

FACULDADE NOVOS HORIZONTES

**A vivência do sofrimento/prazer na profissão Terapia Ocupacional:
um estudo em instituições hospitalares de Belo Horizonte**

Míriam Cândida Silva e Dias

**Belo Horizonte
2008**

Míriam Cândida Silva e Dias

**A vivência do sofrimento/prazer na profissão Terapia Ocupacional:
um estudo em instituições hospitalares de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Organização e Estratégia

Linha de pesquisa: Relações de Poder e Dinâmica nas Organizações

Orientadora: Profa. Dra. Vera L. Cançado

Belo Horizonte

2008

D541v Dias, Míriam Cândida Silva e
A vivência do sofrimento/prazer na profissão Terapia Ocupacional: um estudo em instituições hospitalares de Belo Horizonte. / Míriam Cândida Silva e Dias. Belo Horizonte, 2008.
126 f., il.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Administração) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Administração, Faculdade Novos Horizontes, Belo Horizonte.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera L. Cançado.

1. Saúde e trabalho. 2. Trabalho – Aspectos psicológicos. 3. Stress ocupacional. I. Cançado, Vera L. II. Título.

CDU: 658.013

*Aos meus filhos, Gustavo e Gabriela, ainda tão novos, mas tão solidários durante a
sua concretização;*

*ao meu eterno e amado companheiro, J. Maurílio,
pela compreensão, nos momentos de ausência, e força, nos momentos de fraqueza;*

à minha mãe, pelo amor infinito;

*aos colegas terapeutas ocupacionais, que buscam melhor qualidade de vida para
todos os indivíduos que os procuram.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre me guia e me dá forças para vencer.

Aos meus familiares e amigos pelo carinho, “força” e compreensão pelos longos períodos de ausência, “reclusão social”, fundamentais para a concretização desse trabalho.

A minha orientadora, Vera Cançado, pela orientação cuidadosa, disponibilidade e preocupação constante com a qualidade do deste estudo e com meu “cansaço”.

À minha amiga Nilcéia, pelo carinho, força, incentivo, apoio e pelas risadas nas madrugadas durante a elaboração deste trabalho.

À tia Maria Helena, que sempre me apoiou, na continuidade deste processo, e confiou na minha capacidade, às vezes até mais do que eu, me enviando muita “energia”.

A todos os meus alunos capazes de compreender os momentos de ausência, e estímulo à pesquisa da categoria profissional que pretendem seguir. Em especial à Michelle Carolina de Brito Silva, Carolina Silva Pires e Emília Simões, as duas últimas agora colegas de profissão, na distribuição dos questionários.

Aos colegas professores dos cursos de Terapia Ocupacional pela solidariedade com o tema escolhido e apoio nos momentos de grande sofrimento.

Aos hospitais que abriram suas portas para a realização deste estudo.

Aos terapeutas ocupacionais, sujeitos desta pesquisa, que compartilharam suas percepções, de sofrimento e prazer, sobre suas atuações.

“Somos donos de nossos atos,
mas não somos donos de nossos sentimentos.
Somos culpados pelo que fazemos,
mas não somos culpados pelo que sentimos.
Podemos prometer atos,
não podemos prometer sentimentos...
Atos são pássaros engaiolados,
sentimentos são pássaros em vôo“

Mário Quintana

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o sofrimento/prazer decorrente do exercício de sua profissão, em instituições hospitalares do município de Belo Horizonte. Teve como sustentação teórica os conceitos da Psicodinâmica do Trabalho. O trabalho tem um caráter construtor na vida do homem, sendo visto de forma ambígua: como eixo construtor do ser humano e como fator gerador de adoecimento, podendo ser fonte de sofrimento e/ou prazer. O sofrimento e o prazer decorrentes do trabalho são frutos da história individual do trabalhador e de sua relação com a organização do trabalho. O sofrimento surge quando o trabalho é concebido de maneira rígida, sem levar em consideração a relação homem/trabalho, podendo gerar esgotamento e falta de realização profissional. Já o prazer é decorrente da organização do trabalho na qual se consideram as características e individualidade do trabalhador, tornando-o mais ativo, reflexivo e propiciando reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. Sob a perspectiva de sofrimento e prazer no trabalho, foram investigados os contextos de trabalho, as exigências decorrentes desse contexto, as vivências positivas e negativas, bem como os problemas físicos, psicológicos e sociais, causados pelo trabalho. Desenvolveu-se uma pesquisa de campo, de natureza descritiva, de caráter quantitativo e qualitativo. Os dados quantitativos foram levantados por meio do Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA, respondido por 48 terapeutas ocupacionais, distribuídos em 19 hospitais do município. Os dados qualitativos foram coletados em entrevistas individuais com 13 profissionais de nove hospitais. A análise estatística descritiva e analítica dos dados quantitativos foi desenvolvida por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS. As informações coletadas nas entrevistas foram organizadas de acordo com as categorias propostas pelo ITRA, confrontadas com os dados quantitativos e com o referencial teórico de maneira a construir uma explanação sobre o fenômeno estudado. Os resultados indicam o reconhecimento tanto como fonte de prazer e como de sofrimento. Os terapeutas ocupacionais apontam em seus discursos três fatores principais como geradores de sofrimento no exercício de sua profissão: a falta de reconhecimento da Terapia Ocupacional demonstrada por parte principalmente de alguns colegas da área da saúde, a baixa remuneração e a dificuldade em lidar com alguns aspectos da clínica, tais como doenças degenerativas e condições clínicas crônicas, sem perspectiva de melhora. Já o prazer advém do reconhecimento do trabalho em si, dos resultados da atuação clínica, na relação entre o profissional, pacientes e familiares. Pode-se concluir que esta pesquisa contribuiu para verificação da adequação da escala ITRA e possibilitou um melhor entendimento sobre a profissão do terapeuta ocupacional, reforçando a abordagem teórica existente sobre o prazer-sofrimento.

Palavras-chave: Psicodinâmica do Trabalho. Sofrimento e Prazer. Terapeuta Ocupacional, trabalho hospitalar.

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the perception of Occupational Therapists about suffering and pleasure at work, in hospitals in the municipality of Belo Horizonte. The study is based on the Work Psychodynamics approach. Labor has an ambiguous character in the human beings existence: it can be seen as a building axis and/or as a disease cause factor. Furthermore, labor can also be the source of suffering and/or pleasure. Considering the suffering and pleasure perspective, we investigated the labor context, the demands deriving from this context, the positive and negative life experiences, as well as physical, psychological and social problems derived from the work of Occupational Therapists in Belo Horizonte hospitals. We developed a descriptive, quantitative and qualitative research. The quantitative data was collected through the Work and Illness Risk Inventory – ITRA. The questionnaire was answered by 48 Occupational Therapists, located in 19 municipal hospitals. The qualitative data was collected through individual interviews with 13 professionals from nine hospitals. The descriptive and analytic statistical analysis was developed by a program called Statistical Package for the Social Sciences – SPSS. The information from the interviews was organized according to the proposed ITRA categories. This result was confronted with the quantitative data and with the theoretical references. Then, we built an explanation about the studied phenomenon. The results indicated pleasure and suffering as acknowledgement sources. The Occupational Therapists point out three suffering factors: the lack of recognition of their profession as Occupational Therapists, low salaries and the difficulty in dealing with some clinical aspects. Pleasure on the other hand, came from the relationship between professionals, patients and family. Therefore, we concluded that this research contributed to verify the suitability of the ITRA scale and revealed a better understanding of the Occupational Therapist profession, reinforcing the existing theoretical approach about pleasure and suffering.

Key-words: Work Psychodynamics. Suffering and Pleasure. Occupational Therapist and Hospital Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Agrupamento das estratégias defensivas	30
QUADRO 2: Avaliação das escalas EACT e ECHT	51
QUADRO 3: Avaliação da escala EIPST – Vivência de prazer	51
QUADRO 4: Avaliação da escala EIPST – Vivência de Sofrimento	51
QUADRO 5: Avaliação da escala EADR	52

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Ilustração do modelo de pesquisa	44
--	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Instituições hospitalares de Belo Horizonte participantes da pesquisa	46
TABELA 2: Análise da confiabilidade da EACT	55
TABELA 3: Análise da confiabilidade da ECHT	55
TABELA 4 : Análise da confiabilidade da EIPST	56
TABELA 5: Análise da confiabilidade da EADR	56
TABELA 6: Distribuição de frequência da amostra, por sexo	57
TABELA 7: Distribuição da amostra segundo estado civil e número de dependentes menores	58
TABELA 8: Tempo de formado da amostra	59
TABELA 9 : Nível de Pós-graduação	59
TABELA 10: Atuação em outro emprego ou outra atividade	60
TABELA 11: Faixa Salarial dos terapeutas ocupacionais	62
TABELA 12: Média estatística do Fator Organização do Trabalho	68
TABELA 13: Média estatística do Fator Relações Socioprofissionais	73
TABELA 14: Condições de Trabalho	76
TABELA 15: Custo Emocional	78
TABELA 16: Custo Cognitivo	80
TABELA 17: Custo Físico	82
TABELA 18: Liberdade de expressão	84
TABELA 19: Realização Profissional	86
TABELA 20: Esgotamento Profissional	89
TABELA 21: Falta de Reconhecimento	91
TABELA 22: Danos Físicos	94
TABELA 23: Danos Sociais	96
TABELA 24: Danos Psicológicos	98
TABELA 25: Correlação entre Prazer e Sofrimento	99
TABELA 26: Correlações ente os fatores das escalas	101
TABELA 27: Resultado da análise de regressão para Prazer	102
TABELA 28: Resultado da análise de regressão para Sofrimento	103

TABELA 29: Alpha de Cronbach para a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho	121
TABELA 30: Alpha de Cronbach para a Escala de Custo Humano do Trabalho	122
TABELA 31: Alpha de Cronbach para a Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no trabalho	123
TABELA 32: Alpha de Cronbach para a Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no trabalho	124

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Jornada de Trabalho do Terapeuta Ocupacional	61
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EACT – Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho

EADRT – Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho

ECHT – Escala de Custo Humano do Trabalho

EIPST – Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

ITRA – Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento

TO – Terapia Ocupacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
2.1 VIVÊNCIAS DO TRABALHO.....	17
2.2 O SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO	22
2.3 PROFISSIONAL DE SAÚDE: TERAPEUTA OCUPACIONAL	30
3 METODOLOGIA	40
3.1 TIPO DE PESQUISA	40
3.2 MODELO DE PESQUISA	41
3.3 UNIDADE DE ANÁLISE E DE OBSERVAÇÃO	43
3.4 TÉCNICAS DE LEVANTAMENTO DE DADOS	45
3.5 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS	48
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	52
4.1 CONFIABILIDADE DAS ESCALAS	52
4.2 PERFIL DA AMOSTRA	54
4.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS E DOS QUESTIONÁRIOS	59
4.3.1 CONTEXTO DE TRABALHO	60
4.3.2.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	60
4.3.2.2 RELAÇÕES SOCIOPROFISSIONAIS	65
4.3.2.3 CONDIÇÕES DE TRABALHO.....	70
4.3.3. CUSTO HUMANO DO TRABALHO	72
4.3.3.1 CUSTO EMOCIONAL.....	73

4.3.3.2 CUSTO COGNITIVO.....	75
4.3.3.2 CUSTO FÍSICO.....	77
4.3.4 INDICADORES DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO	79
4.3.4.1 LIBERDADE DE EXPRESSÃO	79
4.3.4.2 REALIZAÇÃO PROFISSIONAL	81
4.3.4.3 ESGOTAMENTO PROFISSIONAL.....	83
4.3.4.4 FALTA DE RECONHECIMENTO	85
4.3.5 DANOS RELACIONADOS AO TRABALHO	88
4.3. 5.1 DANOS FÍSICOS	88
4.3. 5.2 DANOS SOCIAIS.....	91
4.3.5.3 DANOS PSICOLÓGICOS.....	93
4.5 ANÁLISE DAS CORRELAÇÕES	95
4.6 ANÁLISE DE REGRESSÃO	97
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
REFERÊNCIAS.....	106
APÊNDICE A – IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE.....	112
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO..	114
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	116
APÊNDICE D – TABELAS ALFA DE CRONBACH COM TODAS AS QUESTÕES	117
ANEXO A – INVENTÁRIO DE TRABALHO E RISCOS DE ADOECIMENTO – ITRA	121

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade, observa-se que o homem sempre trabalhou, primeiramente para obter seus alimentos, depois para fabricar armas e instrumentos de defesa contra os animais; posteriormente para a produção de bens materiais e, atualmente, para a produção de bens materiais e imateriais (serviços, informações, símbolos, valores e estética), segundo Lafargue e Russell (2001).

Portanto, o trabalho assume diferentes formas, ao longo da história. Atualmente, com as crescentes transformações nos campos político, econômico, social e organizacional, alterações na organização do trabalho vêm impactando a saúde do trabalhador, podendo levá-lo à vivência do sofrimento e/ou prazer na profissão. As modificações na organização e no contexto do trabalho, oriundas do incremento da globalização e do desenvolvimento tecnológico, se por um lado, têm impactos positivos, por outro, têm gerado desempregos, trabalho em condições precárias e degradações ambientais (ANTUNES, 2006).

O desemprego é observado como consequência do desenvolvimento tecnológico, com a diminuição da classe operária tradicional, assim como da reestruturação produtiva concebida pelo novo capitalismo, surgindo novas formas de trabalho. Se o desenvolvimento tecnológico trouxe as máquinas com a promessa de libertação do homem, passou a demandar o trabalho humano de forma diferente e crescente. O eixo da economia passou a ser de idéias – bem imaterial – demandando do homem maior intelectualização, capacidade para o desempenho de tarefas flexíveis e criatividade, segundo Lafargue e Russell (2001).

Independentemente dessas alterações e transformações ocorridas, o trabalho continua tendo um caráter construtor na vida do homem, sendo visto de forma ambígua: como eixo construtor do ser humano e como fator provocador de doenças, podendo ser fonte de sofrimento e/ou prazer, segundo Dejours (1992). O sofrimento e o prazer decorrentes do trabalho são frutos da história individual do trabalhador e de sua relação com a organização do trabalho. A partir dessa relação homem/trabalho, alguns trabalhadores adoecem e outros não. Portanto, o sofrimento e o prazer no trabalho são questões subjetivas, entendendo subjetividade como uma

vivência individual, particular ou pessoal. O sofrimento surge quando o trabalho é concebido de maneira rígida, sem se levar em consideração a relação homem/trabalho, podendo gerar esgotamento e falta de realização profissional. Já o prazer é decorrente da organização do trabalho na qual se consideram as características e individualidade do trabalhador, tornando-o mais ativo, reflexivo e propiciando reconhecimento pelo trabalho desenvolvido (DEJOURS, 1992).

A subjetividade no trabalho tem sido explorada pela abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Dejours na França, desde a década de 80. No Brasil, diversos estudos, utilizando dessa abordagem, também têm sido desenvolvidos a fim de compreender a relação da subjetividade e as novas formas de trabalho (MENDES, 2007). Com o objetivo de atender a demanda de investigar os riscos à saúde no trabalho de grandes grupos de trabalhadores, Ferreira e Mendes (2007) criaram um instrumento estruturado, visando traçar o perfil dos antecedentes, medidores e efeitos do trabalho no processo de adoecimento.

Esse instrumento denominado Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) é composto por quatro escalas interdependentes, que avaliam quatro dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento: contexto do trabalho (EACT); custo humano no trabalho (ECHT), indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST) e danos relacionados ao trabalho (EADRT). Este será o instrumento utilizado nesta pesquisa para identificar a percepção dos terapeutas ocupacionais – categoria que será investigada – sobre o prazer e sofrimento decorrentes do exercício da profissão. Essa profissão, apesar de recente, vem também sendo pressionada pelas transformações no mundo do trabalho.

Observa-se que também o setor da saúde vem sendo atingido por essas transformações no mundo do trabalho, tanto decorrentes da mudança na forma como o trabalho é organizado, quanto da evolução tecnológica. Rodrigues (2006) ressalta que as instituições hospitalares, apesar de suas especificidades, têm apresentado objetivos de trabalho semelhantes aos do setor industrial, no sentido de buscar o desenvolvimento tecnológico e a qualidade nos serviços e produtos para atender às exigências dos clientes, de ter de lidar com problemas financeiros e com as mudanças nos processos de trabalho.

Apesar de alguns aspectos semelhantes às organizações industriais, os hospitais se diferem dessas, pelo caráter complexo de atendimento às demandas e necessidades imediatas dos pacientes, ligadas à saúde e à própria sobrevivência, sendo, portanto, uma questão de vida e morte. Os pacientes buscam atendimentos personalizados e serviços especializados, desenvolvidos por equipes multidisciplinares, que devem atuar de forma integrada. Assim o trabalho em hospitais deve considerar as necessidades e singularidades do usuário/paciente e dos profissionais, uma vez que essas relações podem afetar diretamente a qualidade dos serviços (RODRIGUES, 2006).

Pesquisas indicam que os profissionais da área da saúde, responsáveis pela busca do bem-estar biopsicossocial do indivíduo, têm desenvolvido diversos problemas de saúde, como alcoolismo, distúrbios psíquicos menores (ansiedade, depressão, entre outros), hipertensão, gastrite ou têm ainda se transformado em indivíduos desmotivados para desempenhar suas funções (RODRIGUES, 2006; SENTONE; GONÇALVES, 2002).

Dentre os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares na área de saúde está o terapeuta ocupacional (TO). A profissão de Terapia Ocupacional teve sua origem na demanda social de tratar e, principalmente, de reintegrar na sociedade, indivíduos com distúrbios físicos e psicológicos graves, ou seja, com maior grau de dependência. Adquiriu o *status* de profissão, no Brasil, no final da década de 60, sendo, portanto, uma especialidade recente (PRADO DE CARLO; BARTALOTTI, 2001).

Os terapeutas ocupacionais, segundo Magalhães (1996), citada por Nabergoi e Bottinelli (2004), são profissionais que tendem a abandonar a prática profissional para se estabelecerem em atividades administrativas e/ou de docência. Pesquisas desenvolvidas nos Estados Unidos e Austrália, nos anos de 1980, revelaram a existência da síndrome de *Burnout* na profissão. Essa síndrome caracteriza-se por grande desgaste emocional, perda da motivação e de compromisso com o trabalho.

Segundo Nabergoi e Bottinelli (2004), aspectos próprios da profissão de Terapia Ocupacional, além do risco de provocar o desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, podem causar o abandono da prática clínica e o desgaste do profissional. Problemas como gravidade do diagnóstico/prognóstico do cliente, pouca valorização e reconhecimento social da profissão, discriminação de sexo, insegurança do profissional frente à equipe de trabalho, discrepância frente à formação acadêmica e os resultados da intervenção com pacientes crônicos que apresentam patologias de longa duração ou sem possibilidade de cura contribuem para agravar a situação.

A observação de dados empíricos aponta para uma situação próxima à descrita na literatura – um grande número de terapeutas ocupacionais que abandona a profissão, argumentando baixa remuneração, falta de reconhecimento da profissão entre os colegas da saúde, nas equipes multidisciplinares e dificuldades pessoais em lidar com situações complexas da atuação clínica. Essa foi a motivação para a escolha deste tema – prazer e sofrimento na profissão TO.

Como a vivência do sofrimento/prazer é subjetiva, mas decorre da organização e do contexto no qual o trabalho é exercido, e tendo-se em vista as considerações sobre a profissão de Terapia Ocupacional, faz-se importante avaliar a percepção do terapeuta ocupacional sobre a sua atuação em hospitais. Surge assim a pergunta desta dissertação:

Qual a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o sofrimento/prazer decorrentes do exercício de sua profissão em instituições hospitalares?

Segundo informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde, existem 70 hospitais públicos, particulares e filantrópicos cadastrados no município de Belo Horizonte, dos quais 22 têm o terapeuta ocupacional em suas equipes de saúde totalizando, aproximadamente, 60 profissionais.

Nesse contexto, esta pesquisa tem como objetivo geral identificar a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o sofrimento/prazer decorrentes do exercício de sua profissão, em instituições hospitalares públicas, particulares e filantrópicas do município de Belo Horizonte. E como objetivos específicos:

- a) caracterizar as atividades de trabalho desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional no exercício de sua profissão nas instituições hospitalares pesquisadas;
- b) identificar os fatores causadores de sofrimento, decorrentes do exercício da profissão de terapeuta ocupacional nas instituições hospitalares pesquisadas;
- c) identificar os fatores causadores de prazer, decorrentes do exercício da profissão de terapeuta ocupacional nas instituições hospitalares pesquisadas; e
- d) identificar os problemas de saúde decorrentes do exercício da profissão de terapeuta ocupacional nas instituições hospitalares pesquisadas.

Para alcançar esses objetivos, foi desenvolvido um estudo de campo, de caráter quantitativo e qualitativo, englobando as 19 instituições hospitalares do município de Belo Horizonte, onde atuam os terapeutas ocupacionais. Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, de forma complementar. Primeiramente, os dados foram levantados por meio a aplicação do questionário Inventário do Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), em 48 terapeutas ocupacionais que atuam em hospitais de Belo Horizonte. Os resultados dos questionários foram complementados por entrevistas individuais e abertas realizadas com 13 profissionais, participantes da primeira fase, selecionados pelo critério de acessibilidade e disponibilidade para participar da pesquisa.

Uma das justificativas para o desenvolvimento desse estudo relaciona-se à abertura de novos cursos de Terapia Ocupacional em Belo Horizonte, o que leva a um aumento do número de profissionais no mercado de trabalho. Até por ser uma profissão recente, não foram encontrados estudos com o tema Vivência do prazer-sofrimento no trabalho com terapeutas ocupacionais, especificamente no Brasil, aspecto amplamente discutido em várias outras categorias profissionais. Portanto, analisar a percepção desses profissionais sobre a relação sofrimento/prazer poderá favorecer informações relevantes sobre a situação da profissão no município, além de contribuir para o conhecimento científico já existente no tema.

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos, sendo este capítulo primeiro dedicado à Introdução. O capítulo 2 expõe o referencial teórico, focando-se vivências do trabalho, sobre o qual se faz um levantamento desde a história à atualidade do tema, considerando suas implicações sociais; o sofrimento e prazer no trabalho, na perspectiva da psicodinâmica do trabalho, discutindo-se também as estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para lidar com esses extremos; o profissional de saúde e o terapeuta ocupacional, no qual são levantados alguns aspectos específicos da área de saúde e da profissão de Terapia Ocupacional.

No capítulo 3, discorre-se sobre a Metodologia utilizada, caracterizada como uma pesquisa de campo, descritiva, de natureza qualitativa e quantitativa; no capítulo 4 são apresentados e discutidos os resultados; e no capítulo 5 são apresentadas as considerações finais da pesquisa.

Como Apêndices, apresentam-se o roteiro das entrevistas e os formulários de Identificação do Respondente e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No Anexo, apresenta-se o questionário que foi utilizado para coleta de dados, intitulado Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Na primeira subseção deste capítulo são apresentados conceitos sobre o trabalho, da história à atualidade e suas implicações sociais. Na segunda subseção, discute-se a abordagem do sofrimento/prazer, focando-se a psicodinâmica do trabalho e as estratégias de defesa adotadas pelos trabalhadores para lidar com situações de sofrimento. Por fim, na terceira subseção, foca-se o profissional de saúde, em especial o terapeuta ocupacional, levantando-se aspectos específicos da área de saúde e da profissão de Terapia Ocupacional.

2.1 Vivências do trabalho

A palavra trabalho originou-se do latim *tripaliare* ou *tripalium* e designava um instrumento de tortura, formado por três paus, utilizado para castigar escravos. A idéia do esforço – laborar, obrar – foi posteriormente agregada ao conteúdo semântico inicial de sofrer (OLIVEIRA, 2003).

Ao longo da história da humanidade, observa-se que o homem sempre trabalhou; primeiro para obter seus alimentos, depois para fabricar armas e instrumentos de defesa contra os animais; posteriormente para a produção de bens materiais e, atualmente, para a produção de bens materiais e imateriais (serviços, informações, símbolos, valores e estética), segundo Lafargue e Russell (2001). O trabalho humano pode ser considerado como “a ação dirigida por finalidades conscientes, a resposta aos desafios da natureza, na luta pela sobrevivência” (ARANHA; MARTINS, 1993, p. 35).

O trabalho humano é diferenciado do trabalho animal pelo ato de idealização, antes da execução do trabalho – o homem planeja e elabora o seu propósito em sua consciência. De acordo com Braverman (1987, p. 53), “o trabalho que ultrapassa a mera atividade instintiva é a força que criou a espécie humana e a força pela qual a humanidade criou o mundo”. A busca por saciar as necessidades humanas é reproduzida em toda ação humana histórica, possibilitando a continuidade da espécie e o estabelecimento de novas relações sociais. Segundo Braverman (1987), o trabalho vai além de uma atividade instintiva, sendo, portanto a força criadora do

mundo. Assim o trabalho assume formas diversas diante das relações capitalistas de produção; tais formas são específicas da compra e venda da força de trabalho.

A evolução da sociedade primitiva à sociedade de classes introduziu grandes modificações qualitativas nos complexos sociais, a começar pelo trabalho. Os valores de uso e de troca passaram a conviver, generalizando até transformarem-se, com o capitalismo, na forma elementar da vida social. Nesse longo processo de desenvolvimento, diversificado em avanços e recuos, a humanidade evoluiu do trabalho escravo para o feudal e, desse, para o trabalho abstrato no capitalismo.

O capitalismo industrial é marcado por um significativo número de trabalhadores empregado por um único capitalista (BRAVERMAN, 1987). Com o processo de industrialização na Idade Moderna, surgiram as máquinas, ocorrendo a expansão do mercado e mudanças na forma de organização do trabalho. O trabalho nas fábricas “passa a ser dividido e cada trabalhador executa uma tarefa específica, não tendo mais a visão do conjunto do processo de fabricação, passando a ser simplesmente tarefeiro assalariado” (OLIVEIRA, 2003, p. 29). Nessa fase, o eixo da economia, segundo Lafargue e Russell (2001), é a produtividade – produzir maior número de objetos em menor espaço de tempo.

Segundo Antunes (2005), entre as décadas 60 e 70 ocorreu a explosão da classe oriunda da era taylorista/fordista, o chamado “operário-massa”. A era do modelo fordista é consagrada à produção em massa ou em série, associada ao modelo taylorista, caracterizado pela racionalização do trabalho, com a cronometragem de tempos e dos movimentos. O trabalho caracterizava-se como uma ação repetitiva e desprovida de sentido.

Já os anos 80 foram marcados por uma grande transformação ou crescimento tecnológico, pela automação, pela robótica e microeletrônica, que implicaram novas relações de trabalho e novos modos de produção de capital. Antunes (2005, p. 48) afirma que essas mudanças instauraram uma “nova forma de organização industrial e de relacionamento entre o capital e o trabalho”, que favoreceu o surgimento de um trabalhador “mais qualificado, participativo, multifuncional, polivalente – características inovadoras”. Essas mudanças também levaram a uma onda de

desemprego de trabalhadores, agora ditos desqualificados, uma vez que tinham sido treinados para atuar nas indústrias taylorizadas. Nessas novas formas de trabalho, segundo Antunes (2006), são observadas duas condições contraditórias:

- a) subproletarização associada à desqualificação (trabalho informal; temporário; parcial; subcontratado e precário);
- b) intelectualização do trabalho associada à qualificação (talentos, capital humano).

Tomaney (1996, p. 157-158), citado por Antunes (2005, p. 48), classifica as mudanças no mundo do trabalho, como uma reconfiguração do “poder no local de trabalho e no próprio mercado de trabalho, muito mais em favor dos empregadores do que dos trabalhadores”, obedecendo à lógica da racionalidade econômica, provedora das novas formas de organização do trabalho, bem como das novas formas de reações e ações dos trabalhadores.

De fato, verificou-se uma mudança quantitativa, com a redução do número de operários tradicionais, e qualitativa, oriunda do processo de intelectualização do trabalho manual, com o incremento do trabalho precário, informal e temporário, expressão da desqualificação do trabalhador, conforme aponta Antunes (2005). Entretanto, seria um equívoco pensar no fim do trabalho, enquanto perdurar a economia capitalista, produtora de mercadoria. O mesmo autor discorda que o homem possa ser substituído pela máquina, por não haver nenhuma possibilidade de eliminação da “classe-que-vive-do-trabalho”. A presença humana se faz necessária para o desenvolvimento do trabalho, seja antecipadamente, para pensar o trabalho como um todo, seja para executá-lo junto às máquinas.

Por outro lado, Dejours (2001) discute o problema da centralidade do trabalho e sua negação nos últimos 15 anos, citando vários autores, como Freyssenet (1994), De Bandt, Dejours e Dubar (1995), Cours-Salies (1995) e Kergoat (1994), dentre outros. Sintetizou as seguintes idéias defendidas por tais autores:

- a) ausência de trabalho, devido ao progresso tecnológico, a automatização, a robotização, etc.;

- b) o trabalho tornou-se transparente, inteligível, reproduzível e formalizável, sendo centrado na execução, tornando possível substituir o homem por “autômato”; e
- c) o trabalho não se presta à realização do ego, sendo proposto procurar substitutivos do trabalho como mediador da subjetividade, da identidade e do sentido.

Entretanto, Dejours (2001) contrapõe-se à tese da ausência de trabalho, ressaltando o aumento da intensidade do trabalho daqueles que continuam a trabalhar, e que o trabalho não diminui, mas muda de local geográfico. Complementa, citando Rebérioux (1993), segundo o qual o trabalho continua sendo o único mediador da realização do ego no campo social, não havendo nada capaz de substituí-lo, pois ele é um formador da identidade social e da cultura.

As máquinas foram desenvolvidas com a promessa de libertação do homem, mas passaram a absorver o trabalho humano de forma diferenciada e crescente. Com a absorção da máquina pelo trabalho humano, o eixo da economia passou a ser de idéias – bem imaterial – demandando do homem maior intelectualização, capacidade para o desempenho de tarefas flexíveis e criatividade. Segundo Lafargue e Russell (2001), o perfil do novo trabalhador, para atender a essa demanda deve ser de produtor de idéias e de bens imateriais (serviços, informações, símbolos, valores e estética).

A característica desse novo processo de trabalho, no viés capitalista, continua permeando a produção de valor de troca. Mas faz surgir novas formas de controle, que são, muitas vezes, mais difíceis de serem compreendidas, como a questão da flexibilidade que vem substituir a burocracia rígida, pregando ser uma possibilidade de liberdade para o trabalhador estruturar sua vida. Os trabalhadores são solicitados a desempenharem suas atividades de maneira mais ágeis, a estarem abertos a mudanças rápidas, a se arriscarem constantemente, a serem menos dependentes de normas e procedimentos formais. A carreira profissional reta, como um meio de atividade econômica para toda a vida mudou. Assim como no serviço ou emprego, a flexibilidade trouxe sentido de “partes de trabalho, no decurso de uma vida” (SENNETT, 2005, p. 9).

Nesse processo, há uma redução da vida privada, falta de férias e finais de semana, em função da busca de eficiência e sucesso, incrementado pelo capitalismo competitivo. O trabalho flexível, intelectual e criativo é difícil de ser separado do resto da vida do trabalhador, pois a atividade que envolve a criação de novas idéias não pode ser interrompida e o cérebro atua constantemente até chegar a um *insight* para descobrir a solução. O trabalhador carrega consigo todas as preocupações do processo de trabalho, em tempo integral. “O trabalho criativo também aliena: o ser criativo não vive em si, mas na sua obra de arte” (LAFARGUE; RUSSELL, 2001, p. 15).

Mendes (2007) concorda que as novas formas de organização do trabalho revelam além contradições e paradoxos, uma dominação social muito mais difícil de ser identificada. Por exemplo, a avaliação de desempenho é individualizada enquanto as cobranças são coletivas. O indivíduo sofre uma pressão psicológica que cobra uma “dedicação ao trabalho de corpo e alma” (LAFARGUE; RUSSELL, 2001, p. 21). Desde a infância, o sujeito é educado para a dedicação ao trabalho; assim os indivíduos são “docilizados”, com a justificativa do sustento da família, do consumismo e, no aspecto religioso, para a remissão dos pecados. O trabalho é visto ainda como algo transformador, tornando os sujeitos virtuosos, livres, felizes e reconhecidos pelos seus méritos.

O trabalhador, por sua vez, mesmo sendo submetido ao processo de produção de valor, tenta manter a sua peculiaridade humana de ser criativo e ativo. É exatamente por isso que contribui para a transformação da realidade, descrita no processo de trabalho, buscando “a construção de relações sociais mais justas e igualitárias” (KUENZER, 2004, p. 242).

O trabalho é assim, efetivado pelo ato social. Para a sua análise, é necessário considerar a dimensão organizacional, ou seja, a divisão das tarefas e as relações de produção, além das variações de período histórico, das culturas características de cada país e da história de vida do indivíduo. Segundo Dejours (1992), o estudo sobre o trabalho não pode ser reduzido às pressões físicas, químicas, biológicas,

psicossensoriais e cognitivas do posto de trabalho, concebidas geralmente sob a denominação de condições de trabalho, cujo estudo é objeto da ergonomia.

É necessário considerar as diferenças entre os trabalhadores, o modo como cada um lida com o processo de organização do trabalho ou utiliza-se da criatividade ou de estratégias de defesa, podendo desenvolver sofrimento e prazer na realização das suas atividades profissionais. Tais aspectos são estudados pela Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1992).

2.2 O sofrimento e prazer no trabalho

As transformações na organização do trabalho e na cultura fizeram surgir diversos tipos de problemas visíveis na saúde dos trabalhadores, como acidentes de trabalho, doenças ocupacionais, mais sutis e complexos em termos do aspecto psíquico. A fim de compreender melhor os danos físicos e mentais gerados pelo trabalho iniciaram-se os estudos relacionados à saúde mental dos trabalhadores (LANCMAN, 2004).

A saúde mental no trabalho tem sido campo de estudo desde o final da II Guerra Mundial, estruturando-se na França, com contribuições da “Psiquiatria Social” e da Psicopatologia do Trabalho. Segundo Lima (1998), o objeto de estudo da Psicopatologia do Trabalho centra-se no sofrimento, buscando compreender as estratégias defensivas (individuais e coletivas), utilizadas pelos trabalhadores, a fim de evitar o adoecimento e manter, ainda que precariamente, o equilíbrio psíquico.

Com a ampliação desse campo de estudo, alterou-se o olhar do sofrimento para o prazer e Dejours propôs a mudança de nome para Psicodinâmica do Trabalho, na década de 1980 (LIMA, 1998). A psicodinâmica do trabalho é um campo amplo e autônomo, estruturado na busca e compreensão da inteligência ou engenhosidade utilizada pelo indivíduo para transformar o sofrimento em prazer; enquanto a psicopatologia – campo das descompensações e autodestruições – é um dos pilares que sustenta com referenciais teóricos a psicodinâmica do trabalho.

A psicodinâmica do trabalho tem como objeto próprio de estudo as relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os sentidos atribuídos ao processo do trabalho pelo trabalhador (mobilização subjetiva), através das vivências de sofrimento e prazer, das patologias sociais, da saúde e da doença. Compreende, portanto, a questão da mobilização e do engajamento do trabalhador frente à organização do trabalho (MENDES, 2007).

Nesse contexto, o trabalho é considerado não só como um modo de sobreviver, mas também como uma forma de inserção social, na qual os aspectos psíquicos e físicos estão correlacionados. Ele pode ser ainda considerado como “operador de saúde e prazer” e/ou como fator provocador de doença tanto físico como mental (DEJOURS, 1992).

O sofrimento no trabalho emerge do choque entre a história individual – projetos, esperanças e desejos – e a organização do trabalho, que ignora a primeira, bloqueando a relação homem-trabalho. Essa relação, por sua vez, é passível de modificações no contexto de trabalho, de acordo com as necessidades fisiológicas e desejos psicológicos do trabalhador (DEJOURS, 1992).

Tais modificações fazem com que o sofrimento assuma um papel contraditório, tendo em alguns momentos, a função de mobilizador de saúde e em outros adoecedor, mas sempre funcionando como um meio para a obtenção de produtividade. O sofrimento, como mobilizador de saúde, é resultado da transformação das instabilidades psicológicas, causadas pelas imposições e pressões do trabalho, em prazer. O sofrimento emerge das falhas na maneira de enfrentá-las e quando a organização do trabalho, centrada na produção, vence a história individual do trabalhador (MENDES, 2007).

Para alcançar a produção desejada, as organizações estabelecem o trabalho prescrito, que, muitas vezes, é distanciado do trabalho real. O trabalho prescrito, denominado tarefa – aquilo que se deseja obter ou aquilo que se deve fazer – é determinado pela organização. Já o trabalho real é compreendido como atividade – o que realmente é feito – e envolve o processo de execução, bem como as questões internas do sujeito (DEJOURS, 2002). A maneira como o trabalhador enfrenta o

distanciamento entre o trabalho prescrito e o real pode gerar sofrimento e levar à negação da realidade (alienação). Por outro lado, segundo Dejours (1992), três dimensões no processo do trabalho que não podem ser prescritas permitem o ajustamento do indivíduo e evitam do sofrimento:

- a) a engenhosidade ou criatividade;
- b) a coordenação e cooperação entre os agentes; e
- c) a mobilização subjetiva.

A engenhosidade ou criatividade pode ser compreendida através do ajuste entre a tarefa (trabalho prescrito) e a atividade (trabalho real), ou seja, é o espaço no qual são realizadas as redefinições dos objetivos pré-fixados. Esse ajuste pode ser considerado uma das partes enigmáticas do trabalho, pois está a cargo dos trabalhadores. Para enfrentar a realidade do trabalho, é necessário mobilizar não só o aspecto cognitivo, mas a inteligência que convoca o corpo todo. Essa inteligência é caracterizada especificamente no campo da prática. O fracasso nessa mobilização pode levar à vivência de sofrimento, que se torna mais doloroso na medida em que é negado. Para superá-lo, são necessárias a criatividade e a subversão.

A coordenação, construção da organização do trabalho e cooperação entre os agentes surge da vontade dos próprios indivíduos, estabelecendo relações de confiança sustentadas por valores éticos. Assim, a coordenação só é efetiva se os trabalhadores desejarem cooperar. Os ambientes altamente competitivos das organizações podem minar essas relações de confiança, gerando condições propícias para o surgimento do sofrimento.

A mobilização subjetiva é o processo pelo qual o trabalhador transforma as situações causadoras de sofrimento em geradoras de prazer. Esse processo frágil sustenta-se na dinâmica da justiça entre contribuição/retribuição. O indivíduo espera uma retribuição por sua contribuição à organização, no nível de reconhecimento social, do mérito e da sua identidade. Somente a retribuição em forma de salário e de vantagens materiais não é suficiente para o processo de mobilização subjetiva. A ausência do reconhecimento pode acarretar conseqüências na evolução afetiva, mental e somática do trabalhador.

O reconhecimento, segundo Dejours (2004), é compreendido como a gratidão pelas contribuições prestadas pelo trabalhador à organização. O reconhecimento passa por julgamentos, estabelecidos sobre o trabalho realizado e prescrito pelos envolvidos na organização do trabalho. Existem dois tipos de julgamento da utilidade: um diz respeito à utilidade técnica, econômica em termos da contribuição do indivíduo, e é proferido pelos superiores; e outro, o julgamento estético, diz respeito à originalidade, individualidade, proferido pelos pares, colegas e membros da equipe.

A transformação do sofrimento (angústias, esforços, decepções, desânimos) em prazer (alívio e leveza da alma) ocorre na medida em que há reconhecimento no trabalho, adquirindo sentido e participando na construção da identidade pessoal e social do trabalhador (DEJOURS, 2001). Segundo Mendes (2007, p. 44):

O reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, traduzida afetivamente por vivência de prazer e de realização de si mesmo.

Assim o reconhecimento no trabalho advém das mobilizações subjetivas da inteligência e da personalidade no trabalho, podendo desempenhar o papel fundamental de transformar o sofrimento em prazer. Não havendo reconhecimento, segundo Dejours (2004), os trabalhadores desenvolvem estratégias defensivas como forma de evitar o adoecimento mental, gerando conseqüências para a organização do trabalho, como o risco de paralisia. Segundo Mendes (2007), o reconhecimento compreendido como a valorização do esforço e do sofrimento gasto na realização do trabalho, é o conceito central para a psicodinâmica do trabalho.

O sofrimento no trabalho manifesta-se por meio de sentimentos como a indignidade, a vergonha, a inutilidade, o medo e a desqualificação. A vivência constante desses sentimentos, associada à impossibilidade de utilização do potencial criativo e prático, torna o processo do trabalho um fator de adoecimento, manifestado por meio de sintomas como depressão, cansaço físico e manifestações psicossomáticas (DEJOURS, 1992). O adoecimento é um fator prejudicial para os rendimentos da empresa, assim como outros sintomas, tais como o absenteísmo, o estresse e outras doenças, inclusive a mental.

Assim o sofrimento no trabalho surge quando o ajuste entre o trabalho prescrito e o real falha. Dejours (2001) enumera algumas das causas do sofrimento na relação de trabalho:

- a) o medo da incompetência – as falhas que ocorrem na atividade devem-se à incompetência do indivíduo ou ao sistema técnico;
- b) a pressão para trabalhar mal – as pressões sociais do trabalho impedem o indivíduo, de realizar sua atividade, gerando-lhe constrangimento; e
- c) a ausência de perspectiva de reconhecimento – o esforço dedicado ao empenho de uma atividade passa despercebido em meio à indiferença ou negação dos outros.

A manifestação do sofrimento pode não ser acompanhada de uma “descompensação psicopatológica ou uma perda do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão de uma doença mental” (DEJOURS, 2001, p. 35). Como meio de controle desse sofrimento, o sujeito utiliza estratégias de defesa, que podem ser coletivas ou individuais. Essas estratégias de defesa são construídas visando à manutenção da condição de saúde. Segundo Dejours (2001, p. 36), as estratégias de defesa funcionam como:

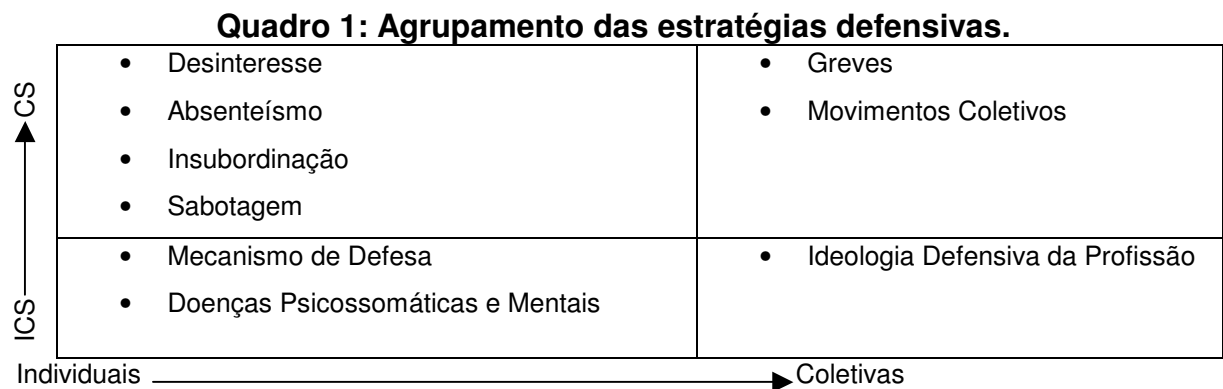
- a) uma proteção à saúde mental contra efeitos negativos, riscos, perigos deletérios do sofrimento;
- b) uma armadilha que torna o indivíduo indiferente àquilo que o faz sofrer;
- c) uma resistência, tornando o trabalho mais tolerável; e
- d) um sofrimento ético, definido como sentimento vivenciado pelo trabalhador ao agir contra suas crenças morais.

Os sentimentos de ansiedade gerados no processo do trabalho funcionam como uma válvula de escape para o sofrimento decorrente do trabalho. À medida que essa válvula não funciona, o trabalhador corre risco de adoecimento. As estratégias defensivas são desenvolvidas, em um primeiro momento, para preservar o equilíbrio psíquico diante de situações de trabalho difíceis e instáveis, funcionando como resistência psíquica à imposição da organização do trabalho (DEJOURS, 2001).

As estratégias defensivas coletivas, por sua vez, são elaboradas por grupos profissionais, construídas como se fossem uma fachada e apresentam-se em comportamentos e discursos coesos dos membros de determinado grupo profissional, com a exclusão daqueles que não compartilham as idéias comuns (DEJOURS, 2001; CANÇADO, 1994). A ideologia defensiva pode ser definida como:

Uma maneira de ser que se converte numa norma de referência para todos e à qual devem se adaptar, ou se conformar, correndo o risco de ser marginalizados ou excluídos. Esta ideologia defensiva se traduz nas condutas e discursos que marcam especificamente a organização do trabalho e suas restrições (MARANDA, 2004, p. 175).

Com o objetivo de sistematizar as estratégias defensivas, Cançado (1994) desenvolveu um quadro, no qual são estabelecidas as ações individuais e coletivas no nível consciente e inconsciente. O nível consciente (CS) é constituído pelas informações advindas do mundo externo e interno, processadas e armazenadas na memória. O nível inconsciente (ICS) é constituído por conteúdos recalçados ou mantidos fora do nível consciente. O agrupamento das estratégias defensivas é apresentado no Quadro 1.



Fonte: CANÇADO, 1994, p. 57.

As estratégias defensivas coletivas têm sido corroídas pela nova estruturação e organização do trabalho, podendo ser consideradas como uma perda para a saúde do trabalhador. Diante das novas condições de trabalho há uma falta de solidariedade entre os grupos, enfraquecendo a cumplicidade e gerando patologias da solidão, assim como um individualismo, e demonstram uma derrota para os trabalhadores, ressaltando a variação individual do sujeito (DEJOURS, 2004).

Tendo esses diversos conceitos como base, as pesquisas em psicodinâmica do trabalho objetivam estudar as relações entre a realidade da organização do trabalho e os processos de subjetivação. Para atender à demanda de investigar os riscos à saúde no trabalho em grandes grupos de trabalhadores, Ferreira e Mendes (2007) criaram um instrumento estruturado, com objetivo de traçar o perfil dos antecedentes, medidores e efeitos do trabalho no processo de adoecimento.

O Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), elaborado por Ferreira e Mendes em 2003, foi adaptado e revalidado em 2004 por Mendes e colaboradores. A publicação ocorreu em 2005 e, em 2006, foram incorporados pequenos ajustes. A validação do inventário foi feita com uma amostra de 5.437 trabalhadores de empresas públicas do Distrito Federal, utilizando a técnica de análise fatorial, presumindo-se que os riscos de adoecimento são influenciados por diversas dimensões, com fatores interdependentes (FERREIRA; MENDES, 2007).

O Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) é composto por quatro escalas interdependentes, que avaliam quatro dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento. As escalas são:

- a) Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT);
- b) Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT);
- c) Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST);
- d) Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).

Dessas quatro escalas, Ferreira e Mendes (2007) salientam a dificuldade em estruturar um instrumento para o estudo do sofrimento e prazer no trabalho, devido à dinâmica e às especificidades de tais vivências nos diferentes contextos de trabalho, detectáveis por meio da fala. Os autores, entretanto, consideram significativo o papel dessa escala validada como representante de alguns indicadores universais das vivências e pela coerência aos conceitos expostos pela teoria da psicodinâmica.

Quanto à Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho, os itens abordados retratam, segundo Ferreira e Mendes (2007), situações muito graves com

relação à saúde, devendo-se atentar para a aparição e repetição, em nível moderado, desses itens como resultado de adoecimento.

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) com auto-valores de 1,5, variância total de 38,46%, KMO de 0,93 e correlações acima de 0,25. Os três fatores que compõem a escala apresentam confiabilidade:

- a) organização do trabalho - 0,72;
- b) condições de trabalho - 0,89;
- c) relações socioprofissionais - 0,87.

A Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) apresenta auto-valor maior que 2, variância total de 44,98%, KMO de 0,91 e 50% das correlações acima de 0,30. Os fatores que compõem a escala apresentam confiabilidade:

- a) custo físico - 0,91;
- b) custo cognitivo - 0,86; e
- c) custo afetivo - 0,84.

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST), com auto-valor de 1,0, variância total de 59,80%, KMO de 0,92 e 50% das correlações acima de 0,30. Os dois fatores para avaliar o sofrimento no trabalho:

- a) falta de reconhecimento apresenta confiabilidade de 0,87; e
- b) esgotamento profissional com confiabilidade de 0,89.

E outros dois fatores para avaliar o prazer:

- a) realização profissional com confiabilidade de 0,93; e
- b) liberdade de expressão apresenta confiabilidade de 0,80.

A Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), com auto-valor de 1,5, variância total de 50,09%, KMO de 0,95 e correlações acima de 0,30. Os três fatores apresentam confiabilidade:

- a) danos físicos - 0,88;
- b) danos psicológicos - 0,93; e
- c) danos sociais - 0,89.

O Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) é um instrumento que visa capturar a representação do real na generalidade, na identificação do visível, para obtenção da objetivação. Assim, sua utilização deve ser cautelosa, funcionando como respaldo para aqueles que pretendem pesquisar de forma diagnóstica a saúde e que têm como temática saúde e trabalho. Por essas limitações, Ferreira e Mendes (2007) recomendam a utilização de outros recursos – entrevistas e observações – para a complementação e apreensão mais completa do objeto de pesquisa da ergonomia da atividade e da psicodinâmica do trabalho.

Diante do interesse desta pesquisa, que consiste em identificar a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o sofrimento/prazer decorrentes do exercício de sua profissão, em instituições hospitalares do município de Belo Horizonte, na próxima seção será discutido o processo histórico da profissão de Terapia Ocupacional, bem como as atividades dessa classe profissional.

2.3 Profissional de saúde: terapeuta ocupacional

As mudanças no sistema de trabalho do profissional da saúde, com uma estrutura liberal, têm sido percebidas desde meados do século XIX até à II Guerra Mundial, quando surgem as primeiras especialidades médicas e as profissões para-médicas. Essas profissões para-médicas desenvolveram-se no campo médico para, posteriormente, criarem o campo de competência próprio, como profissões liberais (GRAÇA, 2000). O profissional liberal é definido pelo Ministério do Trabalho e Emprego, Coordenação Geral de Relações do Trabalho (BRASIL, 2006) como:

- a) São profissionais liberais os que exercem suas atividades de forma autônoma, ou na qualidade de empregador, habilitados legalmente e com registro nos Conselhos Profissionais, após o atendimento dos requisitos técnicos e científicos previstos na legislação para o desempenho da profissão; e
- b) São trabalhadores pertencentes às categorias diferenciadas os empregados que exercem suas funções tendo como condições de trabalho aquelas previstas em legislação própria, especial, ou do desempenho de suas atividades resulta igualdade de condições de vida (BRASIL, 2006). 1

¹ Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/notas_tecnicas/2006/nt_11.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2007.

Os serviços dos profissionais da saúde são de natureza não material e prestados a um indivíduo diretamente, como um artesão. Sua matéria-prima a relação social ou de prestação de serviço, é estabelecida diretamente entre o profissional e o cliente. O profissional da saúde pode também vender sua força de trabalho para uma instituição, que passa a determinar o processo de trabalho em todas as dimensões, retribuindo-lhe com um salário (MUROFUSE, 2004).

Os profissionais da saúde, ao exercerem suas atividades como empregados, podem fazê-las vinculadas a instituições hospitalares. Os hospitais são instituições que se submetem voluntariamente a um instrumento de avaliação específico – Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – desenvolvido pelo Ministério da Saúde, a partir das ações e de seminários da Secretaria de Políticas de Saúde, utilizando como base inicial o Manual de Acreditação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A organização OPAS define hospitais como:

[...] todos os estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos (O CONTEXTO² ...).

No Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar conceitua-se hospital como "todo estabelecimento dedicado à assistência médica, de caráter estatal ou privado, de alta ou baixa complexidade, com ou sem fins lucrativos" (O CONTEXTO ...).

O hospital é uma instituição, de atividade econômica e social complexa, onde tem ocorrido grandes avanços tecnológicos e científicos. Marcado pela aglutinação de diversos trabalhadores, em suas várias funções, e de usuários, que estão vivenciando um processo doloroso em suas vidas. Os trabalhadores lidam com a dor física e emocional, com a doença e a morte, atuando junto aos enfermos e seus familiares. A natureza e a organização dessa atuação têm sido identificadas como

² Disponível em: <www.farmaceticovirtual.com.br/html/acredapr.htm>. Acesso em: 1º set. 2007.

insalubre e penosa para todos. Mas há uma ambigüidade nesse trabalho ao produzir prazer nos profissionais, advindo principalmente do reconhecimento social (PITTA, 2003; DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

O trabalho em equipe é outra característica da atuação hospitalar, mas a presença de vários profissionais na mesma área hospitalar não garante essa integração. Para tal, deve haver uma somatória de experiências para enriquecimento do grupo, no qual um profissional possa contar com o apoio do outro (MEDEIROS, 2003; DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

A forma de administração da saúde, segundo Medeiros (2003), tem sido a responsável pela “taylorização” dos serviços dessa área, com a proposição de ações executáveis por técnicos. Com isso, tem ocorrido uma perda na qualidade, assim como uma diminuição no envolvimento e compromisso dos profissionais responsáveis.

Segundo Kuenzer (2004), as classes profissionais, especialmente na área da saúde, sofreram com a crise do capitalismo, perdendo espaço tanto em suas atividades particulares, em consultórios, como nas atividades contratadas por instituições. O modelo artesanal de prestação individual do serviço médico, individualizado, raro e com alto custo, está sendo substituído pela crescente institucionalização, caracterizada pela relação de compra e venda de força de trabalho.

Dentre as modalidades da forma institucionalizada de prestação de serviço, o sistema de cooperativas e de prestação de serviços terceirizados vem ganhando espaço. Assim, a venda da força de trabalho para instituições hospitalares tem se tornado uma alternativa para os profissionais da saúde. Entretanto, essa relação pode gerar trabalho mais desqualificado, desgastante e explorado, uma vez que reduz as possibilidades de intervenções criativas do profissional da saúde em geral (KUENZER, 2004). Nascimento Sobrinho *et al.* (2006, p. 132), em pesquisa sobre a classe médica, afirmam que:

Os médicos foram submetidos às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista: instabilidade e precarização do contrato de trabalho, ritmo intenso e jornadas de trabalho prolongadas,

redução da remuneração e perda do controle de sua atividade. Somem-se a estes aspectos, as especificidades e particularidades do trabalho médico: aliviar a dor e o sofrimento e ter a morte como situação rotineira.

Machado (2006) ressalta que o trabalho em instituição hospitalar, pelas especificidades apontadas, pode gerar dor e sofrimento ao profissional da área. Esse profissional encontra, ainda, dificuldades como a estrutura hierárquica centralizadora, que impede a utilização da criatividade, gerando conflito entre o ideal e possível; competição entre as especialidades profissionais, assim como o corporativismo; falta de comunicação entre as equipes de trabalho e familiares. Evidenciam-se, nesse contexto, as características tayloristas de divisão do trabalho e a densidade das situações enfrentadas pelos profissionais da saúde, que se tornam expostos aos sofrimentos psíquicos.

Além dessas questões, o profissional da saúde ainda lida com as expectativas culturais, dos familiares e do paciente, o que pode aumentar as pressões internas e externas (MACHADO, 2006).

Osório (2003), citado por Machado (2006) identificou ainda que a ação dos profissionais da saúde, ao cuidarem de pacientes, buscando a promoção do bem-estar físico, psicológico e social, pode acarretar sobrecarga emocional em função do relacionamento com a equipe de trabalho e do contexto institucional. Um estudo desenvolvido em Girona (Espanha), por Grau, Suñer e Garcia (2005), sobre o desgaste dos profissionais da saúde e sua relação com os fatores pessoais e ambientais, aponta para a necessidade diminuir o desgaste dos profissionais em hospitais, através de melhoria nas questões organizacionais e aumento do otimismo e auto-estima desses profissionais.

No Brasil, as dificuldades de relacionamento na equipe de trabalho parecem ter sido exacerbadas a partir da política de privatização da assistência à saúde, ocorrida na década de 70. As mudanças na organização do trabalho geraram confrontos entre as categorias profissionais e redefinição de seus papéis. Esse confronto foi marcado por questões de interesse, segundo Spink (1985), citado por Soares (1991), onde a batalha era por uma parcela maior do mercado profissional.

Os terapeutas ocupacionais, enquanto profissionais da área da saúde, viveram essa situação de forma um pouco diferenciada, pelo fato de constituírem uma categoria profissional que não utilizava de equipamentos médicos-hospitalares. A sua atuação restringia-se ao atendimento a indivíduos com movimentos voluntários mínimos, na forma artesanal. Mas ainda assim, a absorção desses profissionais em hospitais, nesse período, foi mínima (SOARES, 1991). A absorção do terapeuta ocupacional fora do setor estatal é fortemente limitada devido ao caráter assistencialista da profissão, ou seja, voltado para a qualidade de vida e não para eliminação de sintomas, uma vez que esse é o foco da intervenção hospitalar (LOPES, 1996; SOARES, 1991).

Historicamente, a profissão Terapia Ocupacional teve sua origem na prática médica, em um primeiro momento nos atendimentos aos doentes mentais em hospitais gerais e, posteriormente, com maior número de “atuantes”, devido à “demanda dos incapacitados da I e II Guerras Mundiais” (SOARES, 1991, p. 11). Para a readaptação dos incapacitados (físicos e mentais) das guerras à sociedade, utilizou-se o trabalho, a recreação e o exercício, o que gerou maior desenvolvimento da profissão. O surgimento da profissão Terapia Ocupacional tem por marco sua atuação nos grandes hospitais (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

Fazendo uma análise histórica mais complexa, Burke (1985), citado por Medeiros (2003, p. 38), afirma que a origem da Terapia Ocupacional está demarcada pela filosofia humanista – “a terapia ocupacional originou-se de uma crença de que a ocupação tinha uma capacidade exclusiva para restaurar e manter a organização dos sistemas humanos afetados por doença e trauma”. Observa-se que a profissão não surgiu como uma ciência, mas como uma aplicação de um recurso à atividade, através do ato médico.

O contingente feminino da profissão, no seu surgimento, deve-se ao perfil dócil, bondoso e caridoso das mulheres, bem como a necessidade de lidar basicamente com mulheres e crianças e ser de baixo custo e não gerar carência no mercado de trabalho, em expansão na época (LOPES, 1999; BENETTON; VOGEL; GOUBERT, 2002).

No Brasil, a especialidade da Terapia Ocupacional é recente, tendo adquirido o status de profissão ao final da década de 60 (PRADO DE CARLO; BARTALOTTI, 2001). O terapeuta ocupacional é um profissional que tem sua formação sustentada nas Áreas de Saúde e Sociais. Sua atuação, segundo COFFITO (2007), consiste em:

- a) avaliar o cliente – nas funções práticas, de acordo com sua faixa etária e/ou desenvolvimento da sua formação pessoal, familiar e social; e
- b) intervir junto ao cliente – sustentando-se em abordagens e/ou condutas específicas de acordo com o cliente, a família, o coletivo e o social.

A Terapia Ocupacional tem seus esforços centrados na funcionalidade e repercussões que uma condição de saúde ocasiona na vida e no cotidiano dos indivíduos, buscando eliminar, prevenir ou diminuir tais conseqüências, compreendendo a saúde nos aspectos biopsicossociais, segundo Medeiros (2003). Os profissionais de Terapia Ocupacional podem exercer suas atividades em hospitais gerais; ambulatórios; consultórios; centros de recuperação biopsicossocial; projetos sociais oficiais; sistemas prisionais; Instituições de Ensino Superior; órgão de controle social; creches; escolas; e empresas. Eles podem desenvolver também atividades burocráticas em cargos de chefia e coordenação (COFFITO, 2007).

Segundo a resolução do COFFITO-8 (1978), são ações específicas do terapeuta ocupacional prescrever, ministrar e supervisionar a terapia ocupacional, objetivando preservar, manter, desenvolver ou restaurar a capacidade funcional do cliente a fim de habilitá-lo ao melhor desempenho físico e mental possível, no lar, na escola, no trabalho e na comunidade, através de:

- a) elaboração de testes específicos para avaliar níveis de capacidade funcional e sua aplicação;
- b) programação das atividades da vida diária e outras a serem assumidas e exercidas pelo cliente, e orientação e supervisão do mesmo na execução dessas atividades;
- c) orientação à família do cliente e à comunidade quanto às condutas terapêuticas ocupacionais a serem observadas para a aceitação do cliente, em seu meio, em pé de igualdade com os demais;
- d) adaptação dos meios e materiais disponíveis, pessoais ou ambientais, para o desempenho funcional do cliente;
- e) adaptação ao uso de órteses e próteses necessárias ao desempenho funcional do cliente, quando for o caso; e
- f) utilização de atividade, com o emprego obrigatório dos métodos específicos para educação ou reeducação de função de sistema do corpo humano.

Na resolução COFFITO-81, na qual são descritos atos complementares à resolução COFFITO-8, a reabilitação é descrita como um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional, e sim uma proposta de atuação multiprofissional, voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo. A cada profissional componente da equipe deve ser garantida a dignidade e autonomia técnica, no seu campo específico de atuação, observados os preceitos legais do seu exercício de sua profissão.

Nos procedimentos, descritos pela Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais – ABRATO (2007), a atuação no contexto hospitalar é definida de maneira mais detalhada. Esses procedimentos consistem em avaliação, intervenção e orientação realizados com o cliente internado e/ou com o cuidador, com o objetivo de prevenir deformidades, disfunções e agravos físicos e/ou psico-afetivo-social, promovendo o desempenho funcional/ocupacional e qualidade de vida durante a hospitalização. O atendimento terapêutico ocupacional ambulatorial visa à continuidade terapêutica, procedimentos especializados e atendimento pré e pós-cirúrgico.

Com a implantação de novas práticas e políticas de humanização da saúde, o trabalho do terapeuta ocupacional tem sido mais reconhecido profissional e socialmente. Tem ocorrido também um maior desenvolvimento técnico-científico dos profissionais atuantes nessa área. A atuação do terapeuta ocupacional no contexto hospitalar fundamenta-se não apenas na capacidade funcional, mas principalmente na qualidade de vida dos pacientes, compreendida como maior auto-estima e motivação para a busca da saúde (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004). A atuação justifica-se ainda pelos resultados do estudo entre ocupação, saúde e bem estar, desenvolvido por Low, Steinwender e Leclair (1998), onde se evidencia que o desempenho de ocupações diárias é parte importante de vida quotidiana. A retirada ou as mudanças na ocupação para uma pessoa têm um impacto significativo na saúde auto-percebida e no bem-estar de uma pessoa.

A profissão Terapia Ocupacional, por agregar conhecimentos de várias disciplinas e visualizar o processo de reabilitação, é um campo de conhecimento interdisciplinar

(MEDEIROS, 2003). Esse campo de conhecimento, bem como de outras áreas do conhecimento no contexto histórico e socioeconômico mundial, têm sido marcados por uma pressão científica, para subsidiar e documentar intervenções, gerando mudanças no corpo de seu conhecimento. A busca por uma maior produção científica está associada à busca de sua legitimidade (MÂNGIA, 1999, p. 57).

Às pressões sofridas pelo terapeuta ocupacional incorporam aquelas sofridas pelos profissionais da área médica, sendo agravadas por questões educacionais e sociais. Educacionais no sentido de tornar científica a sua prática; e sociais em termos de valorização e respeito pelos colegas das várias áreas que com ele atuam, bem como pelos convênios de saúde que, na maioria das vezes, não cobrem essa especialidade (SOARES, 1991).

Em função dessas pressões, os terapeutas ocupacionais têm abandonado a profissão e/ou se dedicado a atividades burocráticas ou docentes, afastando-se da clínica, ainda nos primeiros anos de carreira, conforme apontado por Magalhães (1995), citado por Nabergoi e Bottinelli (2004). Destacam-se alguns fatores tais como a pouca valorização e o reconhecimento social da profissão, a discriminação do sexo, a ambigüidade do papel profissional e a insegurança do trabalho em equipe. O desenvolvimento da atividade profissional em instituições hospitalares pode ser também gerador de sofrimento, na medida em que a instituição tem o poder de prescrever e controlar o trabalho realizado.

Os terapeutas ocupacionais, durante sua atuação, selecionam atividades adequadas para alcançar os objetivos dos tratamentos e esse processo exige além de talento, conhecimento técnico e científico. Essas oportunidades de exercerem o controle e a criatividade, ao prescreverem o tratamento, podem revitalizar as reservas emocionais e protegê-lo contra esgotamento emocional (ROGERS; DODSON, 1988).

Assim sendo, o terapeuta ocupacional deveria ter a possibilidade de mobilizar suas capacidades humanas (DEJOURS, 2004), o que poderia gerar menor despersonalização e sofrimento (LANCMAN, 2004). Nessa perspectiva, o trabalho

seria qualificador, com a possibilidade do “exercício da criação, da reflexão e da auto-realização” (KUENZER, 2004, p. 240).

Entretanto, o estudo desenvolvido por Balogun *et al.* (2002), no qual se buscou identificar os determinantes da síndrome de *Burnout* entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, concluiu que 58% desses profissionais estão emocionalmente exaustos, 94% apresentam sentimentos negativos com relação ao seu trabalho e clientes e somente 1% está satisfeito e realizado pessoalmente. Entre os fatores que justificaram essa pesquisa estão:

- a) resultados pobres nos trabalhos desenvolvidos com pacientes crônicos;
- b) sobrecarga do trabalho;
- c) conflito ou ambigüidade do papel;
- d) inatividade física;
- e) falta do intervalo no trabalho;
- f) remuneração baixa;
- g) alta rotatividade da equipe;
- h) administração rígida;
- i) falta de apoio do par e dos supervisores;
- j) recursos inadequados;
- k) conflitos do entre profissionais;
- l) percepção exclusão das decisões políticas ou organizacionais;
- m) falta da oportunidade de avanço na carreira; e
- n) vida marital conflituosa.

Em outro estudo desenvolvido com terapeutas ocupacionais e profissionais sociais da saúde mental por Lloyd e King (2004), na Austrália, buscou-se identificar também a síndrome de *burnout*. O resultado apontou para um alto nível de exaustão emocional, apesar de uma menor despersonalização e alta realização pessoal na atividade que desempenham. A sugestão da pesquisa é a busca das causas da exaustão emocional.

O terapeuta ocupacional está exposto a condições potencialmente geradoras de sofrimento e prazer ao desempenhar funções inerentes à sua profissão. Diante das contradições específicas da profissão do terapeuta organizacional – pressões do

contexto e organização do trabalho – torna-se relevante pesquisar a percepção desse profissional acerca da vivência do sofrimento e do prazer no exercício de sua profissão em instituições hospitalares.

3 METODOLOGIA

A fim de se atingir o objetivo geral proposto por esta pesquisa – identificar a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o sofrimento/prazer decorrente de suas atividades de trabalho em instituições hospitalares do município de Belo Horizonte – neste capítulo serão apresentadas as seções sobre o tipo e modelo de pesquisa, a unidade de análise e observação e os procedimentos utilizados para coleta e análise dos dados.

3.1 Tipo de pesquisa

Uma pesquisa pode ser caracterizada em função de seus objetivos e dos procedimentos utilizados na coleta e análise de dados (GIL, 2002). Em função dos objetivos desta pesquisa, pode-se considerá-la como uma pesquisa de campo, descritiva, de caráter quantitativo e qualitativo.

Este estudo compreende uma pesquisa de campo, uma vez que o meio utilizado para a investigação foi o levantamento de dados quantitativos e qualitativos em hospitais do município de Belo Horizonte, onde atuam terapeutas ocupacionais (VERGARA, 2003).

Nesta pesquisa, busca-se descrever a profissão do terapeuta ocupacional e sua percepção sobre o sofrimento/prazer no trabalho. A pesquisa descritiva estuda fenômenos e o comportamento de determinada população ou área de interesse, bem como suas relações e conexões com variáveis. Não visa explicar os fenômenos, mas obter informações sistemáticas que sirvam de base para a explicação desejada, por meio de registros, análises e interpretações (RAMPAZZO, 2005; GRESSLER, 2004; VERGARA, 2003; COLLIS; HUSSEY, 2005).

Quanto aos procedimentos utilizados para coleta e análise de dados, esta pesquisa caracteriza-se por ser quantitativa – aplicação de questionários – e qualitativa – entrevistas com uma amostra selecionada de terapeutas ocupacionais.

O método quantitativo busca a mensuração de fenômenos, servindo para testar construtos científicos e hipóteses ou buscar padrões numéricos relacionados a conceitos cotidianos e possibilitar uma análise estatística dos dados. Os dados coletados assumem formas de valores numéricos, representativos de observações ou freqüências para as variáveis estudadas (COLLIS; HUSSEY, 2005; MALHOTRA, 2001).

O método qualitativo procura investigar as relações complexas, ao invés de isolar variáveis, favorecendo uma melhor visão e compreensão sobre o problema (GÜNTHER, 2006; MALHOTRA, 2001; SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005). Por meio da pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1998), coloca-se em questão a minúcia da análise de freqüência como critério de objetividade e cientificidade; tenta-se ultrapassar o alcance descritivo da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda. A aplicação do método qualitativo nesta dissertação visa aprofundar nas percepções do terapeuta ocupacional sobre o sofrimento e prazer decorrentes do exercício de sua profissão, em instituições hospitalares de Belo Horizonte.

3.2 Modelo de Pesquisa

Os principais conceitos a serem utilizados nesta pesquisa sustentam-se na abordagem da Psicodinâmica do Trabalho, que vem sendo consolidada nos estudos de Dejours, desde a década de 80 na França, e a partir da década de 90 no Brasil. Considera-se que o trabalho tanto dignifica quanto o castiga o homem, sendo uma das maneiras de produzir sentimentos de sofrimento e prazer (MENDES, 2003, 2007).

O sofrimento decorre da divergência entre o trabalho proposto pela organização e os desejos profissionais do indivíduo, enquanto o prazer advém da relação do indivíduo com a organização e com sua profissão que gerem reconhecimento profissional e social (MENDES, 2003).

Sob a perspectiva de sofrimento e prazer no trabalho, foram investigados os contextos de trabalho, as exigências decorrentes desse contexto, as vivências

positivas e negativas, bem como os tipos de problemas (físicos, psicológicos e sociais) causados especificamente pelo trabalho. A Fig. 1 ilustra o modelo da pesquisa, indicando as variáveis de análise e respectivos autores.

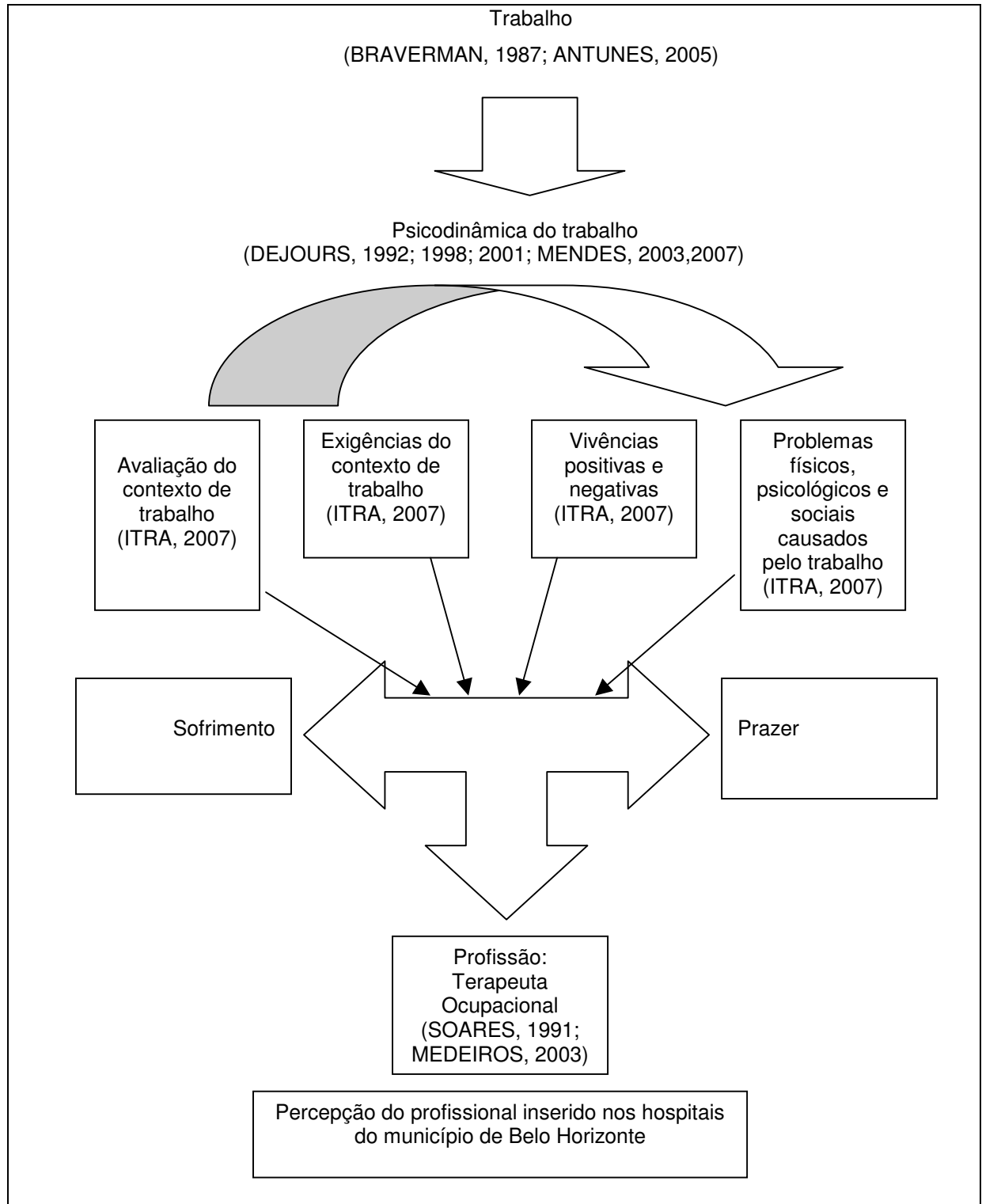


Figura 1: Ilustração do modelo de pesquisa

Fonte: Elaborado pela autora.

A relação do homem com o trabalho é analisada por meio da psicodinâmica do trabalho, tendo-se como base o ITRA (Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento), com foco nas fontes de sofrimento e prazer para o trabalhador. Buscou-se investigar a percepção dos terapeutas ocupacionais de hospitais do município de Belo Horizonte, em relação ao sofrimento/prazer decorrente da sua atuação profissional.

3.3 Unidade de análise e de observação

Existem, segundo levantamento realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 70 hospitais cadastrados na rede hospitalar municipal, dos quais 22 têm o terapeuta ocupacional em suas equipes de saúde, correspondendo a, aproximadamente, 60 profissionais. Desses 22 hospitais, 19 concordaram com a participação dos seus terapeutas ocupacionais no estudo, totalizando 48 terapeutas ocupacionais participantes desta pesquisa. Esses 19 hospitais atuam nas áreas de: atendimentos de urgência/geral (7), saúde mental/psiquiatria (3), geriatria (1), reabilitação física (1), maternidade (2), pediatria (1), oncologia (3) e doenças infecto-contagiosas (1).

Das 19 instituições participantes, duas são de caráter particular, oito filantrópico e nove de caráter público, conforme TAB 1. Nas duas instituições particulares atuam quatro terapeutas ocupacionais; nas oito filantrópicas, 10; e nas nove instituições públicas não foi possível definir o número exato de profissionais, devido a mudanças contratuais dos profissionais, mas foram deixados 46 questionários de acordo com as informações passadas no momento da entrega dos mesmos.

Tabela 1
Instituições hospitalares de Belo Horizonte participantes da pesquisa

Tipo de Instituição	Partic. da pesquisa	No. de quest.	%	No. de entrevistas	%
Pública	9	36	75,00	7	53,85
Particular	2	3	6,25	1	7,69
Filantrópica	8	9	18,75	5	38,46
TOTAL	19	48	100,00	13	100,00

Fonte: Dados de pesquisa

Este estudo foi realizado com terapeutas ocupacionais dessas instituições hospitalares do município de Belo Horizonte. Primeiramente, foram distribuídos os questionários ITRA nos hospitais de Belo Horizonte que se dispuseram a participar da pesquisa. Alguns hospitais solicitaram o cadastro do projeto no comitê de ética da própria instituição, dois aceitaram o projeto de pesquisa em tempo hábil, outro deu parecer após o período de coleta dos dados. Os formulários de Identificação do Respondente e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B) foram preenchidos pelos profissionais dessas instituições na primeira etapa da pesquisa, quando foram esclarecidos sobre os objetivos e o processo da pesquisa.

Posteriormente, no período de 11 de dezembro de 2007 a 29 de fevereiro de 2008, os questionários respondidos foram recolhidos pela pesquisadora e por uma auxiliar. Obteve-se um retorno de 48 questionários (80% de índice de devolução), com respostas válidas dos terapeutas ocupacionais vinculados às instituições do município pesquisado. Desses profissionais, três atuam no setor particular (o que corresponde a 6,25% da população pesquisada), nove no setor filantrópico (18,75%) e 36 no setor público (75%), conforme apresentado na TAB 1. Pode-se concluir que, apesar do pequeno número de questionários, essa amostra é representativa da população pesquisada.

Para complementar os dados quantitativos, foram selecionados 13 terapeutas ocupacionais para entrevista (27% dos respondentes do questionário, conforme TAB. 1). O primeiro critério para seleção dos entrevistados foi ter respondido ao questionário – ITRA – na primeira fase; e o segundo, foi a acessibilidade, após contato telefônico. Por esse critério, selecionam-se elementos pela facilidade de acesso (VERGARA, 2003). Dos profissionais selecionados, sete (53,85%) são de instituições públicas – três de uma mesma instituição, dois de outra e os outros dois de instituições diferentes; cinco são de filantrópicas (38,46%) – dois de uma mesma instituição e os demais de instituições variadas; e um (7,69%) é de instituição particular. Também em relação aos entrevistados, pode-se concluir que há uma representatividade em relação à amostra de terapeutas ocupacionais que responderam ao questionário.

3.4 Técnicas de Levantamento de Dados

A coleta de dados foi desenvolvida utilizando-se de técnicas quantitativa e qualitativa de forma complementar. Os dados quantitativos foram levantados por meio do Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento – ITRA (ANEXO A), elaborado por Ferreira e Mendes (2007), que tem como objetivo mensurar distintas e interdependentes modalidades em termos de representações. Essas representações estruturam-se em quatro categorias:

- a) contexto de trabalho – são representações relativas à organização, às condições do trabalho e às relações socioprofissionais. Essa categoria é avaliada pela Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT);
- b) exigências – são representações relativas aos custos físico, cognitivo e afetivo provocados pelo contexto do trabalho. Essa categoria é avaliada pela Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT);
- c) sentido – são representações relativas às vivências de sofrimento e prazer no trabalho. Essa categoria é avaliada pela Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST); e
- d) efeitos do trabalho para a saúde – são representações relativas às conseqüências em termos de danos físicos e psicossociais. Essa categoria é avaliada pela Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT).

A Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) apresenta uma variação no escore de 1 (nunca) ao 5 (sempre). É composta por três fatores:

- a) organização do trabalho, definido como divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho, é composto por 11 itens;
- b) condições de trabalho, definido como a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizados para realização do trabalho, composto por 10 itens;
- c) relações socioprofissionais, definido como os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional, também com 10 itens.

A Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) apresenta uma variação no escore de 1 (nunca exigido) a 5 (totalmente exigido), sendo também composta por três fatores:

- a) custo físico, dispêndio de fisiológico e biomecânico, entendido como usar a força física, usar os braços de forma contínua, ficar em posição curvada, caminhar, ser obrigado a ficar em pé, ter que manusear objetos pesados, fazer esforço físico, composto por 10 itens;
- b) custo cognitivo, definido como gasto intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho, constituído por 10 itens; e
- c) custo afetivo, definido como o dispêndio emocional sob a forma de reações afetivas, sentimentos e de estados de humor, composto por 12 itens.

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) tem por objetivo avaliar a ocorrência das vivências de sofrimento e prazer nos últimos seis meses. É uma escala de sete pontos, variando de 0 (nenhuma vez) a 6 (seis vezes ou mais vezes). É composta dois fatores para avaliar o sofrimento no trabalho:

- a) falta de reconhecimento, definido pelas vivências de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do seu trabalho, contendo sete itens; e
- b) esgotamento profissional, definido pela vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho, contendo sete itens.

E outros dois fatores para avaliar o prazer:

- a) realização profissional, definido como vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que realiza, é constituído por nove itens; e
- b) liberdade de expressão é a vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o trabalho desempenhado, composto por oito itens.

A Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), é uma escala de sete pontos, variando de 0 (nenhuma vez) a 6 (seis ou mais vezes). É constituída por três fatores:

- a) danos físicos, definido como dores no corpo e distúrbios biológicos, contendo 12 itens;
- b) danos psicológicos, entendido como sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida em geral, constituído por 10 itens; e
- c) danos sociais, entendido como isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais, composto por sete itens.

A fim de complementar e aprofundar nos dados levantados pelos questionários, optou-se pela realização de entrevistas com os 13 profissionais selecionados. Segundo Ferreira e Mendes (2007), o recurso mais adequado para o objeto da psicodinâmica é a fala. Entretanto, a entrevista, como forma de coleta de dados, apresenta algumas limitações segundo Yin (2006):

- a) questões mal elaboradas gerando vieses;
- b) respostas enviesadas;
- c) imprecisões nas respostas devido à memória fraca do entrevistado; e
- d) reflexividade, o entrevistado reproduz o que o pesquisador quer ouvir.

O roteiro de entrevista visa orientar e facilitar o processo de comunicação entre pesquisador e entrevistado, no qual é possível descobrir o ponto de vista dos entrevistados sobre os objetivos da pesquisa (MINAYO, 1998).

Ao desenvolver o roteiro de entrevista da pesquisa, teve-se como foco de atividade a linha da investigação, ou seja, o delineamento do objeto e a elaboração de questões não tendenciosas, sem a opinião do pesquisador, de forma que essas contribuam para a emergência de visões dos entrevistados (MINAYO, 1998; YIN, 2006). As respostas médias das escalas encontradas nos questionários, serviram como guia para elaboração das perguntas.

Assim as entrevistas foram conduzidas com temas baseados no Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), buscando-se, basicamente, analisar as quatro categorias: contexto de trabalho, exigências, sentido do trabalho e os efeitos do trabalho, possibilitando ao profissional verbalizar sobre essas questões. No roteiro da entrevista buscou-se, ainda, investigar as estratégias defensivas utilizadas pelos terapeutas ocupacionais no exercício da profissão em instituições hospitalares

(APÊNDICE C). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, gravadas, com posterior transcrição, de acordo com o roteiro estabelecido.

3.5 Técnica de Análise dos Dados

Segundo Yin (2006), a análise dos dados visa examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar ou recombina as evidências tanto quantitativas quanto qualitativas. A análise dos dados tem três objetivos na investigação social, segundo por Minayo (1998):

- a) buscar no material coletado o objeto pesquisado;
- b) informar, confirmar e levantar hipóteses ou idéias; e
- c) aumentar a compreensão de contextos culturais.

Nesta pesquisa, optou-se pela triangulação para a análise dos dados, que segundo Yin (2006) é um fundamento lógico de utilização de diversas fontes de evidências.

Os dados quantitativos, oriundos dos questionários, foram tabulados e tratados estatisticamente por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 15.0.

A confiabilidade de cada uma das escalas utilizadas foi avaliada por meio do índice Alfa de Cronbach. Essa medida busca avaliar a consistência da escala, ou seja, o quanto as sentenças da escala estão inter-relacionadas, retratando o grau de confiabilidade e consistência ao se fazerem medições repetidas de determinada característica. Hair *et al.* (2005) e Malhotra (2001) consideram satisfatório como limite inferior o valor de alfa de 0,60. Quanto mais próximo estiver do valor ideal de um, maior será sua precisão.

Na interpretação dos resultados do ITRA, adotou-se a metodologia proposta por Ferreira e Mendes (2007). A primeira escala – Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT) – e a segunda – Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) – variam de 1 a 5 pontos e são construídas com itens negativos, devendo sua análise ser feita por fator e com base em três níveis diferentes, considerando um desvio padrão em relação ao ponto médio: satisfatórios, críticos e graves, conforme Quadro 2:

QUADRO 2
Avaliação das escalas EACT e ECHT

Pontuação	Classificação
Acima de 3,7	Avaliação mais negativa, estado grave, gasto negativo e produtor de custo humano e sofrimento no trabalho, com forte risco de adoecimento, com demanda de providências imediatas para eliminação e/ou atenuação das causas
Entre 2,3 e 3,69	Avaliação mais moderada, estado crítico, , sinalizando necessidade de providências imediatas a médio e curto prazo
Abaixo de 2,29	Avaliação mais positiva, estado satisfatório, gerador de prazer

Fonte: FERREIRA e MENDES, 2007.

Adaptado pela autora

A terceira Escala de Indicadores de Prazer – Sofrimento no Trabalho (EIPST) é uma escala com variação entre 0 a 6 pontos. A escala de Vivência de Prazer deve ser avaliada conforme QUADRO 3:

QUADRO 3
Avaliação da escala EIPST – Vivência de prazer

Pontuação	Classificação
Acima de 4,0	Avaliação mais positiva, estado satisfatório
Entre 3,9 e 2,1	Avaliação moderada, estado crítico
Abaixo de 2,0	Avaliação mais negativa, estado grave

Fonte: FERREIRA e MENDES, 2007.

Adaptado pela autora

A escala de Vivência de Sofrimento é avaliada conforme QUADRO 4:

QUADRO 4
Avaliação da escala EIPST – Vivência de Sofrimento

Pontuação	Classificação
Acima de 4,0	Avaliação mais negativa, estado gravíssimo
Entre 3,9 e 2,1	Avaliação moderada, estado crítico
Abaixo de 2,0	Avaliação menos negativa, satisfatório

Fonte: FERREIRA e MENDES, 2007.

Adaptado pela autora

A Escala de Avaliação dos Danos do Trabalho (EADRT), que varia de 0 a 6 ponto, é analisada de acordo com o QUADRO 5:

QUADRO 5
Avaliação da escala EADRT

Pontuação	Classificação
Acima de 4,1	Avaliação mais negativa, estado gravíssimo
Entre 3,1 e 4,0	Avaliação moderada para freqüente, estado grave
Entre 2,0 e 3,0	Avaliação moderada, estado crítico
Abaixo de 1,9	Avaliação mais positiva, estado satisfatório

Fonte: FERREIRA e MENDES, 2007.

Adaptado pela autora

Após a apresentação da estatística descritiva dos dados, foi realizada a estatística analítica dos dados. Foi utilizado o método de análise de correlação, tendo como objetivo verificar a força da associação entre quaisquer duas variáveis métricas. Quanto mais próximo dos extremos -1 ou 1, mais forte é a correlação. Quanto mais próximo de 0, mais fraca é a correlação; o sinal positivo (+) significa associação direta, enquanto o sinal negativo (-) sinaliza que as variáveis possuem associação inversa. É possível determinar a significância do coeficiente de correlação através do valor-*p* fornecido pelo *software*.

A análise de regressão múltipla, desenvolvida nesta pesquisa, utilizou-se do método Stepwise para seleção de variáveis e o método de mínimos quadrados para estimar os parâmetros do modelo. Segundo Hair *et al.* (2005) e Malhotra (2001), a análise de regressão é um meio de análise de relações associativas, na qual os dados amostrais emparelhados descrevem a relação entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis independentes.

A fundamentação teórica do ITRA permite uma análise dos dados além da estatística, ou seja, também qualitativa da realidade. O questionário funcionou nessa pesquisa como um pano de fundo, para identificar a percepção geral de prazer e sofrimento dos terapeutas ocupacionais que atuam em hospitais de Belo Horizonte. Com o objetivo de aprofundar nessa percepção, foram desenvolvidas as entrevistas, cujos dados foram confrontados com os do questionário e com a teoria, utilizando-se a técnica de triangulação.

Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica da construção da explanação, cujo objetivo é construir um repertório analítico, utilizando-se a forma de narrativa. As explicações são construídas de forma a refletir as proposições teóricas

significativas (YIN, 2006). As informações coletadas nas entrevistas foram organizadas de acordo com as categorias propostas pelo ITRA, confrontadas com os dados quantitativos e com o referencial teórico de maneira a construir uma explanação sobre o fenômeno estudado. As falas dos entrevistados foram colocadas em forma de códigos PE 1, PE 2, PE 3, e assim sucessivamente até PE 13, sem qualquer relação com instituição ou cargo.

O desenvolvimento da construção da explanação deve ser cauteloso, pois à medida que o pesquisador vai construindo a explanação, esse pode se afastar do seu objeto de pesquisa. Para evitar isso, Yin (2006) sugere recorrências constantes ao objetivo do estudo a utilização de um protocolo, indicando quais os dados mais relevantes a serem coletados, a criação de um banco de dados (armazenando os dados coletados) e o encadeamento de evidências. Os dados obtidos através das entrevistas foram colocados em um quadro, estruturado de acordo com as categorias propostas pelo ITRA.

Portanto, por meio da triangulação entre os dados quantitativos e qualitativos, foram realizadas a descrição e explicação da percepção do terapeuta ocupacional sobre o sofrimento e o prazer no trabalho em instituições hospitalares do município de Belo Horizonte.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No decorrer deste capítulo são apresentados os resultados dos dados obtidos na pesquisa de campo, quais sejam: os levantamentos quantitativos e qualitativos realizados: a análise da consistência interna do questionário ITRA; o perfil da amostra estudada; a análise das 13 entrevistas realizadas com os terapeutas ocupacionais de instituições hospitalares do município de Belo Horizonte em confronto com os resultados dos 48 questionários aplicados a terapeutas ocupacionais. Por último, apresenta-se uma discussão desses resultados, sustentada pelo referencial teórico, de maneira a construir uma explanação sobre o fenômeno estudado.

4.1 Confiabilidade das Escalas

Tomando como referência Hair *et al.* (2005) e Malhotra (2001), considerou-se como o limite inferior do *alfa de Cronbach* de 0,60, sendo que quanto mais próximo de 1, maior o nível de confiabilidade. Cada uma das escalas que compõem o ITRA foi avaliada, segundo os respectivos fatores, indicadores e questões, sendo o resultado geral apresentado no APÊNDICE D, nas TABs 29 à 32. Nenhuma questão teve que ser retirada pelo fato de todas terem apresentados índices superiores a 0,60.

A Escala de Avaliação de Contexto do Trabalho (EACT), composta pelos três fatores – Organização do trabalho (0,726), Condições de trabalho (0,871) e Relações socioprofissionais (0,808) – apresentou o *alfa de Cronbach* total de 0,849, podendo ser considerado como um nível “muito bom” de confiabilidade, conforme TAB. 2.

Tabela 2
Análise da confiabilidade da EACT

Fatores	Alfa de <i>Cronbach</i>
Organização do trabalho	0,726
Condições de trabalho	0,871
Relações socioprofissionais	0,808
TOTAL	0,849

Fonte: Dados de pesquisa

A Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT), composta por três fatores – Custo Emocional (0,856), Custo Cognitivo (0,887) e Custo Físico (0,840) – apresentou o *alfa de Cronbach* total de 0,912, com confiabilidade bastante próxima de um, conforme TAB. 3.

Tabela 3
Análise da confiabilidade da ECHT

Fatores	Alfa de Cronbach
Custo Emocional	0,856
Custo Cognitivo	0,887
Custo Físico	0,840
TOTAL	0,912

Fonte: Dados de pesquisa

A Escala de Indicadores de Prazer no Trabalho (EPIST) apresentou um *alfa de Cronbach* total de 0,928. Para o fator Realização Profissional o resultado (0,937) foi bem próximo a 1; e Liberdade de Expressão foi de 0,812. A Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho (EPIST) apresentou um *alfa de Cronbach* total de 0,946. O resultado para os fatores Esgotamento Profissional foi de 0,919 e Falta de Reconhecimento, de 0,925, demonstrando um índice de confiabilidade ótimo, conforme TAB. 4.

Tabela 4
Análise da confiabilidade da EPIST

Fatores de Prazer	Alfa de Cronbach
Realização Profissional	0,937
Liberdade de Expressão	0,812
TOTAL	0,928
Fatores de Sofrimento	Alfa de Cronbach
Esgotamento Profissional	0,919
Falta de Reconhecimento	0,925
TOTAL	0,946

Fonte: Dados de pesquisa

A Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT), composta por três fatores Danos Físicos (0,808), Danos Psicológicos (0,963) e Danos Sociais, (0,846), apresentou o *alfa de Cronbach* total de 0,949, revelando um índice de confiabilidade ótimo, muito próximo a 1, conforme TAB. 5.

Tabela 5
Análise da confiabilidade da EADRT

Fatores	Alfa de Cronbach
Danos Físicos	0,808
Danos Psicológicos	0,963
Danos Sociais	0,846
TOTAL	0,949

Fonte: Dados de pesquisa

Pode-se concluir, que o instrumento de pesquisa utilizado apresentou consistência interna, confirmando-se a confiabilidade das escalas para essa amostra. Os valores do *alfa de Cronbach* para todas as questões das quatro escalas encontram-se acima do limite inferior de 0,60, e em alguns casos, bem próximos a 1, o que indica maior precisão da escala.

4.2 Perfil da Amostra

Os resultados apresentados nesta seção referem-se à percepção dos 48 terapeutas ocupacionais que responderam ao questionário. Após esse resultado, é apresentado o perfil dos 13 terapeutas ocupacionais que participaram da segunda fase, respondendo às entrevistas em profundidade.

A TAB. 6 apresenta distribuição de freqüência da amostra, por sexo.

TABELA 6
Distribuição de freqüência da amostra, por sexo

Sexo	Freqüência	Percentual
Masculino	3	6,2
Feminino	45	93,8
Total	48	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 48 terapeutas ocupacionais pesquisados, 93,8% são do sexo feminino e somente 6,25% do sexo masculino. Esse resultado corrobora o perfil da profissão Terapia Ocupacional, marcada por um contingente feminino. No seu percurso histórico, a profissão teve início quando foram treinadas as primeiras moças “terapeutas ocupacionais” para tratar de soldados enfermos da Primeira Guerra Mundial e durante a depressão econômica, ocorrida nos Estados Unidos. Isso

implicou na divisão de trabalho na saúde entre os sexos feminino e masculino: predominantemente, os homens tornam-se médicos e as mulheres terapeutas ocupacionais, segundo Medeiros (2003). Tanto Lopes (1999) quanto Benetton, Vogel e Goubert (2002) também confirmam esse preconceito e sua composição basicamente feminina.

Dos 48 profissionais estudados, 18 (37,5%) são solteiros, 26 (54,2%) são casados ou moram junto e quatro (8,3%) profissionais são separados ou desquitados. Os solteiros não apresentam nenhum dependente; dos casados ou que moram junto, 15 possuem dependentes e 11 não possuem dependentes; dos quatro separados ou desquitados, apenas um não possui nenhum dependente (TAB. 7).

TABELA 7

Distribuição da amostra segundo estado civil e número de dependentes menores

Estado Civil	Número de dependentes menores				Total
	Nenhum	Um	Dois	Três	
Solteiro	18 (56,3%)				18 (37,5%)
Casado / mora junto	11 (34,4%)	7 (87,5%)	7 (100,0%)	1 (100,0%)	26 (54,2%)
Separado / desquitado	3 (9,4%)	1 (12,5%)			4 (8,3%)
Total	32 (100,0%)	8 (100,0%)	7 (100,0%)	1 (100,0%)	48 (100,0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Dentre os 48 terapeutas ocupacionais estudados, 36 (75%) atuam no setor público, três (6,25%) no particular e nove (18,75%) no filantrópico. Essa distribuição confirma a afirmativa de Lopes (1996) e de Soares (1991), de que a absorção do terapeuta ocupacional fora do setor estatal é fortemente limitada, devido ao caráter assistencialista da profissão, voltada para a qualidade de vida e não para a eliminação de sintomas, uma vez que esse é o foco da intervenção hospitalar.

A idade média apresentada pelos profissionais é de 36 anos e 3 meses, sendo que o mais jovem respondente tem 25 anos e 1 mês e o mais velho, 48 anos e 3 meses, denotando uma faixa etária bastante diversificada dos profissionais.

A TAB. 8 apresenta o tempo de formado dos terapeutas ocupacionais, sendo a média de tempo de formado de 10,1 anos, com desvio padrão 6,3, o que demonstra a heterogeneidade da amostra.

TABELA 8

Tempo de formado da amostra

Tempo de Formado	Frequência	Percentual
Até 4 anos	11	23,4
De 5 a 9 anos	14	29,8
De 10 a 20 anos	17	36,2
20 anos ou mais	5	10,6
Total	47	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 48 respondentes apenas um não respondeu ao tempo de formado na pesquisa. A maioria dos terapeutas ocupacionais (36,2%) possui entre 10 e 20 anos de formados, cinco profissionais (10,6%) possuem 20 ou mais anos de formado. Assim como a faixa etária, o tempo de formado dos terapeutas ocupacionais estudados também é bastante diversificado. A TAB. 9 mostra o nível de pós-graduação dos terapeutas ocupacionais.

Tabela 9
Nível de Pós-graduação

Pós-graduação	Frequência	Percentual
Não	6	12,8
Em andamento	1	2,1
Sim	40	85,1
Total	47	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Dos 47 respondentes, seis não possuem formação em pós-graduação, um está em andamento e os 40 restantes possuem, sendo três com pós-graduação *stricto-sensu*. O tempo de formado daqueles profissionais que não possuem pós-graduação é variado. O único profissional que está com sua pós-graduação em andamento possui menos de quatro anos de formado.

O tempo médio de trabalho no hospital é de 7 anos e 6 meses, com um alto desvio padrão – 6,4, reforçando a heterogeneidade da amostra. O profissional mais

recentemente contratado na amostra está na instituição há apenas um mês, enquanto o mais antigo, há 22 anos e 3 meses. Entretanto, não foi investigado se os profissionais tinham experiência anterior em outras instituições.

Cruzando essa informação com o tempo médio de formado dos terapeutas ocupacionais (10,1 anos), observa-se uma estabilidade dos profissionais nas instituições nas quais trabalham. Isso sugere que os respondentes têm vivência no trabalho hospitalar como terapeuta ocupacional, tornando-os potenciais fornecedores de informações confiáveis sobre suas experiências de prazer e sofrimento no trabalho.

A TAB. 10 apresenta o número de profissionais que atuam como terapeuta ocupacional em outro emprego ou que exercem outra atividade profissional.

Tabela 10
Atuação em outro emprego ou outra atividade

	Atua em outro emprego	Outra atividade profissional
Não	29 (60,4%)	40 (83,3%)
Sim	19 (39,6%)	8 (16,7%)
Total	48 (100,0%)	48 (100,0%)

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos terapeutas ocupacionais estudados (60,4%) trabalha somente no hospital, não atua em outro emprego. Dos 48 respondentes, apenas dois não atuam diretamente como Terapeuta Ocupacional no hospital: um é Coordenador de TO e o outro é Coordenador Administrativo, não desenvolvendo atividade clínica. Parte dos respondentes (19 - 39,6%) tem pelo menos mais um emprego como terapeuta ocupacional. Outra atividade profissional é desempenhada apenas por uma parcela (16,7%) da amostra total: quatro são docentes, um é acupunturista, um é artesão, um é distribuidor Herbalife e um é Técnico de Acompanhamento de Convênio do Ministério da Fazenda. O tempo médio de trabalho nessas outras atividades é de 7,8 anos, sendo praticamente o mesmo do tempo de trabalho em hospital (7,6 anos).

O GRAF. 1 apresenta a jornada de trabalho semanal do terapeuta ocupacional no hospital, em outro local como TO ou em outra atividade.

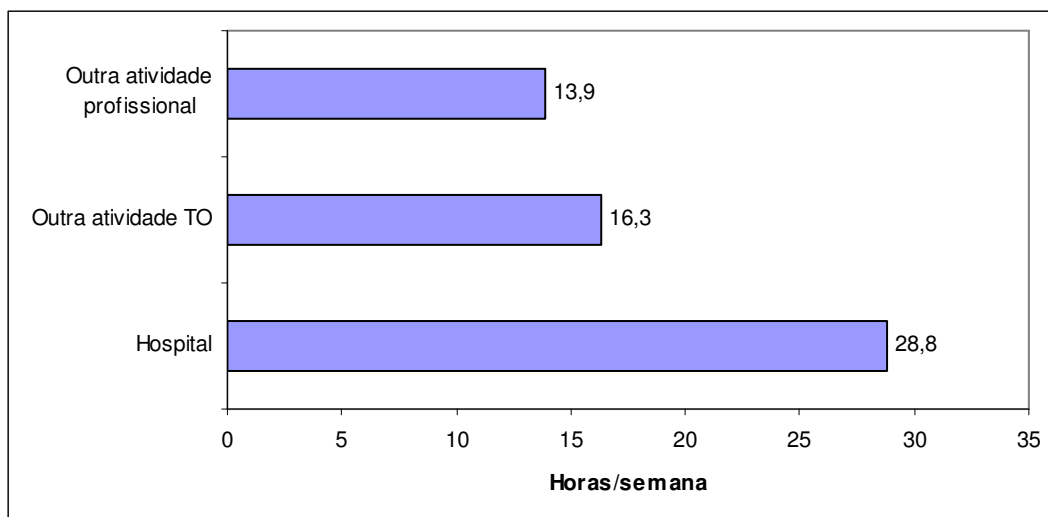


Gráfico 1: Jornada de Trabalho do Terapeuta Ocupacional

Fonte: Dados da pesquisa

A jornada média de trabalho do terapeuta ocupacional é de 28,8 horas/semanais no hospital, consoante com o que dispõe a lei 8.856 de 1º de março de 1994, que fixa a jornada de trabalho do terapeuta ocupacional em 30 horas semanais. A jornada de trabalho é maior no hospital do que em outras atividades. Dos que exercem outra atividade TO, a carga horária dedicada é de 16,3 horas, ou outra atividade profissional, 13,9 horas.

A TAB. 11 apresenta a faixa salarial dos terapeutas ocupacionais.

Tabela 11
Faixa Salarial dos terapeutas ocupacionais

Faixa Salarial	Frequência	Percentual
Menos de 5 s.m.	15	31,9
De 5 a 7 s.m.	23	48,9
De 7 a 9 s.m.	7	14,9
De 9 a 11 s.m.	1	2,1
11 ou mais s.m.	1	2,1
Total		47

Fonte: Dados da pesquisa
Nota SM = R\$ 380,00

Dos 48 terapeutas ocupacionais apenas um não respondeu sobre a faixa salarial. A maioria (23 ou 48,9%) dos terapeutas ocupacionais recebe de 5 a 7 salários mínimos; quase 32% (15) recebem menos de cinco salários mínimos e apenas um

profissional recebe 11 ou mais salários mínimos. Esse profissional tem idade igual ou superior a 40 anos, de acordo com a identificação do respondente.

Pode-se concluir que o perfil do terapeuta ocupacional das instituições hospitalares de Belo Horizonte, respondentes do questionário, é composto em sua maioria pelo sexo feminino, casadas, não possui dependentes, atua no setor público, tem um tempo médio de formado 10 anos, é pós-graduadas, tendo uma idade média de 36 anos. A maioria não atua em outro emprego ou possui outra atividade de trabalho; trabalha em hospital, em média, há 7 anos, com uma jornada média de trabalho de 28,8 horas/semanais; a renda salarial gira em torno de 5 a 7 salários mínimos.

Dessa amostra, foram selecionados 13 respondentes para a realização das entrevistas em profundidade, na segunda fase da pesquisa. Desses 13, sete profissionais são de instituições públicas, cinco de filantrópicas e um de particular. Dos sete profissionais de instituições públicas, três profissionais pertencem a uma mesma instituição, dois a outra e os outros dois a instituições diferentes. Dos cinco profissionais de instituição filantrópica dois entrevistados pertencem à mesma e os demais a instituições diferentes.

Dentre os 13 profissionais participantes da entrevista quatro são preceptores de estágio do curso de Terapia Ocupacional, sendo que três não são remunerados por essa atividade. Eles recebem certificados e têm vagas em cursos (pós-graduação, extensão) oferecidos pela instituição solicitante do estágio. Dois entrevistados são integrantes da comissão de Humanização Hospitalar e exercem a função de terapeutas ocupacionais em outras instituições diferentes. Desses dois, um profissional é responsável pela coordenação da brinquedoteca do hospital e outro faz parte da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

4.3 Análise das entrevistas e dos questionários

No decorrer dessa seção, serão apresentadas subseções, distribuídas de acordo com as escalas do ITRA, analisando-se as falas dos entrevistados, as estatísticas dos questionários e, por fim, uma interpretação desses dados.

4.3.1 Contexto de trabalho

4.3.2.1 Organização do trabalho

Segundo Ferreira e Mendes (2007) a organização do trabalho constitui-se na divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho.

Segundo o resultado das entrevistas, as atividades exercidas pelo terapeuta ocupacional variam de acordo com a função exercida, com o tipo de cliente atendido na instituição hospitalar, com a unidade de atuação do profissional – pediatria, geriatria, neurologia, clínica médica, saúde mental, Centro de Terapia Intensiva (CTI) – bem como com o contexto, se ambulatorial ou de internação.

As atividades a serem desenvolvidas no cargo administrativo, segundo PE 12, são estipuladas pela diretoria, e o profissional deve seguir a estrutura determinada. As atividades relatadas por PE12 variam de reuniões mensais com toda a equipe do hospital, organização dos horários e resolução de problemas do setor até organização de festas da instituição.

Segundo o entrevistado PE 12 a função de coordenação é como um incentivo e ampliadora de conhecimentos, pois alguns aspectos facilitaram a vida pessoal do entrevistado, principalmente após treinamentos. O mais pesado nesse cargo é a questão do relacionamento com os colegas, não dentro do setor, mas entre os coordenadores.

“me estimulou a fazer pós-graduação, [...] Eu tinha quase 14 anos de formada quando fui fazer a pós-graduação. Se eu fosse só terapeuta ocupacional eu não teria feito”

“[...] essas coisas de faturamento, convênio, custo de material, controle de material não é tão ruim, quanto essa questão do relacionamento” (PE 12).

As tarefas administrativas têm sido cobradas, mas nem sempre o profissional está preparado ou tem condições temporais para realizá-la, uma vez que ele permanece na parte de intervenção clínica. Observa-se ainda uma racionalização e culpabilização:

“É muito complicado atender e também ficar na parte administrativa e assistencial, porque há demanda toda hora, tem gente te procurando, é reunião que a diretoria marca, você dispensa o paciente”. (PE 4)

“Talvez seja até eu que não estou sabendo administrar bem esse tempo pra desempenhar as duas coisas” (PE 4).

Essas declarações são respaldadas por Medeiros (2003), que afirma as funções administrativas estão sendo cada vez mais cobradas no contexto do trabalho, nos diferentes níveis organizacionais. Isso faz com que o profissional tenha que saber lidar com questões externas à instituição como clientes e serviços controladores (fiscalização sanitária e convênios), e questões internas como reivindicações, maior liberdade e autonomia, melhores condições de trabalho e maior participação nas decisões administrativas e políticas. Se por um lado, essas demandas geram crescimento do conhecimento, por outro trazem pressão, o que pode gerar o estresse para o profissional.

Dentre as atividades desenvolvidas no ambiente hospitalar pelos profissionais entrevistados estão:

- a) o acompanhamento da rotina do hospital – observação dos novos pacientes, como os pacientes passaram a noite, discussão de alguns casos ou interação com colegas de equipe;
- b) a avaliação de paciente, nos aspectos funcionais, físico, cognitivo, emocional, familiar;
- c) o atendimento de pacientes da escala e encaminhados;
- d) a orientação dos cuidadores;
- e) a anotação em prontuários;
- f) o desenvolvimento de oficinas terapêuticas (lúdicas, educativas); e
- g) a organização do setor de Terapia Ocupacional.

As atividades com paciente são desenvolvidas em um trabalho de equipe composta, além do terapeuta ocupacional, por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem. Compõem algumas equipes ainda: nutricionista, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. Nem todos os pacientes são atendidos por todos os profissionais dessa equipe.

Ao falar de um trabalho de equipe pressupõe-se a realização de reuniões para discussões e integração das ações, mas somente dois profissionais relataram ser esse um hábito comum em suas rotinas. As reuniões para colocação de mudanças

organizacionais ocorrem de acordo com a demanda institucional. As discussões de casos são feitas nos corredores ou na sala do médico, quando o terapeuta procura por esse profissional.

“Reunião formal não. Só as reuniões que a coordenação (organização) convoca, na verdade são raras, duas por ano talvez.” [...] “Às vezes o paciente vai com a gente até o outro profissional. Às vezes duas pessoas reúnem pra discutir um caso, mas não reunião de todo mundo, até por causa da estrutura do serviço, que é uma loucura.” (PE 2)

Novamente observa-se a utilização de mecanismos de defesa como a racionalização e justificação pela inexistência de reuniões: “O profissional justifica a falta de reunião pela estrutura institucional” (PE 2).

Segundo Medeiros (2003) e Soares (1991), o trabalho de equipe deve ocorrer de forma a se constituir uma somatória entre os diversos conhecimentos, funcionando como um apoio e encontro para seus componentes. Entretanto, não se observou essa integração na prática estudada.

As atividades clínicas são vistas como repetitivas, por serem voltadas aos aspectos funcionais – capacitar o paciente para voltar a comer sozinho, tomar banho, dentre outras. Mas os profissionais salientaram que há uma variação na forma como cada paciente lida com a atividade proposta e, às vezes, o próprio terapeuta inova a atividade evitando a repetição, inclusive na percepção do cliente. O entrevistado PE 9 declarou que “as tarefas são repetitivas, pois sempre ofereço a mesma atividade para diversos paciente.” Já PE 12 alega que para “os pacientes a gente tenta estar variando todos os dias o trabalho que eles fazem”.

O trabalho do terapeuta ocupacional é supervisionado e controlado pela instituição em termos de produtividade, desempenho com determinação do cumprimento de metas. Para esse controle é designado um chefe, que raramente é um terapeuta ocupacional, sendo mais comum um enfermeiro, médico ou fisioterapeuta. Segundo PE 11:

“A escala de atendimentos é definida junto da coordenação. [...] Ocorre fiscalização, com horário marcado. Por volta de 8:30 e 9:00 hs passa o diretor para olhar o que estamos fazendo, porque é nesse horário em que normalmente os pacientes estão terminando de tomar café no leito” (PE 11).

O ritmo de trabalho em hospital é acelerado, segundo os entrevistados PE 9 e 3, intensificado em determinadas épocas, devido ao aumento de internações e com normas de horários para os atendimentos. As tarefas são definidas pela rotina que é peculiar ao ambiente hospitalar – rotatividade de pacientes, emergência na solução do caso para alta e ao tipo de clientela da instituição:

“O ritmo é acelerado, variando com época de internações na maternidade, dependendo da época pode haver seleção das crianças com maior demanda; existem normas de horários para a realização dos atendimentos devido à clientela” (PE 9).

“Eu atuo de acordo com o que está acontecendo no momento. O hospital, ele tem uma rotina, que é a rotina dos auxiliares, da medicação, depois vem o café da manhã, o banho, o almoço, então, eu entro dentro dessa rotina e faço o meu trabalho.” (PE 3).

É possível perceber em alguns depoimentos a carência de profissionais para suprir a real necessidade da instituição. A carência de profissional foi colocada apenas pelo entrevistado (PE 2), que salientou que a contratação de novos profissionais possibilitaria uma agenda mais tranqüila, com conseqüente dinamização dos procedimentos, como atendimento domiciliar. Ficou nítida nas entrelinhas das explanações e nas estratégias desenvolvidas pelo setor ou pela instituição, a carência de outros profissionais.

“São 61 leitos da clínica médica mais 26 leitos da clínica cirúrgica pra uma pessoa, pra mim. Tem dia que eu saio daqui sem beber nenhum copo de água” (PE 3).

“Só é possível comer quando as estagiárias estão no setor para poder atender os pacientes. Caso contrário, só posso comer uma frutinha que seja rápida, uma banana, porque tenho que atender o mesmo número de pacientes do setor” (PE 11).

Os momentos de pausa no trabalho para suprir necessidades básicas, fisiológicas, são estabelecidos pelos terapeutas no decorrer do horário, variando de acordo com as estratégias estabelecidas pelos mesmos. Os profissionais colocam a pausa como uma obrigação a ser cumprida, “mesmo que saia mais tarde” (PE 9) ou, quando não conseguem se organizar, chegam a sair do trabalho sem beber nem água.

Pode-se concluir pelas entrevistas que a Organização do Trabalho é vista pelos profissionais com um ritmo acelerado, que as tarefas determinadas são desenvolvidas nos horários estabelecidos; há cobranças de produtividade/estatística; as atividades clínicas por si são repetitivas, mas os terapeutas vislumbram a variação de realização inerente em cada paciente; as

pausas para lanches são colocadas pelos próprios terapeutas, pois se depender da dinâmica do trabalho elas não ocorrem. Ressalta-se que a Organização do trabalho está diretamente relacionada ao contexto do trabalho – hospitalar – onde se prioriza a cura ou melhora de sintomas.

A seguir, na TAB. 12, serão apresentadas as médias estatísticas dos questionários ITRA, referentes ao fator – Organização do Trabalho. Tomando como referência Ferreira e Mendes (2007), as médias acima de 3,7 indicam estado grave, gasto negativo e produtor de custo humano e sofrimento no trabalho, com forte risco de adoecimento. Entre 2,3 e 3,69, indicam avaliação mais moderada, estado crítico; e abaixo de 2,29, avaliação mais positiva, estado satisfatório, gerador de prazer.

Tabela 12

Média estatística do Fator Organização do Trabalho

Organização do Trabalho	
O ritmo de trabalho é acelerado	3,83
As tarefas são cumpridas com pressão temporal	3,10
Existe forte cobrança por resultados	3,40
As normas para execução das tarefas são rígidas	2,60
Existe fiscalização do desempenho	3,63
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	3,40
Os resultados esperados estão fora da realidade	2,23
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	2,42
As tarefas são repetitivas	3,02
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	2,96
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	2,71
As tarefas não estão claramente definidas	1,88
Média Geral	2,93

Fonte: Dados da pesquisa

O fator Organização do Trabalho apresenta uma média geral de 2,93, podendo ser classificado como uma avaliação moderada, crítica. Esse valor médio, segundo Mendes (2007), sinaliza uma “situação-limite”, produtora de custo negativo e sofrimento no trabalho. Esse nível demanda tomada de providências a médio e curto prazo.

Dentre as questões, sobressaem o ritmo de trabalho acelerado (3,83 – estado grave) e a fiscalização do desempenho (3,63 – estado crítico), reforçando os resultados das entrevistas, que apontaram cobranças de produtividade e desempenho e que os profissionais muitas vezes não têm tempo nem mesmo para suas necessidades fisiológicas.

Apesar de o ritmo ser acelerado os profissionais pontuaram que a cobrança dos resultados esperados não está em um nível acima da realidade (2,23) sendo considerada uma avaliação positiva, satisfatória, salientando-se a variação de tipo de instituição.

O item “as tarefas estão claramente definidas” se mostrou mais positivo, gerador de prazer, de acordo com os valores estabelecidos por Ferreira e Mendes (2007). Como foi colocado nas entrevistas, após estabelecimento das atividades a serem desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional dentro da instituição há um “acordo” entre os colegas.

Diante dos dados das entrevistas e das médias estatísticas em confronto com a teoria, conclui-se que a organização do trabalho no contexto hospitalar deve ser observada e repensada para diminuir o risco de adoecimento daqueles que estão unidos em busca da cura e/ou melhora da qualidade de vida. O ambiente hospitalar, segundo Pitta (2003), é por natureza doloroso, tanto para os que procuram a solução do processo de doença, quanto para os trabalhadores que nele atuam. Esses trabalhadores diversificados, em termos de conhecimento, são aglutinados para desenvolverem um trabalho de qualidade na atenção e tratamento daqueles que os buscam.

4.3.2.2 Relações Socioprofissionais

As Relações Socioprofissionais são compreendidas, segundo Mendes e Ferreira (2007), pelas formas de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional.

Os profissionais entrevistados consideram que possuem autonomia para o desenvolvimento de suas atividades clínicas com relação ao paciente e para definir

prioridades em suas atividades, adiando-as em dias mais conturbados. Entretanto, para solicitação de materiais, a maioria dos entrevistados depende de outro profissional. Assim, segundo PE 10, há “autonomia dentro do setor, mas saiu da porta pra fora acabou”.

No aspecto clínico, foi apontado que a questão da alta de internação tem que ser considerada de forma diferenciada, no contexto hospitalar, pois é de responsabilidade médica. Diante dessa condição, segundo o entrevistado PE 6, há “um corte em nosso atendimento, é que a alta que está muito vinculada a alta médica, e a gente tem que entender isso”. Outro entrevistado coloca que recebe encaminhamento de paciente com as condutas a serem desenvolvidas nos atendimentos de Terapia Ocupacional, mas “prescrição é muito sutil [...] ela não é complicada, ela é muito ampla” (PE 12), permitindo ao profissional responsável realizar o atendimento da forma que julgar melhor para o caso. Relata ainda ser possível discutir com os médicos o acréscimo de condutas não sugeridas.

Esses dados confirmam o apontado por Soares (1991), que desde os anos 60/70, as profissões Terapia Ocupacional e Fisioterapia passaram a ter mais autonomia em relação à categoria médica, a partir da adoção de novos modelos teóricos. Na formação do profissional da saúde há uma predominância do saber e do poder médico, visto que essa formação estrutura-se no modelo médico. Esse modelo médico tem como foco o diagnóstico dos sintomas (patologias) e a intervenção terapêutica na doença. Nessa lógica os médicos são chamados, pelas políticas sociais, a responderem quase que exclusivamente pelo tratamento do paciente (MEDEIROS, 2003; SAMPAIO, MANCINI e FONSECA, 2002).

Dessa forma, os médicos coordenadores de equipes são colocados como responsáveis pela alta. Segundo declarações de vários entrevistados, o médico, muitas vezes, não valoriza os colegas da saúde. Para os entrevistados (PE 3, PE4, PE 5, PE 9, PE 10 e PE 11), existe uma dificuldade em discutir sobre os casos com alguns médicos. O relacionamento com os médicos varia, pois alguns têm interesse em saber o que o terapeuta ocupacional está fazendo com o paciente. Outros segundo PE 9 “te tratam como se você não tivesse conhecimento algum”.

A disponibilidade para participação em reuniões de equipe também foi levantada como precária, pois segundo PE 1 os médicos “vêm, avaliam o paciente, colocam no prontuário e depois vão embora”. A entrevistada PE 3 prefere colocar os médicos a par quando considera o relacionamento da equipe como muito bom. Essa maneira de relacionar com a equipe segundo PE 11 varia de acordo com “a natureza mais de desligados, [...], mas outros já vêm e discutem quando vão dar alta para o paciente.”

O entrevistado PE 5 considera o relacionamento com médico difícil, devido ao poder dessa categoria médica, no ambiente hospitalar. Esse poder pode ser visto na relação com todos os outros profissionais que compõem o hospital, desde o faxineiro ao enfermeiro. O médico tem o seu valor médico, mas os demais profissionais devem ser lembrados pela contribuição no resultado de cura, alta hospitalar ou melhora da qualidade de vida do indivíduo.

Apesar de o trabalho em hospitais depender de equipes multidisciplinares, como exposto anteriormente, segundo entrevistados (PE 3, PE 4, PE 6, PE 7, PE 8, PE 9 e PE11), a integração da equipe varia de acordo perfil individual do médico, ocorrendo de maneira mais próxima entre os profissionais da reabilitação – fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional. Os motivos levantados, pelos entrevistados, para essa maior integração são: a formação profissional, a proximidade nos papéis de atuação e questões pessoais. Essa integração possibilita aos profissionais um enriquecimento em suas atuações.

“Como terapeuta ocupacional, eu consigo conversar com toda a equipe do hospital de uma maneira bem tranqüila. Claro que tem as diferenças pessoais [...] Mas aqui no hospital eu acho que essa relação é bem positiva. E eu acho que consigo trocar idéia, informação com outros profissionais” (PE 8).

A disputa entre profissionais, principalmente com colegas da Fisioterapia foi colocada pelo entrevistado PE 4: “eu acho que existe até questão de corporativismo, depois que a terapia ocupacional começou muito com a reabilitação de mão, acho que teve algumas discordância“. É possível perceber, considerando as demais entrevistas, que as atividades precisam estar bem definidas no contexto institucional, a fim de evitar tais situações. Nos outros contextos, onde os papéis estão determinados, divergências podem ocorrer em um primeiro momento, quando

chegam indivíduos que não pertencem à instituição, mas ao se interagirem das determinações, esse problema é logo sanado, segundo os entrevistados (PE 6, PE 7, PE 8 e PE12).

Na lógica de um trabalho acelerado, com poucas reuniões, as decisões de questões organizacionais, são tomadas, segundo a maioria das experiências relatadas, pelos integrantes de cargos de confiança e gerencial, compostos basicamente por médicos. São decisões vindas de instâncias superiores que não têm conhecimento da necessidade de integração das atuações. Conforme PE 6, as equipes foram dissolvidas e essa separação gera uma dificuldade para os profissionais trocarem experiências.

“as decisões chegam e vão (silêncio ...) e temos que adaptar” (PE 9).

“não existe mais o serviço de reabilitação, estamos todos separados, nossas quatro profissões (Fisioterapia, TO, Fonoaudiologia e Psicologia) foram separadas e agora o modelo de gerência lá é o modelo de poucos gerentes, então o meu gerente agora é o da internação, ela é enfermeira, tem muita coisa que ela não domina” (PE 6).

A percepção dos terapeutas ocupacionais das Relações Socioprofissionais é de que há uma autonomia de atuação no caso clínico – relação terapeuta-paciente; mas para questões administrativas e de alta do paciente, essa autonomia torna-se ausente. As disputas profissionais variam de instituições, mas fica nítida a necessidade da instituição ou equipe definir claramente a atividade dos profissionais. Há um trabalho de equipe, mas sem uma participação integrada dos médicos, principalmente. A interação dessa equipe é muito maior entre os profissionais da reabilitação, justificada por estarem em um mesmo nível de conhecimento e salarial. A continuidade nos estudos é estimulada pelas instituições, através de convênios com universidade e cobranças de metas como produções científicas, em algumas instituições.

A média estatística apresentada nos questionários sobre o fator Relações Socioprofissionais são apresentadas na TAB. 13. O tratamento das médias é o mesmo utilizado para o fator Organização do Trabalho.

Tabela 13
Média estatística do Fator Relações Socioprofissionais

Relações Socioprofissionais	Médias
A autonomia é inexistente	1,79
A distribuição das tarefas é injusta	2,19
Os funcionários são excluídos das decisões	2,94
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	2,60
Existem disputas profissionais no local de trabalho	2,73
Falta integração no ambiente de trabalho	2,73
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	2,60
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	2,90
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	2,17
Média geral	2,52

Fonte: Dados da pesquisa

A média geral do fator Relações Socioprofissionais, 2,52, encontra-se no nível de moderado a crítico, requerendo uma atenção especial com providências corretivas imediatas. Entre os itens do fator Relações Socioprofissionais que se apresentaram no nível positivo e satisfatório encontram-se autonomia inexistente, a distribuição das tarefas e o acesso às informações para execução das tarefas. Confirma-se o colocado nas entrevistas sobre o fato de que os profissionais consideram ter autonomia em suas atividades.

Os itens que se apresentaram com valores médios mais altos foram os funcionários são excluídos das decisões (2,94) e a falta de apoio das chefias para o desenvolvimento profissional (2,90). Como apontado nas entrevistas, as ordens chegam e os profissionais têm que se adaptar. O apoio para desenvolvimento profissional é relacionado à questão de pouco material, “se não tem material, como vou desenvolver o meu trabalho” (PE 4).

As relações de trabalho dos terapeutas ocupacionais são boas, principalmente com os fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, categorias com as quais ocorre uma maior troca de experiências e cooperação. A relação com alguns médicos, detentores do poder, devido a missão que desempenham no contexto hospitalar, é tida como difícil. Em ambas as situações, a relação varia de acordo com as características individuais dos profissionais.

4.3.2.3 Condições de Trabalho

Este fator é definido por Mendes e Ferreira (2007) como sendo a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponíveis.

Os entrevistados descreveram o espaço físico de trabalho como pequeno na maioria das vezes; apenas dois profissionais (PE 2 e PE 12) consideraram o espaço físico como muito bom, com possibilidade de transitar com cadeira de rodas e circular para dar atenção a outros pacientes. Alguns entrevistados (PE 6, PE 7 e PE 8) relataram não ter nem uma sala específica da Terapia Ocupacional. Outro profissional (PE 13) relatou o fato de ter que lidar com o acaso, pois as vezes não tem local para atender. O fato de não ter nenhuma sala de referência para o trabalho da Terapia Ocupacional é visto, pelo PE 8, como uma falta de identidade, pois não existe um local para guardar a bolsa ou descansar, nem mesmo para atender a um colega. Outro profissional (PE 12) está percebendo uma mudança – o espaço que era “bom”, está ficando pequeno, devido ao número de atendimentos que estão sendo prestados. Essa produtividade pode garantir uma reforma para ampliação do setor.

Um item bastante ponderado nesse fator foram os recursos materiais; alguns entrevistados colocam a dificuldade em conseguir materiais como brinquedos, tintas, lãs e linhas para o desenvolvimento do trabalho. Segundo PE 3, a direção não compreende a importância desses recursos na atuação do terapeuta ocupacional, sendo “considerados supérfluos” (PE 3).

Os materiais, as vezes, demoram muito para chegar, podendo levar até dois anos para se conseguir, por exemplo uma tesoura. A justificativa para essa dificuldade em conseguir os recursos materiais é a estrutura burocrática, pois “demoram pra comprar uma requisição que a gente faz” segundo PE 2. Para lidar com essas situações os profissionais desenvolvem estratégias de solicitar “os materiais bem antes até mesmo de terminar, para não passar aperto e nem raiva [...] demora, mas em termos de qualidade e quantidade eu tenho um material legal” (PE 6).

Em outra instituição, o profissional (PE 12) coloca o recurso material como algo muito acessível, pois a instituição determina uma verba mensal para a compra dos materiais de consumo e, quando necessária uma verba maior para equipamento de uso permanente “é só solicitar”.

Quanto ao mobiliário, a avaliação varia de instituição para instituição. Segundo PE 12, o mobiliário é bastante antigo; já outro profissional que trabalha no setor que tem poucos anos de funcionamento, considera-o muito moderno. Os demais profissionais não explicitaram esse aspecto, mas deixaram claro que, às vezes, não têm nem espaço físico e conseqüentemente nem mobiliário.

Os profissionais na maioria das entrevistas relataram dificuldade nas condições de trabalho, mas foi salientado por todos que o trabalho não deixa de ocorrer de forma efetiva devido às dificuldades encontradas. As condições de trabalho, para a maioria dos terapeutas ocupacionais entrevistados são razoáveis; embora tenham sido apontados fatores como a falta de espaço físico, dificuldade em receber os recursos solicitados, condição negativa no trabalho. Entretanto, eles afirmam que desenvolvem suas atividades de maneira a evitar que esse aspecto influencie negativamente no resultado de melhora do desempenho ocupacional do paciente.

A TAB. 14 apresenta a média estatística encontrada nos questionários sobre o fator Condições de Trabalho, utilizando-se os mesmos critérios de classificação de organização do trabalho.

Tabela 14
Condições de Trabalho

Itens	Médias
As condições de trabalho são precárias	2,67
O ambiente físico é desconfortável	2,73
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	2,92
O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	3,31
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	3,17
O posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas	3,02
Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	3,06
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	2,83
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	2,29
O material de consumo é insuficiente	3,06
Média geral	2,91

Fonte: Dados da pesquisa

A média geral foi de 2,91 em Condições de Trabalho, sendo considerada como moderada a crítica. O item apontado nesse fator como positivo foram as condições de trabalho não oferecem riscos à segurança das pessoas (2,29). Os demais itens mostraram-se como moderados a críticos, sendo que mobiliários inadequados (3,31) mostrou-se com valor superior aos demais.

Os respondentes dos questionários consideraram os instrumentos de trabalho e materiais de consumo insuficientes. Esses dois itens foram bastante salientados também pelos entrevistados. As condições de trabalho, pelos resultados obtidos nos questionários, confirmam as percepções dos entrevistados sobre a dificuldade em se obter recursos materiais e espaço físico restrito.

4.3.3. Custo Humano do Trabalho

O Custo Humano do Trabalho é representado como Mendes e Ferreira (2007) pelas exigências desse contexto em termos de custo físico, cognitivo e afetivo. O trabalho hospitalar, como qualquer outra atividade envolve custo físico, cognitivo e psicológico (PITTA, 2003). O entrevistado PE 4 confirma que o trabalho do terapeuta ocupacional em hospital pode ser considerado como “braçal, intelectual, emocional.”

4.3.3.1 Custo Emocional

O Custo Emocional, segundo Ferreira e Mendes (2007), é definido como gasto emocional, nas formas de reações afetivas, sentimentos e de estado de humor.

O trabalho em ambiente hospitalar é considerado pesado pelo entrevistado PE 8, pois implica em lidar “o tempo inteiro com a dor, com sofrimento e perda”. É necessário que o profissional tenha controle de suas emoções e também para “trabalhar em conjunto, trabalhar com outros seres humanos, a gente tem que saber lidar que cada um é diferente” (PE 8).

O momento de internação é vivido com grande sofrimento pelo paciente e seus familiares, que tendem a desabafar com os profissionais mais próximos. Essas situações foram apontadas pelos entrevistados como custo emocional, assim como o fato lidar com a doença, com a perda – óbito, levando à necessidade de se ter controle das próprias emoções, de disfarçar sentimentos e estar sempre disposto e sorrindo para as pessoas.

“Há uma geração de custo emocional por ter que ouvir e ver muita coisa, como desabafo de pais ou da relação familiar, situação precária da condição de vida dos pais” [...] “Talvez por eu estar perto do bebê, dar muita orientação elas voltam para mim querendo falar” (PE 9).

Na visão dos entrevistados, um outro aspecto gerador de custo emocional é a própria relação socioprofissional, pois muitas vezes não há um empenho ou envolvimento dos colegas. Segundo PE 4, haveria a necessidade de “você estar podendo encaminhar seu paciente, trocar idéia, encaminhando pra outras pessoas”. Essa falta de empenho ocasiona um trabalho de menor qualidade e com mais custo emocional para o terapeuta ocupacional que precisa “brigar” para ser reconhecido, “a nossa intervenção parece ser supérflua pra eles”, segundo PE 3.

Nas entrevistas, os aspectos apontados como geradores de custo emocional foram a convivência com o sofrimento/doença, as relações socioprofissionais e a busca pelo reconhecimento da profissão dentro da instituição.

A TAB. 15 apresenta a média estatística dos questionários no fator Custo Emocional, avaliada de forma semelhante ao fator Organização do trabalho.

Tabela 15
Custo Emocional

Itens	Médias
Ter controle das emoções	3,79
Ter que lidar com ordens contraditórias	2,58
Ter custo emocional	3,17
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	3,04
Disfarçar os sentimentos	2,96
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1,65
Ser obrigado a ter bom humor	2,50
Ser obrigado a cuidar da aparência física	2,40
Ser bonzinho com os outros	1,98
Transgredir valores éticos	1,71
Ser submetido a constrangimentos	1,58
Ser obrigado a sorrir	1,75
Média Geral	2,43

Fonte: Dados da Pesquisa

A média geral do Custo Emocional 2,43 demonstra uma avaliação moderada, crítica, indicadora de “situação-limite”. O item ter controle das emoções apresentou a média mais alta (3,79), indicando situação grave, com forte risco de adoecimento. Assim como nas entrevistas, controlar as emoções demanda um grande esforço dos terapeutas ocupacionais, seja para lidar com o sofrimento do paciente e de seus familiares, seja na convivência com os colegas profissionais.

Os dados discutidos confirmam a afirmativa de Pitta (2003) sobre o ato de cuidar historicamente se relacionar a um reconhecimento social em termos de generosidade e abnegação, por parte dos que tratam, somado a uma gratidão, por parte daqueles que são tratados. O terapeuta ocupacional tem como meta capacitar o indivíduo, ou seja, restaurar as funções úteis (MEDEIROS, 2003), já que esse profissional lida com a qualidade de vida. No ambiente hospitalar exercer essa função pode gerar um custo emocional maior, pois o indivíduo/paciente está ali para eliminar os sintomas de um processo patológico.

4.3.3.2 *Custo Cognitivo*

O Custo Cognitivo, segundo Ferreira e Mendes (2007) significa o dispêndio intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho.

A maioria dos entrevistados relata a necessidade de desenvolver estratégias para solucionar problemas ou imprevistos e para conviver melhor com os colegas de equipe.

“No hospital agente tem que resolver problemas quase que o tempo todo [...] tem que usar muita criatividade para driblar a falta de material, o não envolvimento dos colegas com o nosso trabalho. É preciso ter uma formação generalista, assim conhecer de várias áreas e patologias. O custo cognitivo no geral eu considero como médio” (PE 5).

Lidar com problemas, como a necessidade de um paciente por atendimento ou recurso que não está ao alcance do terapeuta ocupacional, paciente que passa mal e estruturação do atendimento clínico demandam um raciocínio rápido e boa memória, “não posso esquecer que a minha lista de espera está grande” (PE 2).

Na visão do entrevistado PE 8, a interação com a equipe gera custo cognitivo, pois demanda o desenvolvimento de estratégias para solução rápida de problemas nas relações profissionais para evitar que esses sejam levados para casa. Conforme PE 1 tem de “desenvolver macetes para lidar com a supervisora, resolver problemas”.

Outro aspecto apontado como custo cognitivo (PE 9) foi a continuidade dos estudos para constante atualização profissional, favorecendo as discussões com integrantes da equipe.

Os principais aspectos apontados nas entrevistadas como geradores de custo cognitivo foram relacionamento tanto com o paciente quanto com os colegas profissionais, necessidade de aprendizagem e agilidade na solução de problemas.

As médias estatísticas dos questionários desse fator – Custo Cognitivo– são apresentadas na TAB. 16, avaliada de forma semelhante ao fator Organização do trabalho.

Tabela 16
Custo Cognitivo

Itens	Médias
Desenvolver macetes	2,35
Ter que resolver problemas	4,08
Ser obrigado a lidar com imprevistos	4,02
Fazer previsão de acontecimentos	3,50
Usar a visão de forma contínua	3,31
Usar a memória	3,75
Ter desafios intelectuais	3,79
Fazer esforço mental	3,73
Ter concentração mental	3,88
Média Geral	3,60

Fonte: Dados da pesquisa

O fator Custo Cognitivo apresenta uma média geral de 3,60, podendo ser classificado como uma avaliação crítica, moderada. Nesse fator – Custo Cognitivo – nenhum item apresentou-se com valor médio positivo, satisfatório, ou seja, abaixo de 2,29.

Os itens que apresentaram valores médios indicativos de situação grave, negativa foram: ter que resolver problemas (4,08); ser obrigado a lidar com imprevistos (4,02); usar a memória (3,75); ter desafios intelectuais (3,79); fazer esforço mental (3,73); ter concentração mental (3,88).

O Custo Cognitivo como foi colocado nas entrevistas apresenta-se maior na necessidade de resolver problemas e de lidar com imprevistos.

O empenho no aspecto cognitivo é ressaltado por Medeiros (2003) e Sampaio, Mancini e Fonseca (2002), que apontam que o profissional deve buscar uma educação permanente para facilitar a resolução de problemas clínicos e como forma de repensar o processo da vida profissional.

4.3.3.2 Custo Físico

O Custo Físico, segundo Ferreira e Mendes (2007), significa os dispêndios fisiológico e biomecânico exigidos do trabalhador para a execução do seu trabalho.

O Custo Físico do terapeuta ocupacional varia de acordo com a área de atuação do profissional. Dentre os 13 entrevistados, oito relataram Custo Físico médio a elevado. Os aspectos físicos mais ressaltados pelos entrevistados encontram na demanda de ficar muito de pé, postura inadequada durante a realização do atendimento principalmente no leito e uso freqüente das pernas para realização de manuseios ou manobras com os pacientes.

“Acho que é bem desgastante de trabalhar na enfermaria. Depois você passa aí nos leitos que você vai ver que cada um é de uma altura, as grades são diferentes, e as vezes a sua perna não encaixa se você quiser sentar pra trabalhar” (PE 8).

A caminhada foi apontada como fator desgastante, pois devido à estrutura física do hospital, às vezes, o local de atendimento CTI, por exemplo, é distante das enfermarias, sendo ainda necessário subir e descer escadas várias vezes ao dia. Outro aspecto apontado é uso das mãos e braços seja para auxiliar o paciente em uma atividade, seja para fazer transferências. “Nós usamos muito os braços, para mexer com os pacientes e as atividades, isso as vezes cansa”, conforme relata PE 11.

Os poucos recursos materiais levam o profissional a exercer mais sua criatividade na realização do trabalho para “atingir meus objetivos com poucos recursos” (PE 3). Segundo PE 10, “o material não está aqui, estragou, sumiu, então se vira sem ele”.

O custo físico foi considerado grande por uma entrevistada PE 10, sendo necessário ao término de suas atividades, um tempo para “recuperação das forças”, principalmente quando tem que atender sozinha, sem estagiárias que colaboram para o cumprimento das estatísticas, estipuladas pela direção dos hospitais.

O fator Custo Físico relaciona-se com os aspectos psicológicos como ressaltado por Dejours (1992) e por um entrevistado. “Mas acho que os custos físicos são mais os emocionais que acabam atuando no físico” (PE 7).

O custo físico relatado nas entrevistas varia em caminhadas, excesso de trabalho na postura de pé, uso constante das mãos e da fala. Essa variação deve-se a área de intervenção do profissional, como já ressaltado.

As médias estatísticas dos questionários do fator Custo Físico são apresentadas na TAB. 17.

Tabela17
Custo Físico

Itens	Médias
Usar a criatividade	4,35
Usar a força física	2,67
Usar os braços de forma contínua	3,63
Ficar em posição curvada	3,08
Caminhar	3,42
Ser obrigado a ficar em pé	3,00
Ter que manusear objetos pesados	2,02
Fazer esforço físico	2,58
Usar as pernas de forma contínua	2,96
Usar as mãos de forma repetidas	3,25
Subir e descer escadas	2,56
Média Geral	3,05

Fonte: Dados da pesquisa

O fator Custo Físico apresenta uma média geral de 3,05 podendo ser classificado como uma avaliação crítica, moderada. O maior Custo Físico apontado pelos terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa foi o uso da criatividade, tendo como média geral 4,35, seja para a solução de problemas ou imprevistos, ou seja para a falta de recursos materiais, como apontado nas entrevistas. Essa média aponta para um forte risco de adoecimento, sinalizando para providências imediatas.

O manuseio de objetos pesados com média geral 2,02, aponta para uma situação positiva e satisfatória, ou seja, os terapeutas ocupacionais não manuseiam esse tipo de objeto.

As entrevistas e médias estatísticas dos questionários apontam como maiores custos físicos a criatividade, ficar de pé e caminhar, sendo relacionados às condições de trabalho e ao custo cognitivo.

4.3.4 Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

Os quatro subitens seguintes demonstram as vivências de Prazer (dois primeiros) e de Sofrimento (nos últimos).

4.3.4.1 Liberdade de Expressão

O prazer é decorrente da organização do trabalho na qual se consideram as características do trabalhador, tornando-o mais ativo, reflexivo, como também o reconhecimento pelo trabalho desenvolvido (DEJOURS, 1992). Liberdade de Expressão, segundo Ferreira e Mendes (2007), é a vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o trabalho.

Dentre os 13 entrevistados todos sentem liberdade em expressar seus pontos de vista, principalmente com os colegas da reabilitação, demonstrando uma “relação de muita confiança e cooperação” (PE 9); relatam em alguns casos uma relação de amizade até fora do espaço de trabalho. A liberdade de expressão foi relacionada a autonomia considerada como “essencial pro trabalho” (PE 7).

Outros quatro entrevistados percebem que mesmo havendo essa liberdade nem sempre há uma sensibilidade, para mudanças concretas; essa liberdade é às vezes vista como meio de controle pelo entrevistado PE 1 e depende do aval do médico, segundo PE 12.

Dois entrevistados apontam que a característica individual do profissional também influencia na liberdade de expressão – a instituição pode possibilitar essa conduta, mas ele pode não conseguir expor o que pensa ou ao contrário possuir um perfil mais comunicativo. Ao perguntar a um entrevistado sobre sua liberdade de expressão há um silêncio com risos para depois sair a resposta:

“Tenho, mas nem sempre. Mas aí já é por características minhas mesmo, [...] O que eu quero expressar eu expesso [...] embora eu nem sempre consiga, porque eu sou muito emocional, vou tentando” (PE 4).

Um entrevistado apontou o desânimo de se expressar seus anseios, referindo-se a questão salarial, diante de uma “estrutura tão mais organizada” (PE 6), mas na relação com os colegas, no contato direto tal liberdade ser muito tranqüila.

Através das entrevistas percebe-se uma liberdade de expressão que varia em termos da natureza de cada indivíduo seja para conseguir se expor ou para ter esperar por mudança diante de sua fala.

A TAB. 18 apresenta as médias estatísticas apresentadas nos 48 questionários na escala Liberdade de Expressão. Tomando-se como referência Ferreira e Mendes (2007), médias acima de 4,0 indicam uma avaliação positiva; entre 3,9 e 2,1, uma avaliação mais moderada; e abaixo de 2,00, uma avaliação grave.

Tabela 18
Liberdade de expressão

Itens	Médias
Liberdade com a chefia para negociar minhas demandas	3,75
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	5,29
Solidariedade entre os colegas	4,90
Confiança entre os colegas	4,83
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	4,94
Liberdade para usar a minha criatividade	5,48
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	3,48
Cooperação entre os colegas	4,92
Media Geral	4,70

Fonte: Dados da pesquisa

A média geral apresentada no fator Liberdade de Expressão (4,70) indica uma avaliação positiva, satisfatória. Os itens liberdade com a chefia para negociar demandas (3,75) e liberdade para falar sobre o meu trabalho com a chefia (3,48) apresentaram uma avaliação moderada, crítica, condições demonstradas em algumas falas dos entrevistados. A liberdade para falar com os colegas sobre o seu trabalho (5,29) apresentou uma média geral positiva, satisfatória, condizendo com as explicações das entrevistas.

A confiança nos colegas mostrou-se com uma média geral (4,83) avaliada como positiva satisfatória, podendo ser relacionada com a boa relação entre os profissionais da reabilitação.

A Liberdade de Expressão vivenciada pelos terapeutas ocupacionais em instituições hospitalares de Belo Horizonte, demonstra ser positiva para falar sobre o seu trabalho, cooperar e confiar nos colegas, expor opiniões próprias no local de trabalho e para usar a sua criatividade. A liberdade varia de acordo com a natureza do indivíduo, segundo as entrevistas.

4.3.4.2 Realização Profissional

A Realização Profissional, segundo Ferreira e Mendes (2007), significa a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz.

Entre os 13 entrevistados todos acreditam na atividade que desenvolvem, colocam a prática clínica, relação terapeuta/paciente/família como o grande fator facilitador da realização profissional, tornando os aspectos negativos menores no dia a dia.

“Realização pelo reconhecimento do paciente é a satisfação melhor que você vê; que no dia anterior você treinou uma atividade, ele não conseguiu e quando chega no dia seguinte, ele chega pra você e fala que conseguiu. É muito bom, é uma superação assim, que parece que todas as tribulações que a gente passa, todas as turbulências, as situações chatas que a gente vive parece que elas somem de uma hora pra outra” (PE 3).

Dois entrevistados relacionaram a realização profissional diretamente com a instituição e com a área de atuação.

“[...] E eu não consigo ver de outra forma. Não me imagino trabalhando em outro lugar. Tentei, mas não deu” (PE 12).

“Eu gosto muito do trabalho na nessa área, se um dia eu sair e não conseguir um trabalho na mesma área eu não vou ser TO” (PE 9).

Um entrevistado relatou que o reconhecimento advindo dos pacientes e de seus familiares é mais gratificante do que o dinheiro que recebe da instituição.

“E sabe, eles vem até te agradece, te abraça, uma coisa muito humana, de aproximação de pessoas, eu acho isso muito interessante. É uma coisa que vale muito mais do que todo o dinheiro que eu ganho, com toda sinceridade. Sem demagogia” (PE 1).

Outro aspecto da realização profissional foi o convívio com os colegas. Segundo PE 7 “o convívio com os colegas também. Isso também é muito gratificante. E é isso. O trabalho em si”.

A realização profissional dos terapeutas ocupacionais entrevistados é grande e origina-se dos resultados obtidos na clínica com os pacientes e familiares, da área / instituição de atuação e da convivência com colegas de trabalho.

A TAB. 19 apresenta as médias estatísticas do fator Realização Profissional. Quanto mais próximo de 5 mais positiva a avaliação e quanto mais próximo de 1, mais negativa.

Tabela 19
Realização Profissional

Itens	Médias
Satisfação	4,63
Motivação	4,40
Orgulho pelo que faço	5,19
Bem-estar	4,77
Realização profissional	4,63
Valorização	3,63
Reconhecimento	3,69
Identificação com as minhas tarefas	5,02
Gratificação pessoal com as minhas atividades	5,04
Média Geral	4,55

Fonte: Dados da pesquisa

A média geral apresentada no fator Realização Profissão (4,55) indica uma avaliação positiva, satisfatória. A Realização Profissional aparece de forma clara tanto nas entrevistas e como nos resultados dos questionários. A falta de valorização (3,63) e de reconhecimento (3,69) mostram-se como situação mais crítica pelas dificuldades encontradas. Também como exposto nas entrevistas, para o discernimento dos colegas sobre o real papel do profissional e pela questão salarial que será colocada no fator Falta de Reconhecimento da vivência de sofrimento.

4.3.4.3 Esgotamento Profissional

O sofrimento surge quando o trabalho é concebido de maneira rígida, sem se levar em consideração a relação homem/trabalho, gerando um esgotamento e falta de realização profissional (DEJOURS, 1992). O Esgotamento Profissional avalia a vivência do sofrimento, sendo definida em termos de vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho (FERREIRA; MENDES, 2007).

O desgaste no trabalho é cíclico variando com “dias mais atarefados” (PE 13), períodos de mudanças e imprevistos como um paciente passar mal durante a sessão e em “épocas próximas às férias também é comum um cansaço maior” (PE 11). Essa vivência não foi considerada como rotina.

A sobrecarga de trabalho aparece em algumas falas. Os motivos são as caminhadas e, em algumas situações, trabalho de pé. O cansaço físico é notado principalmente após a saída do trabalho “sinto a hora que chego” (PE 12) devido ao envolvimento “com uma atividade gratificante” (PE 9). Esse envolvimento com a atividade é tão grande a ponto de não perceber “nenhum tipo de cansaço, nem quando sai e muito menos ao ir para o trabalho” (PE 2).

Entretanto, situações de estresse foram relatadas por quatro profissionais. Esse sentimento apresentou-se em situações referentes a mudanças organizacionais, que muitas vezes são colocadas de forma repentina, como “término de uma equipe de reabilitação” (PE 6); não contratação de um profissional para substituição de outro no período de férias, “isso é rotina aqui” (PE 11). Essas situações foram apontadas como fatores geradores de grande insatisfação pelos profissionais, que acreditam que as mudanças podem levar a uma qualidade inferior de trabalho. As mudanças repercutem em toda a equipe, tornando o ambiente de trabalho ruim e cansativo.

As questões institucionais podem gerar uma insatisfação prolongada, uma mágoa, mas a forma de lidar com esse sentimento e com as próprias questões variam de indivíduo para indivíduo. A falta de cooperação entre colegas, como fazer uma consulta com um paciente, que está sendo atendido pela Terapia Ocupacional ou

faze-lo esperar meses por um exame. Tais acontecimentos somados favorecem o desenvolvimento do esgotamento, desde que o profissional não estabeleça estratégias internas para lidar com tais situações.

Surgiram nas entrevistas duas situações de medo, por perceberem que estão sendo controlados pela chefia. O medo não é apontado de maneira clara pelos mesmos “é uma ansiedade inconsciente” (PE 10). Esse sentimento surge por quererem permanecer na área em que estão atuando. Os profissionais devem ficar atentos às ordens e dinâmicas da instituição, pois existem punições. A punição não é claramente sinalizada que ocorrerá, “recebi uma carta, quando abri era uma suspensão de três dias de trabalho” relata PE 1.

Outro sofrimento apontado por alguns profissionais foi lidar com a clínica, com pacientes com doenças degenerativas, deprimidos que não se envolvem no processo terapêutico, situações clínicas que dificilmente serão solucionadas e cabendo ao terapeuta silenciar quando interrogado “vou voltar ao normal, como eu era?” ou mães que buscam a cura para seus filhos, enfim as situações são variadas. A dificuldade em obter os recursos materiais que poderiam ajudar em alguns casos também é um fator gerador de estresse para alguns profissionais. Mas os profissionais são claros ao dizer do sentimento ambíguo que a clínica lhes traz.

“Essas doenças degenerativas que a gente faz aquele vínculo com o paciente e você sabe que ele não vai estar mais aqui. Isso que me dá [...] é muito no sentido da morte mesmo, de você saber que não existe, que você não pode ajudar de uma outra forma. Principalmente com as doenças degenerativas que eu fico mais incomodada” (PE 6).

“São as perdas, que as vezes geram sofrimento momentâneo ou pouco mais pra frente, é de saber que você faz muita coisa e não consegue resposta. A única coisa que você fez foi prevenir deformidade. Já é um ganho enorme, mas pra gente” (PE 8).

Os terapeutas ocupacionais entrevistados demonstraram situações diversas de sofrimento, em termos de ansiedade, cansaço, medo e estresse, mas as situações mencionadas não foram consideradas, pelos entrevistados, como rotina. O sentimento advindo da intervenção clínica é ambíguo, pois o profissional tem noção dos seus limites, mas quer sempre mais.

A TAB. 20 apresenta a média estatística dos questionários no fator Esgotamento Profissional. Tomando como referência Ferreira e Mendes (2007), nos valores de

classificação das escalas para vivência de sofrimento, a média acima de 4,0 indica uma avaliação mais negativa, grave; entre 3,9 e 2,1, uma avaliação mais moderada, crítico; e abaixo de 2,0 – uma avaliação menos negativa, satisfatório.

Tabela 20
Esgotamento Profissional

Itens	Média
Esgotamento emocional	2,96
Estresse	3,19
Insatisfação	2,83
Sobrecarga	3,00
Frustração	2,77
Insegurança	2,38
Ameaça	0,63
Medo	1,81
Média Geral	2,45

Fonte: Dados da pesquisa

A média geral apresentada no fator Esgotamento Profissional (2,45) indica uma avaliação moderada, estado crítico. O fator ameaça apresentou-se com média geral (0,63) e medo (1,81), com menos negativa, satisfatória, sinalizando prazer, confirmando a autonomia dos profissionais, discutida anteriormente.

Os relatos e médias sobre o Esgotamento Profissional mostram um estado de alerta, a necessidade de cuidados ou desenvolvimento de estratégias para diminuição do sofrimento e risco de adoecimento. Ressalta-se que de acordo com os entrevistados o cansaço físico não é rotina, mas a variedade de momentos relatados como de sofrimento e estresse justificam a atenção dos profissionais.

4.3.4.4 Falta de Reconhecimento

A Falta de Reconhecimento é o segundo momento de avaliação da vivência do sofrimento, sendo definida em termos de vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do trabalho desenvolvido (FERREIRA; MENDES, 2007).

Os terapeutas ocupacionais entrevistados apontam para uma falta de reconhecimento no aspecto financeiro, na questão salarial. Consideram esse aspecto um dos principais fatores geradores de sofrimento, “o salário não é tudo, mas você ter que pagar para trabalhar...” (PE 7). As causas apontadas para o baixo salário foram a falta de mobilização dos profissionais e de entidades representativas, como o Conselho.

A mobilização de um número pequeno de profissionais torna-se difícil, as categorias – enfermagem e medicina – com uma maior representatividade, conseguem benefícios de forma mais rápida e tranqüila, afinal “um hospital não sobrevive sem médico nem enfermeiro”. Essa colocação foi feita por um diretor a um profissional entrevistado (PE 13), quando questionado sobre o ajuste salarial após curso de pós-graduação – nesse caso o benefício é menor para os profissionais da reabilitação, exceto os enfermeiros.

A remuneração deficitária gera um investimento menor na profissão, pois o terapeuta ocupacional não consegue dar continuidade nos estudos, fazer cursos complementares ou de línguas. O entrevistado PE 8 coloca que em sua instituição se classificam como profissionais de “baixa renda”, mas não é só a Terapia Ocupacional, são todos os profissionais da reabilitação, que estão passando por essa condição. Outra consequência apontada foi não ter como, em termos financeiros, fazer uma terapia, uma massagem, às vezes até sair de casa, comprometendo o convívio social.

“O salário baixo é uma falta de reconhecimento, principalmente por parte da direção. A falta de corporativismo entre os profissionais é consequência da falta de reconhecimento, a gente não tem a atuação tão ampla quanto poderia ser. A maioria dos médicos não sabem o que a gente faz, não querem saber e não precisam saber, mas os que estão mais próximos, fisioterapeutas, percebem” (PE 10).

A falta de reconhecimento por parte de alguns, associada à questão salarial leva muitos profissionais a pensar em largar a profissão ou fazer outro curso. Largar a profissão só foi cogitado por alguns profissionais, mas associá-la com outra profissão é o que dois entrevistados pretendem ao terminar os cursos de enfermagem e acupuntura.

A desvalorização profissional é percebida quando não fica claro para colegas de trabalho o verdadeiro papel da Terapia Ocupacional, visto por esses como um ato de “fazer por fazer de simplesmente ocupar o tempo dos pacientes ociosos” (PE 13). A forma de lidar com o não reconhecimento também varia de acordo com as características individuais de cada profissional.

Outro fator percebido como falta de reconhecimento é o fato, dos responsáveis administrativos, de não comprar materiais utilizados pelos profissionais, relacionado às questões já discutidas das Condições de Trabalho.

A falta de reconhecimento profissional mostrou-se relacionada basicamente a questões salariais e condições de trabalho, bem como quanto ao conhecimento da atividade profissional como ciência.

A TAB. 21 apresenta as médias estatísticas do fator Falta de Reconhecimento levantadas nos questionários. Tomando como referência Ferreira e Mendes (2007), nos valores de classificação das escalas para vivência de sofrimento, a média acima de 4,0 indica uma avaliação mais negativa, grave; entre 3,9 e 2,1, uma avaliação mais moderada, crítico; e abaixo de 2,0 – uma avaliação menos negativa, satisfatório.

Tabela 21
Falta de Reconhecimento

Itens	Médias
Falta de reconhecimento do meu esforço	2,56
Falta de reconhecimento do meu desempenho	2,25
Desvalorização	1,90
Indignação	2,75
Inutilidade	1,30
Desqualificação	1,19
Injustiça	1,38
Discriminação	0,81
Média Geral	1,80

Fonte: Dados da pesquisa

A média geral do fator Falta de Reconhecimento (1,80), demonstra uma avaliação menos negativa, mais satisfatória. A falta de reconhecimento do esforço (2,56) e

desempenho (2,25) mostram com uma avaliação moderada, a crítica, confirmando aspectos apontados nas entrevistas. Os itens desqualificação (1,19), desvalorização (1,90) e discriminação (0,81) mostram-se com uma avaliação menos negativa, satisfatória, apesar dos terapeutas ocupacionais apontarem nas entrevistas o sofrimento pelo fato dos colegas não compreenderem suas atividades como ciência, o que demonstrando uma diferença entre as respostas dos questionários e das entrevistas.

A Falta de Reconhecimento dos terapeutas ocupacionais caminha em dois sentidos: uma parte dos profissionais percebe o reconhecimento advindo de muitos colegas de áreas próximas – profissionais da reabilitação; outros (PE 1, PE3, PE 4 e PE 5) apontam competitividade entre esses colegas de equipes. Entretanto, com relação aos médicos os profissionais são unânimes em considerar que apenas alguns reconhecem e valorizam a profissão. Outra unanimidade refere-se à questão da remuneração recebida pelo próprio profissional, assim como pelos colegas de profissão, aspecto apontado como falta de reconhecimento profissional.

4.3.5 Danos Relacionados ao Trabalho

Os Danos Relacionados ao Trabalho, segundo Mendes e Ferreira (2007), são os efeitos ou as conseqüências desse contexto para a saúde do trabalhador, em termos de danos físicos e psicossociais.

4.3. 5.1 Danos Físicos

Os danos físicos, segundo Ferreira e Mendes (2007), são dores no corpo e distúrbios biológicos.

O surgimento da patologia e a intensificação dos sintomas são associados a questões psicológicas, pois os profissionais acreditam que o “emocional reflete no corpo físico do indivíduo, você sente dores nas costas, no ombro, no pescoço” (PE 7). Foram citadas situações em que estavam vivenciando grande estresse e logo em seguida o corpo manifestou algum tipo de sintoma, demonstrando uma relação com o Custo Emocional. “Não tenho dúvida nenhuma que nesses momentos de mais

estresse de mais trabalho, de decisões a coisa vem, e assim meu corpo sente mesmo” (PE 6).

Os sintomas físicos apontados com maior frequência pelos terapeutas ocupacionais são dores no corpo, mais frequentes nos membros superiores e problemas de coluna – hérnia de disco cervical e lombar – impossibilitando-os de fazer alguma atividade física. Esses problemas, segundo os entrevistados (PE 1, PE 6 e PE 8) foram causados pelas condições ergonômicas de trabalho e por esforço maior no trabalho, como carregar paciente pesado.

As condições de trabalho estão relacionadas com os danos físicos gerados no profissional. Entre outros sintomas físicos, relatados nas entrevistas, estão a sinusite, varizes, cálculo renal, enxaqueca e hipertensão arterial. A sinusite foi relacionada com questões emocionais e relacionamento com colegas que as vezes pedem para desenvolver atividades que não acreditam, gerando momentos de estresse. “É só eu ficar nervosa, chateada, preocupada que eu tenho sinusite. Fisicamente é mais isso, mais do que cansaço, dores nas costas é a sinusite” (PE 13). As varizes foram relacionadas pelo entrevistado (PE 9) às condições de trabalho e custo físico, devido ao peso nas pernas enquanto está sentada em mobiliário inadequado.

O cálculo renal, segundo a entrevistada, ocorre pela sobrecarga de trabalho, “eu não tenho tempo de beber água, nem de ir ao banheiro” (PE 3). Enxaqueca foi relatada por um profissional, (PE 6), ser sua manifestação mais comum diante do estresse. A hipertensão arterial, segundo o entrevistado, (PE12), intensifica em situação de convivência com alguns colegas, que barram a fluência de alguns procedimentos terapêuticos e organizacionais, onde são feitas mais cobranças.

“Hipertensão, e é muito interessante, [...] Eu entro no hospital minha pressão começa a subir, dá 3 horas, quando eu entro na minha casa a minha pressão começa a cair. Teve um médico que brincou comigo [...] o meu trabalho que estava me fazendo mal [...] Só aqui que ela sobe” (PE 12).

Os danos físicos apresentados nas entrevistas são variados, mas secundários a situações de estresse. Segundo os entrevistados, os problemas físicos têm sua origem nas situações que geram custo emocional e físico.

A TAB. 22 apresenta as médias estatísticas do fator Danos Físicos. De acordo com a classificação de Ferreira e Mendes (2007): acima de 4,1 avaliação é considerada mais negativa, presença de doença ocupacional; entre 2,0 e 3,0 avaliação moderada, crítico; abaixo de 1,9 avaliação mais positiva, suportável.

Tabela 22
Danos Físicos

Itens	Médias
Dores no corpo	3,40
Dores nos braços	2,31
Dor de cabeça	3,44
Distúrbios respiratórios	0,83
Distúrbios digestivos	1,35
Dores nas costas	2,98
Distúrbios auditivos	0,21
Alterações do apetite	1,15
Distúrbios na visão	0,48
Alterações do sono	1,96
Dores nas pernas	2,40
Distúrbios circulatórios	0,77
Média Geral	1,77

Fonte: Dados da pesquisa

A média geral (1,77) demonstra uma avaliação mais positiva, suportável. Como apontado nas entrevistas as dores no corpo (3,40) aparecem com avaliação moderada, a crítica. Outro sinal apontado com frequência moderada crítica, na média geral, é a dor de cabeça (3,44), enquanto nas entrevistas somente um profissional apontou como manifestação freqüente.

Dentre os danos físicos apontados com avaliação positiva, suportável estão: distúrbios respiratórios (0,83), auditivos (0,21), visuais (0,48) e circulatórios (0,77).

Os principais danos físicos apontados foram dores no corpo – devido ao posicionamento para realizar os atendimentos – e dores de cabeça – devido a situações de estresse. As situações conflitantes com colegas provocaram manifestações dolorosas pelo corpo.

4.3. 5.2 Danos Sociais

Os Danos Sociais são definidos, segundo Ferreira e Mendes (2007), como isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais.

A vida social torna-se mais difícil quando o indivíduo não está bem fisicamente, pois “com dor ninguém quer sair de casa”, conforme apontado por PE 7, o que deixa clara a relação de danos sociais com os físicos.

A vida social é restrita, em função do um dia de trabalho; para alguns entrevistados (PE 3, PE 6, PE 12 e PE12), devido ao cansaço físico e mental, sendo ainda mais reduzido em períodos mais turbulentos em que os danos físicos se manifestam. O entrevistado PE 6 ressalta “não tem como, eu estou com dor, eu não consigo sair, fico sem vontade”.

Alguns amigos, segundo os entrevistados, conseguem compreender “a vontade de ficar em casa, principalmente os que pertencem a área da saúde” (PE 11), pois tem idéia do cansaço gerado no trabalho. O difícil é a compreensão da família, elas solicitam a sua presença e querem saber o motivo do afastamento, chegando ao comprometimento da vida conjugal.

As situações vividas com os colegas de trabalho também contribuem, de acordo com alguns entrevistados, para dificultar o convívio social, deixando os entrevistados mais irritados, “menos tolerantes” (PE 7) nas situações cotidianas.

Outros entrevistados (PE 2, PE 5, PE 8 e PE 9) não percebem nenhum reflexo na vida social, mesmo um que relatou problema na coluna devido ao trabalho. Outros relatam que todo sofrimento vivido é deixado no local de trabalho “tirei meu jaleco, pronto”(PE 5).

Um entrevistado acredita que os danos gerados no terapeuta ocupacional surgem de acordo com a área de atuação profissional, uma vez que não apresenta nenhum dano, mas os observa em colegas que “atuam em outras áreas, principalmente na saúde mental” (PE 2).

Os terapeutas ocupacionais demonstram mais uma vez uma situação diferenciada em grupos – uma parte dos profissionais apontou dano social, quer por problemas físicos originados no contexto de trabalho, quer por problemas nas relações profissionais; outra parte aponta para o trabalho não influenciar em nenhum aspecto da vida social.

De acordo com a classificação de Ferreira e Mendes (2007): acima de 4,1 avaliação é considerada mais negativa, presença de doença ocupacional; entre 2,0 e 3,0 avaliação moderada, crítico; abaixo de 1,9 avaliação mais positiva, suportável. A TAB. 23 apresenta as médias estatísticas, encontradas nos questionários, no fator Dano Social.

Tabela 23
Danos Sociais

Itens	Médias
Insensibilidade em relação aos colegas	0,73
Dificuldades nas relações fora do trabalho	1,00
Vontade de ficar sozinho	2,17
Conflitos nas relações familiares	1,29
Agressividade com os outros	1,23
Dificuldade com os amigos	0,60
Impaciência com as pessoas em geral	1,73
Média Geral	1,25

Fonte: Dados obtidos na pesquisa

A média geral no fator Dano Social (1,25) demonstra uma avaliação mais positiva, suportável. O item vontade de ficar sozinho (2,17) mostrou uma média com frequência moderada, sendo o valor mais alto dentre os itens desse fator, assim como relatado nas entrevistas. Os terapeutas ocupacionais não expressam uma condição de dano social grave, mas apresentaram nas entrevistas uma mudança de comportamento nas relações sociais, seja por danos físicos ou pelas dificuldades nas relações profissionais ou danos psicológicos.

4.3.5.3 Danos Psicológicos

Os danos Psicológicos, segundo Ferreira e Mendes (2007), são sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida em geral.

Os sentimentos apontados pelos entrevistados como mais freqüentes foram irritação, propensão para tornar-se mais choroso, tristeza, mau humor. Esses sentimentos surgem em épocas mais conturbadas no contexto de trabalho e quando há um envolvimento afetivo com algum caso clínico. Associado a esses sentimentos foram relatadas freqüentes dores no corpo e restrição no convívio social – “na verdade é difícil definir o que surge primeiro” (PE 7).

Nas entrevistas, foram relatados com maior freqüência a exacerbação dos sintomas da depressão, ocorrendo em períodos de mudanças bruscas na instituição. Outros aspectos considerados como danos psicológicos foram o entristecer paulatino, a raiva e a irritação. Os mais próximos percebem que o colega está “adoecendo” (PE 13), sabem os motivos da insatisfação, tornam-se preocupados e isso começa a incomodar ainda mais, gerando um sentimento de “não acreditar um pouco na profissão, pra quê tudo isso, que é um sentimento que eu não gostaria de vivenciar” (PE 13).

Mesmos os entrevistados que relataram ter algum problema relacionado ao trabalho apresentaram as estratégias defensivas que desenvolveram para diminuir ou evitar grandes danos. Os profissionais relatam tentar, cada um à sua maneira, não levar os problemas do trabalho para casa. Fazer terapia e “massagens” (PE 5) para nesse momento discutir “os problemas e sentimentos decorrentes do trabalho” (PE 10). Na percepção do entrevistado PE 5, o terapeuta ocupacional, principalmente aquele que atua em ambiente hospitalar, tem que fazer uma terapia, tem que se cuidar para conseguir cuidar do outro, aquele que está vivendo, na maioria das vezes, com uma qualidade de vida muito precária.

As estratégias defensivas, segundo Dejours (2001), são desenvolvidas, em um primeiro momento, para preservar o equilíbrio psíquico diante de situações de trabalho difíceis e instáveis, funcionando como resistência psíquica à imposição da

organização do trabalho. Elas mascaram os sentimentos de ansiedade gerados no processo do trabalho, funcionando como uma válvula de escape para o sofrimento do trabalho. À medida que essa válvula não funciona, o trabalhador corre risco de adoecimento.

As entrevistas mostraram que os terapeutas ocupacionais tentam se cuidar, alguns apontaram uma dificuldade financeira, mas relatam saber dos riscos que correm no trabalho e a influência desses no cotidiano. Percebe-se pelos relatos que os profissionais que não conseguiram desenvolver suas estratégias defensivas de maneira mais efetiva, apresentam uma tendência a deixar as questões profissionais se manifestarem no âmbito emocional.

A TAB. 24 apresenta as médias do fator Danos Psicológicos encontradas nos 48 questionários aplicados. De acordo com a classificação de Ferreira e Mendes (2007): acima de 4,1 avaliação é considerada mais negativa, presença de doença ocupacional; entre 2,0 e 3,0 avaliação moderada, crítico; abaixo de 1,9 avaliação mais positiva, suportável.

Tabela 24
Danos Psicológicos

Itens	Médias
Amargura	0,96
Sensação de vazio	1,58
Sentimento de desamparo	1,25
Mau-humor	2,46
Vontade de desistir de tudo	1,73
Tristeza	2,08
Irritação com tudo	2,04
Sensação de abandono	1,17
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	1,73
Solidão	1,26
Média Geral	1,57

Fonte: Dados da pesquisa

A média geral da escala do fator Danos Psicológicos (1,57) aponta para uma avaliação positiva, suportável. Os itens que apresentaram avaliação moderada, crítica nesse fator foram: mau-humor (2,46), tristeza (2,08) e irritação com tudo (2,04), sensações também relatadas nas entrevistas.

Os danos psicológicos levantados nas entrevistas e nos questionários não apontam para uma situação de adoecimento, mas para a necessidade do desenvolvimento de estratégias coletivas para evitar esse processo no futuro.

4.5 Análise das Correlações

Com o objetivo de analisar a correlação entre os fatores prazer e sofrimento do terapeuta ocupacional, realizou-se a análise de correlação de Pearson (TAB. 25). Por meio da correlação, verifica-se a força da associação entre quaisquer duas variáveis métricas. Quanto mais próximo dos extremos -1 ou 1, mais forte é a correlação.

Tabela 25
Correlação entre Prazer e Sofrimento

	Prazer		Sofrimento	
	Correlação	Valor-p	Correlação	Valor-p
Sofrimento	-0,514*	0,000		
Organização do trabalho	-0,103	0,484	0,118	0,429
Relações Socioprofissionais	-0,349*	0,015	0,359*	0,013
Condições de trabalho	-0,320*	0,027	0,460*	0,001
Custo Emocional	-0,150	0,308	0,469*	0,001
Custo Cognitivo	-0,027	0,855	0,156	0,294
Custo Físico	-0,277	0,057	0,201	0,176
Danos Físicos	-0,417*	0,003	0,633*	0,000
Danos Sociais	-0,414*	0,003	0,678*	0,000
Danos Psicológicos	-0,536*	0,000	0,818*	0,000

Fonte: Dados da pesquisa

* Correlações significativas (valor-p<0,05)

Como esperado, Prazer e Sofrimento estão negativamente correlacionados (-0,514), demonstrando uma relação inversa – quanto maior o Prazer menor o Sofrimento, sendo possível notar ambos na vivência do terapeuta ocupacional em hospitais de Belo Horizonte.

Dentre os fatores negativamente correlacionados com o prazer encontram-se: Relações Socioprofissionais (-0,349), Condições de Trabalho (-0,320), Danos Físicos (-0,417), Danos Sociais (-0,414) e Danos Psicológicos (-0,536). Assim

quanto menor os problemas nos modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional (Relações Socioprofissionais) maior o Prazer.

Conforme relatado nas entrevistas, quando as ordens chegam e o profissional tem que segui-las, há uma dificuldade por parte deste em ir trabalhar “não queria passar nem perto do hospital” (PE 6). O fator Condições de Trabalho entendido como a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e materiais disponibilizados para execução do trabalho está inversamente relacionado ao Prazer – assim quanto mais freqüentes as situações inadequados de tais condições, menor o Prazer. A correlação inversa entre os Danos Físico, Social e Psicológico com o Prazer indica que quanto maior o dano, menor o Prazer.

Ente os fatores positivamente correlacionados com o Sofrimento encontram-se: Relações Socioprofissionais (0,359), Custo Emocional (0,469), Condições de Trabalho (0,460), Danos Físicos (0,633), Danos Sociais (0,678) e Danos Psicológicos (0,818). O fator Relações Socioprofissionais quanto mais freqüentes são as situações envolvendo problemas de gestão maior o Sofrimento do terapeuta ocupacional.

Percebe-se pela análise dos dados que três fatores não estão correlacionados com Prazer nem com Sofrimento: Organização do Trabalho, Custo Cognitivo e Custo Físico. Percebe-se ainda que os fatores Relações Socioprofissionais, Danos Físicos, Sociais e Psicológicos encontram-se relacionados negativamente com o Prazer e positivamente com o Sofrimento.

Com o objetivo de avaliar a relação entre os fatores das escalas realizou-se a análise de correlação de Pearson entre os fatores das escalas. Por meio dessa análise é possível justificar a ausência de vários fatores na regressão, ou seja dos fatores altamente correlacionados (TAB. 26).

Tabela 26
Correlações ente os fatores das escalas

	OT	RS	CT	CE	CC	CF	DF	DS
RS	0,521*							
CT	0,142	0,163						
CE	0,601*	0,635*	0,337*					
CC	0,637*	0,366*	0,164	0,683*				
CF	0,274	0,082	0,303*	0,288*	0,431*			
DF	0,271	0,357*	0,315*	0,482*	0,270	0,369*		
DS	0,205	0,334*	0,157	0,307*	0,013	-0,026	0,598*	
DP	0,148	0,379*	0,285	0,374*	0,132	0,221	0,711*	0,782*

OT: Organização do Trabalho; RS: Relações Socioprofissionais; CT: Condições de trabalho; CE: Custo Emocional; CC: Custo Cognitivo; CF: Custo Físico; DF: Danos Físicos; DS: Danos Sociais; DP: Danos Psicológicos .

* Correlações significativas (valor- $p < 0,05$)

O fator Custo Emocional relaciona-se com todos os outros fatores das escalas, assim Organização do Trabalho, Relações Socioprofissionais, Condições de Trabalho, Custo Cognitivo, Custo Físico, Danos Físicos, Danos Sociais e Danos Psicológicos impactam positiva ou negativamente o Custo Emocional.

O fator Relações Socioprofissionais relaciona-se com seis dos demais fatores das escalas: Organização do Trabalho, Custo Emocional, Custo Cognitivo, Danos Físicos, Danos Sociais e Danos Psicológicos.

O fator com menor número de correlações foi Condições de Trabalho que correlaciona-se apenas com três fatores – Custo Emocional, Custo Físico e Danos Físicos. Assim as Condições de Trabalho relacionam-se com as reações afetivas, sentimentos e estado de humor, com o dispêndio fisiológico e biomecânico, bem como com o risco de adoecimento do terapeuta ocupacional.

4.6 Análise de Regressão

A Análise de Regressão Múltipla foi realizada utilizando o método *Stepwise* para seleção de variáveis e o método de mínimos quadrados para estimar os parâmetros dos fatores que explicam o Prazer e Sofrimento. Correlação parcial é um valor que mede a força da relação entre Prazer ou Sofrimento e uma variável – fatores das escalas – quando os efeitos das demais variáveis (fatores) são mantidos constantes.

A TAB. 27 apresenta os resultados da análise de regressão para o prazer. O modelo de regressão linear é adequado (valor-p da ANOVA = 0,000) com R^2 ajustado = 0,271, ou seja, é capaz de explicar 27,1% da variância do Prazer.

Tabela 27
Resultado da análise de regressão para Prazer

	Variáveis na Equação				Variáveis fora da Equação		
	Coefficiente	EP	t	Valor-p	Correlação parcial	t	Valor-p
Constante	5,134	0,182	28,246	0,000			
Danos Psicológicos	-0,331	0,078	-4,254	0,000			
Organização do trabalho					-0,056	-0,374	0,711
Relações Socioprofissionais					-0,206	-1,394	0,170
Condições de trabalho					-0,214	-1,453	0,153
Custo Emocional					0,038	0,254	0,801
Custo Cognitivo					0,034	0,227	0,821
Custo Físico					-0,217	-1,476	0,147
Danos Físicos					-0,086	-0,570	0,571
Danos Sociais					0,009	0,063	0,950

Fonte: Dados da pesquisa.

Apenas o fator Danos Psicológicos (Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho) foi significativo para explicar o Prazer (valor-p=0,000). O sinal negativo do coeficiente indica que quanto mais o profissional experimenta situações que causam Danos Psicológicos menor o Prazer. Os demais fatores não se mostraram significativos, com correlações parciais discretas (não superam 0,217 em módulo). De acordo com as entrevistas, a fonte maior de prazer do terapeuta ocupacional está relacionada com a sua atuação clínica, com a relação entre o profissional e os pacientes e familiares, variável não mensurada nas escalas do ITRA.

A Tab. 28 apresenta o resultado da análise de regressão para o Sofrimento. O modelo de regressão linear é adequado (valor-p da ANOVA = 0,000) com R^2 ajustado=0,738, ou seja, é capaz de explicar 73,8% da variância do Sofrimento.

Tabela 28
Resultado da análise de regressão para Sofrimento

	Variáveis na Equação				Variáveis fora da Equação		
	Coefficiente	EP	t	Valor-p	Correlação parcial	t	Valor-p
Constante	-1,022	0,561	-1,820	0,076			
Danos Psicológicos	0,593	0,071	8,349	0,000			
Condições de trabalho	0,438	0,164	2,661	0,011			
Custo Emocional	0,396	0,195	2,034	0,048			
Organização do trabalho					-0,184	-1,201	0,237
Relações Socioprofissionais					-0,041	-0,262	0,794
Custo Cognitivo					-0,154	-1,000	0,323
Custo Físico					-0,057	-0,367	0,715
Danos Físicos					0,039	0,251	0,803
Danos Sociais					0,176	1,142	0,260

Fonte: Dados da pesquisa.

Os fatores Danos Psicológicos, Condições de Trabalho e Custo Emocional foram significativos para explicar o Sofrimento ($\text{valor-p} < 0,05$). O sinal positivo dos coeficientes indica que, por exemplo, quanto mais o profissional experimenta situações que causam Danos Psicológicos, quanto piores suas Condições de Trabalho e quanto maior Custo Emocional maior Sofrimento. Os demais fatores não se mostraram significativos, com correlações parciais discretas (não superam 0,184 em módulo).

Pode-se concluir pelos resultados apresentados que o Prazer na profissão do terapeuta ocupacional advém da ausência de Danos Psicológicos, enquanto o Sofrimento está correlacionado à existência de Danos Psicológicos, Condições de Trabalho mais difíceis e Custo Emocional alto. Observa-se assim que os danos psicológicos – eles são fontes de sofrimento e sua ausência, de prazer.

Tal resultado é um sinal de alerta. Pode-se inferir ou que a vivência do prazer não está presente na profissão – a não existência de sofrimento já seria motivo de prazer, ou que o questionário não foi sensível o suficiente para detectar o prazer. Tal suposição pode-se confirmar com aspectos levantados nas entrevistas. Os resultados indicaram que o prazer na profissão advém da atuação clínica, da relação com pacientes e familiares.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo identificar a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o sofrimento/prazer decorrente do exercício de sua profissão, em instituições hospitalares públicas, particulares e filantrópicas do município de Belo Horizonte. Os resultados obtidos evidenciam a ambigüidade dos sentimentos sofrimento/prazer decorrentes do exercício profissional dos terapeutas ocupacionais nos hospitais de Belo Horizonte. O sofrimento e o prazer decorrentes do trabalho são entendidos aqui como frutos da história individual do trabalhador e de sua relação com a organização do trabalho.

Participaram desta pesquisa 19 hospitais sendo públicos (9), privados (2) e filantrópicos (8) de Belo Horizonte, que têm o terapeuta ocupacional em suas equipes de saúde. Foram aplicados questionários, baseado no ITRA (Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento) em 48 terapeutas ocupacionais e 13 profissionais foram entrevistados.

Os resultados da pesquisa confirmam a variação na maneira como os profissionais lidam com as questões do trabalho, em função de suas próprias características pessoais ou de contextos de trabalho diferenciados.

A amostra de terapeutas ocupacionais das instituições hospitalares de Belo Horizonte, participantes da pesquisa, foi composta em sua quase totalidade pelo sexo feminino, casada, sem dependentes, atuante no setor público, possui nível de pós-graduação e média idade de 36 anos. A maioria não tem outro emprego ou outra atividade de trabalho; trabalha no hospital, em média, por 7 anos e 6 meses, com uma jornada média de trabalho de 28,8 horas/ semanais; tempo médio de formado 10 anos e a renda salarial em torno de 5 a 7 salários mínimos.

Conforme dados secundários levantados, confirmados pelas entrevistas, as atividades desenvolvidas pelo terapeuta ocupacional nos hospitais concentram-se basicamente na atuação clínica, diretamente com o paciente e seus familiares. Realizam avaliações e orientações funcionais, com foco nos aspectos cognitivos, sensoriais e motores, preenchimento de prontuário, organização de oficinas

terapêuticas e do setor de Terapia Ocupacional. Alguns respondentes atuam na área administrativa, mas poucos são remunerados por essa prestação de serviço.

Os terapeutas ocupacionais apontaram em seus discursos quatro fatores como principais fontes geradoras de sofrimento no exercício de sua profissão:

- a) a falta de reconhecimento da Terapia Ocupacional, demonstrada por parte principalmente de alguns colegas da área da saúde;
- b) a dificuldade em conseguir materiais prejudicando a atuação profissional;
- c) a baixa remuneração; e
- d) a dificuldade em lidar com alguns aspectos da clínica, tais como doenças degenerativas e condições clínicas crônicas, sem perspectiva de melhora.

A falta de reconhecimento por parte de colegas, na maioria, médicos, apontada pelos profissionais, é percebida como o grande fator gerador de sofrimento. O reconhecimento advindo dos pares, ou seja, colegas de profissão, é uma das formas para capacitar, regular e normatizar a profissão, especificando cada ofício. É também uma das formas de retribuição da contribuição oferecida pelo indivíduo a organização.

A falta de reconhecimento é apontada ainda pela baixa remuneração recebida pela categoria, considerada também como um fator gerador de sofrimento. Esse aspecto afeta o investimento na vida profissional e social e foi uma das causas de alguns já terem pensado em abandonar a profissão. A remuneração varia de acordo com o tipo de instituição e com o nível de formação do profissional. A baixa remuneração levou profissionais a buscar outras capacitações, como cursos de enfermagem e acupuntura, na tentativa de associá-los com o conhecimento da Terapia Ocupacional.

As dificuldades apontadas em relação à clínica estão relacionadas a baixas respostas de alguns casos, devido à cronicidade do problema, ou seja, longo período após o ocorrido, sem perspectiva de melhora, e doenças degenerativas. Os profissionais defendem-se desse sentimento por meio da racionalização, apresentando uma explicação para a situação, como a prevenção de deformidades.

Se o indivíduo consegue processar o sofrimento no mundo e no trabalho, buscando a saúde, pode transformá-lo em prazer; caso negativo, pode ocorrer o adoecimento. Os profissionais estudados apontaram que a manifestação de dores e algumas patologias são tidas como sinais do corpo, como um pedido de atenção ou até socorro. Frente a esses sinais físicos, eles buscam um distanciamento dos problemas e passam a realizar apenas o mínimo das funções que lhes compete.

O sofrimento no trabalho pode manifestar-se por meio de sentimentos como a indignidade, a vergonha, a inutilidade, o medo e a desqualificação. Entre os sentimentos apontados pelos terapeutas ocupacionais como mais frequentes estão a tristeza, a vontade de ficar sozinho e a irritabilidade. Entretanto, os entrevistados foram unânimes em afirmar que esses sentimentos não são rotineiros em suas vidas, o que pode indicar a utilização de um mecanismo de defesa. Alguns profissionais enumeram de maneira clara, estratégias defensivas para diminuir o sofrimento na organização do trabalho, como: terapia, massagens, desabafos para evitar levar qualquer assunto não resolvido ou casos clínicos marcantes para casa ou se desligar das situações do hospital.

O prazer decorrente na relação do indivíduo com a organização do trabalho pode se manifestar no reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. As entrevistas demonstram que o prazer do terapeuta ocupacional se encontra no reconhecimento pelo trabalho que desenvolve, principalmente, por parte dos pacientes e familiares. Se, por um lado, o não reconhecimento do trabalho pela instituição gera sofrimento, por outro, o reconhecimento e a própria relação com pacientes e familiares torna-se fonte de prazer para o terapeuta ocupacional.

A forma como o trabalho é desenvolvido por esse profissional favorece a utilização de sua inteligência e criatividade, o que possibilita a transformação do sofrimento em prazer. Durante a sua atuação com os pacientes, os terapeutas ocupacionais têm liberdade para selecionar atividades adequadas para alcançar os objetivos dos tratamentos e esse processo exige talento e o exercício de seus conhecimentos. Essas oportunidades de auto-controle e criatividade podem revitalizar as reservas emocionais e protegê-los contra esgotamento emocional.

O reconhecimento por parte dos pacientes e familiares pelas respostas obtidas por meio das intervenções e orientações é tido como a principal fonte de prazer. Portanto, o reconhecimento apresenta como fator paradoxal – é ao mesmo tempo, fonte de prazer e sofrimento. Os profissionais acreditam em suas intervenções, mas muitos se apresentaram desanimados em continuar na profissão, apontando a baixa remuneração, a falta de reconhecimento e falta de condições de trabalho, principalmente em relação aos materiais necessários para a terapia ocupacional.

Outro fator apontado como facilitador na vivência de prazer é relação entre colegas de profissão, especialmente entre profissionais da reabilitação, que têm remuneração e formação similar a dos terapeutas ocupacionais. Entretanto, existem diferenças entre esses ajustes de cooperação, variando entre instituições. A coordenação e cooperação entre os colegas de trabalho surgem da vontade dos próprios indivíduos, pela aproximação com o estabelecimento de relações de confiança sustentadas por valores éticos, propiciando a vivência do prazer.

As relações profissionais, dessa maneira, foram apontadas como um dos pontos mais ambíguos, geradores de prazeres e alegrias e de sofrimentos e angústias, pois cada indivíduo tem sua forma de atuação e de transformações. A relação com os médicos é considerada difícil, pois alguns não valorizam o trabalho da Terapia Ocupacional, gerando grande sofrimento na maioria dos terapeutas ocupacionais; enquanto a relação com os colegas de reabilitação, na maioria das vezes, foi apontada como fonte de prazer.

O reconhecimento dentro de algumas instituições que determinam o que cabe ao terapeuta ocupacional é maior, mas onde existe uma competitividade ou uma falta de esclarecimento sobre a atuação dos profissionais da reabilitação, os terapeutas ocupacionais sentem maior desgaste físico e emocional, ou seja, há um maior sofrimento.

Reforçando o que foi estudado por Balogun et al. (2002), os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais estão emocionalmente exaustos e apresentam sentimentos negativos com relação ao seu trabalho e clientes.

Para enfrentar as fontes de sofrimento, esses profissionais vêm utilizando estratégias defensivas como a negação desses fatores causadores de sofrimento, ligados à insegurança de perder o emprego, à competitividade entre colegas de profissão, por exemplo, e a racionalização, para explicar o não reconhecimento da profissão dentro da instituição. Dessa forma, esses profissionais procuram negar a realidade adversa, ou apresentar uma explicação coerente, do ponto de vista lógico, ou aceitável, do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma idéia, um sentimento etc.

Os resultados da pesquisa indicam, portanto, que os terapeutas ocupacionais vivem situações mais críticas no contexto de trabalho, focado no ambiente físico, nas relações com profissionais e na organização do trabalho, em termos de custos emocional e físico. O prazer do profissional sustentado apenas na relação terapeuta/paciente/família também é um aspecto a ser mais aprofundado, pois nenhuma atividade profissional se desenvolve fora de um sistema em constante transformação, com diferentes demandas. Tais aspectos sinalizam para a necessidade de maiores investigações e até mudanças com o objetivo de evitar o adoecimento futuro, pois o prazer também consiste no lado saudável do trabalho.

É importante ressaltar que os resultados dos questionários indicaram que o prazer advém da ausência de danos psicológicos. Não foi encontrada correlação positiva e significativa com nenhum outro fator. Esse aspecto precisa ser aprofundado, podendo-se questionar se as perguntas do questionário ITRA seriam totalmente adequadas para a pesquisa nessa categoria profissional. O questionário não aborda a questão relação profissional/paciente, que é uma das fontes de prazer, detectadas por meio das entrevistas.

Portanto, sugerem-se pesquisas futuras com outras categorias profissionais da área de saúde de maneira a captar a percepção sobre a Terapia Ocupacional. Sugere-se ainda a realização de um *survey* com um número de profissionais, estendendo a pesquisa em âmbito nacional. Pode-se ainda sugerir um estudo de caso, baseado na abordagem da psicodinâmica, analisando a percepção dos diversos profissionais que compõem a equipe de atendimento de uma instituição, de maneira a aprofundar essa realidade.

Pode-se concluir que esta pesquisa possibilitou um melhor entendimento sobre a profissão do terapeuta ocupacional, bem como reforçou a abordagem teórica existente sobre o prazer-sofrimento.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Marília. Absenteísmo e sofrimento no trabalho. In: SAMPAIO, Jader dos Reis (Org.). *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: estudos contemporâneos II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11. ed. Campinas: Ed. da Universidade Estadual de Campinas, 2006.
- ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. O que é Filosofia? In: ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. *Filosofando – introdução à Filosofia*. São Paulo: Moderna, 1993. Cap. 5, p. 42-53.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS – ABRATO. Ofício n. 004/07. Procedimentos da Terapia Ocupacional. Goiânia, 12 ago. 2007a.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS – ABRATO. Procedimentos da Terapia Ocupacional. 2007. Curitiba, jul. 2007b.
- BENETTON, J.; VOGEL, B.; GOUBERT, J.P. Terapia Ocupacional – história de uma profissão feminina. Co-autoria: B. Vogel e J.P. Goubert. *Revista do CETO*, São Paulo, n. 7, 2002.
- BALOGUN, J. *et al.* Prevalence and determinants of burnout among physical and occupational therapists. *Journal of Allied Health*, Philadelphia, 2002. p. 131-139.
- BRASIL. Lei nº 8.856, de 1º de março de 1994. Fixa a jornada de trabalho dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Disponível em: <<http://www.crefito9.org.br/leis/lei8856.doc>>. Acesso em: 20 abr. 2008.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Secretaria de Relações do Trabalho. Coordenação-Geral de Relações do Trabalho. Nota Técnica/CGRT/SRT/nº 11/2006. Brasília, 18 jan. 2006. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/legislacao/notas_tecnicas/2006/nt_11.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2007.
- BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista – a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1987.
- BURKE, J.P. Definição de ocupação: a introdução e a organização do conhecimento interdisciplinar. In: KIELHOFNER, G.; BURKE, J.P. *What the practitioner must know: The knowledge base of Occupational Therapy*. Cap. III. Trad. M. Auxiliadora Ferrari. São Paulo: USP, 1995. Mimeo.
- CANÇADO, Vera L. O sofrimento e o prazer na profissão motorista. *Revista de Administração*, São Paulo v. 29, n. 4, p. 56-63, out./dez. 1994.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. *Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Resolução COFFITO nº 8, de 20 de fevereiro de 1978. Normas para habilitação ao exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. Disponível em: <<http://www.crefito9.org.br/?page=legislaca>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Resolução COFFITO nº 81, de 9 de maio de 1987. Atos complementares à Resolução COFFITO-8 – exercício profissional do Terapeuta Ocupacional. Disponível em: <<http://www.crefito9.org.br/?page=legislaca>>. Acesso em: 20 abr. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Terapia Ocupacional: definição. Disponível em: <[http://www.coffito.org.br/#\[page\]showDynamic.php?page=12§ion=12&pagina=t_o_defn](http://www.coffito.org.br/#[page]showDynamic.php?page=12§ion=12&pagina=t_o_defn)>. Acesso em: 12 jun. 2007.

O CONTEXTO e a missão do hospital. Disponível em <www.famaceuticovirtual.com.br/html/acredapr.htm>. Acesso em: 1º set. 2007.

DE CARLO, M.M.R. DO P.; BARTALOTTI, C.C.; PALM, R. DEL C.M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M.M.R. DO P; LUZZO, M.C. de. *Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 1, p. 4-28.

DEJOURS, Cristophe. Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (Org.). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Cap. 7, p. 197-241.

DEJOURS, Cristophe. *A banalização da injustiça social*. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

DEJOURS, Cristophe. *O fator humano*. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. FVG, 2002.

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

DEJOURS, Cristophe. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal (Org.). *Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. Cap. 3, p. 127-139.

FERREIRA, Mário Cesar; MENDES, Ana Magnólia. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES, Ana Magnólia (Org.). *Psicodinâmica do trabalho:*

teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. Cap. 5, p. 111-126.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2002.

GÜNTHER, Hartmut. Pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, maio-ago. 2006.

GRAÇA, Luís. *Profissões de saúde: especialização, técnica, diferenciação social*. Health professions: technical and social division of labour. Disponível em: <<http://www.ensp.unl.pt/graca/textos105.html>>. Acesso em: 7 set. 2007.

GRAU, A.; SUÑER, R.; GARCIA, M.M. Desgaste profesional em el personal sanitario y su relación com los factores personales dos personales y ambientales. *Grac sanit.*, v. 19, n. 6, p. 463-70, 2005.

GRESSLER, Lori Alice. *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. São Paulo: Loyola, 2004.

HAIR, Joseph F. ANDERSON, R.E.; TATHAN, R. L. BLACK. W.O. *Análise Multivariada de dados*. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

KUENZER, Acacia Zeneida. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 239-265, 2004.

LAFARGUE, Paul; RUSSELL, Bertrand. *A economia do ócio*. 3. ed. Rio de Janeiro: Sextavante, 2001.

LANCMAN, Selma (Org.). *Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca, 2004.

LANCMAN, Selma; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 6, p. 77-88, 2003.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. A psicopatologia do trabalho: origens e desenvolvimentos recentes na França. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília – DF, v. 2, n. 2, p. 10-15, 1998.

LLOYD, C.; KING, R. A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, v. 39, p. 752-757, 2004.

LOPES, R.E. *Cidadania, políticas públicas e Terapia Ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo*. 1999. Tese (Doutorado) – Unicamp, Faculdade de Educação. Campinas. p. 132-47.

LOPES, R.E. A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 4/7, p. 27-35, 1993/6.

LOW, M.; STEINWENDER, S.; LECLAIR, L. Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of occupational Therapy*, v. 65, n. 2, p. 81-90, Apr. 1998.

MACHADO, Aline Gonçalves. *Cuidadores: seus amores e suas dores – o prazer e o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

MAGALHÃES, L.V. *La salud de los terapeutas ocupacionales*. 1995 citado por MARANDA, Marie France. Psicodinâmica do trabalho em relação de ajuda. In: LANCMAN, Selma (Org.). *Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 9, p. 171-185.

MÂNGIA, Elizabete F. Terapia Ocupacional: práticas, discursos e a questão da legitimidade científica. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 10, n. 2/3, p. 55-59, 1999.

MARANDA, Marie France. Psicodinâmica do trabalho em relação de ajuda. In: LANCMAN, Selma (Org.). *Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 9, p. 171-185.

MALHOTRA, Naresh. *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. 4. ed. Porto Alegre: Bookamn, 2001.

MEDEIROS, Maria Heloísa da H. *Terapia Ocupacional – um enfoque epistemológico e social*. São Carlos: Husitec, EdUFSCAR, 2003.

MENDES, Ana Magnólia (Org.). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, Ana Magnólia. Validação de uma escala de indicadores de prazer-sofrimento no trabalho. *Mente Social*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p. 11-19, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fase de análise ou tratamento do material. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998. Cap. 4, p.197-247.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MUROFUSE, Neide Tiemi. O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082004-103448/>>. Acesso em: 1º set. 2007.

NABERGOI, M.; BOTTINELLI, M.M. Saúde do terapeuta ocupacional como trabalhador. Síndrome de *Burnout*: eixo para pensar nas relações entre reflexividade, pesquisa e prática. In: LANCMAN, Selma (Org.). *Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional*. São Paulo: Roca, 2004. Cap. 10, p.187-207.

NASCIMENTO SOBRINHO, Carlito Lopes *et al.* Condições de trabalho dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 131-140, jan. 2006.

OLIVEIRA, Ana Joaquina. Passeio pelo mundo do trabalho. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 27-33, jan./abr. 2003.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT / Annablume, 1998.

PITTA, Ana. *Hospital dor e morte como ofício*. 5. ed. São Paulo: Annablume / Hucitec, 2003.

PRADO DE CARLO, Marysia M.R.; BARTALOTTI, Celina Camargo (Org.). *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001.

RAMPAZZO, Lino. *Metodologia científica: para alunos de graduação e pós-graduação*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

RODRIGUES, Tiana Rita dos Santos. *Os sentidos do trabalho para enfermeiros de um hospital geral filantrópico*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2006.

ROGERS, J.C.; DODSON, S.C. Burnout in Occupational Therapists. *American Journal Occupational Therapy*, v. 42, n. 12, p. 787-792, 1988.

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C.; FONSECA, S.T. Produção científica e atuação profissional: aspectos que limitam essa integração na Fisioterapia e Terapia Ocupacional. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 6, n. 3, p. 113-118, 2002.

SENNETT, Richard. *A corrosão do caráter consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. 10. ed. São Paulo: Record, 2005.

SENTONE, Andreza Daher Delfino; GONÇALVES, Aurora Aparecida Fernandes. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 23, p. 33-38, jan./dez. 2002.

SOARES, Lea Beatriz Teixeira. *Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no estado brasileiro de 1950 a 1980*. São Paulo: Hucitec, 1991.

VERGARA, Sylvia Constant. *Projetos e relatórios de pesquisa em Administração*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

VIANNA, Segadas. O trabalho até a Idade Moderna. In: VIANNA, Segadas; MARANHÃO, Délio; SUSSEKIND, Arnaldo. *Instituições de Direito do Trabalho*. 11. ed. São Paulo: LTR, 1991. Cap. 1, p. 27-45.

YIN, Robert K. *Estudo de caso*. Planejamento e métodos. 3. ed. São Paulo: Bookman, 2006.

APÊNDICES

Apêndice A – Identificação do Respondente

N ° de identificação: _____ (não preencher) Data do preenchimento: ____________

Nome: _____

Data de Nascimento: ____________ Sexo: € Masculino € Feminino

Estado Civil: € Solteiro € Casado/Mora junto € Separado/desquitado/divorciado € Viúvo

N ° de dependentes (menores): _____ N ° de dependentes (maiores): _____

Data ou Ano de Formatura em Terapia Ocupacional: ____________

Tem pós-graduação? € Não € Em andamento € Sim Qual (is)? _____

Atua como terapeuta ocupacional em outro emprego: € Não € Sim

Desenvolve outra atividade profissional? € Não € Sim

Emprego 1 (hospital):

Tempo de Trabalho nesta instituição: ____ anos ____ meses

Função: _____ Jornada de Trabalho: _____ horas/mês

Emprego 2: € Não se aplica (marcar no caso de **não** ter outro emprego ou atividade profissional)

Tempo de Trabalho nesta instituição: ____ anos ____ meses

Função: _____ Jornada de Trabalho: _____ horas/mês

Emprego 3: € Não se aplica (marcar no caso de **não** ter outro emprego ou atividade profissional)

Tempo de Trabalho nesta instituição: ____ anos ____ meses

Função: _____ Jornada de Trabalho: _____ horas/mês

Emprego 4: € Não se aplica (marcar no caso de **não** ter outro emprego ou atividade profissional)

Tempo de Trabalho nesta instituição: ____ anos ____ meses

Função: _____ Jornada de Trabalho: _____ horas/mês

Faixa de rendimento mensal como terapeuta ocupacional, referência (R\$380,00/salário mínimo 2007):

€ Menos de 5 salários mínimos.

€ De 5 salários mínimos a 6,9 salários mínimos.

€ De 7 salários mínimos a 8,9 salários mínimos.

€ De 9 salários mínimos a 10,9 salários mínimos.

€ 11 ou mais salários mínimos.

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Você está sendo **convidado** para participar da pesquisa “A vivência do sofrimento/prazer na profissão Terapia Ocupacional: um estudo em instituições hospitalares de Belo Horizonte”. Esta pesquisa está sendo desenvolvida para a dissertação de Mestrado em Administração, da Faculdade Novos Horizontes.

O **objetivo geral** deste estudo é identificar a percepção dos terapeutas ocupacionais sobre o sofrimento/prazer decorrente do exercício de sua profissão, em instituições hospitalares públicas, particulares e filantrópicas do município de Belo Horizonte. Este estudo será multicêntrico, não haverá identificação da instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder ao **questionário** "Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA". Você foi selecionado para tal, por trabalhar como terapeuta ocupacional em instituição hospitalar de Belo Horizonte. A sua participação é voluntária e a qualquer momento, se você desejar, poderá se desvincular deste ato. O pesquisador se dispõe a esclarecer suas dúvidas e instruí-lo sobre sua forma de participação. As informações obtidas no questionário serão confidenciais e tratadas de forma agregada, o que assegura o sigilo sobre sua participação. Dessa forma, o pesquisador protegerá e assegurará a sua privacidade.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece risco à sua integridade ou dignidade.

A sua participação não resultará em **benefícios** diretos para sua pessoa, mas sim para a categoria profissional. Esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a profissão do terapeuta ocupacional, que serão divulgadas pelo pesquisador no meio acadêmico (dissertação e artigos científicos), como para a categoria profissional (relatório dos resultados).

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação,

agora ou a qualquer momento. Telefones para contato: 9977-2891 (Prof. Miriam);
3293 7031 (Prof. Dra. Vera)

Míriam Cândida Silva e Dias – Pesquisadora

Prof. Dra. Vera L. Cançado – Orientadora

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na
pesquisa e concordo em participar.

Nome do sujeito da Pesquisa

Assinatura

Apêndice C – Roteiro de Entrevista

1 – Gostaria que você me falasse um pouco sobre a sua história/trajetória como Terapeuta Ocupacional: os subitens só serão abordados se a pessoa não falar sobre.

- a) Por que você optou por fazer Terapia Ocupacional?
- b) Você está satisfeito em atuar no ramo da Terapia Ocupacional? Por quê?
- c) Você pretende continuar atuando no ramo da Terapia Ocupacional? Por quê?

2 – Descreva suas atividades como terapeuta ocupacional dentro do hospital, sua rotina.

3 – Qual a sua percepção do seu contexto de trabalho em termos da organização do trabalho, relacionamento com os colegas (socioprofissional) e condições de trabalho ambiente físico?

4 – Qual a sua percepção de custo do trabalho que desenvolve, em termos de custo emocional, custo cognitivo e custo físico?

5 – Você se sente livre para expressar suas idéias dentro do hospital?

6 – Quanto à sua realização profissional?

7 – Você se sente esgotado pelo trabalho que desenvolve?

8 – Você percebe que seu trabalho é reconhecido dentro do hospital?

9 – Você tem ou já teve algum dano físico, social e/ou psicológico advindo de seu trabalho?

10 – Quais são os seus sentimentos, sensações mais freqüentes quando você está trabalhando? Antes de vir para o trabalho? após o trabalho?

11 – O que na sua profissão te leva a ter prazer? E sofrimento? E seus colegas, o que eles comentam sobre o assunto – o que os leva ao prazer? E ao sofrimento?

12 – Na sua opinião, o que deveria melhorar para se chegar uma situação ideal na sua rotina neste hospital? E na profissão?

13 – Como você vê a profissão de Terapia Ocupacional atualmente? Quais seriam os aspectos positivos e os aspectos negativos dessa profissão?

Apêndice D – Tabelas Alfa de Cronbach com todas as questões

Tabela 29: Alpha de Cronbach para a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho

Subescala	Alpha da subescala	ITEM	Alpha sendo item deletado
Organização do Trabalho	0,726	O ritmo de trabalho é acelerado	0,699
		As tarefas são cumpridas com pressão temporal	0,669
		Existe forte cobrança por resultados	0,717
		As normas para execução das tarefas são rígidas	0,725
		Existe fiscalização do desempenho	0,743
		O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	0,685
		Os resultados esperados estão fora da realidade	0,678
		Existe divisão entre quem planeja e quem executa	0,716
		As tarefas são repetitivas	0,739
		Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	0,687
		As tarefas executadas sofrem descontinuidade	0,707
		As tarefas não estão claramente definidas	0,717
		Relações Socioprofissionais	0,808
A distribuição das tarefas é injusta	0,803		
Os funcionários são excluídos das decisões	0,774		
Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	0,787		
Existem disputas profissionais no local de trabalho	0,802		
Falta integração no ambiente de trabalho	0,775		
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	0,767		
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	0,782		
As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	0,793		
Condições de Trabalho	0,871	As condições de trabalho são precárias	0,860
		O ambiente físico é desconfortável	0,853
		Existe muito barulho no ambiente de trabalho	0,878
		O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	0,847
		Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	0,855
		O posto/estação de trabalho é inadequado para realização das tarefas	0,851
		Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	0,855
		O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	0,849
		As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	0,873
		O material de consumo é insuficiente	0,866

Alpha geral da escala: 0,849

Tabela 30: Alpha de Cronbach para a Escala de Custo Humano do Trabalho

Subescala	Alpha da subescala	ITEM	Alpha sendo item deletado
Custo Emocional	0,856	Ter controle das emoções	0,841
		Ter que lidar com ordens contraditórias	0,842
		Ter custo emocional	0,844
		Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	0,843
		Disfarçar os sentimentos	0,842
		Ser obrigado a elogiar as pessoas	0,843
		Ser obrigado a ter bom humor	0,827
		Ser obrigado a cuidar da aparência física	0,849
		Ser bonzinho com os outros	0,855
		Transgredir valores éticos	0,859
		Ser submetido a constrangimentos	0,846
		Ser obrigado a sorrir	0,846
Custo Cognitivo	0,887	Desenvolver macetes	0,888
		Ter que resolver problemas	0,869
		Ser obrigado a lidar com imprevistos	0,870
		Fazer previsão de acontecimentos	0,871
		Usar a visão de forma contínua	0,869
		Usar a memória	0,863
		Ter desafios intelectuais	0,888
		Fazer esforço mental	0,872
		Ter concentração mental	0,874
Custo Físico	0,840	Usar a criatividade	0,842
		Usar a força física	0,832
		Usar os braços de forma contínua	0,834
		Ficar em posição curvada	0,832
		Caminhar	0,820
		Ser obrigado a ficar em pé	0,813
		Ter que manusear objetos pesados	0,817
		Fazer esforço físico	0,815
		Usar as pernas de forma contínua	0,807
		Usar as mãos de forma repetidas	0,835
		Subir e descer escadas	0,840

Alpha geral da escala: 0,912

Tabela 31: Alpha de Cronbach para a Escala de Indicadores de Prazer-sofrimento no trabalho

Subescala	Alpha da subescala	ITEM	Alpha sendo item deletado
Liberdade de expressão	0,812	Liberdade com a chefia para negociar minhas demandas	0,812
		Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0,779
		Solidariedade entre os colegas	0,786
		Confiança entre os colegas	0,781
		Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0,775
		Liberdade para usar a minha criatividade	0,798
		Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0,821
		Cooperação entre os colegas	0,774
Realização Profissional	0,937	Satisfação	0,925
		Motivação	0,923
		Orgulho pelo que faço	0,933
		Bem-estar	0,927
		Realização profissional	0,924
		Valorização	0,933
		Reconhecimento	0,932
		Identificação com as minhas tarefas	0,934
Gratificação pessoal com as minhas atividades	0,936		
Esgotamento Profissional	0,919	Esgotamento emocional	0,907
		Estresse	0,904
		Insatisfação	0,901
		Sobrecarga	0,914
		Frustração	0,901
		Insegurança	0,904
		Ameaça	0,924
		Medo	0,913
Falta de Reconhecimento	0,925	Falta de reconhecimento do meu esforço	0,916
		Falta de reconhecimento do meu desempenho	0,914
		Desvalorização	0,901
		Indignação	0,918
		Inutilidade	0,914
		Desqualificação	0,915
		Injustiça	0,919
Discriminação	0,922		

Alpha geral da escala: 0,787

Tabela 32: Alpha de Cronbach para a Escala Custo Humano do Trabalho

Subescala	Alpha da subescala	ITEM	Alpha sendo item deletado
Danos Físicos	0,808	Dores no corpo	0,772
		Dores nos braços	0,789
		Dor de cabeça	0,778
		Distúrbios respiratórios	0,827
		Distúrbios digestivos	0,782
		Dores nas costas	0,778
		Distúrbios auditivos	0,816
		Alterações do apetite	0,788
		Distúrbios na visão	0,813
		Alterações do sono	0,776
		Dores nas pernas	0,793
		Distúrbios circulatórios	0,802
Danos Sociais	0,846	Insensibilidade em relação aos colegas	0,837
		Dificuldades nas relações fora do trabalho	0,846
		Vontade de ficar sozinho	0,818
		Conflitos nas relações familiares	0,821
		Agressividade com os outros	0,813
		Dificuldade com os amigos	0,818
		Impaciência com as pessoas em geral	0,819
Danos Psicológicos	0,963	Amargura	0,961
		Sensação de vazio	0,958
		Sentimento de desamparo	0,958
		Mau-humor	0,961
		Vontade de desistir de tudo	0,958
		Tristeza	0,959
		Irritação com tudo	0,958
		Sensação de abandono	0,957
		Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0,964
		Solidão	0,960

Alpha geral da escala: 0,949

ANEXO A – Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA

Questionário

Este questionário é parte da dissertação do Mestrado Acadêmico em Administração da Faculdade Novos Horizontes. As informações prestadas por você são sigilosas e serão analisadas em conjunto com as informações fornecidas por seus colegas.

O questionário é composto por quatro seções e algumas questões abertas. Ao respondê-lo, siga as instruções de respostas. Não deixe nenhuma questão em branco.

Sua participação é fundamental.

Obrigada!

Míriam Dias

As questões que se seguem são do **Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA**

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho.

1 nada exigido	2 pouco exigido	3 mais ou menos exigido	4 bastante exigido	5 totalmente exigido
-------------------	--------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------

Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Ter concentração mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5
Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar em pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma repetidas	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5

Avaliando o seu trabalho nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorrem vivências positivas e negativas.

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis ou Mais vezes	
Liberdade com a chefia para negociar minhas demandas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar a minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6
Ameaça	0	1	2	3	4	5	6

Os itens a seguir tratam dos tipos de *problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos seis meses.*

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis vezes	
Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios na visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6