicos e mentais relacionados ao trabalho (LARANJEIRA, 2009). Nas falas de alguns profissionais entrevistados pode se observar relatos de **baixa produtividade no trabalho devido à problemas de saúde**:

> "(...) de maneira que me limita... Aí eu não tenho mais aquela... aquele ânimo de trabalhar, a gente fica mais limitada. Faço, não é que eu deixo de fazer, mas não tem aquele pique." (E1)
>
> "Ó, hoje eu não estou bem, minha cabeça está doendo, estou me sentindo mal, então assim, vamos organizando da forma que dá, mas aí eu falo, 'hoje

> eu estou bem, traz os pepinos que for, vamos conversar do que você quiser, vamos tentar resolver o que você quiser, hoje eu estou ótima, vamos produzir', 'hoje eu não estou bem, vamos tentar fazer o que puder dentro da minha limitação da dor'." (E16)
>
> "Identifico sim, aquele momento que você, às vezes não consegue fazer nada, já gera um prejuízo." (E3)
>
> "Porque tipo assim, a gente fica mais desanimada para trabalhar, tipo pra sair, eu acho que tipo assim... pra mim é prejuízo." (E4)
>
> "Muito mal. Assim, mal no sentido de não poder trabalhar e mal por estar sentindo aquela dor.... Não porque quando você não está com dor, a tua disposição é outra. Não que você vá negligenciar o seu trabalho não, mas que você acaba deixando, tipo, 'ah, eu não vou dar conta agora, o colega pode fazer', mas tudo conversado, né? No caso. Então eu sinto que acaba que te prejudica tanto na produção, como fisicamente, como com os colegas. Acaba..." (E17)

Em detrimento do absenteísmo, avaliar o presenteísmo é um desafio por ser uma condição não palpável, aparentemente encoberta, que necessita do reconhecimento do profissional sobre sua melhor e pior condição para o desenvolvimento das atividades no trabalho. Considera-se também um desafio a incorporação deste referencial na instância administrativa das instituições, por ter repercussões que, muitas vezes, tornam-se visíveis com a ocorrência de faltas e afastamentos. Além disso, a medição direta da produtividade é uma tarefa difícil, principalmente para ocupações de trabalho mental e cognitivo já que engloba fatores de natureza subjetiva.

Ao observar o presenteísmo nos relatos colhidos em entrevista surge uma importante questão: o que leva o profissional decidir por trabalhar doente em vez de faltar ao trabalho? Com vista a compreender as possíveis causas de absenteísmo e presenteísmo e a sua relação com os efeitos cumulativos individuais (como a produtividade), John (2010) criou um modelo teórico de explicação de absenteísmo x presenteísmo. Neste modelo é possível perceber que o presenteísmo é um fenômeno complexo e multifatorial.

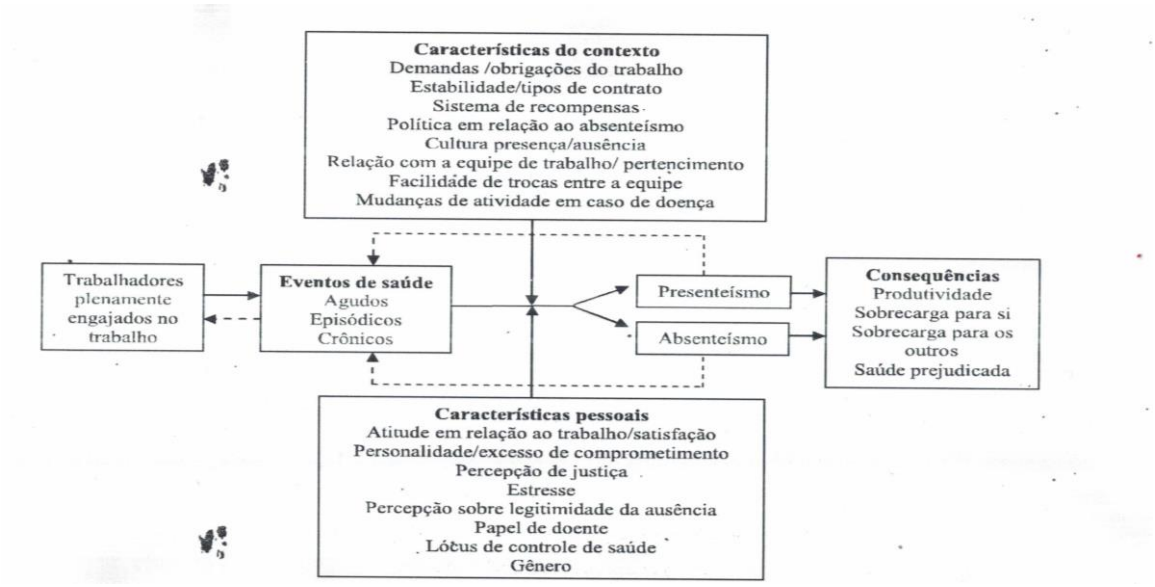


Figura 4 Modelo dinâmico de presenteísmo e absenteísmo (Johns,2010)

Nas entrevistas colhidas percebe se relatos que demonstram a **resistência do profissional a se afastar de suas atividades laborais**, realizando suas tarefas sob o temor de retaliações, dor e, consequentemente, diminuindo sua produtividade:

> "Você não está bem, perde um pouco a concentração também, dor, né? Você perde. Não está... não dá para agilizar ali o trabalho. Você está concentrado, mas a dor está te chamando, né?" (E2)

> "Não, não atrapalha porque você tem que fazer o serviço. Não tem como atrapalhar, tem que fazer. E se você encolher um pouquinho, já vem as consequências das colegas pensando 'não, porque vem tem que fazer. Tem que fazer', aí vem a cobrança, então atrapalha, mas você tem que fazer." (E6)

> "Às vezes quando atinge o máximo que dá mesmo, que não dá pra trabalhar, tem que dar atestado, né? Não acontece, raramente... com muita frequência, mas uma a cada seis meses, por exemplo, acontece de dar." (E2)

> "Mês passado assim que eu perdi uns dois dias de trabalho de dia devido às dores, mal-estar... Ah, a gente não se sente bem, né? A gente não se sente bem, na verdade. Inclusive, foi até no meu serviço do dia, que é aqui. Da noite, como eu trabalho só dois plantões no meio da semana, às vezes coincide, né? Mas às vezes a gente vem até com dor, mas vem." (E14)

> "Já tenho essa dor no ombro, mas tem que trabalhar, como é... não tem como, né?" (E9)

> "Uma coisa que não me deixa trabalhar, não me deixa fazer as minhas coisas, né? No dia a dia, me incomoda demais a dor." (E19)

> “Sem ânimo, sem coragem”. Às vezes a gente tem até que fazer alguma coisa,
> trabalhar com aquela dor e é ruim, muito ruim.” (E3)

Ainda que as falas tenham demonstrado necessidade de estar no trabalho, estudos indicam que é uma **forma presente de estar, mesmo em uma forma de ausência** (ARRONSON, 2000, PASCHOALIN ET AL, 2012).

> “Você quer fazer e não consegue. Você tem uma coisa pra fazer e não consegue fazer, faz com dificuldade... Não, até agora não porque a gente é obrigada a trabalhar, então você tem que se esforçar pra fazer... Não posso permitir (risos).” (E18)

> “Não, é igual eu te falei, aqui não, em casa muda sim. Em casa eu já fico mais quieta, deitada, calada. Mas aqui não, aqui a gente não tem muito... não pode sentir essas dores assim. Sente, mas aguenta sem falar nada, né?” (E12)

> “Fica lá ((risos)). Trabalhando, até passar a dor. Às vezes a gente vem, dá uma deitadinha, quando está muito ruim mesmo você vem fica um pouco, uns 15 minutos, depois você volta... Ah, eu deito (risos). Em casa eu deito... Aí eu posso, né, eu deito e fico lá enquanto ela não sumir.” (E3)

> “Eu levo o trabalho contínuo, só que mais lento... Mais lento. Um pouco. Só que eu evito, se eu for pegar peso eu chamo um colega, se eu vou fechar um pacote cirúrgico eu peço um colega para ajudar... Não. Nunca parei... Eu não sei se é por causa de cobrança ou responsabilidade... Sim, tipo assim, eu fico me sentindo responsável por não deixar os colegas carregar o serviço sozinho nas costas.” (E4)

> “Eu não sei, eu não gosto de faltar no meu trabalho, não gosto. Eu acho que eu me sinto uma pessoa irresponsável, eu gosto de estar... eu me cobro, eu sou muito... eu cobro muito de mim.” (E13)

> “Eu seguro as pontas... Porque às vezes tipo, hoje assim, a rotina está puxada, não tem como você se sentar, falar, ‘não, estou cansada, estou sentindo dor’, não, você tem que ficar ali firme, segurar.” (E18)

> “Senta, respira, pra ver se passa... Geralmente passa, dá uma melhorada... Continuo trabalhando...” (E19)

> “O dia que está no trabalho mais é difícil... Não, nunca saí do plantão pra ir pra casa. Se eu estiver em casa doente, eu não venho. Mas se eu sentir aqui, eu procuro tomar medicação e continuar o plantão.” (E20)

> “Nunca faltei, e eu estou aqui já vai fazer cinco anos e eu só tive um atestado que foi quando eu passei mal com problema na pressão, minha pressão subiu, né? Foi, e eu não aguentava vir no outro dia. Só foi isso. Um atestado dentro de cinco anos...” (E10)

O gênero e o tipo de profissão têm sido associados ao presenteísmo em trabalhos científicos que evidenciam o maior presenteísmo entre mulheres e entre profissionais envolvidos com cuidado, bem-estar e educação (ARRONSON, 2000; BERGSTRÖM, ET AL,2009). Nesta pesquisa, sendo a amostra colhida composta por profissionais mulheres, despropositadamente, confirma o gênero feminino dominante na esfera da enfermagem bem como a presença marcante do presenteísmo nos relatos destas trabalhadoras.

Na abordagem das categorias encontradas nesta pesquisa pode se observar que características do ambiente de trabalho (com presenteísmo, insalubridade, trabalho desumano, inseguro com falhas ergonômicas, com predomínio do gênero feminino, sob uma organização hierarquizada e com sobrecarga de tarefas) somado à falta de lazer levam à conflitos interpessoais, danos à saúde mental e **influenciam na percepção de dor** de diferentes maneiras, como veremos à seguir.

Categoria X: Percepção de dor

Como já foi discutido, a sensação é basicamente uma resposta de um receptor sensorial a estímulos externos, ou seja, é uma resposta fisiológica do organismo. É um processo em que os sentidos humanos convertem a energia de um estímulo em mensagens neurais e que provoca reações.

A percepção, por outro lado, é o julgamento dado pelo sujeito com base nas informações das sensações. É a interpretação por parte do indivíduo do que foi captado pelos sentidos. É um processo que pode ser influenciado por fatores fisiológicos e psicológicos, tanto quanto por questões externas como aspectos culturais e sociais.

Uma mesma sensação, por exemplo, pode gerar percepções distintas em pessoas diferentes. Isso porque cada indivíduo tem suas próprias experiências e a partir delas constrói percepções diferentes em diversos aspectos. Nos relatos colhidos nas entrevistas quando indagadas sobre o que é dor, identifica-se **diferentes percepções:**

> "Sofrimento, dor, né? Faz a gente sofrer." (E1)
>
> "Um sentimento de sofrimento." (E17)
>
> "A dor é uma coisa estranha que eu sinto que é doído, só isso." (E5)
> "Pra mim descrever... olha é difícil pra gente descrever, porque é muito ruim você está trabalhando sentindo dor... Principalmente os braços e as pernas, costas." (E6)
>
> "Às vezes insuportáveis." (E17)

> “Dor traz tristeza.” (E2)
>
> “Desanimada, pra baixo.” (E18)
>
> “Ah, eu me sinto tão agoniada.” (E20)
>
> “Amanhã eu estou péssima, estou estressada porque a dor causa. Eu disfarço... vocês veem aqui. A dor faz estresse...” (E8)
>
> “Dá uma sensação tão ruim, parece que vai certinho lá no cérebro da gente, aquela agonia, agoniada.” (E20)
>
> “Eu fiquei muito pálida. Ah, um dia eu desmaiei aqui de tanta dor que eu senti. Eu fui parar lá no P.S. Me levaram para a sala vermelha.” (E19)
>
> “Eu fico impaciente, nervosa, aí dá vontade de comer chocolate, alguma coisa pra... Porque eu sou muito ansiosa, então assim, quando eu estou nervosa por alguma coisa, angustiada, eu desconto na comida, né?” (E9)
>
> “Ah, acho que é ficar impossibilitado de fazer alguma coisa.” (E15)
>
> “Dor é uma... acho que é um sinal que alguma coisa está errada.” (E16)
>
> “Sou ruim pra mim falar sobre isso. Dor, eu não sei nem decifrar.” (E14)
>
> “Ah, dor é quando você não suporta nem ficar em pé direito (risos) é dor (risos)... Por causa que é uma coisa, igual eu falo pros meninos, é uma coisa que como a pessoa não está vendo que está quebrado, ele acha que você não está sentindo nada. As meninas até acham assim que porque eu converso muito, sabe? Eu sorrio muito ((risos)) então eu não costumo mudar muito não. Graças a Deus...” (E15)

Entretanto, pode-se esperar que um grupo de pessoas que vive num mesmo local e tenha costumes parecidos apresente **uma percepção sensorial com um padrão semelhante**. Isso porque as experiências vividas são semelhantes. Tal fato é observado no discurso dos profissionais entrevistados:

> “Dor é o que incomoda e que não alivia...” (E1)
>
> “Dor é algo que incomoda, né.” (E2)
>
> “(...) incômodo, um incômodo, né?” (E5)
>
> “Ah, quando alguma coisa me incomoda, incomoda que dói.” (E7)
>
> “Dor é incomodar demais, você sente as dores incomoda bastante.” (E12)
> “Às vezes não ferroa não, mas fica aquele negócio direto incomodando.” (E3)
>
> “É uma sensação de algo assim que incomoda, só isso.” (E10)

> "Aquilo que incomoda, que impede você de fazer alguma coisa, alguma atividade, a rotina do dia a dia, impede você a dor, você não consegue fazer, faz com dificuldade, né? Faz porque é obrigado a fazer." (E18)

> "Dor é uma coisa que incomoda muito, que vai é na mente da gente. Fica incomodado. Não sei mais falar sobre." (E20)

As ideias expostas neste estudo evidenciaram a percepção da dor no trabalho e os **fatores agravantes** (percepção do trabalho, segurança no trabalho, organização do trabalho, relação interpessoal, saúde mental, ergonomia e falta de lazer), que influenciam na gênese deste sintoma. Desde o início, buscou se a articulação deste sintoma com o trabalho em si, sua organização e suas condições no ambiente hospitalar para o desenvolvimento das atividades laborais no âmbito do HGP-TO. Não houveram dados na análise que demonstrassem **fatores atenuantes** para a queixa dolorosa que não fossem alegações por parte das trabalhadoras que se houvesse melhora dos fatores agravantes poderiam ter atenuação da dor.

O presenteísmo evidente nas falas dos participantes surge como a principal categoria à ser analisada sob o ponto vista da **influência da dor na função laboral** destes trabalhadores, pois com o presenteísmo surge a dificuldade de realizar as funções laborais e consequentemente há uma queda na produtividade.

Nas categorias discutidas e exemplificadas através de relatos dos participantes pode se observar que a percepção da dor pelos profissionais deve ser analisada de forma individualizada levando se em consideração a influência do meio onde este profissional esta inserido, neste caso em particular o ambiente de trabalho, já que esta área de atuação tem características próprias em que se trabalha por turnos de 12 à 24 horas muitas vezes sem intervalos e estendendo se em outros trabalhos ou horas extras para até 36 horas trabalhadas.

A rotina de trabalho com sobrecarga de turnos e tarefas que são realizadas em posição "de pé" (ortostatismo) podem desencadear e/ou piorar a queixa de dor nas pernas das profissionais, sendo estas portadoras ou não de **varizes dos membros inferiores**, daí a permanência de queixa dolorosa mesmo em vigência de tratamento, sendo este um dos fatos que motivaram este estudo. Este é um aspecto evidente nos relatos colhidos e estão de acordo com a literatura (Kontosic et al,2000; Belczak et al,2008).

Nos dados apresentados e na análise do ambiente em que se encontram estes profissionais pode se perceber falhas em ambiente de trabalho no que se refere à segurança, ergonomia e organização. Falhas estas que ferem a Norma Regulamentadora (NR-32), de Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde que estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos

trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Há agravos no uso de EPI não seguindo o que estabelece a RDC-15 que traz no seu artigo 30 referências à segurança do trabalhador na CME. Tais falhas somadas à uma rotina acelerada e estressante sem lazer e com frequente presenteismo prejudicam a relação interpessoal, afetando ainda mais a saúde mental do profissional e lhe levando à percepção de um trabalho injusto e desumano. Em contrapartida não há como negligenciar o papel da mulher neste quadro, já que o papel social do gênero se faz presente servindo como fator agravante, pois esta profissional apresenta funções que vão além do trabalho na enfermagem. A sobrecarga de funções atribuídas à estas mulheres se confirmam nos relatos colhidos e leva à piora da situação em que a mesma se encontra. Desta avalanche de falhas que se inter-relacionam surge seu produto final: a dor. Dor difícil de ser caracterizada, se apresentando sob várias formas, banalizada e incorporada como característica do oficio. Sintoma que resulta em síntese da falta de segurança e qualidade no trabalho. Este estudo leva às conclusões e recomendações relatadas a seguir.

5. CONCLUSÃO

"Dor na perna" é a queixa majoritária que leva um paciente a procurar o consultório de um cirurgião vascular. Por isso, o cirurgião vascular tem a necessidade de conhecer todas as causas de dor nos membros inferiores, além das de etiologia arterial, venosa e linfática (TIM, 2004).

Ao analisar a percepção da dor dos participantes desta pesquisa pode se constatar que a dor é percebida como uma soma de fatores do ambiente de trabalho que geram danos que vão além das varizes dos membros inferiores, danos estes que afetam física e psicologicamente este profissional levando à persistência da queixa dolorosa.

Neste estudo identifica se na rotina diárias dos trabalhadores de enfermagem fatores agravantes que envolvem questões trabalhistas e pessoais e ausência de fatores atenuantes por estes relatados que não seja a ausência dos fatores agravantes.Na analise da influência da dor na função laboral destes trabalhadores conclui se que esta atua sob suas funções laborais de maneira negativa dificultando as e levando a baixa produtividade.

Este artigo atinge os objetivos estabelecidos, demonstra a realidade trabalhista no setor da CME no centro cirúrgico do HGP e aponta a necessidade de realização de estudos complementares, extensivos aos demais setores.

6. PERSPECTIVAS

Diante destes fatos torna se necessária atitude por parte dos gestores para que se faça valer na íntegra a NR-32 e a Política Nacional de Humanização (PNH/ HumanizaSUS), para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH possui princípios que a regem e possibilitam uma política igualitária, de inclusão do trabalhador e participação na tomada de decisões com a gestão. Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta se construída com a vontade das pessoas envolvidas, as quais compartilham responsabilidades. Com base nestes princípios surgem possibilidades de uma aproximação dos trabalhadores com a gestão através de comissões de controle de qualidade e segurança no trabalho assim como discussões de problemas e melhorias para o serviço em conjunto com setores imprescindíveis no tema como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Serviço de Saúde ocupacional e Programa de Educação Continuada.

Esta pesquisa analisa a realidade trabalhista de um setor do HGP e demonstra a necessidade de se promover o conhecimento global da situação de trabalho nesta instituição, a elaboração de estratégias eficazes para a implantação da NR-32, com a responsabilidade da Direção do Hospital e a participação ativa do profissional da enfermagem.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. RDC nº 15, de 15 de março de 2012. **Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências**. Brasília: 2012.

ABREU, A. M. M.; MAURO, M. Y. C.. **Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro Escola Anna Nery.** Revista de Enfermagem, v. 4, n. 1, p. 139-146, 2000.

AQUINO E.M.L; ARAÚJO M.J.; MENEZES G.M. **Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia.** Revista Bras. Enfermagem 1993 julho/ dezembro; 46(3/4): 245-57.

ANGELOTTI, G.; SARDÁ, J. J. Avaliação psicológica da dor. **Figueiró, JAB, Angelotti, G. & Pimenta, CAM Dor & Saúde Mental**, p. 51-65, 2005.

ARONSSON G.; GUSTAFSSON, K; DALLNER, M. **Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. Journal of Epidemiology and Community Health.** 2000; 54(7):502-509.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS JUNIOR, Newton de et al . Gestação e varizes de membros inferiores: prevalência e fatores de risco. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre , v. 9, n. 2, p. 29-35, June 2010. Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492010000200004&lng=en&nrm=iso>. access on 12 May 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492010000200004.

BELCZAK C.E.Q; GODOY J.M.P.; RAMOS, R.N.; OLIVEIRA, M.A.; BELCZAK, S.Q.; CAFFARO, R.A. **Influência do turno laboral na formação de edema dos membros inferiores em indivíduos normais.** J Vasc. Bras. 2008; 7:225-30.

BERTOLDI, C. M. L.; PROENÇA, R. P. C. **Doença venosa e sua relação com as condições de trabalho no setor de produção de refeições**. Revista de Nutrição, Campinas, v. 21, n. 4, p. 447454, July/Aug. 2008.

BERENGUER, F. A.; SILVA, D. A. L.; CARVALHO, C. C. **Influência da posição ortostática na ocorrência de sintomas e sinais clínicos de venopatias de membros inferiores em trabalhadores de uma gráfica na cidade do Recife-PE.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 153-161, 2011.

BERGSTRÖM G; BODIN L; HAGBERG J; ARONSON G; JOSEPHSON M. **Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A preospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism.** J Occup Environ Med. 2009; 51:629-638.

BONICA J.J. **Definitions and taxonomy of pain**. ln: BONICA JJ., ed The management of pain. 2nd ed. Lea & Febiger, Phyladelphia, cap. 2, p.18-19, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência/Ministério da Saúde.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, **Informe de Previdência Social**, vol.13, Número 10, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria nº485, de 11 de novembro de 2005**. **NR 32** – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 nov. 2005.CHIAVENATO, I. **Administração Geral e Pública**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

CHIESA, R.M.; E.M.; LIMONI, C.; VOLONTÉ, M.; SCHAEFER, E.; PETRINI, O. **Effect of chronic venous insufficiency on activities of daily living and quality of life: correlation of demographic factors with duplex ultrasonography findings**. *Angiology*, *58* (4), 440-449, 2007.

CNDSS. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde** (CNDSS). 2008.

COTTA, R.M. M.; SCHOTT, M.; AZEREDO, C. M.; FRANCESCHINI, S. D. C. C.; PRIORE, S. E; DIAS, G. **Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde**. Epidemiologia e serviços de saúde, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006. Cotta, R. M. M (2006).

DEJOURS C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo (SP): Cortez; 1988.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana a Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. **A Banalização da Injustiça Social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DEJOURS C. **A loucura do trabalho**. 5ª ed. São Paulo (SP): Cortez; 2000.

DESSORS, D.; DESRIAUX, F. **Por um trabalho, fator de equilíbrio**. Trad. Maria Irene S. Betiol. Revista de Administração de Empresas, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

ELIAS, M.; NAVARRO, V. **A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das enfermeiras de um hospital escola.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14 (4), 517-525, 2006.

FIELDS HL**. Pain: An unpleasant topic. Pain** (Supplement) 1999; 6: S61-S69.

FLEMING, M. – **Dor sem nome, pensar o sofrimento**, 2ª edição. Afrontamento Edições, Porto, 2003.

FRUTUOSO, J.T.; CRUZ, R.M. **Relato verbal na avaliação psicológica da dor.** Aval. psicol., Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 107-114, nov. 2004.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Instituto Superior de Estudos e Pesquisas Psicossociais. Centro Brasileiro de Ergonomia e Cibernética.** Análise sociotecnológica. Rio de Janeiro, 1982 .

GUYON, A. **Fisiologia Humana e o Mecanismo das Doenças.** In: Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro, Guanabara, 2006.

GUERRA, E.L.A.. **Manual de pesquisa qualitativa**. Anima Educação. Belo Horizonte, 2014.

JORGENSEN-DICK, M. **Assessment and measurement of acute pain.** JOGNN 1995; 24:843-848.

JOHNS, G. **Presenteeism in the workplace: a review and research agenda**. Jornal of Organizational Behavior, v.31, p.519-542, 2010.

KONTOSIC I.; VUKELIC M.; DRESCIK I.; MESAROS-KANJSKI E.; MATERLJAN E.; JONJIC A**. Work conditions as risk factors for varicose veins of the lower extremities in certain professions of the working population of Rijeka**. Acta Med Okayama. 2000.

KIRCHHOF, A. L. C.; BOSI de S.; MAGNAGO, T. S.; CAMPONOGARA, S.; HARTER G.R.; PETRI TJ.; CASSOL P.F.; GAMA, P L.. **Condições de trabalho e características sócio-demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de enfermagem**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 215-223, Abr/Jun 2009.

LACAZ, F. A. C. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador: desafios e dificuldades.** In: LOURENÇO, E. et al. (Org.). O avesso do trabalho II : trabalho, precarização e saúde do trabalhador. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 199-230.

LARANJEIRA, C. A. **O contexto organizacional e a experiência de stress: uma perspectiva integrativa.** Revista de Salud Pública. v.11, n.1, p.123-133, 2009.

LEITE, P.C.; SILVA, A.; MERIGHI, M.A.B.. **A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 2, p. 287-291, 2007.

LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N**. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 1998a.. Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre, 1998.

MONTEIRO, M.M.; FERREIRA, P. T. **Ser Humano – 2ª parte**. Psicologia B 12º ano. Porto Editora, Porto, 2007.

MELZACK, R.; WALL, P. D. **The Challenger of Pain**, 2nd. Ed., Penguin Books, London, 1991.

MELLO F.J. de. **Psicossomática hoje** - Porto Alegre: Artmed,2010.

MOURA, R. M.; GONÇALVES, G. S.; NAVARRO, T. P.; BRITTO, R. R.; DIAS, R. C. **Correlação entre classificação clínica ceap e qualidade de vida na doença venosa crônica**. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 14, n. 2, p. 99-105, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças.** Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 33, p. 83-91, 2009.

MINAYO. M.C.S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MAURO, M.Y.C.; CORDEIRO, D.D.S.; YANAGUISAWA, K.; CONCEIÇÃO, J.E.D. **Fadiga e aspectos ergonômicos no trabalho de enfermagem,** v. 29, n. 1, p. 7-18, 1976.

MOREIRA, M.C.N. **Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade**. Rev. Latino Am. Enf., v. 7, n. 1, p. 55-65, 1999.

MCGUIRE M**. Comprehensive and multidimensional assessment and measurement of pain**. Journal of Pain and Symptom Management 1992; 7: 312-319.

MERSKEY, H., SPEAR, R. G**. Pain, Psychological and Psychiatric Aspects**. London, 1967.

MUROFUSE, NT. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermegem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**. Tese de doutoramento - Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). ***Relatório sobre a saúde no mundo 2001*: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Organização Mundial da Saúde, 2001.

OLIVEIRA S.I. A. D.; CRUZ R.M. L. D. C.; ALVES S.F. E.; SAYURI S.D. **Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino do Paraná, Brasil.** *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, *6*(1).48,2010.

PITTA A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1991.

PASCHOALIN, H.C. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem.** 2012.

PASCHOALIN, H.C.; GRIEP, R.H.; LISBOA, M.T.L. **A produção científica sobre o presenteísmo na enfermagem e suas repercussões no cuidado.** Rev. APS, v.15, n.3, p.306-311, jul/set. 2015. PORTER, J. M.; MONETA, G. L**. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease**. Journal of Vascular Surgery, v. 21, p. 635-45, 1995.

PITTA A**. Hospital: dor e morte como ofício.** São Paulo (SP): Editora Hucitec; 1991.

PADILHA, M.I.; COELHO S. de. **A mulher/enfermeira nos âmbitos doméstico-familiar e público: uma abordagem teórico contextual.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 15, n. 1/2, p. 5-12, jan./dez., 1994.

REY R. **The history pain**. Harvad University, Cambridge, 1995.

SÁPIA, T.; FELLI, V. E. A.; CIAMPONE, M. H. T**. Problemas de saúde de trabalhadores de enfermagem em ambulatórios pela exposição a cargas fisiológicas**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 808-813, nov./Dec. 2009.

SOBRAL, V.R.S. **A purgação do desejo:** memórias de enfermeiras. Rio de Janeiro, 1994. 149p. Tese (Doutorado) -Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.

SOUZA, M.O.; MIRANDA J.F.; POLI F.L. F.; BRANDÃO, P.G. B.; ADERVAL, A.J. **Implementação financeira e o impacto do mutirão de cirurgias de varizes, após a criação do Fundo de Ações Estratégias e Compensação (FA- EC).** Jornal Vascular Brasileiro, v. 10, n. 4, p. 302-307, 2011.

STERNBACH, R.A. **Pain: Uma análise psicofisiológica** . Imprensa Acadêmica, 2013.

SANTOS, A. M. C. C. **Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

SPLENDOR, V. L.; ROMAN, A. R**. A Mulher, a Enfermagem e o Cuidar na Perspectiva de Gênero.** *Revista Contexto & Saúde*, *3*(04), 31-44, 2013.

TEIXEIRA, M.J.; PIMENTA, C. A. M**. Escalas de avaliação de dor.** *Dor: conceitos gerais*, *46*, 50. São Paulo, 1994.

TIMI, J.R. R. **Dor nos membros inferiores: análise quantitativa e qualitativa de um consultório de cirurgia vascular. J. Vasc Br**, v. 3, n. 2, p. 123-6, 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

TWYCROSS, R. **Cuidados paliativos**, 2ª edição, Climepsi Editores, Lisboa, 2003.

ZANELLO, V.; SILVA, R. M. **Saúde mental, gênero e violência estrutural**. Revista Bioética, v. 20, n. 2, p. 267-79, 2012.

8. ANEXO 1 : ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

Dados Pessoais

Iniciais:_____ Idade:_____

Atividade Ocupacional (cargo)_____

Local de Atuação (setor/unidade):_____

Tempo de atuação neste local: _____Peso:_____

Número de filhos:_____ Prática física:_____

Periodicidade:_____CEAP :_____

Perguntas

1.O que é dor para você?

2.Qual a primeira ideia que vem à sua cabeça quando falo dor?

3.Você consegue definir a sensação de dor fisicamente?

4.Como você se sente quando esta com dor?

5.Você consegue identificar quando a dor aparece e o que contribui para isso?

6.Você identifica algum prejuízo na sua vida que esta dor pode lhe causar?

7.Descreva uma situação de dor.

8.Qual(s) a(s) parte(s) do seu corpo que você sente mais dor?

9.Como você se relaciona com as pessoas quando esta sentindo dor?

10.Alguém do seu dia a dia identifica que você esta sentindo dor sem que você expresse?

11.O que você faz e como reage quando esta sentindo dor?

12.Qual o conselho que você daria para a pessoa que sente a mesma dor que você?

13.Você deseja fazer algum comentário à nossa conversa?

14.O que te levou à participar desta entrevista?

9. ANEXO 2 : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

De acordo com os critérios da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, através deste documento o (a) convidamos a participar de entrevista individual que compõe o projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÃO DA DOR EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA NO HOSPITAL GERAL DE PALMAS- TO. " Sob responsabilidade da pesquisadora Ana Célia de Freitas Ramos Tavares médica mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Tocantins – UFT.

Informo que essa entrevista faz parte de um conjunto de entrevistas que, na sua totalidade, visam compreender a percepção dolorosa dos profissionais da saúde, portadores de varizes nos membros inferiores no hospital geral de Palmas e relatar aspectos na rotina diária dos profissionais da saúde portadores de varizes dos membros inferiores que influenciam na percepção de dor nas pernas. Informo que você deverá estar ciente de que a entrevista será gravada em áudio, sendo este um procedimento comum dentro dos padrões de ética em pesquisas científicas. Eu a pesquisadora me comprometo a manter total sigilo de sua identidade e informações colhidas e em utilizar os resultados obtidos de forma a preservar o seu anonimato, não divulgando a sua voz ou revelando dados que permitam que você seja identificado (a) e que possam lhe ocasionar prejuízos intencionais de quaisquer naturezas. Sua participação é totalmente voluntária e não remunerada, não teremos despesas provenientes de sua participação na pesquisa. A pesquisa pode oferecer riscos aos participantes, podendo causar constrangimento, insegurança trabalhista em virtude de ordens hierárquicas e perda de tempo disponibilizado pelo participante da pesquisa. Tais riscos serão amenizados com a garantia de sigilo e privacidade que norteará a pesquisa. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a obtenção de dados que possam contribuir para melhor conhecimento da realidade vivenciada pelos trabalhadores de enfermagem no ambiente hospitalar e fatores que possam interferir nesta realidade.

Durante a realização da entrevista, você poderá interrompê-la no momento em que desejar, sem quaisquer prejuízos. Será possível também, que você desista a qualquer tempo e hora de participar desta pesquisa, mesmo após assinatura deste documento.

Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço ou telefone que consta neste documento. Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT no endereço ou telefone que consta neste documento de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados). Reclamações e/ou insatisfações relacionadas à sua participação na pesquisa poderão ser comunicadas por escrito à Secretaria do CEP/UFT.

Eu,_____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Este documento foi lido na sua íntegra, sendo que demonstro meu aceite através de minha assinatura, em duas vias, sendo que uma via permanecerá comigo, devidamente identificada e também assinada pela entrevistadora.

Data: ___/ ____/ _____

_____

Assinatura do participante

_____

Assinatura do coordenador do projeto

Pesquisadora Responsável: Dra. Ana Célia de Freitas Ramos Tavares.
Endereço: 305Sul, Alameda1, QI7, Plano Diretor Sul, CEP: 77.015426.
Email: anaceliafrt@hotmail.com
Telefone: (63)32147391.

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Tocantins / CEP-UFT.

Endereço: Quadra 109Norte, AvenidaNS15, ALCNO14, Plano Diretor Norte, Campus Universitário de Palmas, prédio do Almoxarifado, CEP77.001-090 Palmas- TO.
Email; cep_uft@uft.edu.br / Telefone: (63) 32328023.

10. ANEXO 3: CLASSIFICAÇÃO CEAP DE INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

Classificação CEAP de insuficiência venosa crônica	Classificação clínica
C0	Sem sinais de doenças venosas sensíveis ou palpáveis
C1	Telangiectasias e veias reticulares
C2	Veias varicosas
C3	Edema
C4a	Pigmentação ocre ou eczema
C4b	Lipodermatoesclerose ou atrofia branca
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa aberta

11. ANEXO 4: REGISTROS DO DIÁRIO DE CAMPO

DIAS	REGISTROS
01/11/2017	Participantes receptivos e colaborativos com a pesquisa. Trabalho em posição ortostática permanente. Ruído de maquinário da CME persistente.
10/11/2017	Ambiente de trabalho com pouco diálogo, ritmo exaustivo e sem intervalos para descanso. Somente 2 cadeiras com encosto quebrado na CME para 9 funcionários.
13/11/2017	Empenho em demonstrar a rotina de serviços e suas carências. Não há horários fixos para refeições sendo estas feitas através de rodízios entre funcionários sem cadeiras e mesas suficientes para que todos possam sentar se durante as refeições.
16/11/2017	Falta de funcionários na CME com acúmulo e sobrecarga de tarefas. Falta de materiais para realização de trabalho na CME.
20/11/2017	Alimentação não balanceada com falta de fibras e rica em carboidratos. Os funcionários da CME complementam alimentação com marmita que trazem de casa.
26/11/2017	Não há EPI (luvas longas de borracha, protetores auriculares, aventais, botas de borracha, óculos de proteção) no CME. Os funcionários desconhecem as normas de proteção individual.
27/11/2017	Funcionários relatam que não há educação continuada no setor da CME e que os novos profissionais que iniciam no setor não realizam curso de qualificação. As experiências são passadas pelos mais antigos e enfermeiros.
01/12/2017	O dormitório para os técnicos no centro cirúrgico apresenta somente 4 camas e atende todos os setores do mesmo. Os funcionários da CME em sua maioria dormem pouco em seus turnos e guando o fazem, dormem no chão ou bancos no vestiário.
04/11/2017	Muitos funcionários da CME trocam plantões ou cobrem plantões o que resulta em turnos duplos ou triplos, afim de melhorar a renda mensal.
07/12/2017	Há temor e insegurança trabalhista por parte dos profissionais não concursados no CME.
08/12/2017	Barulho do jato de ar comprimido para limpeza de material no CME incomodo e contínuo.
10/12/2017	Há o predomínio do sexo feminino no CME.
12/12/2017	Há falhas ergonômicas gravíssimas no ambiente de trabalho da CME e estas, não são registradas pela segurança do trabalho, setor este que existe no HGP, porém não realiza visitas periódicas no CME. Os profissionais banalizam falhas na segurança do trabalhador e veem como danos inerentes ao trabalho exercido.
14/12/2017	Não há reuniões para discussão de problemas e tomada de decisões entre a enfermagem e os técnicos.
15/12/2017	Os participantes perguntam sobre os resultados da pesquisa e se estes irão ser repassados à direção do HGP.