



UnB

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

**MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE DEFESA DO
TRABALHADOR DA SAÚDE MENTAL?**

Brasília

2021

Ana Clara Di Coimbra Oliveira

MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE DEFESA DO
TRABALHADOR DA SAÚDE MENTAL?

*MEDICALIZATION OF SUFFERING: A DEFENSE STRATEGY FOR MENTAL
HEALTH WORKERS?*

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações.

Orientador: Prof. Dr. Emílio Facas

Brasília,

Setembro de 2021

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Banca Examinadora constituída por:

Professor Doutor Emílio Peres Facas
Presidente da Banca Examinadora
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília - UNB

Professor Doutor Fernando de Oliveira Vieira
Examinador
Departamento de Administração - Universidade Federal Fluminense - UFF

Professora Doutora Liliam Deisy Ghizoni
Examinadora
Departamento de Administração - Universidade Federal do Tocantins - UFT

Professora Doutora Ana Magnólia Mendes
Suplente
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília - UnB

Agradecimentos

Ao meu orientador, Emílio, que desde os tempos de graduação me despertou interesse pela relação entre saúde mental e trabalho, ao me apresentar uma perspectiva crítica de pensar a Psicologia do Trabalho. E, atualmente, por ter acompanhado com paciência o meu amadurecimento acadêmico, me inspirando a percorrer os meus caminhos, me orientando e amparando minhas questões com muita sensibilidade durante toda essa jornada.

Ao Salomão, Mateus e Andreia, companheiros de trabalho e incentivadores do meu progresso profissional. Por escutarem minhas inquietações e permitirem (com MUITAS concessões) a materialização desse estudo.

Aos pacientes do consultório, pela confiança depositada e pelo despertar de indagações que antecederam essa busca investigativa. Aos trabalhadores da saúde mental, que já me confiaram suas angústias na posição de escuta de seu sofrimento ou que participaram do estudo e me proporcionaram tantos aprendizados.

Aos meus pais, Sandra e Otávio, que sempre dispensaram todos os esforços para minha educação, me incentivando na busca contínua pelo crescimento profissional e independência. Aos meus irmãos, Tatá e Lulu, por tornarem a minha jornada leve e com ternura.

Ao Baby (Bruno), por tudo isso (e algo mais!). Sou grata ao meu maior incentivador e admirador, que me impulsiona a buscar sempre mais. Ao me apresentar o conceito de companheirismo, seja nas leituras precisas, nas consultorias estatísticas ou nas (tantas) renúncias conjuntas nesse período.

Aos meus amigos, especialmente Elisa, Camila, Carol, Natália, Igor e Verônica, que se insistiram presentes em um momento tão turbulento e de ausências na minha vida. Aos colegas de pós-graduação, principalmente Giulia e Lorena, pelo apoio, trocas e enfrentamento do caminho acadêmico durante essa trajetória.

Por fim, aos professores doutores Fernando Vieira e Liliam Ghizoni, que gentilmente aceitaram participar da Banca Examinadora deste trabalho, ao dedicar seu tempo à leitura e contribuir com a construção desse conhecimento.

*“Súbita, uma angústia...
Ah, que angústia, que náusea do estômago à alma!
(...)
Uma angústia,
Uma desconsolação da epiderme da alma,
Um deixar cair os braços ao sol-pôr do esforço...
Renego.
Renego tudo.
Renego mais do que tudo.
(...)*

*Mas o que é que me falta, que o sinto faltar-me no estômago e na
circulação do sangue?
Que atordoamento vazio me esfalfa no cérebro?*

*Devo tomar qualquer coisa ou suicidar-me?
Não: vou existir. Arre! Vou existir.
E-xis-tir...”*

Fernando Pessoa

Resumo

Na teoria Psicodinâmica do Trabalho (PdT), diversos estudos contemplam trabalhadores da saúde mental, todavia o aumento do consumo de medicamentos na sociedade contemporânea e sua relação com o sofrimento no trabalho ainda não tinha sido objeto de investigação. O objetivo desse estudo de caso é investigar a relação entre as características da organização do trabalho no hospital psiquiátrico e o uso de medicamentos pelos seus trabalhadores. Foram aplicadas as Escalas de Organização do Trabalho, Indicadores de Sofrimento e Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho para avaliar a caracterização do trabalho, além de um questionário sobre o uso de medicamentos. As principais características da organização do trabalho do hospital psiquiátrico são discutidas a partir do risco moderado nos fatores: Divisão de Tarefas, Divisão Social do Trabalho, Esgotamento mental e Danos Físicos. O uso de medicamentos apresentou relação estatística significativa com vários fatores, sendo fortemente associado aos riscos nos Danos Físicos, Psicossociais e Falta de Sentido no Trabalho. Nos trabalhadores que não relacionam o uso de medicamentos ao trabalho, evidenciou-se associação aos riscos na Divisão Social do Trabalho, Esgotamento Mental, Danos Sociais e Físicos. Apresenta-se como hipótese que o uso de medicações pelos trabalhadores da saúde mental pode se situar nas estratégias defensivas conceituadas pela PdT, demonstrando a relação inconsciente entre sofrimento psíquico decorrente do trabalho e a medicalização.

Palavras-chave: Psicodinâmica do Trabalho; Trabalhador da Saúde Mental; Medicalização; Estratégia Defensiva; Mobilização Subjetiva.

Abstract

In the context of the psychodynamics of work (PdT), there are several studies dealing with mental health workers. However, the increase of drug use in today's society and its relationship to suffering at work have not yet been a subject of study. The aim of this case study is to investigate the relationship between the characteristics of work organization in a psychiatric hospital and the drug use of its employees. Scales of Work Organization, Suffering Indicators and Physical and Psychosocial Damage at Work were used to assess work organization, in addition to a questionnaire on the use of medications. The main characteristics of the psychiatric hospital's work organization are discussed based on the moderate risk in the factors: Division of Tasks, Social Division of Work, Mental Exhaustion and Physical Damage. Medication use was statistically significantly related to the factors, being strongly associated with risks of Physical and Psychosocial Damage and of Lack of Sense at Work. For workers who do not associate medication use with work, there was an association with risks in the Social Division of Labor, Mental Exhaustion, Social and Physical Damage. The factors that were classified as less risky showed significant associations with medication use. It is hypothesized that medication use by mental health workers can be in the defensive strategies conceptualized by PdT, highlighting the unconscious relationship between psychological distress from work and medicalization.

Key-Words: Psychodynamics of Work; Mental Health Worker; Medicalization; Defense Strategies; Subjective mobilization.

Lista de Figuras

Figura 1. Exemplos de itens por fator da EOT. Fonte: adaptado Facas e Mendes (2018).

Figura 2. Exemplos de itens por fator da EIST. Fonte: adaptado Facas e Mendes (2018).

Figura 3. Exemplos de itens por fator da EDT. Fonte: adaptado Facas e Mendes (2018).

Figura 4. Caracterização da amostra de Trabalhadores da Saúde Mental (n=91).

Figura 5. Gráfico de frequência do fator DT. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 6. Gráfico de frequência do fator DST. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 7. Gráfico de frequência do fator FST. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 8. Gráfico de frequência do fator EM. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 9. Gráfico de frequência do fator FR. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 10. Gráfico de caixa do fator FR. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 11. Gráfico de frequência do fator DP. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 12. Gráfico de frequência do fator DP. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 13. Gráfico de frequência do fator DS. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 14. Gráfico de frequência do fator DF. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 15. Gráfico de frequência do uso de medicamentos. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 16. Gráfico de frequência do uso de medicamentos relacionado ao trabalho e não relacionado ao trabalho. Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 17: Quadro de associações do uso de medicamentos com ou sem relação com o trabalho pelos TSM com fatores das EOT, EIST e EDT.

Figura 18: Quadro de associações do uso de psicofármacos com ou sem relação com o trabalho pelos TSM com fatores das EOT, EIST e EDT.

Figura 19. Fatores e categorias de análise da associação com o uso de medicamentos. Itens grafados em cinza descrevem resultados do modelo ajustado por sexo, escolaridade e tempo de atuação.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Descrição de valores médios dos fatores EOT, EIST, EDT e seus indicadores (n=91).

Tabela 2. Descrição de valores da EOT, de acordo com os fatores DT e DST (n=91).

Tabela 3. Descrição dos itens do fator DT com maiores e menores riscos (n=91).

Tabela 4. Regressão do fator “Divisão das tarefas”.

Tabela 5. Descrição dos itens do fator DST com maiores e menores riscos (n=91).

Tabela 6. Regressão do fator “Divisão Social do Trabalho”.

Tabela 7. Descrição de valores da EIST, de acordo com os fatores FST, EM e FR (n=91).

Tabela 8. Descrição dos itens do fator FST com maiores e menores riscos (n=91).

Tabela 9. Regressão do fator “Falta de Sentido do Trabalho”

Tabela 10. Descrição dos itens do fator EM com maiores e menores riscos (n=91).

Tabela 11. Regressão do fator “Esgotamento Mental”

Tabela 12. Descrição dos itens do fator FR com maiores e menores riscos (n=91).

Tabela 13. Regressão do fator “Falta de Reconhecimento”

Tabela 14. Descrição de valores da EDT, de acordo com os fatores DP, DS e FS (n=91).

Tabela 15. Descrição dos itens do fator DP com maiores e menores riscos (n=91).

Tabela 16. Regressão do fator “Danos Psicológicos”

Tabela 17. Descrição dos itens do fator DS com maiores e menores riscos (n=91).

Tabela 18. Regressão do fator “Danos Sociais”

Tabela 19. Descrição dos itens do fator DF com maiores e menores riscos (n=91).

Tabela 20. Regressão do fator “Danos Físicos”

Tabela 21. Associação entre uso de medicamentos e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT (n=91).

Tabela 22. Associação entre uso de medicamentos e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT ajustado por categorias sócio demográficas(n=91).

Tabela 23. Associação entre uso de medicamentos relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT ajustado por categorias sociodemográficas (n=91).

Tabela 24. Associação entre uso de psicofármacos relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT bruto e ajustado por categorias sociodemográficas (n=91).

Tabela 25. Associação entre uso de medicamentos para dor relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT bruto e ajustado por categorias sociodemográficas (n=91).

Tabela 26. Associação entre uso de medicamentos gastrointestinais relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT bruto e ajustado por categorias sociodemográficas (n=91).

Tabela 27. Associação entre a quantidade de medicamento relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT (n=91).

Tabela 28. Associação entre uso de medicamentos não relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT (n=91).

Tabela 29. Associação entre uso de medicamentos psicofármacos não relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT (n=91)

Lista de Abreviaturas e Siglas

DF -	Danos Físicos
Dp -	Desvio Padrão
DP -	Danos Psicológicos
DS -	Danos Sociais
DST -	Divisão Social do Trabalho
DT -	Divisão de Tarefas
EDT -	Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho
EM -	Esgotamento Mental
EOT -	Escala de Organização do Trabalho
EIST -	Escala Indicador de Sofrimento no Trabalho
FR -	Falta de Reconhecimento
FST -	Falta de Sentido no Trabalho
n -	amostra
PDT -	Psicodinâmica do Trabalho
PROART -	Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais no Trabalho
SPSS -	Statistical Package for Social Science
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI -	Tecnologia da Informação
TSG -	Trabalhadores da Saúde em Geral
TSM -	Trabalhadores da Saúde Mental

Sumário

Introdução	14
Justificativa Científica	18
Justificativa Geral	23
Objetivo Geral	25
Objetivos específicos	25
1 Fundamentação Teórica	27
1.1 Pesquisa em psicodinâmica do trabalho: possibilidades	27
1.1.1 <i>Os conceitos da psicodinâmica do trabalho</i>	29
1.1.2 <i>Estratégias defensivas para lidar com o sofrimento no trabalho</i>	38
1.2 Contextualização do estudo	44
1.2.1 <i>Hospital psiquiátrico: origem, atualidade e impactos no contexto de trabalho</i>	44
1.2.2 <i>Panorama das pesquisas sobre o Trabalhador da Saúde Mental</i>	52
1.2.3 <i>Trabalhadores da saúde mental: da medicalização ao deslocamento do sofrimento</i>	64
2 Método	74
2.1 Caracterização do campo de investigação	75
2.2 Amostra	77
2.3 Instrumentos	78
2.3.1 <i>Escala de Organização do Trabalho (EOT)</i>	79
2.3.2 <i>Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho (EIST)</i>	79
2.3.3 <i>Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho (EDT)</i>	80
2.3.4 <i>Questões sobre medicamentos</i>	81
2.3.5 <i>Questionário sociodemográfico e profissional</i>	81
2.4 Procedimentos de coleta de dados	82

	13
2.5 Caracterização dos respondentes _____	84
2.6 Procedimento de Análise de Dados _____	85
3 Resultados e Discussão _____	88
3.1 Resultados da Escala de Organização do Trabalho (EOT) _____	89
3.1.1 <i>Resultados Fator Divisão de Tarefas (DT)</i> _____	89
3.1.2 <i>Resultados Fator Divisão Social do Trabalho (DST)</i> _____	91
3.2 Discussão sobre a Organização do Trabalho _____	93
3.3 Resultados da Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho (EIST) _____	98
3.3.1 <i>Resultados Fator Falta de Sentido do Trabalho (FST)</i> _____	99
3.3.2 <i>Fator Esgotamento Mental (EM)</i> _____	101
3.3.3 <i>Resultados Fator Falta de Reconhecimento (FR)</i> _____	103
3.4 Discussão sobre o Sofrimento no Trabalho _____	105
3.5 Resultados Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho (EDT) _____	111
3.5.1 <i>Resultados Fator Danos Psicológicos (DP)</i> _____	112
3.5.2 <i>Resultados Fator Danos Sociais (DS)</i> _____	114
3.5.3 <i>Resultados Fator Danos Físicos (DF)</i> _____	116
3.6 Discussão sobre danos ocasionados pelo trabalho _____	117
3.7 Resultados do questionário sobre o uso de medicamentos _____	122
3.7.1 <i>Resultados “Uso de medicamentos descritos como decorrentes do trabalho”</i> _	126
3.7.2 <i>Resultados “Uso de medicamentos descritos como sem relação com trabalho”</i>	130
3.8 Discussão sobre o uso de medicações e os indicadores das EOT, EIST e EDT _____	132
Considerações Finais _____	145
Referências Bibliográficas _____	149
Apêndice _____	169

Introdução

A investigação dos efeitos do trabalho sobre a saúde mental é um tema necessário, visto que esse é um caminho possível para minimizar condições nocivas à saúde dos trabalhadores. Enquanto o trabalho constituir o processo de mediação entre homem, natureza e sociedade, a necessidade de investigar suas consequências na vida do sujeito permanecerá constante.

É imperativo questionarmos e entendermos qual a implicação que o trabalho pode provocar em nossa saúde. Parafraseando Marx (1867/2013), já se tem conhecimento que o trabalho pode oferecer o melhor e o pior da existência humana. O trabalho pode assumir o papel emancipador ou nos conduzir diretamente à alienação, em todos os sentidos que essa palavra pode carregar.

Historicamente, o estudo da relação entre sujeito-trabalho-saúde tem sido bastante explorado por diferentes ciências, situando-se na fronteira entre várias disciplinas e abordado a partir de duas perspectivas: saúde ocupacional e saúde do trabalhador. A primeira é predominantemente utilizada pela medicina do trabalho, que age sobre as consequências e medicaliza os sintomas. A segunda é voltada para interdisciplinaridade, a qual busca compreender o ser humano na sua relação com os processos de trabalho e os determinantes sociais do processo saúde-doença (Oliveira & Bastos, 2017; Uchida et al., 2011).

A psicologia iniciou sua aproximação com a saúde mental do trabalhador a partir da necessidade de se adotar um olhar além dos aspectos biológicos, que incorporasse os fatores psíquicos e sociais. A psicologia do trabalho apresenta uma vasta amplitude de orientações teórico-metodológicas, sendo as principais: as teorias sobre estresse, as abordagens epidemiológicas e/ou diagnósticas, a psicossociologia do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. No entanto, independentemente do ramo de interface entre trabalho e saúde mental, as investigações relacionadas aos trabalhadores da saúde são frequentes. Afinal, estes são os trabalhadores que se

constituem como agentes produtores de saúde nas pessoas e suas condições de trabalho e de saúde implicam diretamente na qualidade da promoção da assistência, considerando que ainda hoje não existe uma política específica para o trabalhador da área da saúde.

Em função dessa pertinência, acumula-se uma vasta quantidade de pesquisas da relação sujeito-trabalho-saúde no ambiente laboral da saúde. Não obstante, trata-se de um panorama extenso, com muitas particularidades e cuja complexidade ainda merece estudos detalhados. O trabalho em ambiente hospitalar é heterogêneo, dinâmico e estimulante e, em contrapartida, estressante, com atividades insalubres e penosas para os trabalhadores (Malik, 2012; Santos et al., 2017). Especificamente, o hospital psiquiátrico é um tipo de instituição que já foi bastante questionada e esmiuçada em estudos acadêmicos, seja pela origem de sua constituição na sociedade ou pelas suas práticas questionáveis do passado.

Atualmente, o modelo de assistência hospitalar à saúde mental foi modificado e, a partir da Reforma Psiquiátrica, já apresenta uma série de melhorias. Todavia, sem atingir a dimensão necessária, visto que o processo envolve um conjunto de fatores. Muito se fala sobre os hospitais psiquiátricos nas investigações científicas, nas quais a discussão está sempre centrada nas práticas manicomiais, na reforma psiquiátrica ou até mesmo em sua extinção (por exemplo, Ballarin et al., 2010; Bastos & Jorge, 2011; Leão & Batista, 2020; Nunes et al., 2016; Nunes et al., 2019; Passos, 2003), e pouco se fala sobre a organização do trabalho em si. No entanto, o que se observa é que são instituições que perduram e são centrais na assistência da crise aguda dos transtornos mentais, ainda mais com as recentes mudanças nas políticas de assistência à saúde mental que retoma parcialmente a centralidade dos hospitais psiquiátricos (Cruz et al., 2020; Sousa & Jorge, 2018). Isso, por si só, atualiza a justificativa de uma investigação sobre os profissionais da saúde mental desse tipo de organização do trabalho.

O histórico dessas instituições carrega um estigma importante, associado a mitos e preconceitos que envolvem a loucura social. Uma reportagem interessante

publicada no jornal inglês *The Guardian* (Reynolds, 2017) relatou sobre as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde mental que lutam contra o estigma que carregam quanto seu próprio adoecimento mental. Esse estigma diz respeito à expectativa de que os profissionais da saúde mental (que prestam assistência a pessoas com transtornos mentais) devem ter sua saúde mental íntegra, apresentando-se autossuficientes face a um trabalho emocionalmente desafiador. Pelo medo do julgamento ou da discriminação, muitas pessoas que trabalham no setor relutam em falar sobre o seu próprio sofrimento psíquico e sentem uma pressão imensa pela organização quanto ao autocontrole de suas emoções. Como consequência, segundo a reportagem, é amplamente assumido pela instituição que esses trabalhadores sejam menos suscetíveis a traumas decorrentes da realidade de trabalho, o que não corresponde à realidade.

O conteúdo da reportagem supracitada vai de encontro aos resultados das investigações realizadas por Moreira e Lucca (2020) Sousa e Jorge (2018). Nestes estudos, identifica-se uma ligeira prevalência dos Transtornos Mentais Comuns entre Trabalhadores da Saúde Mental (TSM) quando comparados aos Trabalhadores da Saúde em Geral (TSG). O discurso estigmatizado sobre o sofrimento psíquico no mundo do trabalho está aglutinado em uma grande diversidade de profissões, não só naquelas ligadas à área da saúde. Isto posto, surge o questionamento de quais são as alternativas viáveis utilizadas por estes trabalhadores, em busca de se preservarem diante desses sentimentos silenciados.

Esse contexto nebuloso, conectado com os novos sistemas de controle do processo de trabalho com as recentes certificações de acreditação em saúde (Torres & Pereira, 2017), resulta em uma configuração de sofrimento particular, na qual esses trabalhadores são submetidos. É importante ressaltar que a assistência à saúde mental se trata de um trabalho que funciona com base em uma forte mobilização afetiva e exige uma dimensão relacional imensa entre o trabalhador e o usuário do serviço (Ramminger & Brito, 2011). No entanto, ao analisarmos a literatura, apenas poucos

estudos elucidam a relação entre saúde e trabalho em saúde mental, especificamente quanto aos aspectos subjetivos relacionados ao íntegro funcionamento psíquico no trabalho em um hospital psiquiátrico, conforme detalhamento mais à frente quanto as justificativas científicas.

O que se especula é sobre quais as estratégias que o trabalhador da saúde mental utiliza para manter sua sanidade? Ao observar os relatos dos entrevistados na reportagem citada (Reynolds, 2017), é possível perceber um processo de silenciamento evidente entre o profissional da saúde mental e a organização de trabalho sobre esse sofrimento. Em ambientes laborais onde há o silenciamento do sofrimento, segundo Leão e Brant (2015), observam-se os movimentos de corporificação (busca de patologias no corpo) concomitante à psicossomática e, então, a busca pela medicalização de problemas cuja causalidade não estaria no corpo ou nas instâncias psíquicas, mas sim nas relações sociais.

A complexidade da manifestação do sofrimento no âmbito laboral requer cuidado e atenção no trato de uma questão pluridimensional que, ao longo do tempo, vem sendo transformada em problemas médicos ou psiquiátricos (Conrad, 2007). A medicina farmacológica se tornou uma aliada nesse processo tanto para o fomento energético para realização de longas jornadas trabalhistas, quanto na correção de desequilíbrios físicos (com o uso de analgésicos, relaxantes musculares, anti-inflamatórios) e emocionais (os atrativos psicofármacos) causados pelo excesso/precarização do trabalho. Nessa mesma lógica, frente as transformações que o mundo tem passado, os indivíduos se tornam cada vez mais devoradores de remédios (Stacciarini et al., 2020).

Há poucos estudos que relacionam o uso de medicações pelo trabalhador e a organização de trabalho (Gasse et al., 2013; Leão et al., 2021). Há também uma escassez de investigações acerca do uso de medicamentos pelos profissionais da saúde (Luz et al., 2012; Santana et al., 2017). E, dentre essas poucas investigações, na literatura atual não foram identificados estudos específicos sobre o uso de

medicamento pelos TSM, como será apresentado no segundo capítulo, na seção “Trabalhadores da saúde mental: da medicalização ao deslocamento do sofrimento”. Em face do exposto, surge o questionamento: qual a relação entre as características da organização do trabalho de saúde mental e o uso de medicamentos pelo trabalhador da saúde mental? Por meio de uma investigação exploratória teórico-empírica, visouse colocar no cerne da investigação um campo particular: o hospital psiquiátrico.

Para essa investigação, será utilizado o construto teórico da Psicodinâmica do Trabalho (PdT). O seu objeto de estudo é composto pelos “fenômenos do mundo do trabalho que impactam sobre a dinâmica intrapsíquica e sobre a subjetividade” (Dejours et al., 1994, p. 14), que podem ser relacionados com a busca de medicações pelos trabalhadores. Por ser uma teoria que propõe a análise das dinâmicas envolvidas nas situações de trabalho que conduzem ao prazer ou ao sofrimento, possibilita a investigação das características da organização do trabalho e dos aspectos subjetivos desenvolvidos pelos trabalhadores para manter a sanidade ilesa. A análise das estratégias de defesa dos trabalhadores permite ampliar o enfoque das psicopatologias do trabalho além da fronteira saúde-doença, como por exemplo sobre as alternativas utilizadas para lidar com o sofrimento psíquico cotidiano.

Christophe Dejours desenvolve estratégias para analisar as contradições da organização do trabalho e seus impactos nas patologias sociais, na saúde e no adoecimento, conforme esclarece Mendes (2007). Assim, elegeu-se os conceitos de “organização do trabalho”, “estratégias de defesa”, “sofrimento patogênico” e “medicalização” como objetos de pesquisa, os quais foram examinados de acordo com a atual produção científica da teoria citada.

Justificativa Científica

Foram realizados levantamentos bibliográficos com foco em discussões teóricas acerca dos conceitos da PdT aplicados aos TSM. Diante dessa busca, observou-se uma contradição: a alta produção científica sobre TSG, principalmente enfermeiros, e

poucas investigações sobre os TSM. Ainda, a maior parte destes estudos foi executada nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), os quais apresentam processos de trabalho completamente diferentes dos hospitais psiquiátricos.

Nesse universo, foram encontradas cinco revisões da literatura sobre a produção científica da PdT. Dentre essas, duas priorizaram o levantamento bibliométrico nacional e internacional e suas repercussões científicas (Machado et al., 2017; Machado & Macêdo, 2016) e as demais apresentaram um panorama geral acerca dessas investigações, discriminando objetos de estudo, categorias teóricas investigadas e lacunas na literatura (Conde et al., 2019; Giongo et al., 2015; Merlo & Mendes, 2009). Detalhando essas produções, é possível observar a insuficiência de pesquisas sobre os TSM.

Na revisão bibliográfica realizada por Merlo e Mendes (2009), foram levantados estudos entre os anos de 1996 a 2009. Entre os 79 trabalhos selecionados, 13 investigaram a categoria profissional de TSG e apenas 1 apresentou como objeto de estudo o TSM. Curiosamente, 70% (9) realizaram um recorte considerando como “trabalhador da saúde” apenas o grupo que constitui o departamento de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). A maioria apresentou investigações com o levantamento de dados descritos de forma qualitativa, elencando como categorias teóricas o sofrimento psíquico (relato de vivências de prazer-sofrimento), processo de trabalho (dinâmica entre trabalho prescrito-real) e qualidade de vida desses trabalhadores da enfermagem.

Já no trabalho realizado por Giongo et al. (2015), foram levantados estudos realizados entre os anos de 2007 e 2012. Dentre os 73 trabalhos selecionados, 19 investigaram trabalhadores da área da saúde, constatada como a categoria profissional mais pesquisada pela PdT durante esse período. Essa revisão bibliográfica não apresentou de forma detalhada os estudos levantados, não sendo possível esclarecer quantos investigaram especificamente TSM. No entanto, em um breve levantamento parcial no Portal de Periódicos da CAPES no período especificado, utilizando o

descriptor “*psicodinâmica do trabalho*” AND “*saúde*”, foram encontrados 16 estudos realizados com trabalhadores da área da saúde, sendo apenas 2 destes com TSM. As investigações mantiveram a ênfase na linha apresentada pela revisão bibliográfica realizada por Merlo e Mendes (2009): o levantamento de dados descritos qualitativamente, a partir do eixo temático sobre sofrimento psíquico (dinâmica prazer-sofrimento). Ademais, três investigações sobre o sentido do trabalho e precarização do trabalho.

No levantamento feito por Conde et al. (2019) foram encontrados 20 estudos realizados entre os anos de 2005 e 2015. Novamente, foi identificada a presença maior de pesquisas com TSG (principalmente no ambiente da UTI neonatal e ênfase nos trabalhadores da enfermagem). Nessas publicações, foi investigado principalmente o eixo temático do sofrimento psíquico, mas começaram a aparecer mais investigações que vão além da dinâmica de prazer-sofrimento: mobilização criativa, construção de identidade e estratégias de defesas (enquanto disciplinarização do corpo e passividade).

Para uma análise atualizada, realizou-se o levantamento de publicações científicas nacionais no período compreendido entre 2016 e 2021. Nessa busca, utilizou-se o descritor “*psicodinâmica do trabalho*” AND “*saúde*”. As bases de dados utilizadas para o levantamento bibliográfico foram Scopus, Web of Science, Portal de Periódicos da Capes e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram encontrados 104 artigos, sendo 31 com abordagem da PdT no contexto laboral de saúde (13 sobre a realidade de trabalho da enfermagem). Destes, foram selecionadas as publicações que investigavam os TSM e apenas 4 tinham como objeto de investigação os trabalhadores que atuavam na assistência à Saúde Mental (Bezerra et al., 2018; Kolhs et al., 2019; Machado et al., 2018; Silva et al., 2017). Todos esses estudos foram realizados com TSM que atuam em CAPS.

Foram excluídas dessa análise as publicações que se concentravam em apresentar a contextualização e dificuldades enfrentadas com a implantação da

Reforma Psiquiátrica; desintitucionalização e suas repercussões; ênfase na concepção de “loucura” (institucional e dos profissionais); sobre a maneira que se desenvolve a prestação de assistência aos usuários dos CAPS; sobre a qualidade do serviço prestado e sobre os desafios inerentes às políticas públicas de saúde mental. As publicações que tinham como objetivo investigar as vivências de trabalho exclusivamente de equipes de enfermagem também foram excluídas.

O objetivo dessa exposição detalhada não é apresentar o censo de publicações, mas discorrer em linhas gerais sobre os aspectos da produção científica da PdT no diz respeito às vivências subjetivas no trabalho dos TSM dos hospitais psiquiátricos. A separação entre os estudos realizados com TSG e TSM é relevante por este se tratar de contexto de trabalho completamente distinto. Quanto ao trabalho na saúde mental, há uma diferença persistente entre a organização de trabalho do hospital psiquiátrico e dos CAPS. Ademais, investigações com recorte de atuação profissional exclusiva de equipes de enfermagem podem perder informações valiosas sobre a vivências profissionais multidisciplinares nesse contexto.

Desse modo, é possível apontar que, nesse levantamento que corresponde a 25 anos de pesquisas em PdT, evidentemente os trabalhadores da saúde aparecem como um nicho de interesse nesse modelo de investigação. Não obstante, poucos trabalhos tiveram como objeto de estudo a investigação de TSM. Também é notável que as categorias teóricas menos discutidas foram as relacionadas à mobilização subjetiva do trabalhador, no eixo temático de estratégias de defesa.

O foco da PdT está voltado para análise do equilíbrio psíquico do sujeito, mesmo quando exposto a sofrimento. Assim, entender os processos inerentes às estratégias defensivas e de enfrentamento é fundamental. A *sublimação* (conceito proposto pela psicanálise) é uma categoria de defesa do Ego que se sobressai nesse processo de buscar saídas saudáveis em detrimento ao sofrimento psíquico (Freud, 1938/1996b). No entanto, os estudos esclarecem que:

as estratégias de defesa têm como função adaptar o sujeito às pressões de trabalho com o objetivo de conjurar o sofrimento. Diferenciam-se dos mecanismos de defesa do ego por não serem interiorizados e persistirem a partir da presença de uma situação externa. (Bueno & Macêdo, 2012, p. 314).

Portanto, além da sublimação, os TSM fazem uso de diversas outras estratégias defensivas que os possibilitam mascarar o sofrimento, como um “escudo protetor”, ainda que não sejam capazes de modificar a causa (Dejours, 2000). O autor refere que essas estratégias podem aparecer de formas sutis, não obstante cheias de engenhosidade e inventividade. Giongo et al. (2015) relataram como estratégia de defesa dos trabalhadores as reações individuais ou coletivas mediante o sofrimento, podendo ser caracterizadas como

choro, riso, negação, atitudes agressivas, leitura, prática religiosa, atividades físicas, terapias, racionalização, adoção de brincadeiras, negação do sofrimento, projeção, identificação, passividade, improvisação, somatização, visão do trabalho como meio de sobrevivência e afastamento dos fatores causadores de sofrimento (Giongo et al., 2015, p. 811)

Assim, as investigações sobre o que concerne as estratégias defensivas podem elucidar o que está por trás de ações que anestesiam o sofrimento do sujeito e que, por vezes, podem inclusive atenuar as formas de adoecimentos que passam a ser menos evidentes nos estudos. Não se observa na literatura citada a análise do processo de medicalização dos trabalhadores da saúde. Nesse âmbito, as investigações nem citam em qual ponto essa temática poderia entrar ou contribuir na discussão teórica em PdT.

Portanto, a escolha teórica de investigação a partir da PdT justifica-se com base na ausência de estudos que relacionem a organização do trabalho do hospital psiquiátrico e a medicalização do trabalhador da saúde mental. O que se busca é contribuir com as formulações teóricas desenvolvidas até o momento quanto a

estratégias de defesa e medicalização do trabalhador. Essas elucidações podem colaborar para o avanço de uma teoria mais sólida, propiciando reflexões sobre as particularidades e possibilidades de progresso da PdT enquanto referencial teórico.

Justificativa Geral

A temática saúde mental e trabalho invade as pesquisas acadêmicas há tempos e, nesse ínterim, já é dado como certo que o trabalho causa impreterivelmente sofrimento. A partir desse saber, dada a atualidade do ideário neoliberal, a organização de trabalho já é legitimada enquanto causa desse sofrimento e se torna um dever social o reparo, ao menos que parcial, desses danos.

Os resultados desta pesquisa combinados com a literatura levantada dentro da abordagem da PdT contribuem para a construção de espaços para a problematização e discussão do trabalho em saúde mental. Diante do contexto atual, de modificação de políticas públicas relacionadas à saúde mental, é fundamental que produções científicas participem desse debate, contribuindo com perspectivas que auxiliem na criação de um ambiente propício a qualidade de vida no trabalho.

Além do mais, pesquisas recentes evidenciam um avanço na subnotificação do adoecimento relacionado ao trabalho no Brasil (Araújo et al., 2017). Antes mesmo de ocultar o adoecimento de trabalhadores, as organizações negam a presença de qualquer risco à saúde dos trabalhadores no local de trabalho. Esse cenário é uma realidade principalmente nas instituições de saúde que, ao invés de registrarem a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), “solucionam” a ocorrência. A presença de médicos e outros profissionais com conhecimento técnico suficiente realizam o atendimento ao trabalhador, ao passo que prescrevem a terapia apropriada. Diante disso, é alta a possibilidade de muitos casos não chegarem ao conhecimento público. Portanto, esse estudo pode propiciar um ponto de partida sobre a existência de contradições nesse processo de notificações e nos tratamentos que estão sendo realizados pelos profissionais.

Nessa discussão, a própria forma de identificação da ocorrência perpassa o paradigma do modelo biomédico de apreensão do sofrimento. Dejours (1997/2005) sintetiza que o enigma a ser desvendado é a normalidade de como os trabalhadores conseguem lidar com os sofrimentos impostos pelas restrições no trabalho, preservando o equilíbrio mental. Entretanto, o olhar médico perpassa a expansão da farmacologia moderna. Calais (2016) argumenta sobre a forte propensão do modelo atual de querer medicalizar todos os problemas da vida. Inclusive, o autor pontua que o paradigma da saúde mental não explica o desenvolvimento da farmacopeia dos mercados de sintomas psicossociais.

Ao examinar o crescimento do setor farmacêutico no país, Stacciarini et al. (2020) revelam que:

em um intervalo de seis anos, a venda de medicamentos no país salta de 101 bilhões de doses (2012), para 162 bilhões (2017), incremento de 60,4%. O faturamento, de maneira semelhante, passa de R\$ 32 bilhões (2012) para atingir R\$ 57 bilhões (2017), acréscimo de 78%. (p. 43)

Para os autores, esses dados revelam que um conjunto crescente de substâncias estimulantes (fortificantes, vitaminas, suplementos), estabilizadores (ansiolíticos e antidepressivos) e analgésicos estão cada vez mais vinculadas ao dia a dia das pessoas. Esses dados estão relacionados a um contexto complicado no país, ao passo que observamos uma flexibilização nas regulações trabalhistas, sobrecarga de trabalho, novas demandas de desempenho, parâmetros de competição e pressão pela otimização da força de trabalho e consumo da “felicidade”. Esse raciocínio é ainda somado às revelações de que

a venda de antidepressivos e estabilizadores de humor vem ampliando constantemente no território brasileiro. Só no ano de 2016, o setor teve crescimento de aproximadamente 18%, índice que culminou num fluxo de R\$ 3,4 bilhões em vendas. Com este montante, o comércio de antidepressivos e

estabilizadores de humor ficou em segundo lugar no ranking de negócios do setor farmacêutico, perdendo apenas para os analgésicos, que também estão diretamente vinculados às questões aqui abordadas, e cujas vendas somaram cerca R\$ 3,8 bilhões. (Stacciarini et al., 2020, p. 46)

Com relação a esse dado atualizado, já sabemos que a pandemia da Covid-19 afetou largamente a saúde mental das pessoas (Dias et al., 2021), o que teve como desdobramento o aumento expressivo no consumo de psicofármacos (Quemel et al., 2021).

Sendo assim, existem importantes lacunas na compreensão das relações entre trabalho e a busca de medicamentos para lidar com o sofrimento psíquico ou físico decorrente desse cenário. Assim, “o desvendamento do sofrimento psíquico desde o estado pré-patológico permite progredir na identificação das consequências das organizações do trabalho sobre a saúde mental dos indivíduos e pensar em uma intervenção preventiva” (Merlo & Mendes, 2009, p. 143).

O esclarecimento dessas lacunas se torna imprescindível ao observamos que elas limitam e criam impasses ainda não resolvidos para, por exemplo, a atenção à saúde nos serviços que atendem os trabalhadores.

Objetivo Geral

Portanto, essa pesquisa tem como objetivo geral investigar a relação entre as características da organização do trabalho na saúde mental e o uso de medicamentos pelos trabalhadores de uma instituição de saúde mental. Assim, espera-se provocar reflexões para a problemática levantada a partir de um estudo exploratório que revele um mapa de calor sobre a medicalização e os trabalhadores de saúde mental.

Objetivos específicos

Os objetivos específicos desse estudo são:

- I. Mapear as características da organização do trabalho, os indicadores de sofrimento patogênico do trabalho, e os danos físicos, psicológicos e sociais decorrentes do trabalho
- II. Identificar o perfil do uso de medicamentos pelos trabalhadores. Se em uso de medicação, identificar se o trabalhador relaciona o uso ao trabalho, o tipo, a quantidade e o tempo de uso da medicação
- III. Identificar, por meio de análises estatísticas descritivas e regressões lineares, a relação entre os fatores mapeados e o perfil dos trabalhadores
- IV. Identificar, por meio de análises estatísticas descritivas e regressões lineares, os dados referentes ao uso de medicamentos e os fatores mapeados sobre a organização do trabalho, indicadores de sofrimento e danos físicos, psicológicos e sociais decorrentes do trabalho

Fundamentação Teórica

1.1 Pesquisa em psicodinâmica do trabalho: possibilidades

A Psicodinâmica do Trabalho apresenta-se como uma categoria de investigação que é, fundamentalmente, uma teoria crítica do trabalho e um método clínico. Desenvolvida por Christophe Dejours, a teoria fundamenta-se em duas bases epistemológicas: a psicanálise e a sociologia crítica. A abordagem científica é consolidada como um debate teórico e uma técnica de interpretação de dados para investigações empíricas (Dejours, 2004a).

Uma das principais contribuições da PdT é explorar os efeitos que a organização do trabalho exerce na saúde mental do trabalhador. Assim, por meio de sua metodologia, a teoria oferece instrumentos de intervenção capazes de compreender a dinâmica nos processos de saúde/doença mental no trabalho. Para isso, Dejours (1993/2008a) estabeleceu as seguintes etapas de pesquisa: pré-enquete; enquete; análise de demanda; análise do material da enquete; observação clínica; interpretação; validação e refutação; e validação ampliada. Portanto, a metodologia trabalha com a escuta clínica do trabalho em um grupo de trabalhadores, no qual o pesquisador possibilita a circulação da fala sobre o trabalho. Através desse espaço público de fala, escuta e ressignificação do sofrimento, cria-se espaço para a ocorrência de ações que transformem o real do trabalho, caracterizando este como um método de pesquisa-ação no processo de trabalho. A suposição de uma investigação em pesquisa-ação, de maneira indissociável, depara-se com várias dificuldades práticas que acabam gerando implicações ao uso da metodologia de trabalho proposta pelo autor.

A execução da denominada clínica do trabalho decorre diretamente da intervenção prática nas situações concretas do trabalho, sendo completamente dependente do trabalho de campo para se desenvolver. Para tanto, é necessário que a organização de trabalho permita ou demande expressamente uma intervenção com essa ação. O problema é que, culturalmente, várias barreiras podem estar associadas a

essa prática no mundo organizacional. Ao analisar a finalidade da teoria, conforme análise do método realizada por Mendes e Araújo (2012), é possível notar que dificilmente uma organização demanda que suas contradições sejam ditas e trabalhadas de maneira crítica, solicitando ou permitindo a instauração de um espaço público de discussão com o coletivo de trabalhadores. Ainda, com o principal objetivo de gerar mobilização e mudanças a partir dessas ações reflexivas – que partem de uma percepção individual para a construção da percepção coletiva – essas discussões coletivas podem alavancar maior resistência pela organização do trabalho e rejeição do método proposto (Heloani & Lancman, 2004).

Dejours (2007) disserta sobre os riscos intrínsecos à metodologia para execução da clínica do trabalho. A finalidade da intervenção é combater a dinâmica de alienação imposta pela organização e modificá-la. Ainda que os sujeitos ou a organização não sejam identificados através da pesquisa, a ação prática pode desencadear conteúdos latentes importantes que localizam a organização de trabalho em suas discrepâncias. Nesse contexto, uma questão ética considerável acaba sendo implicada ao trabalho dos pesquisadores que cogitam utilizar o método para estudar as relações de trabalho e suas repercussões na saúde mental. Ao se depararem com o real do campo de pesquisa, se esbarram com a distância que este ocupa do cenário ideal.

Observa-se que grande parte dos estudos que se propõe utilizar a PdT enquanto pesquisa-ação não segue à risca todos os passos do método original. Esses estudos, como observou Mendes (2007), estabelecem suas investigações a partir da categoria teórica, mantendo-se fiel ao uso dos conceitos propostos para o delineamento de outras pesquisas empíricas. Com esse movimento, a PdT passa a assumir uma posição científica enquanto abordagem teórica que aporta outros métodos científicos de coleta e análise de dados. Assim, o uso de seu referencial teórico tenta compreender as realidades de trabalho, principalmente na área de saúde mental, com o intuito de fundamentar outros métodos, buscando uma interpretação aprofundada e rompendo

os limites impostos por outras abordagens. A adaptação de um método é essencial para que se consiga apreender diversas realidades (Merlo & Mendes, 2009).

Portanto, esta pesquisa irá trabalhar na perspectiva que utiliza a PdT enquanto abordagem teórica para interpretação e apreensão dos fenômenos estudados. Para essa compreensão será necessário levantar os conceitos-chaves que fundamentam a teoria. As próximas seções apresentam os conceitos de organização do trabalho, condições de trabalho, trabalho prescrito e real, vivências de prazer, sofrimento criativo, patogênico e ético, estratégias de defesa e mobilização subjetiva que foram desenvolvidos pela PdT.

1.1.1 Os conceitos da psicodinâmica do trabalho

Dejours (1987/2015) observa que a partir do discurso da organização científica do trabalho (um controle da produtividade com eficácia universal e “cientificamente” determinada), ocorre uma submissão do trabalhador às exigências da organização. Então, o trabalhador passa a se posicionar de forma totalmente alheia aos próprios desejos e estranha ao seu funcionamento psíquico. Assim dizendo, ocorre uma desapropriação da liberdade inventiva do trabalhador, barrando processos importantes da estrutura psíquica do sujeito e, portanto, enfraquecendo a coletividade operária e movimentos cooperativos e solidários no trabalho. Segundo o autor, “o homem no trabalho, artesão, desapareceu para dar à luz a um aborto: um corpo instrumentalizado do operário de massa – despossuído de seu equipamento intelectual e de seu aparelho mental” (Dejours, 1987/2015, p. 39).

O eixo central desenvolvido pela PdT é o conflito existente entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico. *Organização do trabalho* compreende, conforme Dejours (1994/2011a), “um dado preexistente ao encontro do homem com seu trabalho” (p. 60). A noção de organização do trabalho compreende a *divisão das tarefas* (os modos operatórios, os objetivos a serem atingidos, os procedimentos e as prescrições do trabalho) e a *divisão dos homens* (hierarquias, gestão, mecanismos de

controle, relações de poder, relacionamentos no local de trabalho) (Dejours, 2011b). As características da organização do trabalho são determinadas pela própria instituição e, por conseguinte, apresentam-se de maneira rígida e inflexível, impondo aos trabalhadores a forma de agir considerada como correta. Ainda que cada cargo ou cada departamento tenha características distintas uma das outras, discute-se a organização do trabalho enquanto uma dimensão de como a instituição delinea a maneira como o processo de trabalho será desenvolvido, tendo em vista as especificidades de cada área de atuação.

Ao investigarem os fatores-chaves que determinam as vivências no trabalho, Mendes e Morrone (2014) dissertaram sobre as diferenças entre *condições de trabalho* e *organização do trabalho*. No que tange às condições de trabalho, referem-se ao ambiente físico, químico, biológico, condições de higiene, segurança e características ergonômicas do posto de trabalho. Como exemplos de condições de trabalho, considera-se aquilo que interaja com a saúde do corpo, como: jornada, temperatura, pressão, radiação, exposição a produtos tóxicos, agentes biológicos, instalações físicas, recursos de materiais e ferramentas adequadas, remuneração e benefícios. Já o conceito de organização do trabalho está vinculado ao controle: caracterização da tarefa fragmentada, dos ritmos impostos, procedimentos repetitivos, rigidez de método, imprevisibilidade da tarefa, flexibilidade, imposição de metas, hierarquização, autonomia e relação com a gestão e com os pares. Em suma: quais são as normas adotadas e onde estas estão expressas? Quais instrumentos são utilizados? Qual número de pessoas? Quem faz o que e em quanto tempo? Quem está no controle da operação? Portanto, o conceito de organização de trabalho é baseado no conjunto entre divisão das tarefas e divisão dos homens.

Intervenções nas condições de trabalho trazem benefícios. Todavia, estes não são duradouros e é apontado por Dejours em Kanabus (2015) que esse tipo de intervenção pode não atingir a situação de trabalho de uma forma profunda. O autor esclarece que o funcionamento psíquico do trabalhador estrutura-se nas características

da organização do trabalho, a partir da demanda de sua atividade intelectual, pensamentos, desejos, fantasias e afetos.

A organização do trabalho é um dos principais conceitos da PdT, pois é definida enquanto um preditor dos destinos subjetivos do trabalhador. São essas características que vão determinar as vivências e possibilidades inventivas da subjetividade, além de contribuir de forma importante na constituição da identidade. Segundo o autor, “é precisamente isto que deve ser estudado pela PdT; o que acontece com a vida psíquica do trabalhador desprovido de sua atividade intelectual pela organização científica do trabalho” (Dejours, 1987/2015, p. 43).

As características da organização do trabalho estão vinculadas ao conceito de *trabalho prescrito*. Segundo Facas (2013), esse conceito refere-se a tudo que antecede o trabalho e que é utilizado para orientar e fiscalizar o trabalhador, além de estabelecer a forma de se constituir a relação sujeito-trabalhar. Nesse contexto, Dejours et al. (1994) salientam que existe uma distância entre aquilo que a organização do trabalho prescreve e determina que seja feito e aquilo que corresponde à realidade. O *trabalho real* é definido por Dejours (1987/2015, 1993/2008a) como o que resiste à organização científica do trabalho. “O real é aquilo sobre o qual a técnica fracassa depois que todos os recursos da tecnologia foram corretamente utilizados” (Dejours, 1997/ 2005, p. 40). A PdT aponta que existe um hiato entre o trabalho real e o prescrito, ou seja, o sujeito mobiliza-se ao se deparar com esse hiato e precisa criar soluções engenhosas, manobras e técnicas inventadas para solucioná-lo. Enfrentar o real do trabalho necessita a utilização do corpo e mente integrados e perpassa, necessariamente, pela transformação da subjetividade.

Perante a estrutura da organização do trabalho e o hiato entre o prescrito e o real, Dejours (1994/2011a, 1993) observa que os trabalhadores não permanecem passivos diante dos constrangimentos organizacionais e são capazes de se proteger de eventos que podem ser nocivos a sua saúde mental. Todavia, esse processo desperta um conflito com o qual o sujeito precisa lidar, não sendo possível que este se isente de

um sofrimento. Então, o autor inaugura o olhar para o trabalho em uma perspectiva diferente da vigente no período – que enfatizava a satisfação e motivação – trazendo à tona a realidade da insatisfação do trabalhador. O enigma defendido pela teoria é em relação ao sustento de certo grau de equilíbrio psíquico por esses trabalhadores, apesar da conformação constante de conflitos e dificuldade da existência de um sentido para o trabalho.

A teoria propõe que a partir da dinâmica da organização de trabalho, com ênfase em um caráter dialético da vivência de satisfação e insatisfação do trabalhador, observe-se o estado de saúde psíquica. Esse fator é decorrente da “possibilidade dessa organização criar um sentido de trabalho, que permita vivências de prazer e uso de estratégias de mediação de sofrimento” (Facas, 2013, p. 37).

Portanto, trabalhar consiste em esbarrar, impreterivelmente, com esse sofrimento. Ao vivenciar o sofrimento, o indivíduo busca formas de manter a saúde e de transformá-lo em prazer no mundo do trabalho. Sendo assim, o sofrimento pode se transformar em prazer, desde que o trabalhador encontre sentido e reconhecimento de seu trabalho.

Nesse contexto, *vivências de prazer* correspondem aos cenários em que o trabalhador se sinta ainda melhor após ter realizado o seu trabalho, quando comparado a antes de fazê-lo. Para isso, cada trabalhador dispõe de suas estratégias preferenciais consoantes com sua estrutura psíquica. O que se observa é que quanto maior a liberdade de organizar o seu modo operatório, dispor de tempo e oportunidade para pensar, fantasiar e ter espaço para concretizar suas aspirações, maior é a descarga de energia psíquica e, assim, vivência de prazer (Dejours, 2009b, 1987/2015). O prazer no trabalho se estabelece como originário dos sentimentos de liberdade de pensar, agir e se expressar no trabalho, bem como realização, gratificação e orgulho no trabalho (Kolhs et al., 2018).

A ressonância simbólica, conceito utilizado por Dejours e Abdoucheli (2011), ocorre quando existe uma compatibilidade entre o inconsciente do trabalhador e os

objetivos da organização do trabalho. Esse processo ocorre somente se a tarefa tiver um sentido para o sujeito a partir de sua história de vida e for coerente com suas representações simbólicas.

Dejours e Molinier (1994) descrevem que quando as possibilidades de negociação entre a organização do trabalho e o sujeito estão bloqueadas, o sofrimento emerge. Ainda, é necessário reconhecer que os desejos e aspirações do trabalhador chocam-se com os termos expressos pela organização do trabalho, tornando impossível não existir esse conflito. Nesse raciocínio, quanto mais rígida a organização do trabalho, menor são as possibilidades de concretizar as suas aspirações e, assim, maior o sofrimento.

Sendo um componente primário da relação do sujeito com o trabalho, a *vivência de sofrimento* é marcada pela presença dos seguintes sentimentos:

“medo, insatisfação, insegurança, estranhamento, desorientação, impotência diante das incertezas, alienação, vulnerabilidade, frustração, inquietação, angústia, depressão, tristeza, agressividade, impotência para promover mudança, desgaste, desestímulo, desânimo, sentimento de impotência, desgaste físico, emocional, desvalorização, culpa, tensão, raiva. (Mendes & Morrone, 2014, pp. 31–32)

O sofrimento é a consequência da relação do sujeito com o real e funciona como uma proteção da subjetividade. É a partir do despertar desses sentimentos que o sujeito age no mundo, buscando transformar esse sofrimento em possibilidades de descobertas e criações (prazer). Conforme Facas (2013), o que deve ser analisado são os destinos que esse sofrimento assumirá no sujeito. Ainda que trabalhar seja, em primeira instância, experienciar o sofrimento, este não contribui exclusivamente para as diferentes formas de adoecimento, podendo ser também um “ponto de partida” para outros destinos, como a inteligência e a própria subjetividade do trabalhador (Dejours, 2004b). Assim, sofrimento é uma vivência subjetiva singular, a qual se situa como uma

vivência intermediária entre o bem-estar psíquico e o adoecimento, quando esse se apresentar descompensado (Dejours & Abdoucheli, 2011).

A partir da compreensão de uma vivência intermediária, o conceito de sofrimento é fragmentado em três tipos: o *criativo*, o *patogênico* e o *ético*. Dejours (2002/2012) descreve o primeiro como o que ocorre quando o trabalhador supera os entraves e fracassos determinados pela organização do trabalho, utilizando sua inteligência prática (saber-fazer), atuando sobre a organização do trabalho e transformando-a com algo novo. Como consequência, converte o sofrimento em prazer e, segundo Macêdo (2016), é exatamente nessa passagem do sofrimento criativo para o prazer onde se situa a *sublimação*. Proposto por Sigmund Freud, esse conceito se refere a uma das vias pulsionais de satisfação do desejo: as formas socialmente aceitas que o sujeito encontra um alívio de suas angústias, tais como a arte, a ciência e o trabalho. (Freud, 1938/1996b, 1930/1996e, 1910/1996d). Ou seja, a sublimação é a aproximação do sujeito de seu desejo, permitindo que o real ganhe forma no ato criativo (Lacan, 1959/1997).

Já o segundo tipo, o sofrimento *patogênico*, ocorre quando o sujeito não encontra possibilidades de adaptar a organização do trabalho em seus desejos individuais, funcionando apenas como mecanismo da produtividade (Conde et al., 2019). Quando todas as possibilidades de transformação foram esgotadas e o sujeito permanece no fracasso, o enfrentamento do sofrimento falha e pode comprometer a saúde. Este cenário leva à desestabilização do sujeito, podendo ser seguida de uma importante crise de identidade (Dejours, 2002/2012). Esse impacto abre caminho para a manifestação de patologias psíquicas ou somáticas.

Nem sempre o sofrimento patogênico culminará em uma patologia, pois os trabalhadores buscam recursos para lidar com isso e evitar a descompensação mental. Para tal, utilizam *estratégias defensivas* contra o sofrimento no trabalho, que podem ser diversas (complexas ou paradoxais) e dependerão da dinâmica da organização do trabalho e da estrutura psíquica de cada sujeito (Dejours, 2009a; Dejours & Molinier,

1994). Ainda que seja uma manifestação particular, o principal recurso de enfrentamento do sofrimento são as estratégias defensivas (Moraes, 2013). Entretanto, cada indivíduo utilizará de seus recursos para empregá-las perante o sofrimento. Na próxima sessão, as possibilidades de estratégias de defesa e suas repercussões serão explanadas com maior aprofundamento.

Neste caminho, é importante admitir que se o sofrimento patogênico nem sempre causa descompensação psicopatológica, é porque as defesas estão bem posicionadas e permitem que os trabalhadores o contêm. Duarte (2017) salienta que quando as defesas são efetivas, o campo do pensamento é reduzido e o sujeito é impedido de perceber aquilo que o faz sofrer. Assim, nessa modalidade, a preservação da saúde mental anda de mãos dadas com a redução da capacidade de pensar. Isso, conforme conclui o autor, aumenta a insensibilidade desse trabalhador e o leva ao aumento da tolerância de situações de injustiça social.

Em meio a banalização do sofrimento perante a organização de trabalho, as estratégias defensivas têm como alvo principal a transformação desses sentimentos para um terceiro tipo de sofrimento: o *ético*. Ele é experimentado quando o sujeito comete, negligencia ou compactua com atos com os quais não concorda e condena moralmente (Dejours, 2008b). Destarte, é um tipo de sofrimento que não é induzido por medo. Para Duarte (2017), é como se fosse um exercício de deslealdade consigo mesmo, em que o sujeito atua contra o seu senso moral e trai seus próprios valores. O sofrimento, o medo da exclusão e da demissão são potenciais para servir como uma alavanca poderosa para a submissão. Assim, a saída contra os sofrimentos patogênico e ético passa a ser através das defesas: ocultando os riscos e alterando suas percepções para manter o equilíbrio psíquico e continuar na organização.

Dejours (2006), e também em entrevista concedida para Kanabus (2015), explica que quando há a ausência de lutas subjetivas sobre as contradições da organização e o próprio sofrimento, o sujeito encontra-se na alienação. O teórico esclarece que este é um tipo de alienação social, que é infligida pela organização do

trabalho e materializada na figura do outro que não reconhece a estranheza do real, podendo ter como desdobramento inclusive a alienação mental (quando ocorre a cisão com o real). Este é o elemento primordial dos diferentes tipos de quadros psicopatológicos.

Uma forma de sair da alienação e, ainda, lidar com o sofrimento e conquistar prazer no trabalho, é por meio da *mobilização subjetiva*. Essa mobilização emerge quando a ação dos trabalhadores é voltada para a subversão dos efeitos prejudiciais da organização de trabalho. É caracterizada quando há a composição de quatro dimensões que são indissociáveis: o uso da inteligência prática (saber-fazer); espaço público de discussão coletiva; cooperação e reconhecimento (Amaral et al., 2019). Assim como o sofrimento, é vivenciada de forma particular por cada trabalhador e possibilita o resgate do sentido do trabalho. Esse processo ocorre quando o trabalhador gera transformação na organização do trabalho: negociando, pressionando, apropriando-se das regras ou rejeitando-as (Dejours, 1987/2015; Dejours, 1994/2011a).

Mendes & Duarte (2013) sintetizam a inteligência prática como o saber-fazer particular que dá conta do trabalho real. Trata-se de uma inteligência que é produzida no exercício do trabalho, sendo aquilo que o trabalhador acrescenta de si: sua capacidade de criar e resistir ao trabalho prescrito. É exatamente na operacionalização da inteligência prática que ocorre a integração mente e corpo (Dejours, 1997/2005). Ainda que a demanda seja de atividades intelectuais, o engajamento do corpo não exclui o pensamento racional. Neste quesito, exige-se mais os resultados da ação e da astúcia desse trabalhador que ainda não tem esse saber simbolizado (Dejours, 2011c).

Para que essa inteligência prática seja compartilhada, ela precisa passar por uma validação social, a qual ocorre através do espaço público da fala. É essencial que esse cenário seja dotado de liberdade para autoexpressão e autenticidade, onde as opiniões baseadas em diferentes tipos de desejos, valores, ideologias, escolhas éticas e experiência técnica sejam formuladas. Esse espaço oferece uma abertura para a expressão coletiva do sofrimento (Dejours, 2011c). É relevante salientar que a

discussão coletiva só existe em um ambiente que seja dotado de relações de confiança, cooperação e construção conjunta das regras de trabalho. Nessa circunstância, é possível que os trabalhadores tornem visíveis suas formas de realizar o trabalho e suas transgressões ao prescrito (Vasconcelos, 2013).

A cooperação é resultante da articulação das habilidades e diferenças de cada trabalhador, integrando a construção de um produto fruto do trabalho. É através das discussões, acordos, regras de trabalho, decisões conjuntas, deliberações e arbitragens que se inaugura a cooperação. Isso significa que o sentido da cooperação só se estabelece em um cenário onde as pessoas se sentem à vontade para trabalharem juntas e superarem coletivamente as contradições impostas pelo trabalho real. A construção da confiança é importante nesse processo, pois ela está baseada em questões afetivas e éticas, propiciando a valorização e o reconhecimento do esforço de cada um no trabalho coletivo, favorecendo a identidade dos trabalhadores (Mendes & Duarte, 2013; Mendes, 2007).

Dejours (2011e) disserta que o reconhecimento é a retribuição simbólica da contribuição individual de cada sujeito à organização do trabalho, através da aplicação da sua inteligência prática. É uma retribuição que se refere ao fazer e não de quem fez. Dentro disso, destaca-se o julgamento de utilidade (que é proferido pelo outro sujeito hierárquico) e o julgamento de beleza (proferido pelos pares e grupos de pertença). Essa validação contribui para a construção de sentido no trabalho, pois revela uma significação social, como uma retribuição simbólica no campo social e a promessa de realização de si mesmo por meio do trabalho (Dejours, 1994/2011d, 2010).

Logo, observa-se que o reconhecimento é um ponto determinante na constituição da identidade do sujeito (Gernet & Dejours, 2011). A mobilização subjetiva está sujeita à dinâmica de reconhecimento devido a busca da identidade. Então, “por trás desta expectativa de levar uma contribuição singular para o campo do trabalho, há, de forma irreduzível, uma busca de identidade” (Dejours, 2011c, p. 402). O reconhecimento que funda a identidade no campo social é o reconhecimento da relação

que o sujeito mantém com o real. Nas palavras do autor, “o reconhecimento pelo outro não se aplica a um ego isolado. Diz respeito à autenticidade ou veracidade da relação do ego com o real mediado pelo trabalho” (Dejours, 2006, p. 131).

Assim, o trabalho assume uma centralidade na vida do sujeito, uma vez que promove um encontro entre a sua história singular e o contexto social das relações de trabalho (Dejours, 2007). O autor conclui que a centralidade no trabalho é percebida na conquista da identidade. Por meio do trabalho o sujeito desenvolve novas capacidades do corpo ao psiquismo, propiciando uma experiência de intimidade com o real. Dejours e Deranty (2010) defendem que a análise do trabalho permitiria reposicionar o trabalho humano como experiência central, tornando possível que a vida psíquica seja desenvolvida e aprimorada. Isso se dá, fundamentalmente, pela ressonância simbólica, discutida anteriormente, que possibilita ao sujeito se localizar enquanto ser social a partir da centralidade do trabalho em sua vida.

1.1.2 Estratégias defensivas para lidar com o sofrimento no trabalho

A partir dos conceitos trabalhados, pode-se constatar que a saúde mental do trabalhador deve ser pensada por meio da capacidade que este apresenta de enfrentar os problemas, as adversidades, as opressões e as demissões. Diante disso, conforme Canguilhem (2000) e Schwartz (2000), a saúde não se reduz à capacidade de adaptação ao meio, mas sim à habilidade de instaurar novas normas em situações adversas. Castro e Leão (2020) ressaltam que a organização do trabalho sempre apresentará normas insuficientes e que cabe ao trabalhador à renormatização do trabalho – senão, cair na invisibilidade do sofrimento.

Em sua maioria, os trabalhadores não apresentam “descompensação psicopatológica”, enquanto mantêm uma “normalidade” durante esse processo (Dejours, 2002/2012). Isso não significa ausência de sofrimento. O que ocorre é uma composição entre o sofrimento e o esforço contra esse sofrimento no trabalho.

A experiência do trabalho ocupa um lugar na formação do inconsciente (Dejours, 1894/1996a). Assim, para atravessar esse processo, independente dos destinos, os trabalhadores constroem estratégias defensivas que desempenham um papel fundamental para o enfrentamento de situações no trabalho. Essas estratégias são utilizadas como recursos inconscientes com o objetivo de reduzir a percepção do sofrimento do trabalho (Moraes, 2013). Isto posto, sofrimento e defesa apresentam-se como um par conceitual que não pode ser dissociado.

No movimento de recusa dos trabalhadores em tomar consciência de suas estratégias defensivas, Dejours (1995) posiciona esse processo no campo do inconsciente. Ainda assim, como evidencia Montalvão (2021), essas estratégias dotadas de intenções visam afastar para longe aquilo que é fonte de sofrimento, tentando esquecê-lo, negá-lo ou tratar como um “não acontecido”, mas que não pode ser esquecido. É uma tentativa de transformar uma representação forte e dolorosa em uma representação fraca e suportável, tais quais os mecanismos de defesa propostos por Freud sobre a angústia intrapsíquica (Freud, 1894/1996a).

Moraes (2013) explana que a operação da estratégia de defesa ocorre em um nível mental, proporcionando um equilíbrio e fazendo com que o trabalhador permaneça no nível da “normalidade”. De uma maneira simbólica, essas estratégias auxiliam os trabalhadores a enfrentarem as circunstâncias de trabalho e criam neles a sensação de serem mais fortes do que a organização do trabalho (Dejours, 2002/2012).

As estratégias de defesa podem ser elaboradas de forma individual ou mesmo coletiva. Como o sofrimento é uma vivência subjetiva e se remete ao sujeito singular, cada indivíduo constrói seu mecanismo de defesa individual. Em situações coletivas, os sujeitos são capazes de unir esforços com seus pares, transformando-os em estratégia coletivas (Kolhs et al., 2019). Dejours (2009b) compreende que as operações construídas no coletivo conduzem “à modificação, transformação e, em geral, à eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer” (p.128). O autor categoriza as estratégias de defesas como apresentadas em três tipos:

proteção (racionalização das situações geradoras de sofrimento), de adaptação (negação do sofrimento) ou exploração (submissão ao desejo da produção) (Dejours, 1987/2015).

De acordo com Mendes (2007), as defesas protetoras são formas de pensar, sentir e agir, com intuito de compensar o sofrimento. A natureza dessa defesa está na racionalização das situações de trabalho que geram sofrimento, sem propor transformações nos aspectos da organização do trabalho, tendo como consequência a instauração da alienação das causas do sofrimento. Na racionalização (defesa de proteção) entram não só as resistências, mas também as formas de compensação do sofrimento nas atividades desempenhadas fora do ambiente de trabalho. Esse tipo de defesa tende a perdurar na vivência de trabalho e pode estar agarrada ao sofrimento ético.

As demais estratégias de defesa (adaptação e exploração) estão mais vinculadas às defesas inconscientes. Neste caso, segundo Mendes (2007), as formas do trabalhador de pensar, agir e sentir são direcionadas para as demandas da organização do trabalho, como se estas fossem os seus desejos individuais. Aqui ocorre a alienação do desejo do trabalhador. A defesa de adaptação pode ser visualizada no individualismo, no controle excessivo, na submissão completa aos desejos da organização e, inclusive, no pedido de demissão. Na defesa de exploração, é mais característico a entrega do trabalhador a completa passividade perante as exigências da organização.

Todavia, quando o sofrimento se torna muito intenso, essas defesas podem falhar e levar ao adoecimento. Dejours (1994/2011d) esclarece que as defesas estão estruturadas em uma sequência (proteção-adaptação-exploração) devido ao caráter “bivalente” do sofrimento enquanto gerador de transformação ou gerador de mais sofrimento. Quanto maior a utilização das estratégias defensivas, maior é o movimento de não transformação da organização e, então, maior a alienação ou adoecimento.

Essa análise suscita a discussão metapsicológica quanto as estratégias de defesa, conforme esclarece Dejours (2002/2012), as quais: 1) são um obstáculo nos poderes do pensamento; 2) desempenham um papel como propulsoras da servidão e dominação; 3) podem gerar maior mobilização da inteligência individual e entrar em concorrência com a inteligência coletiva. Dito isso, observa-se que as estratégias de defesa funcionam como uma forma de repressão pulsional, passando pela paralisia do pensamento. Diferentemente do recalque, que é a contrapartida de uma atividade muito intensa do pensamento (Freud, 1915/2004b, 1915/2004a). Enquanto no recalque os pensamentos são injetados com mecanismos de condensações e deslocamentos para formar uma representação, na estratégia defensiva ocorre o esvaziamento desse processo e submissão subjetiva.

Enquanto mecanismos defensivos individuais, Duarte (2017) resgata várias possibilidades: o hiperativismo (autoaceleração na produção do trabalho); o comportamento normopático (conformismo e encaixe organizacional); a “clivagem de si” (ainda que na estrutura neurótica, enquanto evitação de conflitos); a especificação de estereótipos e, em tradução literal, as “viseiras voluntárias” (suspensão da capacidade de enxergar e pensar o sofrimento, gerando uma indiferença afetiva).

As estratégias coletivas de defesa estão condicionadas ao consenso do grupo social. Dejours et al. (1994) descrevem a diferença entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva enquanto:

mecanismo de defesa está interiorizado (no sentido psicanalítico do termo), ou seja, ele persiste mesmo sem a presença física de outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim de condições externas. (p. 178)

Dejours (2009b) esclarece que esse tipo de estratégia ajuda o indivíduo a suportar uma realidade a qual, sozinho, este não conseguiria lidar. Ao esmiuçar sobre essa temática, Duarte (2017) cita, enquanto uma estratégia de defesa coletiva, o

“realismo econômico”, o qual busca coesão do coletivo. Esta se baseia na mobilização de características individuais das pessoas e evoca sacrifícios a serem feitos em nome da transformação da organização do trabalho. Medeiros et al. (2017) explicam que estas funcionam como uma armadilha psicológica, impondo a tolerância do sofrimento no ambiente profissional, reforçando o consentimento e a alienação.

Esse sistema defensivo pode evoluir para uma ideologia defensiva, gerando a exclusão daqueles trabalhadores que não partilharem dela (Dejours, 1987/2015). Em contextos de trabalho nos quais os laços de cooperação estão desestruturados, instaura-se uma fragilidade na luta contra o medo. As ideologias defensivas se desenrolam diante do medo produzido pela intensificação de ameaças, momento no qual as defesas passam a ser um fim em si (Medeiros et al., 2017). De acordo com as autoras,

as "ideologias defensivas", diferente das estratégias coletivas de defesa, não estão organizadas a partir de uma deliberação fundada na intercompreensão e nas relações intersubjetivas. Elas podem tomar o lugar das regras de viver junto, sendo alimentadas pelos ódios individuais e pela violência, promovendo o fracasso da atividade deôntica e a derrota do pensamento. (Medeiros et al., 2017, p. 79)

As ideologias defensivas são elaboradas e mantidas pelo grupo social, envolvendo todos os interessados para que o sofrimento seja mascarado. Dejours (1987/2015) alega que essas ideologias tornam os mecanismos de defesa individuais impotentes, ao ponto que são designadas para lutar contra um risco condizente com a realidade.

Dejours e Molinier (1994) exemplificam que esse movimento pode ser observado desde a recusa dos trabalhadores em utilizar equipamentos de proteção até mesmo o aumento intencional das cadências da linha de produção. Estas situações, dentre outras, podem expor o indivíduo ao perigo em muitas situações. Isso ocorre

porque as estratégias defensivas podem fazer com que o sujeito ignore as causas do sofrimento e se submeta a exploração da organização do trabalho, voltando-se totalmente para a produção com o intuito de se desviar do sofrimento (Dejours, 1994/2011a, 1987/2015).

Caso ocorra algum acidente de trabalho ou adoecimento em decorrência desse fato, as estratégias defensivas transformam-se na ideologia da vergonha, como exemplificado pelo autor, momento em que os trabalhadores envergonham-se e se culpam (Dejours, 1988). A formação de ideologias defensivas, que carregam a ideia de maior produtividade das sociedades capitalistas neoliberais, pode ser explorada pela própria organização do trabalho (Dejours, 1987/2015).

Portanto, é possível observar que as estratégias de defesa nem sempre têm potencial benéfico, pois sua intensificação permite que o trabalhador conviva não só com o sofrimento, mas também com alienação. As defesas não têm a pretensão de gerar a transformação objetiva daquilo que faz o sujeito sofrer, mas de diminuir a percepção do sofrimento (Facas, 2013). Assim, as estratégias de defesa assumem o lugar de um “não dito”, um saber coletivo que nega a realidade para que esse sofrimento seja suportável somente até o ponto que não se fale sobre ele. Nesse aspecto, Kolhs et al (2019) destacam que com o enfraquecimento do coletivo de trabalho, a estratégia individual de racionalização do sofrimento é cada vez mais requisitada, sendo um dispositivo de enfrentamento do sofrimento gerado pela dinâmica alienante das organizações do trabalho.

Destarte, pode-se alegar que as estratégias defensivas não são naturais, mas passam por uma elaboração simbólica (Dejours, 2017). O autor assinala que o sofrimento do qual estas tentam assumir o controle está sempre intimamente ligado às exigências organizacionais do trabalho. A partir disso, observa-se que o sintoma referente a saúde mental no trabalho remete à organização do trabalho, enquanto a saúde física remete às condições de trabalho.

Por fim, Dejours (2017) faz referência ao abuso de substâncias psicoativas como uma consequência das estratégias de defesa, exemplificando com a dependência do álcool. Esse consumo é referido como um meio eficaz de evitar constrangimentos no trabalho, sem adoecer. Segundo o autor, este é um substrato que apresenta todas as qualidades de um medicamento e que visa combater o medo e o transbordamento das defesas psiconeuróticas. Dentro disso, qual o papel do medicamento nesse processo? Se estes são utilizados quando há precariedade do corpo, seja na esfera física ou na economia psicossomática, o uso indiscriminado de medicamentos não seria uma estratégia defensiva?

1.2 Contextualização do estudo

1.2.1 Hospital psiquiátrico: origem, atualidade e impactos no contexto de trabalho

Trabalhar com saúde mental é constantemente perpassar confrontos e imprevistos, tendo em vista as desfavoráveis circunstâncias sociais e familiares apresentadas pelos pacientes, como também a imprevisibilidade da assistência e possibilidades de intervenção profissional (por exemplo, Itzhaki et al., 2015; Magnus & Merlo, 2012; Monteiro & Passos, 2020; Murphy et al., 2019). Isso deve-se ao fato de poucas áreas, inclusive a saúde em geral, serem tão complexas e com tanta transversalidade de saberes (Ramminger, 2008). É um trabalho que lida diretamente com a vulnerabilidade que o sofrimento psíquico produz, despertando nos profissionais um contato com a fragilidade humana, a qual se contrasta com o sofrimento do seu próprio aparelho psíquico. Ainda, o trabalho em saúde mental no Brasil está permeado a um importante contexto socio-histórico, o qual é imerso em questões relacionadas à Reforma Sanitária e à Reforma Psiquiátrica, as quais moldaram as atuais práticas em saúde mental.

A saúde é vista como um forte setor produtivo e a reforma sanitária brasileira buscou formar unidades de saúde e equipes profissionais que dividiram as

responsabilidades e saberes em especialidades, além de estabelecer a modernização da gestão e dos modelos de atenção à saúde (Menicucci, 2014). O movimento propõe o desafio ético-político de discutir a saúde sob a perspectiva da humanização das práticas e cuidado integral, com a descentralização e democratização do acesso (Aciole & Pedro, 2019). Apesar disso, a reformulação de serviços e ações esbarra com um real do trabalho difícil de ser compreendido e solucionado, principalmente no atual contexto social. Essa reformulação acaba favorecendo o processo de fragmentação do trabalho na saúde, pois ainda está imersa em saberes hierarquizados, sob a centralidade da organização científica do trabalho.

Mattos (2008) define o trabalho em saúde como “práticas de cuidado” que não são restritas aos profissionais de saúde, mas que acabam sendo apropriadas e reguladas por estes. Como práticas de cuidado, o autor define como

conjunto de práticas sociais que se constituem como esforços (ou tentativas) de assegurar a continuidade da vida, quer da vida de indivíduos, quer da vida de um grupo social, quer da vida da espécie. Nesse sentido, cuidar é algo inerente à vida humana. (p. 322)

O autor identifica três eixos nas práticas de cuidado: *medicalização*, *racionalidade médica* (prática centrada nas doenças, no saber científico) e *influência do capitalismo* (insumos e cuidados transformados em bens de consumo).

Nesse âmbito, também se localizam as práticas de cuidado em saúde mental. A história transcorre por uma severa influência do desenvolvimento do capitalismo, que determinou uma divisão da sociedade entre corpos produtivos e corpos improdutivos e que deu origem as primeiras instituições que oferecem esse tipo de cuidado. É observado que o trabalhador se coloca em um sistema que exige que seu corpo esteja saudável para que possa vender sua mão de obra. Quando não se apresenta produtivo o suficiente, é buscada a regulação dos corpos a partir de um tratamento que, indiretamente, regula a força motriz do sistema capitalista (Appio & Junior, 2017).

Na atual conjuntura, a estrutura de trabalho (de diagnósticos e tratamento em saúde mental) é voltada para a racionalidade médica e o processo de medicalização da saúde. Para essa compreensão, é necessário retomar a origem do funcionamento desse tipo de organização de trabalho e interligar que o trabalho nessas instituições está condicionado a vários tópicos: política, legislação, representações sociais e medicalização do cuidado.

O cuidado em saúde mental carrega uma história cercada por conflitos de poder. Conforme investigações realizadas por Lauermann e Borges (2014), a construção histórica da doença mental (ou “loucura”) alicerçou-se nas categorias social e médica. Os autores apresentam, revisitando as contribuições de Foucault (1988), o processo histórico desde as casas de internamento (século XVII) até o desenvolvimento dos padrões positivistas com hospitais psiquiátricos (século XIX).

Na idade média, a casa de internamento nasceu enquanto uma instituição dedicada à assistência aos pobres e doentes. Era oferecido um conforto espiritual na passagem da vida para a morte a todos aqueles que apresentassem certa periculosidade, isto é, uma ameaça à saúde e à ordem da sociedade (enfermos, miseráveis, infratores, prostitutas etc.). Eram instituições administradas por caridosos (religiosos ou leigos), sem a presença de médicos. A essas pessoas, que estavam desprovidas de razão, eram operacionalizadas práticas de caráter opressivo, por meio de contenções pela domesticação e pelo embrutecimento (Foucault, 1975/2002, 1978/2004).

Posteriormente, com as críticas do movimento iluminista ao grande internamento, surgiu o movimento alienista, o qual fez emergir a necessidade de um local próprio que atingisse com especificidade a problemática dos loucos. Nesse momento, elaborado por um discurso médico, articulou-se um consenso quanto a necessidade de uma prática clínica destinada à loucura, passando esta a ser considerada uma doença mental com necessidade de cuidados terapêuticos (Teixeira, 2019). Assim, os primeiros hospitais psiquiátricos já nasceram carregando como

princípio de tratamento a hospitalização integral, ou seja, o isolamento (exclusão social). Para reestabelecer o equilíbrio interno dos indivíduos, era necessária a institucionalização, que se dava através da internação. Em relação a essa modalidade, Foucault (1972) disserta que:

a internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (Foucault, 1972, p. 78)

Conforme citado, pode-se perceber que o isolamento social foi referência para tratar a doença mental e que esse fato acaba demonstrando uma característica social importante na natureza das práticas de tratamento de doenças mentais. Ademais, o termo “alienação mental” era utilizado nesse contexto para identificar alguém que se encontrava tanto fora da realidade quanto de si, assinalado como o fenômeno a ser isolado e submetido ao chamado tratamento moral. O trabalho era fundamentado em algumas funções, sendo as principais: garantir a segurança do alienado e sua família; libertá-lo das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-lo ao regime médico; impor novos hábitos morais (Amarante, 2010; Barbosa et al., 2016; Teixeira, 2019).

Quando o alienado não correspondia (ou cooperava), eram aplicadas práticas profissionais repressivas (duchas, banhos frios, chicotadas, sangrias, eletrochoque e

psicocirurgias), as quais eram declaradas como medidas terapêuticas e/ou punitivas (Del'Olmo & Cervi, 2017). Com esse movimento, é possível observar a instituição de uma sutil forma de executar o poder disciplinar, o qual se consolidou por meio de um sistema de vigilância permanente, em que se julgava o comportamento dos que estavam internados a partir de preceitos morais. A finalidade dessas observações era de conteúdo social: corrigi-los ou reprimi-los.

Em vista dos aspectos apresentados, é notável a dificuldade de pensar a doença mental como estritamente naturalizada no corpo, pois esta também é socialmente constituída. Nesta conjuntura, observa-se que as práticas profissionais no cuidado da saúde mental (ou a organização do trabalho) já surgiram a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica, permeados por relações disciplinares e hierarquização vertical, assim como todo o processo da organização científica do trabalho. Nesse tópico, vale ressaltar que, como discorrido anteriormente, o trabalho na sociedade capitalista é caracterizado como alienado, sendo que alienação é também a palavra usada para definir “loucura”. É um paradoxo, enquanto minimamente curioso, pensar que os trabalhadores da saúde alienados são os encarregados de “curar” pacientes alienados.

Segundo (Figueirêdo et al., 2014) o primeiro hospital psiquiátrico do Brasil foi implantado no Rio de Janeiro, em 1841. Paralelamente ao desenvolvimento do capitalismo, ou seja, à reformulação dos processos de trabalho, houve um aumento na prioridade do interesse econômico em detrimento ao social e junto a isso um crescimento do número de hospitais psiquiátricos com projetos arquitetônicos similares ao de prisões (Chow & Priebe, 2013). Cresceu também o descaso com a dignidade humana, passando a ser comum a superlotação de internos nas instituições (Del'Olmo & Cervi, 2017). Um destaque importante foi o Complexo Hospitalar do Juquery, localizado em São Paulo, que chegou a ter 16 mil pacientes internados. A própria legislação brasileira permitia que abusos assim fossem praticados nessas instituições, propiciando a internação de outros tipos de público além dos doentes mentais (como exemplo, o Decreto n. 1132 de 1903).

O campo da psiquiatria também foi se ampliando para ambulatórios de saúde mental, passando a intervir e medicar um contingente cada vez maior de indivíduos. Ao longo dos séculos, a instituição hospitalar psiquiátrica consolidou-se como modelo hegemônico para o tratamento de doentes mentais. Caracterizado pela ênfase nas determinações orgânicas das doenças mentais, a proposta do modelo hospitalar é o tratamento eminentemente medicamentoso e dirigido a um organismo doente. Mediante a utilização crescente dos psicofármacos, foram desenvolvidas sofisticadas técnicas de contenção química da sintomatologia psiquiátrica (Barbosa et al., 2016).

A Reforma Psiquiátrica foi um desdobramento simultâneo à Reforma Sanitária. A discussão da pauta sobre a compreensão de que a doença mental é apresentada como um fenômeno complexo, a qual envolve aspectos não apenas biológicos, mas também sociais e psíquicos, propiciou o rompimento com o modelo vigente e uma reformulação. Assim, buscou-se viabilizar um processo de desinstitucionalização, ou seja, propôs que a internação psiquiátrica deveria ser utilizada como último recurso assistencial do cuidado em saúde mental (lei n. 10216, 2001). A Portaria n. 3088 de 2011 efetivou a transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento, transtorno mental ou dependência química.

Amarante (2010) e Yasui (2010) debatem esse movimento como uma mudança no âmbito civilizatório e pontuam como o princípio da extinção do que chamam de “manicômios” e a substituição destes pelos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS (como Ballarin et al., 2010; Bastos & Jorge, 2011; Chow & Priebe, 2013; Nardi & Ramminger, 2007; Passos, 2003; Pessoa Júnior et al., 2016). Nesse aspecto, observa-se que a reforma psiquiátrica não se fixa mais na “reforma” do hospital, mas sim na sua eliminação gradativa.

Recentemente, Sousa e Jorge (2019) e Cruz et al. (2020) analisaram a convivência paradoxal entre os CAPS e o serviço hospitalar psiquiátrico, além da

Política Nacional de Saúde Mental (no período entre 2016-2019), pontuando os retrocessos da proposta em relação à reforma psiquiátrica. Enquanto analisam que novos documentos públicos e dados do Ministério da Saúde apresentam um incentivo à internação psiquiátrica, o estudo aponta para uma estagnação do ritmo de implantação de serviços de base comunitária. A alteração da proposta de modelos de tratamento é também discutida, retomando as possibilidades de internações prolongadas, diminuindo períodos entre internações e propiciando melhores financiamentos aos hospitais psiquiátricos.

Com base nos estudos supracitados, é possível observar novamente um fortalecimento da centralidade do modelo hospitalar psiquiátrico, com a efetivação do retorno deste às RAPS. Portanto, a fragilidade de atuação na urgência e crise psiquiátrica está no contexto da Rede Psicossocial e precisa ser discutida. Isso reforça a atualidade de se examinar as implicações do trabalho no hospital psiquiátrico e suas consequências não só para os usuários, como para os trabalhadores. De um lado o serviço psiquiátrico é exposto como abominável para o tratamento dos portadores de transtornos mentais. De outro, é defendido como necessário para o cuidado e reestabelecimento da saúde dessas pessoas (como exemplo, Ruzzi et al., 2016; Silva et al., 2019; Wachowska, 2017; Zgiet, 2018). O que não se pode negar é que o serviço hospitalar psiquiátrico será sempre central nas discussões sobre o trabalho com o cuidado em saúde mental.

Em relação ao confronto de saberes e poderes que a presente discussão nos revela, Uchida et al. (2011) apontou o quanto o trabalho prescrito pode estar distante do trabalho real nesse tipo de organização do trabalho. Ao analisar o percurso relatado anteriormente, observa-se que nos últimos 50 anos, os profissionais tiveram que se adaptar a inúmeras versões de organização do trabalho. Em síntese: na década de 70, eram milhares de doentes mentais em cada instituição, os quais eram submetidos a terapêuticas questionáveis (camisa de força e terapia de eletrochoque) em espaços físicos insalubres e distantes dos grandes centros urbanos; a partir de 2000, o hospital

psiquiátrico deixa de ser prioridade e suas terapêuticas são extintas; em 2011, o uso de terapias medicamentosas dominavam às demais terapias, mas os hospitais não eram sequer integrantes da rede de saúde mental; por fim, em 2019, além do hospital voltar à Rede de Atenção Psicossocial, também é retomada a recomendação da psicofarmacologia como terapia dominante, juntamente com a eletroconvulsoterapia.

A literatura também demonstra que a atenção psicossocial, no caso dos CAPS, ainda é permeada por princípios e organização do trabalho similares aos da assistência hospitalar, apesar das críticas. Lancman (2008) apresenta um compilado de estudos com os dois tipos de instituições, revelando que ambos expõem seus processos de trabalho atravessados pela: sustentação do sentido de “loucura”; precarização das condições de trabalho; baixa remuneração; escassez de recursos humanos; fragilidade na estrutura organizacional; invisibilidade da complexidade do trabalho; precariedade na prescrição do trabalho; hierarquia confusa e deficiência nos processos de julgamento e reconhecimento do trabalho realizado.

Dias e Furegato (2016), ao reportarem sobre a organização do trabalho do hospital psiquiátrico, confirmam os dados supracitados ao passo que apontam a existência de um grau médio de sobrecarga de trabalho. Isso seria resultado de um conjunto de fatores, tais como a falta de materiais, estrutura física precária, manejo diário e prolongado com portadores de transtorno mental, o que repercute negativamente sobre os níveis de satisfação no trabalho. Interligado a essa temática, Bukach et al. (2017) examinaram a rotatividade desses trabalhadores. Os resultados do estudo indicaram que os maiores índices de rotatividade estavam centrados nos cargos com baixa remuneração e nas instituições de maior porte. Organizações de trabalho menores, com relacionamentos mais fortes com os trabalhadores e com melhores remunerações, tendem a ter uma equipe de trabalho mais coesa.

É possível observar nos últimos anos uma nova mudança na organização do trabalho hospitalar psiquiátrico. Em busca de acreditações e certificações de qualidade, as organizações têm buscado implantar o modelo de excelência em gestão,

com avaliação da qualidade da gestão em saúde (Bonato, 2011; Torres & Pereira, 2017). Esse processo instaura as práticas da organização científica do trabalho no cuidado em saúde mental, inserindo processos que visam o aumento da produtividade, mensuração de desempenho e maior grau de controle do trabalho pelas instituições. Entretanto, vale ressaltar que os próprios trabalhadores podem não estar preparados para vivenciar esse processo de transformação, visto que o prescrito dessa nova formulação de trabalho não foi sequer planejado (Trevisan & Castro, 2016).

Em virtude do que foi mencionado, a apresentação dessa conjuntura se faz essencial, pois não é possível analisar o impacto do trabalho em saúde mental sem levar em conta o contexto no qual ele está inserido. É necessário entender a complexidade do sistema e suas interferências, evitando falsas avaliações na análise. O que se busca é ressaltar a existência do trabalhador responsável pelo serviço psiquiátrico, seja no modelo hospitalar ou no modelo comunitário.

1.2.2 Panorama das pesquisas sobre o Trabalhador da Saúde Mental

No presente estudo, todos os agentes que realizam atendimento à população acometida de algum tipo de transtorno mental – desde a equipe de manutenção, até o médico – são entendidos por Trabalhadores da Saúde Mental (TSM). Portanto, acompanha o raciocínio apresentado por Mattos (2008), em que esclarece que a prática de cuidado em saúde mental não é restrita a profissionais da saúde, mas sim a todos que asseguram o cuidado da vida humana em ambiente clínico/hospitalar.

A partir das explicações anteriores, é possível observar que as investigações acerca dos TSM privilegiam o novo contexto de trabalho dos CAPS (e suas transformações), devido a pertinência circunstancial destes. Entretanto, ao revisar a literatura, é notável a escassez de informações sobre a organização de trabalho desses hospitais, os quais persistem em oferecer essa modalidade de serviço. Nesse cenário, o foco de discussão dessa seção será sobre as características dos TSM, especialmente os que laboram em hospitais psiquiátricos.

Ao acolher e intervir tecnicamente, é indiscutível que a principal ferramenta de trabalho dos TSM é o seu próprio aparelho psíquico (Lancman, 2008). Para diminuir o desconforto da pessoa que sofre psiquicamente, o atendimento perpassa a história individual, constituída a partir das próprias relações parentais e vivência do ambiente social. São as redes de relações subjetivas, outrora constituídas, que servem de base para o cuidado do portador de transtorno mental que está hospitalizado. Estar diante da completa desagregação de relações no outro aviva não só o contato com o sofrimento psíquico do usuário, como também com o seu próprio (Ramminger, 2008).

Todos os trabalhadores de uma unidade hospitalar psiquiátrica lidam com esse processo, ora de forma mais sofisticada, ora menos. As equipes multidisciplinares possuem como natureza do trabalho a escuta desse paciente. As demais equipes (limpeza, manutenção, administrativa, atendimento etc.) também precisam apresentar um importante manejo relacional para que possam desenvolver o seu trabalho no cuidado ao paciente. Não há divisão entre quem entra em contato ou não com os usuários do serviço. Portanto, todos os trabalhos a serem desenvolvidos são atravessados pela escuta do sofrimento psíquico do usuário e tudo o que isso desperta.

Sendo o aparelho psíquico a ferramenta fundamental para execução desse trabalho, os impactos do mundo subjetivo do sujeito são ainda mais eloquentes nesse saber-fazer profissional. Isso propicia que uma vasta quantidade de estudos busque relacionar quais são os fatores de vulnerabilidade que podem interferir com o processo de trabalho com saúde mental. Sendo assim, Dang et al. (2019) trazem à tona a discussão de que os TSM devem idealmente apresentar uma estrutura mental íntegra, com uma compreensão organizada sobre visão de mundo, papéis sociais, estereótipos e arquétipos. Pela natureza do trabalho, o profissional acaba exposto e é obrigado a gerenciar a turbulência emocional dos pacientes, a qual pode o levar a desenvolver sentimentos de vulnerabilidade. Os resultados desse estudo mostraram uma diferença estatisticamente significativa entre TSG, os quais apresentaram mais esquemas cognitivos desadaptativos, e TSM, os quais apresentaram melhores esquemas

cognitivos. O resultado desse estudo reforça a percepção e expectativa social de que os TSM sejam menos suscetíveis a traumas decorrentes da realidade de trabalho, conforme reportagem apresentada na introdução desse estudo.

Nesse caso, Somoray et al. (2017) descreveram que estar conectado ao trabalho é um fator essencial dentre os TSM que apresentam maiores níveis de estabilidade emocional. Em geral, o sentimento de pertença prediz maiores índices de compaixão e amabilidade. Nesse ambiente, instabilidade emocional foi o preditor mais forte de estresse e esgotamento.

A maneira como a equipe é organizada e as relações de cooperação horizontal e vertical foram fatores listados enquanto fontes de prazer para trabalhar. A integração da equipe e a busca conjunta de soluções foram listadas enquanto fundamentais para a construção de sentido e identificação com o trabalho, assim como fazer parte de um projeto relevante. Outro fator importante listado é o reconhecimento por parte dos usuários do serviço, quando estes manifestam gratidão. Assim, o processo de prazer no trabalho apresenta-se nas ambivalências, ou seja, a partir do rompimento das barreiras existentes entre os elementos prescritos da organização do trabalho e os elementos reais do trabalho vivo (Azevedo & Figueiredo, 2015; Gonçalves et al., 2016; Silva et al., 2017; Uchida et al., 2011; Vasconcellos & Azevedo, 2010). A partir desses estudos, podemos observar que o trabalhador sente prazer e se identifica com o cuidado em saúde mental, mas apesar disso há evidências significativas de este ser um trabalho emocionalmente desgastante.

Mesmo com um melhor amadurecimento do seu aparelho psíquico, ainda assim os TSM podem apresentar esquemas cognitivos desadaptativos (memórias, emoções, cognições e percepções disfuncionais). Sousa et al. (2018) descrevem que os itens relatados diante do sofrimento patológico dos TSM são justamente o controle das emoções, ter de lidar com a agressividade dos outros e uso da memória, configurando um risco crítico no custo cognitivo. Dentre aqueles que apresentam esse prejuízo, Markin e Kivlighan (2007) revelam uma maior probabilidade de prejudicação ou

influência na qualidade do tratamento fornecido aos pacientes. Os autores demonstram que quando esses fatores aparecem de modo disfuncional, os TSM podem ter a capacidade de processar as informações dos pacientes prejudicada.

Assim, presume-se que esquemas cognitivos desadaptativos em TSM podem ser uma fonte substancial de erro nas avaliações psicológicas e/ou psicoterapêuticas e até mesmo fator de interferência na recuperação dos pacientes. Nesse aspecto, o nível de escolaridade, especialização, tratamento psicoterápico e supervisão clínica dos TSM afetam as dificuldades percebidas e as atitudes em relação às pessoas com transtorno mental (Eren & Şahin, 2016). Tais dados enfatizam o quanto a investigação sobre a vida psíquica desse trabalhador e suas formas de se adaptar às dificuldades do cotidiano de trabalho (que não são poucas) é pertinente.

Além das pressões diárias de qualquer ambiente de trabalho, Magnus e Merlo (2012) enfatizaram que o fato de lidar com a loucura, por si só, já desperta os mais diversos sentimentos nos TSM: a raiva, o medo, o preconceito, a impotência e a angústia. A especificidade de se trabalhar no cuidado da saúde mental dá-se justamente pela imprecisão de elementos de trabalho. Os TSM deparam-se com uma organização de trabalho com condições laborais adversas, até mesmo diante do medo de ser agredido em decorrência da natureza clínica dos pacientes, despertando elevados níveis de sofrimento que podem acarretar uma crise de identidade social e profissional e até o adoecimento psíquico (Dias & Furegato, 2016; Itzhaki et al., 2015). Portanto, baseado nos estudos já expostos, é possível pensar que certas formas de competência e maturidade emocional são fundamentais para o trabalho nesse ambiente, visto que se trata de um cenário atípico com notórios estressores únicos.

Estressores atípicos que pertencem ao contexto de trabalho em instituição psiquiátrica, refere-se à exposição frequente desses profissionais a suicídios em potencial, pacientes fisicamente ameaçadores e abuso verbal. Para ilustrar essa temática, podemos utilizar o estudo realizado por Murphy et al, (2019) que avaliou o impacto pessoal e profissional da ocorrência de suicídios nas unidades de saúde mental

em seus profissionais. A conclusão é que esse tipo de ocorrência não deixa os profissionais ilesos e os afeta pessoal e profissionalmente. Diante disso, o estudo sugere que um suporte psicológico individual a esses profissionais é essencial dependendo da angústia que estes experimentam, podendo esta permanecer por um período de até um ano após a ocorrência de um suicídio.

Ao investigar o entendimento dos TSM sobre a violência (física, verbal e assédio sexual) sofrida no hospital psiquiátrico, Monteiro & Passos (2020) concluiu que estes a consideram comum e esperada, mas que também não passam ilesos por esse acontecimento. O estudo discute os danos físicos e emocionais no âmbito profissional, sendo o estresse apontado como a maior consequência ao sofrer essas violências. Os danos relatados foram crises de ansiedade, transtornos somatoformes, crises de medo, desgaste emocional, baixo rendimento no trabalho, irritabilidade e insônia. A maior parte dos profissionais relatou não estar preparado para lidar com o sintoma de agressividade dos pacientes e sobre o sentimento de insegurança na organização do trabalho.

O índice de violência contra os trabalhadores é altíssimo. Um estudo realizado na Inglaterra identificou que o impacto dessa violência é o alto nível de estresse e adoção de comportamentos paliativos, como o abuso de álcool pelos profissionais (Fernandes & Marziale, 2014). Essa investigação revelou que o índice pode ultrapassar o número de 100 casos por 100 trabalhadores por ano. É relevante pensar que esse estudo foi realizado em um país desenvolvido e refletir sobre o impacto dessas variáveis nos locais que também enfrentam desafios estruturais no cotidiano de trabalho. Os autores dissertam sobre a necessidade do apoio institucional e psicológico para o profissional que sofreu a violência, com devida notificação (que acabam negligenciadas).

Diante do exposto, não há estudos que demonstrem que esse suporte psicológico seja uma realidade majoritária nas instituições. Assim, é relevante questionar qual a maneira desses profissionais assegurarem uma estrutura mental

íntegra. A própria organização de trabalho lesiona e gera esquemas cognitivos desadaptativos em seus ambientes e cabe ao profissional, ao seu modo, lidar com essa realidade.

O “lidar com a loucura” é um fator que está carregado de representações sociais, dotadas de um componente histórico negativo, que atravessa o entendimento dos trabalhadores sobre a sua organização de trabalho. Ademais, vários estudos revelam que esses profissionais carregam consigo um estigma importante referente à “loucura”. Dentro dessa temática, Kolhs et al. (2019) identificaram esse estigma em seus resultados. O estudo relata o preconceito contra os usuários do serviço entre os próprios TSM, referindo-se a comentários impróprios, autoritários e pejorativos quanto aos portadores de transtornos mentais. Foi identificado por Economou et al. (2020) que, dentre esses estigmas, o principal é o pessimismo desses profissionais sobre as perspectivas de recuperação dos pacientes com transtorno mental. Essa conclusão permite conjecturar que o coletivo de trabalhadores sustenta atitudes negativas ocultas em relação a psiquiatria e que isso se dá a partir do contato com a organização do trabalho.

Giusti et al. (2019) revelaram que a equipe profissional com menos tempo de experiência (como também outro grupo participante composto por estudantes inexperientes) apresenta atitudes mais favoráveis à recuperação de usuários da saúde mental e aos processos de trabalho quando comparados com profissionais mais experientes (mais de 15 anos de atuação). A investigação também elucidou que essas expectativas baixas atrasam a jornada de recuperação dos usuários do serviço, demonstrando um impacto direto desse estigma na atuação profissional. Além de preocupante, esse fato desperta curiosidade de compreender como funciona a resiliência de um profissional que encolhe o reconhecimento do próprio trabalho.

Pensando nisso, o estudo de Chang et al. (2019) buscou investigar a resiliência (capacidade de se recuperar do estresse) e sua relação com estigmas associativos nos TSM. Notadamente, estes apresentaram uma resiliência inferior quando comparados

aos TSG. Os indivíduos que apresentaram maiores estigmas associativos experimentavam menor resiliência. Dentre os que apresentaram taxas melhores de resiliência, foi encontrada uma correlação positiva com o aumento da idade. Esse estudo demonstrou que o cenário atípico do ambiente tem influência ímpar na percepção do contexto de estresse por seus trabalhadores. O autor conclui que essa percepção do ambiente organizacional está vinculada a uma não identificação com o trabalho (crise identitária) e maior dificuldade para superar os estressores que estão expostos, ou seja, baixa resiliência.

Dado o exposto, entende-se que se trata de um coletivo de trabalho com baixos índices de resiliência adjunto a um alto estigma associativo sobre as características do trabalho. Por outro lado, a resiliência desses profissionais está relacionada ao desenvolvimento de habilidades terapêuticas, à valorização do trabalho em equipe e a superação desses estigmas associativos relacionados ao trabalho executado (Brolese et al., 2017). Assim, esses resultados são um alerta, pois a resiliência tem se mostrado como um elemento importante para que os TSM lidem com os estressores do ambiente, segundo Lamb e Cogan (2016).

Em uma revisão sistemática de literatura com a realização de metanálise, O'Connor et al. (2018) visaram estimar o nível de Burnout e os estressores ambientais nos TSM. Os resultados do estudo demonstram que estes apresentam altos níveis de exaustão emocional e níveis moderados de despersonalização, mas apesar disso mantêm níveis razoáveis de realização pessoal. O aumento da idade apresentou uma correlação negativa com a despersonalização e positiva com a realização pessoal. Nos fatores relacionados ao trabalho, itens como carga de trabalho, conflitos e ambiguidade de papéis e injustiça organizacional foram correlacionados positivamente com maiores taxas de exaustão emocional.

Portanto, observa-se que na medida que os TSM vão ficando mais experientes, estes se tornam mais resilientes, porém, de forma concomitante, passam a acreditar menos no potencial de mudança resultante próprio trabalho. Essa observação traz

indícios de que os estigmas associativos vão ficando cristalizados com o passar dos anos, ainda que a resiliência se estabeleça. Com a experiência e o amadurecimento, os TSM voltam a se reconectar consigo mesmos e com o ambiente de trabalho, apresentando melhores índices de realização pessoal, dado que pode ter como resultante a melhora da resiliência.

A investigação realizada por O'Connor et al. (2018) traz outro dado interessante: maiores taxas de exaustão emocional das equipes da atenção comunitária (similares aos CAPS) do que nas equipes de unidades de internação hospitalar. A variável identificada como determinante dessa diferença foi a de controle do trabalho. Koda & Fernandes (2007) já discutiram essa temática remetendo a questão da crise de identidade profissional do trabalhador, gerada por sucessivas transformações. Segundo as autoras, os códigos anteriores asseguravam um modelo de práticas e representações familiares para esses trabalhadores. Essa transformação leva a um momento de fragilidade, muitas vezes vivenciado como uma ameaça e sem muito espaço para utilização da inteligência prática.

Paradoxalmente, as equipes que trabalham na atenção comunitária relataram um nível mais alto de controle de trabalho do que as equipes que trabalham com unidades de internação e enfrentam a fase aguda do adoecimento, determinando esse último cenário como mais estressante. Dentro dessas circunstâncias, a exaustão emocional e estresse foram ainda significativamente maiores entre os TSM quando comparada aos TSG (O'Connor et al., 2018).

Ao realizar uma análise dos resultados desses estudos, algumas implicações podem ser consideradas. Em relação aos TSG, os estudos demonstram que estes não nutrem estigmas associativos sobre a sua profissão, são mais resilientes com o trabalho, favoráveis ao reconhecimento, apresentam menor exaustão emocional, mas apresentam esquemas cognitivos desadaptativos e menor estabilidade emocional em relação aos TSM. Em contrapartida, mesmo que os TSM apresentem melhores esquemas cognitivos e maior estabilidade emocional, estes se mantêm carregados de

estigmas associativos negativos, desfavoráveis ao reconhecimento, com baixa resiliência e maior exaustão emocional. Diante dessa contradição, torna-se necessária a elucubração sobre em que se sustenta a maior estabilidade emocional apresentada pelos TSM ainda que estes atuem em uma organização de trabalho mais estressante. Quais as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por esses trabalhadores?

A exploração da variedade de estudos nessa temática evidencia que para construir e manter resiliência, a equipe necessita ter um controle razoável de seu trabalho e a organização precisa fornecer um ambiente adequado para sua execução. Como ambiente adequado, entende-se que o prescrito de trabalho precisa ser coerente com a realidade vivenciada pela instituição e que, ainda assim, é necessário fornecer flexibilização para que esses trabalhadores tenham controle do trabalho. O controle relaciona-se a uma sensação de autonomia, na qual o trabalhador possa utilizar de sua inteligência prática (capacidade de influenciar decisões que afetam o trabalho) enquanto estratégia de enfrentamento. A percepção de realização profissional (consequente diminuição da exaustão emocional) acontece a partir da clareza do papel, do apoio de colegas e gestores e do sentimento de recompensa pelo trabalho realizado (Lamb & Cogan, 2016; O'Connor et al., 2018). É possível observar que os resultados desses estudos, por mais que tenham utilizado outras abordagens e metodologias de investigação, são muito coerentes com a construção teórica da PdT.

Ramminger (2008) realizou uma revisão da literatura nacional sobre o TSM e apresentou resultados na perspectiva teórica da PdT, coerentes com a maior parte dos artigos levantados na presente investigação. De acordo com a autora, a vivência de sofrimento do TSM está relacionada a baixa remuneração, contratos de trabalho precários, assim como a condição física e material dos estabelecimentos, limitação das redes de suporte social e o próprio fato destes estarem em contato direto com a loucura. Enquanto fonte de prazer, foram observados o envolvimento emocional e intensificação do laço afetivo dos profissionais com os usuários dos serviços de saúde mental, o que também foi interpretado como um mecanismo de defesa. Ademais, se

discute uma relação intrínseca entre a gestão da organização do trabalho e o sofrimento dos trabalhadores, quando 60% dos trabalhadores manifestam desconforto em relação ao seu processo de trabalho.

Nessa linha, é importante resgatar o estudo sobre as percepções do ambiente de trabalho entre os TSM realizado por Cougot et al. (2019). O modelo investigado mostrou que o estresse relacionado ao trabalho surge quando as estratégias de enfrentamento não são suficientes em relação às demandas do local de trabalho. Essas defesas estão vinculadas com o conhecimento e as habilidades individuais de cada trabalhador. Magnus e Merlo (2012) consideram que os mecanismos de defesa são uma forma de lidar com as agressões provocadas pela organização do trabalho.

Em uma revisão sistemática da literatura sobre estratégias de defesa dos TSG, Neumann et al. (2021) citaram a busca de apoio nas relações interpessoais, de ajuda profissional e da tentativa de diálogo e micro-negociações. Entretanto, o estudo relata que muitos trabalhadores tornam-se passivos frente aos problemas do trabalho, buscando silêncio, religiosidade, afastamento, psicoterapia, lazer, atividade física, choros, reclamações etc. Essas características representam os aspectos da negação, resignação, desistência, isolamento e submissão, de acordo com a PdT.

Já nos grupos de TSM de hospitais psiquiátricos, as principais estratégias coletivas de defesa utilizadas são o afastamento do trabalho, endurecimento e a reclamação (Magnus & Merlo, 2012; Monteiro & Passos, 2020). O afastamento é utilizado em larga escala, seja a partir do absenteísmo em forma de faltas e atestados médicos ou pela busca da aposentadoria. O endurecimento refere-se ao distanciamento afetivo do paciente, ao passo que evitam qualquer sensibilização com o sofrimento destes. O estudo relatou também que o ato de reclamar se tornou uma estratégia de defesa ao observar um deslocamento entre a queixa quanto as dificuldades reais para uma certa tendência à vitimização. Imersos no sofrimento, os trabalhadores não conseguem enxergar possibilidades concretas para solução de problemas recorrentes, ou seja, estão barrados de sua inteligência prática. Esse dado

também desperta o alerta para as psicopatologias, em que o sujeito apresenta dificuldades para identificar saídas para o seu sofrimento.

Outras investigações (como exemplo, Bezerra et al., 2018; Kolhs et al., 2019; Machado et al., 2018; Silva et al., 2017; Uchida et al., 2011; Zanatta et al., 2020) tiveram como objeto de estudo os TSM dos CAPS. As principais estratégias de defesa individuais relatadas foram: racionalização (racionalizar o sofrimento decorrente do real do trabalho buscando conhecimento ou valor social), resistência (ao lidar com constantes imprevistos) e adaptação (se submeter aos desejos da instituição). Já enquanto estratégia defensiva coletiva, a principal utilizada é a proteção (através da eufemização da angústia, dos medos e da insegurança no trabalho), minimizando a percepção que o grupo tem da realidade.

Observando o resultado desses estudos, as principais estratégias de defesa utilizadas pelos TSM são a negação e a racionalização. Dentro disso, “negação pode ser sinalizada pela presença da desconfiança, de individualismo, de isolamento, e pela banalização das dificuldades da organização de trabalho”, enquanto a racionalização “se manifesta em falas que justificam as dificuldades do trabalho” (Moraes, 2011, p. 103). Nesses estudos sobre as estratégias de defesa utilizadas para lidar com o sofrimento decorrente do trabalho, nenhum faz alusão a medicalização por parte dos trabalhadores.

Ao investigar os riscos psicossociais do trabalho em saúde mental, Trevisan e Castro (2016) realizaram uma revisão de literatura e descreveram afastamentos por doenças, o prejuízo na qualidade do sono em geral, humor deprimido e estresse aumentado por trabalhar com por trabalhar com pessoas com distúrbios mentais. O estudo descreve que trabalhar mais de 20 horas por semana nesse ambiente apresenta maiores impactos psicossociais e prejuízos na qualidade de vida. Os autores esclarecem que os efeitos do trabalho impactam diretamente nesses aspectos físicos e mentais, assim como também no uso de medicamentos (sendo esse fator considerado covariável e não consequência). Dentre os analisados, esse foi o primeiro estudo que citou o uso

de medicamentos pelos TSM como um possível impacto dos efeitos do trabalho e relacionados aos seus riscos psicossociais.

Na perspectiva de investigar o adoecimento psíquico dos TSM, Oliveira et al. (2020) realizou um levantamento com trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico e revelou que 32% da amostra de TSM apresentam distúrbios psíquicos menores. Ademais, 44% apresentaram distúrbios crônicos. Essa investigação também aponta para o uso regular de medicamentos e de substâncias psicoativas por esses trabalhadores. Tratando-se de riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental, é importante ressaltar que

muito embora, tenha sido verificada associação estatisticamente significativa entre os problemas de saúde dos trabalhadores do Hospital Psiquiátrico e os riscos químico e psicossocial é importante ressaltar que o estabelecimento de nexos causal da doença com o trabalho é complexo, especialmente quando o adoecimento é de ordem psicoemocional, a exemplo da depressão. (Fernandes & Marziale, 2014, p. 546)

Essa é uma discussão complexa, a qual está longe de um desfecho. Existem pesquisas que realizaram o levantamento do adoecimento psíquico ou físico de trabalhadores, no entanto, ainda que sejam encontradas evidências persistentes quanto a etiologia da enfermidade, é delicado estabelecer qualquer nexo causal entre esses aspectos. Nesse sentido, Dejours (2018) afirma que o adoecimento psíquico se institui na estrutura da personalidade, tendo sua base em processos de amadurecimento do aparelho psíquico na infância. Dessa maneira, em concordância com a psicanálise, o contexto externo causador do sofrimento precisa encontrar uma ressonância simbólica no espaço intrapsíquico, que pode se desenrolar ou não para uma patologia. Portanto, o trabalho pode contribuir de forma robusta com o surgimento de um adoecimento, mas ainda não pode ser definido enquanto causador (Rodrigues & Calheiros, 2019).

Da mesma maneira, é possível ponderar que os desgastes ocasionados pelo impacto dos efeitos do trabalho, pode contribuir com o consumo abundante e irregular de medicamentos para lidar com o cotidiano do trabalho. Ainda assim, é instigante observar que há uma clara escassez de estudos que associam o uso de medicamentos como um fator de impacto e/ou uma ferramenta de enfrentamento relevante utilizada pelos TSM. Quando se compara às demais investigações sobre as estratégias dos trabalhadores para lidarem com o sofrimento decorrente dos efeitos do trabalho, a medicalização não é um tema frequente e é notadamente pouco discutida nessa perspectiva teórica da PdT. Dentro disso, em nenhum estudo recente investigou-se sobre a utilização de medicamentos pelos TSM.

Portanto, para entender melhor em quais processos psíquicos e intersubjetivos o uso de medicações se encaixa, torna-se necessário reunir dados recentes quanto ao uso de medicamentos pelos TSG. Deste modo, propõe-se a realização de um levantamento bibliográfico nessa temática, articulando com os conceitos da PdT apresentados anteriormente e com os dados das pesquisas recentes quanto aos TSM.

1.2.3 Trabalhadores da saúde mental: da medicalização ao deslocamento do sofrimento

Foi possível constatar que os TSM apresentam danos nos aspectos psicossociais, assim como um elevado nível de estresse e exaustão emocional relacionados à organização do trabalho dos hospitais psiquiátricos. Portanto, essa combinação pode gerar um sofrimento patológico, o qual conduz o trabalhador a comportamentos que afetam a saúde, como por exemplo o uso de medicamentos de maneira crônica e desmedida. Para compreender melhor como isso se relaciona, é necessário discorrer sobre as características do consumo dessas medicações. Na ausência de estudos realizados com a categoria profissional de TSM, as investigações realizadas com amostras de TSG serão exploradas.

As informações sobre o consumo de medicamentos pela população trabalhadora por si só são escassas. Nessa temática, foi encontrado um estudo que buscou descrever as mudanças no padrão de uso de medicamentos na população de trabalhadores na França, e avaliar o impacto dos programas que foram desenvolvidos com o intuito de reduzir esse consumo (Boeuf-Cazou et al., 2009). Nesse estudo, não foram encontradas associações entre variáveis relacionadas ao trabalho e uso de medicamentos. Outro levantamento, realizado também na França, buscou fornecer uma visão completa sobre o consumo de substâncias psicoativas no trabalho, assim como os tipos e as categorias profissionais que apresentam esse hábito (Cherbonnet et al., 2014).

Na literatura nacional, não foi encontrada uma investigação ampla acerca da caracterização do uso de medicamentos por trabalhadores. Na pesquisa realizada por Appio e Junior (2017) e Oliveira et al. (2021), os índices de consumo e crescimento do mercado de psicofármacos no Brasil são apresentados. Os artigos destacam que os ansiolíticos e antidepressivos estão entre os medicamentos mais consumidos no país nos últimos anos. Os dados são apresentados tendo como referência a população brasileira, sem relacionar detalhadamente os trabalhadores. No entanto, a pesquisa ilustra esses índices alarmantes com outros estudos com categorias profissionais específicas (professores, caminhoneiros e bancários) (Appio & Junior, 2017).

Observando as publicações sobre esse consumo pelos profissionais da área da saúde, a maior parte dos estudos se refere a investigações amplas quanto ao uso de substâncias psicoativas lícitas (álcool, tabaco, medicamentos de uso hospitalar como opióides e sedativos) e ilícitas (anfetaminas, cocaína, maconha etc.). Os resultados dessas pesquisas não apresentam uma discriminação clara entre o uso de substâncias lícitas ou ilícitas e suas caracterizações. O enfoque desses trabalhos foi a realização de análises sobre o abuso dessas substâncias, a dependência química decorrente desse uso, os fatores organizacionais e implicações relacionadas a esse consumo (Fernandes et al., 2018; Ribeiro et al., 2020).

No entanto, Luz et al. (2012) buscou estimar o perfil de consumo de medicamentos em geral por trabalhadores hospitalares e avaliar os fatores associados ao seu uso. A pesquisa demonstra que pelo menos 72% desses trabalhadores fazem o uso de pelo menos um medicamento. Dentre estes, 25,4% utilizam fármacos psicoativos e 17,8% analgésicos. A autoavaliação de saúde apresentou uma associação independente com o consumo de dois ou mais medicamentos. Quanto aos indicadores associados ao trabalho, apenas o afastamento esteve associado diretamente ao uso de medicamentos, mas nenhuma característica da organização do trabalho foi relacionada.

O consumo de psicofármacos é bastante comum no contexto dos TSG, possivelmente devido ao local de trabalho desgastante (fisicamente e psicologicamente) ao qual estão expostos ou a tentativa de aliviar as tensões individuais. Nos levantamentos realizados por Santana et al. (2017) e Sousa et al. (2021), os tipos de adoecimento psíquico relacionados ao uso de psicofármacos mais apontados pelos TSG são o transtorno de ansiedade, depressão e a insônia. As principais categorias de medicamentos psicotrópicos utilizadas são a de antidepressivos e ansiolíticos, seguida por opiáceos. Os psicofármacos relatados com maior índice de uso por TSG foram fluoxetina, sertralina e diazepam. Além desses dados, Schneider e Azambuja (2015) observaram a relevante falta de conhecimento sobre as características dos medicamentos e tratamentos por parte dos profissionais em uso.

Ainda que em virtude dos desgastes oriundos do trabalho e da sobrecarga psíquica, os TSG relatam buscar nos medicamentos a diminuição dos sintomas para voltarem a desenvolver as suas atividades de forma eficiente, tanto no domínio profissional quanto no pessoal. Nessas investigações, entre 10% a 15% dos participantes relataram que o uso de medicamento e sua condição de saúde tinham relação com o trabalho. Os fatores levantados pelos participantes referem-se à carga

horária excessiva, ao estresse, às más condições de trabalho e noites em claro (Santana et al., 2017).

Outras investigações apontam para um elevado consumo de psicofármacos entre TSG, porém com enfoque principal nos profissionais que atuam na enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem). A maior parte das publicações científicas é centrada nesse grupo específico (Oliveira et al., 2015; Vieira et al., 2016; Vieira et al., 2013). Os principais motivos apontados pelos trabalhadores da enfermagem relacionados ao uso desses medicamentos foram depressão, ansiedade e insônia.

Segundo Barros et al. (2009) e Pereira et al., (2017) os medicamentos mais consumidos por profissionais da enfermagem são para o sistema nervoso, analgésicos, anti-inflamatórios, antipiréticos e para o aparelho digestivo. Os analgésicos foram especialmente citados pelos profissionais da terapia intensiva. A automedicação (uso sem prescrição médica) é um comportamento frequente e se justifica pela oferta e a disponibilidade dos medicamentos, além do conhecimento técnico dessa categoria profissional (Barros et al., 2009; Bittar & Gontijo, 2015; Galvan et al., 2016; Oliveira et al., 2013; Vieira et al., 2013).

Por serem profissionais frequentemente expostos a riscos biológicos, químicos e psicossociais (Fernandes & Marziale, 2014), trata-se de uma população passível de adoecimento em função do trabalho. Esses trabalhadores relatam sentir dores lombares, dores em membros inferiores, estresse, mudança de humor e transtornos do sono, sendo esses dados coerentes com os estudos expostos anteriormente. Esses são os principais motivos que contribuem para o alívio de sintomas através da automedicação (Galvan et al., 2016). Muitas vezes, os trabalhadores recorrem à automedicação para promover o cuidado consigo mesmo, conforme relatado por Vieira et al. (2013).

A partir do levantamento dessas pesquisas sobre os TSG é possível inferir que as características referentes ao uso de medicamentos pelos TSM devem se apresentar de maneira similar, porém é considerável destacar que estes estão ainda mais expostos

às terapias psicofarmacológicas em seu contexto laboral. Diante de toda conjuntura apresentada, é aceitável presumir que o uso de medicamentos (independentemente do tipo) pode ser uma resposta do trabalhador ao sofrimento psíquico vivenciado diariamente no trabalho. A busca pelo medicamento pode ser considerada a solução certa pela facilidade propiciada pelo ambiente de trabalho (sendo com orientação médica ou automedicação). Muitas vezes, a maneira mais prática de lidar com determinado sofrimento pode ser a tentativa de racionalização, de maneira a atribuir o sofrimento psíquico ao corpo.

Segundo Pialarissi (2017), ambientes de trabalho precarizados inibem os sujeitos de serem críticos e reflexivos sobre as suas condições. Nessa conjuntura, a lógica do saber e do poder existente na história dos hospitais psiquiátricos podem intimidar o trabalhador na exposição de suas questões. Esse aspecto é ainda mais profundo nos cenários onde coexistem questões políticas (de dominação e resistência), a ambiguidade prevalente de prazer-sofrimento no trabalho e questões econômicas (como a prescrição e o consumo abusivo de medicações).

Desse modo, o sofrimento dos trabalhadores ganha maior proporção e pode se observar o processo de transformação do sofrimento em adoecimento. Uma questão interessante a ser levantada nesse movimento é sobre em qual ponto desse processo localiza-se o uso de medicamentos. O papel principal do abuso no consumo de medicamentos estabelece-se: enquanto uma terapêutica para um adoecimento em curso ou há um intuito de suspender ou adormecer o sofrimento, inclusive antes que esse adoecer se estabeleça? Para essa investigação, é necessário retornar ao conceito de estratégias de defesa da PdT. Conforme disserta Dejours (1997/2005),

em face do sofrimento o ego não fica passivo, ele se defende. As pesquisas em psicodinâmica e psicopatologia do trabalho mostram que existem defesas individuais e coletivas contra o sofrimento no trabalho. E essas defesas têm em comum funcionar como atenuadores da consciência desse sofrimento, como uma espécie de analgésico. (p. 60)

E se o analgésico, ou melhor, os medicamentos forem um dos tipos de atenuadores da consciência quanto ao sofrimento patológico? Conforme conceitos apresentados anteriormente, nem sempre o sofrimento patológico transcorre em adoecimento. As estratégias de defesa individuais são mecanismos utilizados de forma inconsciente pelos trabalhadores para negar o seu próprio sofrimento e o sofrimento do outro no trabalho. Nesse âmbito, quanto mais fragilizado se apresenta um coletivo de trabalho, as estratégias individuais de defesa (em forma de racionalização e negação) se tornam cada vez mais prevalentes. Esse pode ser o momento no qual se faz necessário o uso do medicamento por parte do trabalhador, como um atenuante.

O fato é que essa é uma discussão ainda mais ampla. Uma das definições mais influentes do conceito de medicalização vem do sociólogo americano Peter Conrad (2013) que traz à tona um debate sobre os problemas antes não médicos que passaram a ser definidos e tratados como problemas médicos (geralmente como uma doença ou distúrbio) e o uso de intervenções medicamentosas para tratá-los. O autor traz o entendimento de que alguns comportamentos que não são inerentemente desviantes, mas são definidos como desviantes pela sociedade e, pelas normas sociais, estão sendo medicados. Muitos desses problemas foram por muito tempo considerados partes comuns da vida que, embora às vezes problemáticos, eram toleradas ou administradas por outras esferas.

Os tipos de comportamentos medicalizados são os “problemas da vida cotidiana” (ansiedade comum, tristeza normal, disfunção erétil, falta de libido, timidez, mau humor, excesso de peso, dificuldade para engravidar, excesso de esforço físico etc.), “eventos naturais da vida” (menopausa, aspectos do envelhecimento como calvície e até mesmo morte e morrer), vícios de vários tipos, distúrbios alimentares e compulsões por consumo (Conrad, 2013). Estes se diferem das intervenções biomédicas destinadas a melhorar a condição de vida ou desempenho de um indivíduo,

chamadas "melhorias em pessoas saudáveis" (cirurgia estética, aprimoramentos cognitivos, de desempenho e potencialmente genéticos e biogênicos).

Esse ponto encontra eco no trabalho de Foucault sobre o olhar clínico e sua conexão com o desenvolvimento do capitalismo, sendo fortemente citado na literatura da medicalização como uma grande influência no desenvolvimento do conceito. Segundo o autor, a medicalização exemplifica um mecanismo moderno de poder - uma manifestação "do direito do corpo social de garantir, manter ou desenvolver sua vida" (Foucault, 1972, p. 136)

Sholl (2017) faz uma distinção importante entre a medicalização e a patologização. A primeira diz respeito aos contextos nos quais os tratamentos precedem as definições das doenças, ou seja, há a medicalização sem a patologização. Uma condição pode ser tratada clinicamente, ainda que não seja considerada patológica. Isso significa que o que poderia ser considerado como variações de funcionamento humano, passa a ser definido e tratado como problemas médicos. O autor esclarece que não é verdade que "a medicalização patologize", mas que é necessário discutir e observar o que são intervenções no estilo de vida e o que são intervenções biomédicas. O debate está em reconhecer que o conhecimento e as técnicas médicas promovem comportamentos saudáveis, podendo produzir respostas terapêuticas ao que é considerado patogênico, patológico ou indesejável no corpo individual ou social.

Portanto, há um movimento próprio do sujeito na busca por esse processo. Na perspectiva de Conrad (2013), a medicalização não é um processo normativo, ou seja, em si mesma não é boa nem má e não apresenta uma conotação pejorativa. Uma questão central a ser investigada pelos sociólogos, antropólogos e psicólogos é desvendar as consequências sociais e psíquicas da medicalização.

Recentemente, os teóricos da medicalização argumentaram que o motor central da medicalização não está mais vinculado ao aumento de diagnósticos médicos, porque a indústria farmacêutica se tornou um importante ator na medicalização nas

sociedades ocidentais desde a 'era Prozac' (Abraham, 2010). Isso levanta a questão de saber se a "farmacologização" é um conceito necessário e se pode ser incluído na "medicalização". O que se observa é que o aumento de vendas de medicamentos, apontado por Appio e Junior (2017), não acompanha o aumento de diagnósticos. Assim, é como se a farmacologização fosse um novo conceito dentro da medicalização, estando atrelado aos interesses corporativos das empresas farmacêuticas.

Discorrendo sobre a perspectiva da medicalização, Leão e Brant (2015) enfatizam que o sofrimento do trabalhador procede das múltiplas relações do sujeito no contexto laboral. Como esse sofrimento tem essa origem social, a maneira de enfrentá-lo precisa também ser social. Entretanto, o que se observa nos grupos de trabalhadores é a utilização da via médica no enfrentamento de suas questões. O medicamento é buscado independente do conjunto de situações e contextos que podem estar forjando o processo de subjetivação dos trabalhadores.

Em uma outra perspectiva, Appio e Junior (2017) debatem essa temática com enfoque na medicalização de psicofármacos, analisando o espectro a partir do "estado de topor". Os pesquisadores resgatam que a organização do trabalho gera angústia e sofrimento e nem sempre os sujeitos são capazes de reagir diante disso. Para lidar com essa situação, a sociedade oferece medicamentos, os quais produzem um efeito psicológico e químico no corpo do trabalhador. O conceito de docilidade (ou "corpos dóceis") apresentado por Foucault (1975/2002) é resgatado nesse estudo, pontuando que os medicamentos apresentam um papel alienante ao possibilitar suporte e aceitação da situação da organização do trabalho pelo trabalhador. Nesse tópico, Žižek (1992) é citado para a seguinte construção:

os psicotrópicos acabam servindo como um engodo capaz de proporcionar a ilusão aos sujeitos, esta sendo a regra de inclusão, de pertencimento sem falta, por isso o entorpecimento passa a ser visto como um tipo de ideologia, porque toma a mentira como verdade, salienta Žižek, ou assumem a distorção dos fatos como o fato em si. (Appio & Junior, 2017, p. 13)

Assim, o entorpecimento decorrente desse processo impede que os sujeitos reconheçam as opressões da organização do trabalho. No acaso de abuso de substâncias psicoativas, Rolo e Dejours (2015) constataram a partir de investigações clínicas que o medo é o principal sentimento envolvido com esse tipo de estratégia de defesa. O medo pode ter naturezas distintas e se diferenciar de acordo com o que está envolvido na organização do trabalho (desde o medo da pressão, até o medo da incapacidade). Na construção desse debate, os autores inauguram o olhar para essa nova modalidade de consumo de “produtos dopantes”, trazendo o hábito para um contexto social. O que se elabora nesse artigo é que o mundo do trabalho vigente propicia a hiperatividade mental, que gera um impacto no funcionamento psíquico, resultando no empobrecimento emocional.

Disso exposto, é necessário recapitular que sofrimento e defesa estarão sempre associados. De acordo com Lima e Scatolin (2021), se o trabalhador não tem liberdade para mudar sua organização de trabalho, dificilmente articulará a criação de defesas coletivas, deparando-se apenas com as possibilidades individuais de amenizar o seu sofrimento. Assim, é estabelecida uma circunstância que se constitui na adaptação extrema ao contexto laboral e impede o indivíduo de refletir sobre o que o acomete.

Sobre esse emaranhado de dor e prazer, Demaegdt et al. (2013), localizam o indivíduo enquanto quem vivencia o paradoxo entre a emancipação do trabalho (valorizando a flexibilidade, criatividade e autonomia) e o hiperativismo profissional. Ao se deparar com a sobrecarga, o indivíduo é colocado em um mecanismo de aceleração, que propicia o entorpecimento do funcionamento psíquico, neutralizando a vida psíquica e inibindo o pensamento. Entretanto, conforme os autores, a anestesia psíquica funciona também como uma anestesia dos estados afetivos e nesse ínterim estabelece-se uma relação compulsiva com o trabalho. Com a falta de sentido, cria-se uma dependência e a medicalização surge como testemunha de um beco sem saída em relação ao trabalho.

Para lidar com o medo, a ansiedade e a tensão, os trabalhadores adotam o uso de medicamentos psicotrópicos como "ansiolíticos durante o dia, soníferos a noite e psicoestimulantes pela manhã" (Dejours, 1987/2015, p. 88). Esses sentimentos causam um sofrimento importante e destroem "a saúde mental do trabalhador de modo progressivo e inelutável" (Dejours, 1987/2015, p. 96). À vista disso, surge o processo de somatização como um conflito que não consegue encontrar uma resolução mental, levando ao desenvolvimento no corpo de "desordens endócrino-metabólicas, ponto de partida para uma doença somática" (Dejours, 1987/2015, p. 165).

As discussões acerca dos conceitos utilizados pela PDT, com a devida contextualização e caracterização da organização do trabalho com saúde mental, assim como a exploração das pesquisas e dados recentes quanto ao TSM, mostram-se fundamentais para o embasamento teórico da pesquisa que foi realizada no presente estudo. Para o avanço nesse campo de conhecimento e desenvolvimento teórico que permitam intervenções efetivas, é necessário desvelar as lacunas apresentadas a partir da investigação do processo de medicalização nos trabalhadores da saúde mental.

A atual literatura indica uma baixa produção científica sobre o papel e os aspectos relacionados ao uso de medicamentos pelos trabalhadores da saúde mental, e é ainda menor quando o debate é buscado a partir do referencial teórico da PdT. Isso demonstra a importância de novos estudos acerca dessa temática, na esfera de relacionar as características da organização do trabalho com o uso de medicamentos pelos trabalhadores. A principal finalidade desse trabalho não é encontrar apenas uma resposta para as problemáticas levantadas, mas sim aguçar uma reflexão sobre a temática da medicalização e a busca pela emancipação do sujeito frente a um cenário adoecedor no mundo do trabalho.

A seguir, será apresentada a proposta de estudo empírico, os procedimentos de coleta de dados, resultados e discussão dos dados encontrados.

2 Método

Os caminhos metodológicos utilizados nos estudos são definidos a partir da organização de um pensamento, que busque uma lógica para identificar estratégias compatíveis com o contexto e o assunto estudado. Neste capítulo, serão descritos os métodos e as técnicas utilizadas, esclarecendo o tipo de pesquisa desenvolvida, o campo, a constituição da amostra, os instrumentos, os procedimentos de coleta e de análise de dados.

A pesquisa consistiu em um estudo de corte transversal, com caráter exploratório e descritivo. Os participantes da pesquisa foram abordados em um único momento, durante um período relativo à coleta dos dados, correspondendo ao corte instantâneo por meio da amostra pesquisada (Hochman et al., 2005). A finalidade da investigação exploratória é proporcionar maior familiaridade com o problema pouco explorado, a partir de um levantamento bibliográfico e de um questionamento com participantes que apresentem experiência prática com o problema pesquisado. Para o desenvolvimento, foi necessário descrever as características da população estudada e analisar se há relações entre as diversas variáveis, caracterizando a pesquisa como descritiva. Os autores enfatizam que esse tipo de pesquisa não abrange relações de causalidade (Silva & Menezes, 2005; Gil, 2008).

Além de compreender a distribuição das características da população em relação às variáveis estudadas, busca-se um aprofundamento nas questões observando a estrutura de uma comunidade de trabalho específica. Neste caso, foi realizado um levantamento a partir de um estudo de caso. Segundo Gil (2008), o propósito do estudo de caso é analisar intensivamente um objeto de caráter unitário, com o intuito de formular hipóteses ou desenvolver teorias acerca do contexto que está sendo descrito uma situação específica. Os estudos de caso auxiliam nas respostas a questões sobre “qual a maneira” que alguns fenômenos ocorrem. Na presente investigação, um único

hospital psiquiátrico constituiu o campo analisado, sendo esse portanto um estudo de caso único.

Realizado no contexto da pandemia de Covid-19, este estudo adaptou-se às circunstâncias do isolamento social, recomendadas pelas autoridades sanitárias. Assim, adotaram-se estratégias que evitassem contatos sociais presenciais com grupos de pessoas ou coletivos de trabalho. Por consequência, o estudo tem uma natureza quantitativa, a partir da modalidade eletrônica na coleta dos indicadores sobre a Organização do Trabalho, Indicadores de Sofrimento e Danos relacionados, por meio de escalas que serão apresentadas a seguir.

2.1 Caracterização do campo de investigação

A pesquisa foi realizada em um hospital que presta assistência à saúde no segmento de psiquiatria. A instituição oferece atendimentos a portadores de transtornos mentais e a dependentes químicos, compreendendo os serviços de urgência e emergência, atendimento ambulatorial, unidades de internação em modalidade enfermaria e apartamentos, consultórios de consultas eletivas adulto e infantil e projetos de extensão acompanhando a reinserção dos pacientes na comunidade. Com 200 leitos disponíveis para internação, a instituição presta atendimentos conveniados com o SUS, planos de saúde e particulares.

Inaugurado há mais de 40 anos, o hospital é uma empresa familiar privada, de médio porte e conta atualmente com 160 trabalhadores. Os trabalhadores são distribuídos em vários cargos, separados em grupos administrativos - secretárias, telefonistas, faturistas, serviços gerais, cozinheiras e auxiliares de cozinha, manutenção, entre outros distribuídos em departamentos de Tecnologia da Informação (TI), compras, recursos humanos, qualidade, hotelaria e administração - e em grupos assistenciais - compreendendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, entre outros. Todos esses profissionais possuem

contato constante com os pacientes da instituição durante a execução das atividades de trabalho.

Além dos trabalhadores vinculados, a instituição é um hospital-escola, sendo constantemente frequentada por um alto número de alunos, estagiários e professores, os quais interagem com os trabalhadores e com os processos de trabalho. Os representantes de laboratórios e de indústrias farmacêuticas também são profissionais externos que interagem semanalmente com as equipes assistenciais, trazendo amostras de medicamentos e realizando palestras sobre os novos medicamentos disponíveis no mercado.

A instituição ocupa um espaço físico amplo e conta com uma estrutura física descentralizada. Com uma ampla área verde, as áreas do hospital são separadas em prédios distantes e divididos entre recepção, enfermarias, apartamentos e consultórios. Com essa característica, os trabalhadores utilizam principalmente o aparelho celular e aplicativos de mensagens instantâneas para se comunicar e apresentam contatos mais restritos com as equipes de trabalho externas ao local em que estão instalados. Segundo dados do departamento pessoal, trata-se de uma equipe estável que, no geral, trabalha na instituição há muitos anos. Também foi relatado a existência de laços afetivos entre os trabalhadores devido ao longo tempo de serviço, os quais geram interferências nas decisões estratégicas da empresa.

A estrutura administrativa é pequena, sendo a maior parte das decisões administrativas concentrada em membros da diretoria. O hospital apresenta o comando centralizado nas direções (geral, técnica e administrativa). O organograma apresenta a concentração de vários departamentos da instituição sob o comando de uma única gestão. Também é possível observar que, em alguns casos, esse comando é compartilhado por mais de uma gestão. As características hierárquicas ainda estão em vias de maturação. Desse modo, as decisões são centralizadas na direção, mas regidas por comandos compartilhados tanto sobre departamentos, quanto sobre as pessoas.

Em relação à organização do trabalho, observa-se que a instituição vivenciou ao longo dos anos mudanças e transformações dos processos de trabalho referentes as políticas de saúde mental, com repercussões e redefinições constantes dos processos de trabalho prescritos. Atualmente, a instituição vive o planejamento da sucessão de poder, buscando a profissionalização da gestão e dos processos. Apenas recentemente, em 2020, foi implementado o mapeamento de processos, sistemas de gestão e programas de qualidade.

2.2 Amostra

A população escolhida para a realização do estudo foi composta por trabalhadores do hospital psiquiátrico. Os sujeitos da amostra são profissionais atuantes da área meio e área fim, ou seja, ocupantes de qualquer cargo dentro da instituição, com faixa etária entre 18 e 65 anos, que apresentem qualquer nível de escolaridade e socioeconômico.

Optou-se por não realizar um recorte de profissionais da área assistencial, pois o fenômeno investigado pode abranger todas as áreas de atuação e não estar apenas relacionado com a atuação assistencial com o paciente psiquiátrico. Ademais, a maior parte das pesquisas na literatura sobre trabalhadores da saúde apresentam como público-alvo apenas profissionais da área de enfermagem. Portanto, o presente estudo tem o intuito de aumentar esse espectro analítico, de modo a investigar a vivência dos demais profissionais e observar por meio dos dados coletados se essas populações diferem em algum quesito.

Portanto, a amostra foi extraída de uma população de 160 trabalhadores da saúde mental, ocupantes de qualquer cargo no hospital psiquiátrico eleito para a realização do estudo. Entretanto, 12 pessoas não tiveram acesso à pesquisa, pois o número telefônico registrado era inexistente e este foi o único meio de contato utilizado.

2.3 Instrumentos

Para coletar os dados desse estudo, buscou-se utilizar uma ferramenta padronizada a partir do referencial teórico da PdT, a qual possibilitasse a compreensão dos processos de subjetivação oriundos da organização do trabalho. Um importante requisito foi a possibilidade da aplicação da ferramenta de forma virtual, que resultasse em avaliações objetivas e sem prejuízo do método, devido a conjectura da pandemia. Dessa maneira, elegeu-se três das quatro escalas que compõem o Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART), um instrumento proposto por Facas (2013), revisado e validado por Facas e Mendes (2018). As escalas foram validadas com uma amostra de 5795 participantes, a partir de critérios de validação científica fidedignos. As escalas apresentam “estrutura fatorial satisfatória com eigenvalues acima de 1,00 para todos os fatores propostos, itens com carga superior a 0,30, teste de Kaiser-Meyer-Olkin – KMO – acima de 0,94, variância acumulada em torno de 51,79 e correlações com valores acima de 0,22” (Facas & Mendes, 2018, p. 2), o que demonstra evidências de validação de seus itens.

As escalas utilizadas nesta pesquisa foram: Escala de Organização do Trabalho (EOT), Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho (EIST) e Escala de Danos Relacionados ao Trabalho (EDT). A resposta aos instrumentos é realizada por meio de uma escala Likert de frequência, tendo como opções: Nunca (1); Raramente (2); Às vezes (3); Frequentemente (4); Sempre (5). Em seguida, é possível registrar os dados sóciodemográficos do participante, ao passo que o instrumento possibilita a inserção de questões abertas para exploração qualitativa (Facas & Mendes, 2018).

A escolha das escalas levou em consideração as dimensões mais relacionadas aos objetivos dessa investigação no que diz respeito à elucidação das características da organização do trabalho, do sofrimento e de danos psicossociais relacionados ao uso de medicamentos.

2.3.1 Escala de Organização do Trabalho (EOT)

A EOT, composta por 19 itens (Figura 1), tem o objetivo de captar “as representações que os trabalhadores têm acerca das tarefas que precisam realizar; das condições materiais oferecidas para suas execuções; da flexibilidade de prazos, ritmos e normas; da variabilidade das tarefas; e da autonomia e liberdade para realizar e falar sobre o trabalho” (Facas, 2013, p. 121). A escala apresenta dois fatores: a “Divisão das Tarefas” ($\alpha = 0,85$), que avalia o ritmo, prazos e condições para execução das tarefas; a “Divisão Social do Trabalho” ($\alpha = 0,90$), que tem foco em normas, comunicação, avaliação e autonomia. Quanto maior o escore pontuado, menor os riscos sinalizados, segundo Facas e Mendes (2018).

Figura 1

Exemplos de itens por fator da EOT. Fonte: adaptado Facas e Mendes (2018).

Itens do fator Divisão das Tarefas
Os recursos de trabalho são em um número suficiente para a realização das tarefas
O número de trabalhadores é insuficiente para a execução das tarefas
Itens do fator Divisão Social do Trabalho
A comunicação entre chefe e subordinado é adequada
Tenho liberdade para opinar sobre o meu trabalho

2.3.2 Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho (EIST)

A EIST, composta por 27 itens (Figura 2), tem o objetivo de investigar os indicadores de sofrimento no trabalho, sendo composta por três fatores: “Falta de Sentido do Trabalho” ($\alpha = 0,91$), a qual investiga sentimentos de inutilidade em decorrência da realização de um trabalho sem sentido para si mesmo, para a organização, para os usuários e/ou para a sociedade; “Esgotamento Mental” ($\alpha = 0,91$), a qual “se caracteriza por sentimentos de injustiça, desânimo, insatisfação e/ou desgaste com seu trabalho” (Facas & Mendes, 2018, p. 7); “Falta de Reconhecimento”

($\alpha = 0,92$), que está relacionada a sentimentos de desvalorização, não aceitação e falta de liberdade.

Figura 2

Exemplos de itens por fator da EIST. Fonte: adaptado Facas e Mendes (2018).

Itens do fator Falta de Sentido do Trabalho
Meu trabalho é sem sentido
Minhas tarefas são banais
Itens do fator Esgotamento Mental
Meu trabalho é desgastante
Meu trabalho é cansativo
Itens do Fator Falta de Reconhecimento
Falta-me liberdade para dialogar com a minha chefia
Minha chefia trata meu trabalho com indiferença

2.3.3 Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho (EDT)

A EDT, composta por 23 itens (Figura 3), tem como foco a investigação de disfunções físicas, psicológicas e sociais causadas pelos conflitos com a organização do trabalho e vinculada às vivências de sofrimento (Facas, 2013). Essa escala também é composta por três fatores: “Danos Psicológicos” ($\alpha = 0,94$), o qual se caracteriza por sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida; “Danos Sociais” ($\alpha = 0,91$), o qual está relacionado ao comportamento de isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais; “Danos Físicos” ($\alpha = 0,93$), que é caracterizado por dores e distúrbios biológicos (Facas & Mendes, 2018).

Figura 3

Exemplos de itens por fator da EDT. Fonte: adaptado Facas e Mendes (2018).

Itens do Fatos Danos Psicológicos
Sensação de vazio

Amargura
Itens do fator Danos Sociais
Dificuldade com os amigos
Agressividade com os outros
Itens do fator Danos Físicos
Dores nas pernas
Dores nas costas

Essas escalas estão relacionadas, sendo a EOT considerada como preditora das vivências de prazer-sofrimento e dos danos psicossociais (Facas, 2013). Essa característica alinha-se aos objetivos do estudo ao passo que possibilita uma investigação ampla dos diferentes aspectos envolvidos na organização, estabelecendo uma possível relação entre esses.

2.3.4 Questões sobre medicamentos

Após a EDT, para complementar os dados quantitativos coletados por meio do questionário, foi inserida uma seção com questões de múltipla escolha e questões abertas para os participantes. As questões abrangeram aspectos ligados ao uso de medicações: se havia ou não a utilização; se o uso estava vinculado à rotina de trabalho; quantidade utilizada; existência de prescrição médica; classe de medicamentos; qual a frequência utilizada; tempo de uso; caso o uso estivesse relacionado ao trabalho, quais as razões; número de problemas de saúde relacionados ao trabalho desenvolvidas no último ano. As questões completas podem ser verificadas no Apêndice.

2.3.5 Questionário sociodemográfico e profissional

Ao final das perguntas relacionadas ao uso de medicamentos, os participantes foram direcionados para as questões sociodemográficas, necessárias para os cruzamentos com os dados das escalas: faixa etária, gênero, escolaridade, estado civil, departamento de atuação profissional e tempo de atuação profissional na instituição.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

Para a realização desta pesquisa, foram consideradas as orientações do Código de Ética do Profissional Psicólogo, aprovado pela resolução do Conselho Federal de Psicologia no 10 de 21 de julho de 2005, que orienta que o profissional:

Avaliará os riscos envolvidos, tanto pelos procedimentos, como pela divulgação dos resultados, com o objetivo de proteger as pessoas, grupos, organizações e comunidades envolvidas; b) Garantirá o caráter voluntário da participação dos envolvidos, mediante consentimento livre e esclarecido, salvo nas situações previstas em legislação específica e respeitando os princípios desse Código; c) Garantirá o anonimato das pessoas, grupos ou organizações, salvo interesse manifesto destes; d) Garantirá o acesso das pessoas, grupos ou organizações aos resultados das pesquisas ou estudos, após seu encerramento, sempre que assim o desejarem. (p. 14)

Diante disso, para coleta de dados, a primeira etapa se deu na apresentação do projeto de pesquisa ao sócio-diretor da instituição, com o esclarecimento da característica de anonimato da pesquisa quanto à organização participante e a coleta da assinatura do termo de anuência em nome da instituição (Apêndice). Nesse contato inicial, foi prevista a apresentação de um relatório aos membros da direção, contendo os principais resultados da pesquisa realizada, com intuito de subsidiar a implementação de ações que proporcionassem melhorias na organização de trabalho.

Nessa ocasião, foram levantados dados institucionais acerca da estrutura física, da percepção das características inerentes ao trabalho na instituição, número de trabalhadores, regimes de contratos de trabalho e demais informações relevantes para constituir a caracterização do campo de pesquisa. O acesso aos trabalhadores foi disponibilizado pelo Departamento Pessoal, o qual forneceu uma lista atualizada com o nome completo, cargo e telefone.

A abordagem inicial foi feita pela pesquisadora, a qual promoveu uma roda de conversa nas estações de trabalho, transitando por cada estação e solicitando a atenção dos trabalhadores por um período de 10 minutos. Na ocasião, eles foram informados sobre a pesquisa, anuência da instituição, temática a ser trabalhada, laboratório e instituição acadêmica vinculados à pesquisa. Ainda, destacou-se para todos os trabalhadores o caráter voluntário da participação. A pesquisadora não revelou sua relação com a pesquisa e apenas comunicou as características pertinentes ao desenvolvimento do estudo. Essa ação foi uma estratégia visando evitar que a abordagem virtual fosse considerada como um *spam* por parte dos trabalhadores; como resultado, a falta de percepção sobre a legitimidade do estudo poderia fazer com que alguns participantes ignorassem o contato inicial.

A abordagem seguinte foi realizada através de um vídeo, o qual foi divulgado por meio de um aplicativo de mensagens instantâneas. Essa divulgação foi realizada de maneira anônima, em nome do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho. Todavia, os trabalhadores foram informados que, em caso de dúvidas ou necessidade de contato, os pesquisadores estariam à disposição por meio do número que dava acesso ao aplicativo de mensagens instantâneas.

O vídeo teve o intuito de sensibilizar os trabalhadores quanto a temática da pesquisa, informando estatísticas sobre a saúde mental do trabalhador, motivos de afastamento ao trabalho e a importância da realização de pesquisas que elucidem esse debate. Além desses dados, o vídeo enfatizava a importância da contribuição dos trabalhadores nesses estudos para a melhoria dos contextos de trabalho. No final do vídeo, o espectador era incentivado a contribuir com a pesquisa e que para isso este precisava apenas disponibilizar parte de seu tempo, respondendo um questionário virtual pelo próprio aparelho celular. O *link* com acesso ao questionário era disponibilizado em seguida.

O primeiro contato do participante era com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi redigido de maneira a esclarecer as características do

estudo, o método de resposta, a média de tempo para responder, os riscos envolvidos na participação, o direito à privacidade, ao sigilo e ao anonimato de cada participante, além de comunicar que nenhuma informação de caráter pessoal seria solicitada. Ainda, no termo estava assegurada a participação voluntária e livre de remunerações ou compensações, com direito de retirada do consentimento a qualquer momento da coleta de dados, conforme documento apresentado no Apêndice. Caso o participante concordasse em participar, este deveria assinalar a opção “Li e aceito os termos esclarecidos”.

Em seguida, iniciava-se a apresentação das questões. Para seguir adiante, as questões só eram liberadas caso o respondente não deixasse qualquer resposta em branco. Assim, todos os questionários que foram entregues estavam 100% respondidos.

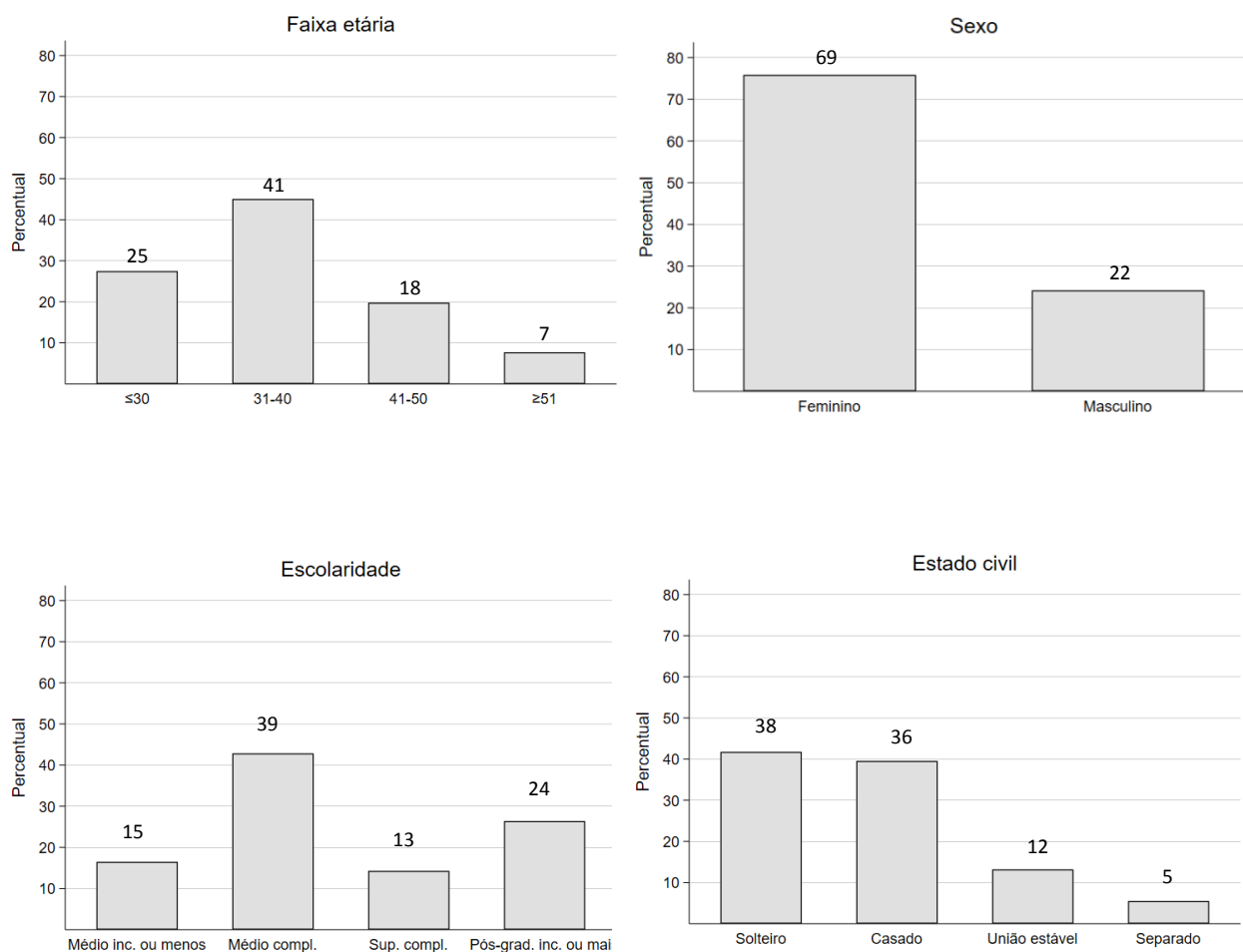
A pesquisa ficou disponível para ser respondida durante 21 dias. Durante 3 ocasiões distintas (com um intervalo de 7 dias) o vídeo e o *link* eram reenviados e os participantes eram lembrados de responder ao questionário. Durante toda a aplicação da pesquisa, a pesquisadora mostrou-se disponível via aplicativo de mensagens instantâneas, para tirar dúvidas e auxiliar os respondentes ao acesso inicial à pesquisa.

2.5 Caracterização dos respondentes

Foram respondentes da pesquisa 91 voluntários. A amostra foi constituída em sua maioria por indivíduos entre 31 e 40 anos de idade (45,1%), do sexo feminino (75,8%), com ensino médio completo ou superior incompleto (42,9%), solteiros (41,8%), lotados no departamento assistencial de Enfermagem (24,2%) e com tempo de atuação na instituição menor ou igual a 4 anos (54,9%). Na figura 4, os resultados são sintetizados em gráficos com as frequências absolutas e relativas, conforme a seguir:

Figura 4

Caracterização da amostra de Trabalhadores da Saúde Mental (n=91).



2.6 Procedimento de Análise de Dados

Para analisar os resultados deste estudo, foram utilizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. O *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* – versão 22.0.0 foi utilizado para rodar as análises estatísticas dos dados coletados referentes as escalas EOT, EIST e EDT, subdivididas em fatores conforme especificações de Facas (2013) e Facas e Mendes (2018). As perguntas de múltipla escolha e abertas sobre o uso de medicações e os dados sócio-demográficos e profissionais também tiveram suas respostas submetidas a análises estatísticas.

As questões abertas tiveram suas respostas enquadradas nos eixos definidos nas questões de múltipla escolha. Foram realizadas análises de conteúdo com

categorização temática, agrupadas de acordo com as frequências representadas em cada categoria de perguntas sobre medicamentos (Minayo, 2001). A partir disso, foram incluídas estatísticas de análise nas categorias.

As análises descritivas incluíram a avaliação da média aritmética, desvio-padrão (DP) e frequência dos itens que constituem cada fator. Facas e Mendes (2018) apresentam os parâmetros de avaliação dos fatores das escalas divididos em risco alto, risco médio e risco baixo. Os valores de cada fator das escalas EOT, EIST e EDT foram definidos por meio do cálculo da média dos valores dos itens que compõe o fator em questão – os quais variam de 1 a 5. A análise descritiva foi expressa em frequências absolutas e relativas, bem como medidas de tendência central e dispersão. A finalidade da análise descritiva é averiguar situações que influenciem os resultados gerais.

Para as análises inferenciais, consideraram-se significativos valores de $p < 0,05$. Testou-se a normalidade dos dados por meio do teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade da variância por meio do teste de igualdade das variâncias de Bartlett.

Para a comparação entre duas ou mais médias, para dados normais e homogêneos, utilizou-se o teste de análise de variância (ANOVA). Caso contrário, a distribuição foi comparada por meio do teste de Kruskal-Wallis. Para os casos de distribuição não-normal, a relação entre variáveis quantitativas foi verificada por meio do coeficiente de correlação dos postos de Spearman (rho de Spearman) para definição de correlação estatística.

Foram realizadas regressões lineares multivariadas, ajustadas pelo método *stepwise forward*, com a determinação de R^2 ajustado, estatística F, coeficientes padronizados (β) e valor p. Neste caso, o valor de R^2 indica quando o modelo é explicativo para a variável dependente; F esclarece a chance que o resultado tenha ocorrido por erro amostral (quanto mais distante de 1,00 menor chance); e β indica o quanto o fator estudado aumenta ou diminui com as variáveis independentes.

Por fim, foram realizadas regressões logísticas, com a determinação de oddsratio (OR), intervalo de confiança de 95% (IC95%) e valor p. Essa análise é

definida pela Razão de Possibilidades, uma medida de associação que quantifica a relação entre uma dada exposição e uma consequência. É definida como a razão entre a chance (OR) de um evento ocorrer em um grupo e a chance de ocorrer em outros grupo, ou seja, permite a comparação entre dois grupos de dados. A amostra é avaliada para verificar em qual proporção determinado desfecho pode acontecer em um dos grupos.

Foi realizada regressão de Poisson, com a determinação de razão de prevalências (RP), IC95% e valor p, para verificar sobre a relação entre a quantidade de medicamentos utilizadas e os fatores avaliados. Nas regressões logística e de Poisson, a significância das variáveis foi verificada pelo teste de Wald.

A análise inferencial tem o objetivo de comparar a distribuição dos fatores, categorias sócio-demográficas e medicamentos, relacionando as variáveis dependentes com variáveis independentes ou evidenciando nexos entre os dados levantados. A interpretação dos resultados estatísticos foi feita conforme as orientações do PROART (Facas, 2013; Facas & Mendes, 2018).

Os resultados foram analisados e relacionados com os conceitos a partir da literatura apresentada enquanto fundamentação teórica desse estudo. Utilizando o referencial teórico da PdT e dos dados científicos apresentados por outras investigações relacionadas aos trabalhadores da saúde mental, foram realizados cruzamentos transversais entre os conceitos teóricos e resultados empíricos.

3 Resultados e Discussão

Neste capítulo, serão expostos os principais resultados obtidos a partir da metodologia delineada. A apresentação dos dados resultantes da coleta será feita separadamente para cada escala - EOT, EIST e EDT, respectivamente -, explorando as análises da estatística descritiva e inferencial em cada seção. Em seguida, os resultados pertencentes ao questionário sobre o uso de medicamentos serão apresentados e relacionados aos dados resultantes das escalas. Nessa apresentação, será priorizada a exposição dos resultados mais pertinentes, enfatizando os maiores e menores índices observados. O resultado de todos os itens avaliados será apresentado nas tabelas anexadas ao estudo.

Cada seção de apresentação dos resultados será seguida de uma subseção com a discussão de acordo com os objetivos delineados para o estudo, devido a quantidade de dados levantados. Deste modo, de acordo com os resultados das escalas aplicadas, a discussão tem como finalidade principal estabelecer relações entre os fatores resultantes da escala e o uso de medicamentos. Posteriormente, serão abordados os dados generalizados constatados pela investigação.

Na Tabela 1 é apresentado um quadro síntese com as médias gerais de cada fator pertencente às escalas e seus resultados. Na sequência, cada fator será apresentado detalhadamente nas respectivas seções.

Tabela 1

Descrição de valores médios dos fatores EOT, EIST, EDT e seus indicadores (n=91).

Dimensões e fatores	N	Média	Indicador de Risco
Organização do Trabalho			
Divisão das Tarefas	91	3,21	Médio
Divisão Social do Trabalho	91	3,09	Médio
Indicadores de Sofrimento no Trabalho			
Falta de Sentido do Trabalho	91	2,20	Baixo
Esgotamento Mental	91	2,43	Médio
Falta de Reconhecimento	91	2,10	Baixo
Danos Relacionados ao Trabalho			

Danos Psicológicos	91	2,14	Baixo
Danos Sociais	91	2,13	Baixo
Danos Físicos	91	2,60	Médio

3.1 Resultados da Escala de Organização do Trabalho (EOT)

A Escala de Organização do Trabalho (EOT) apresenta como fatores a “Divisão das Tarefas” (DT) e a “Divisão Social do Trabalho” (DST). Facas e Mendes (2018) apresentaram os seguintes parâmetros para a avaliação dos resultados: a) valores entre 3,70 e 5,00 – Risco Baixo: Resultado positivo; b) valores entre 2,30 e 3,69 – Risco Médio: Resultado mediano; c) valores entre 1,00 e 2,29 – Risco Alto: Resultado negativo. A descrição dos valores dos fatores é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2

Descrição de valores da EOT, de acordo com os fatores DT e DST (n=91).

Dimensões e fatores	N	Média	Desvio padrão
Organização do Trabalho			
Divisão das Tarefas	91	3,21	0,78
Divisão Social do Trabalho	91	3,09	0,69

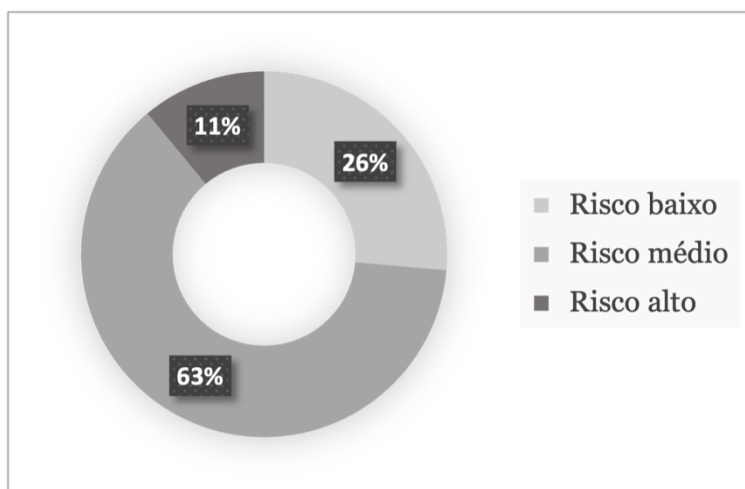
Conforme a Tabela 2, a EOT resultou em uma avaliação de Risco Médio para os fatores “Divisão das Tarefas” (3,21, dp=0,78) e “Divisão Social do Trabalho” (3,09, dp=0,69). Esses resultados demonstram uma avaliação mediana para os fatores e representam um estado de alerta, uma situação limite para os riscos psicossociais no trabalho.

3.1.1 Resultados Fator Divisão de Tarefas (DT)

A Figura 5 detalha que para 11% (n=10) dos participantes, a DT representa um risco alto aos danos psicossociais, enquanto 62,6% (n=57) consideram que representa um risco médio e 26,4% (n=24) consideram um risco baixo. Assim, para a maior parte dos respondentes (74%), há demanda para intervenções em curto prazo, visando ao menos atenuar as causas. Nesse fator, os itens que aparecem com maiores e menores riscos são apresentados na Tabela 3.

Figura 5

Gráfico de frequência do fator DT. Fonte: Elaborado pela autora.

**Tabela 3**

Descrição dos itens do fator DT com maiores e menores riscos (n=91).

Dimensões e fatores		Média	Desvio padrão
Maiores Riscos	O número de trabalhadores é suficiente para a execução das tarefas	2,60	1,19
	O ritmo de trabalho é adequado	2,86	1,40
Menores Riscos	O espaço físico disponível para a realização do trabalho é adequado	3,58	1,40
	Os prazos para a realização das tarefas são flexíveis	3,52	1,36

De acordo com a Tabela 3, nenhum dos itens do fator DT apresentou um risco alto. Os itens com riscos menores, ou seja, mais bem avaliados, são aqueles relacionados à adequação das condições físicas e flexibilidade dos prazos para execução das tarefas. Ainda assim, estes representam uma avaliação mediana desses quesitos. Todavia, as piores avaliações referem-se à quantidade de trabalhadores e ritmo de trabalho inadequados, demonstrando queixas relativas à sobrecarga de trabalho na instituição.

Ao realizar a análise de variância e comparação entre as médias dos fatores com as categorias das variáveis demográficas, observou-se que o fator DT difere entre as categorias de escolaridade ($p = 0,005$) e estado civil ($p = 0,005$) dos trabalhadores de saúde mental (Apêndice Tabela 30).

Através da análise inferencial, com realização de regressão linear, foi observado que a DT é explicada em 62% pelas variáveis preditoras “Divisão Social do Trabalho” e “Falta de Reconhecimento”, o que pode ser observado na Tabela 4.

Tabela 4

Regressão do fator “Divisão das tarefas”.

Fator	R²	B	Estatística F (4, 86)
Divisão Social do Trabalho		0,51	
Falta de Reconhecimento	0,62	-0,37	37,95

Modelo ajustado por método *stepwise forward*, obtido por regressão linear multivariada.

O fator “Divisão Social do Trabalho” apresentou o efeito positivo mais forte no fator “Divisão das Tarefas”, ou seja, o aumento de 1 desvio-padrão em DST aumenta em 0,51 desvio-padrão no valor de DT. O fator “Falta de Reconhecimento” apresentou um efeito negativo moderado no fator Divisão do Trabalho, em que o aumento de 1 desvio-padrão em FR diminui em 0,37 desvio-padrão no valor de DT.

Por fim, avaliando o coeficiente de correlação rho de Spearman, observou-se também uma forte correlação negativa estatisticamente significativa entre os fatores “Divisão de Tarefas” e “Falta de Reconhecimento” ($r = -0,70$). Assim, infere-se que na medida que valores do fator “Divisão das Tarefas” diminuem, os valores do fator “Falta de Reconhecimento” aumentam (Apêndice Tabela 31).

3.1.2 Resultados Fator Divisão Social do Trabalho (DST)

A Figura 6 revela que a DST representa um risco alto para 11% ($n=10$) dos participantes, enquanto 71,4% ($n=65$) consideram que representa um risco médio e 17,6% ($n=16$) consideram um risco baixo. A frequência de risco médio para DST é a

maior entre os pesquisados. Então, para a maior parte dos respondentes (82%), há demanda para intervenções visando ao menos atenuar as causas. Nesse fator, os itens que aparecem com maiores e menores riscos são apresentados na Tabela 5.

Figura 6

Gráfico de frequência do fator DST. Fonte: Elaborado pela autora.

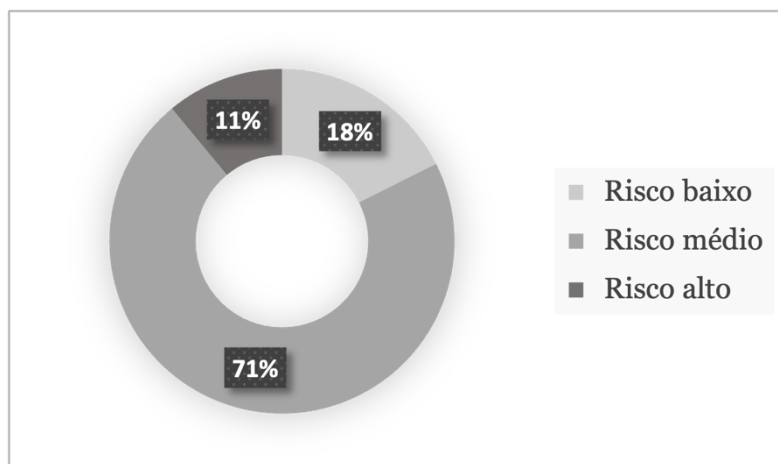


Tabela 5

Descrição dos itens do fator DST com maiores e menores riscos (n=91).

Dimensões e fatores		Média	Desvio padrão
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO			
Divisão Social do Trabalho			
Maiores Riscos	Os funcionários participam das decisões sobre o trabalho	2,66	1,32
	Há qualidade na comunicação entre os funcionários	2,71	1,07
Menores Riscos	As informações de que preciso para executar minhas tarefas são claras	3,48	1,20
	Há clareza na definição das tarefas	3,47	1,27

De acordo com a Tabela 5, nenhum dos itens do fator DST apresentou risco alto. Os itens com avaliações mais favoráveis referem-se à clareza das informações para execução das tarefas e da definição das tarefas. Contraditoriamente, as piores

avaliações dizem respeito aos trabalhadores não participarem das decisões sobre o trabalho e sobre a comunicação entre eles. Mesmo com essa diferença, todos os itens ainda se referem a uma avaliação mediana dos riscos da organização do trabalho.

Na comparação entre as médias do fator DST com as categorias das variáveis demográficas, a partir da análise de variância, observou-se que esse fator se difere entre as categorias de faixa etária ($p = 0,003$), estado civil ($p < 0,001$), departamento de atuação ($p < 0,001$) e tempo de atuação ($p = 0,004$) dos trabalhadores de saúde mental (Apêndice Tabela 32).

A DST é explicada em 52% pelas variáveis preditoras “Divisão das Tarefas” e “Danos Físicos”, de acordo com a análise inferencial com realização de regressão linear. Os resultados estão dispostos na Tabela 6.

Tabela 6

Regressão do fator “Divisão Social do Trabalho”.

Fator	R²	B	Estatística F (2, 88)
Divisão das Tarefas		0,66	
Danos Físicos	0,52	-0,18	49,48

Modelo ajustado por método *stepwise forward*, obtido por regressão linear multivariada.

O fator “Divisão das Tarefas” apresentou um forte efeito positivo no fator “Divisão Social do Trabalho”, ou seja, o aumento de 1 desvio-padrão em DT aumenta em 0,66 desvio-padrão no valor de DST. No caso do fator DF, provocou uma diminuição de 1 desvio-padrão em 0,18, se configurando como um efeito fraco.

3.2 Discussão sobre a Organização do Trabalho

A EOT aborda uma das principais dimensões estudadas pela PdT, indicando a forma como o trabalho está organizado e exerce impacto direto no sentido que este assume para o trabalhador. As estratégias utilizadas para enfrentar o sofrimento ocasionado pelo trabalho dependem das particularidades da organização do trabalho, pois são fatores preditores da ocorrência de adoecimentos. Portanto, essas

características apontarão para o quanto os trabalhadores recorrem às defesas para lidar com o sofrimento.

Nos dois fatores da EOT, a maior parte dos TSM avaliaram a organização do trabalho no hospital psiquiátrico com prevalência de risco médio e isso sinaliza uma “situação-limite”. A avaliação mediana indica que o ritmo de trabalho, as condições oferecidas para que as tarefas sejam executadas, as normas, a comunicação e autonomia dos trabalhadores apresentam oportunidades de melhoria que podem ser desenvolvidas a curto ou a médio prazo, em vista de minimizar o risco de adoecimento. No entanto, os resultados apresentaram também um índice de 11% (n=10) de trabalhadores que avaliaram as características da organização como um risco alto, indicando um resultado negativo e produtor de sofrimento para uma minoria, mas que demanda providências para evitar que esse índice cresça. Como consequência, 78% (n=81) dos trabalhadores apontam itens a serem eliminados ou atenuados para melhoria da organização de trabalho.

Os pontos mais bem avaliados são relacionados às condições físicas da instituição para a execução do trabalho, a clareza nas informações sobre como as tarefas devem ser executadas e quem é o responsável por essa execução, além da flexibilidade dos prazos adotada para a sua realização (Tabela 2 e 4). Esses itens podem indicar uma relação com elementos que apresentam potencial para atenuar o sofrimento, como exemplo a possibilidade de adotar flexibilidade na instituição. Segundo a PdT, o que favorece o prazer no trabalho é a liberdade de organizar o seu modo operatório e de dispor de tempo para pensar (Dejours, 2009a). Sendo esses fatores melhores avaliados, sinalizam que melhorias que podem ser adotadas nesses aspectos podem fazer com que o TSM tenham maior descarga de energia psíquica no processo de trabalho e, consecutivamente, prazer.

No entanto, vale ressaltar que esses pontos resultaram em uma categoria de avaliação mediana e, ainda que apresentem as melhores pontuações sobre a organização do trabalho, caracterizam um alerta importante nos fatores que

demandam intervenções para a evitação de sofrimento patogênico nos TSM. Já se sabe, a partir de estudos anteriores, que se trata de um grupo de trabalhadores que apresenta altos níveis de exaustão emocional devido aos estressores ambientais do hospital psiquiátrico (O'Connor et al., 2018). Portanto, as características da organização de trabalho precisam ser favoráveis para não desencadear um processo de adoecimento, devendo a organização pleitear uma avaliação que resulte em baixo risco nesses quesitos.

Os itens críticos avaliados são relacionados à quantidade de trabalhadores para realização das tarefas, ao ritmo de trabalho na instituição, à má qualidade na comunicação e a não participação dos trabalhadores nas decisões sobre o próprio trabalho (Tabela 3 e 5). Além disso, os itens apontam para a falta de autonomia dos TSM em participar de debates e construções sobre o modelo adequado da realização do trabalho, levando-os a margem quanto ao despertar de um adoecimento. Esses itens acarretam sofrimento no trabalho, demonstrando questionamentos dos TSM quanto ao modelo prescrito do trabalho no hospital psiquiátrico e sua influência no prejuízo da produção. Os apontamentos são similares aos feitos pelos TSM dos CAPS (Kolhs et al., 2019).

Esses dados evidenciam o hiato existente entre o trabalho real e o prescrito, no qual o sujeito se mobiliza ao se deparar com as imposições da organização de trabalho. Porém, neste caso, é possível notar que o processo de liberdade inventiva desses TSM é paralisado pela instituição, podendo ser observado por meio do relato de silenciamento ao não participarem das decisões sobre o trabalho e se referirem a precariedade na comunicação. Este processo, que se origina do sofrimento patogênico, enfraquece os movimentos cooperativos e solidários dos TSM (Dejours, 1997/2005). Esse é um primeiro sinal de vulnerabilidade ao prescrito, pois se os TSM legitimam o silenciamento, estão deixando de exercer a inteligência prática, dado que anuncia um processo de desintegração entre mente e corpo no trabalho.

Dentre todos os fatores avaliados pelas escalas elegidas nesse estudo (EOT, EIST e EDF), o fator “Divisão Social do Trabalho” apresentou a pior avaliação média ($M=3,09$) e a maior unanimidade entre os trabalhadores como fator crítico. Enquanto 74% dos TSM avaliaram o fator DT como risco médio (63%, $n=57$) e risco alto (11%, $n=10$), 82% avaliaram DST como risco médio (71%, $n=65$) e risco alto (11%, $n=10$) (Figura 5 e 6). Dessa maneira, a maior quantidade de itens que representam insatisfações e possibilidades de melhorias de acordo com TSM está na DST, nos aspectos de normas, comunicação, avaliação e participação no contexto do trabalho. Ao resgatar que são as características da organização do trabalho que vão determinar os destinos subjetivos do trabalhador, esse dado demonstra que existe um processo de sofrimento prevalente instaurado e que os trabalhadores visualizam possibilidades de transformação da organização.

É interessante observar que houve variação na avaliação dos fatores da EOT (Apêndice Tabela 30). Em relação à “Divisão de Tarefas”, os TSM com maior escolaridade (a nível de pós-graduação, $M=3,0$) avaliaram maiores riscos comparativamente aos TSM com menor escolaridade (ensino fundamental incompleto, $M=4,3$). No fator “Divisão Social do Trabalho” os TSM mais velhos ($M=2,2$), atuantes no departamento de Higienização e Limpeza ($M=2,6$) e com 11 a 15 anos de atuação ($M=2,3$), avaliaram maiores riscos do que os demais trabalhadores. Nesse caso, quanto mais jovens ($M=3,5$) e menor o tempo de atuação ($M=3,2$) na instituição, mais bem avaliado foi o fator DST. Portanto, é possível notar que a organização do trabalho do hospital psiquiátrico pode ser avaliada de maneira diferente a depender do nível de instrução, do departamento de trabalho e do tempo que o trabalhador atua na instituição.

Em outros termos, isso pode sinalizar uma ausência de padronização na estrutura da organização do trabalho, a qual pode estar condicionada à natureza do trabalho desempenhado. Quando DT apresenta mais riscos para os trabalhadores com maiores escolaridades, isso pode denotar que as tarefas estão mais bem distribuídas

entre os trabalhadores operacionais e que os trabalhadores estratégicos são responsáveis por uma maior quantidade de tarefas e podem se sentir sobrecarregados. Por outro lado, é possível refletir sobre a desejabilidade social, em que os trabalhadores com menor escolaridade podem não apresentar a mesma expectativa/exigência dos trabalhadores com maior escolaridade sobre a divisão das tarefas e, como consequência, das condições de trabalho.

Outro aspecto que esse resultado sinaliza é sobre a demanda dos trabalhadores operacionais com idade mais avançada. Trabalhadores mais velhos, do departamento de limpeza e com maior tempo de atuação, apresentaram as maiores queixas sobre a DST. Esse dado confirma a carência de estudos sobre as características do trabalho daqueles que atuam em hospitais e não ocupam cargos assistenciais, visto que o nível de instrução e o departamento de atuação vão interferir na vivência de trabalho. Portanto, a predominância de estudos exclusivamente sobre os trabalhadores da enfermagem não se justifica.

Certamente a “Divisão de Tarefas” e a “Divisão Social do Trabalho” são mutuamente impactadas, com uma forte influência e relação entre seus resultados. A DT é uma forte preditora da DST ($\beta=0,51$). No entanto, outros fatores também exerceram influências mais brandas (Tabelas 4 e 6). A DT apresentou-se moderadamente relacionada com a “Falta de Reconhecimento” ($\beta=-0,37$) e “Esgotamento Mental” ($r=-0,59$), em que quanto maiores os valores da DT, menores os valores da FR e EM. Assim, isso significa que quando a DT apresenta um risco baixo (valores altos), a FR e EM também apresentam riscos menores (valores baixos). Essa relação retrata que uma “Divisão de Tarefas” satisfatória faz com que o trabalhador da saúde mental perceba melhor as evidências de reconhecimento do trabalho, o que evita a ocorrência do esgotamento mental. Analogamente, a DST apresentou uma estreita relação com “Danos Físicos” ($\beta=-0,18$), isto é, a DST satisfatória faz com que os TSM tenham menores riscos de sofrer danos físicos em decorrência do trabalho.

Essa análise demonstra que os riscos inerentes a organização do trabalho no hospital psiquiátrico favorecem o aparecimento de sofrimento patogênico. Em decorrência dos TSM não se sentem qualificados para o trabalho (por meio da aceitação, admiração e liberdade de pensamento) ou, em outras palavras, não se sentem reconhecidos pelos colegas ou gestores, estes se sentem cansados, insatisfeitos e desgastados em decorrência do trabalho. Esse sentimento de esgotamento os deixa “adormecidos” do sofrimento, podendo evoluir para o desenvolvimento de disfunções físicas na saúde. Esses resultados corroboram os achados em estudos anteriores sobre os TSM, principalmente quanto ao sentimento de qualificação e preparo para o trabalho (Trevisan & Castro, 2016; Monteiro & Passos, 2020) e a importância da flexibilização, cooperação e voz ativa para resolução de problemas (Lamb & Cogan, 2016).

3.3 Resultados da Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho (EIST)

A EIST apresenta como fatores a “Falta de Sentido no Trabalho” (FST), “Esgotamento Mental” (EM) e “Falta de Reconhecimento” (FR). Para interpretação dos resultados, Facas e Mendes (2018) estabeleceram como parâmetro: a) valores entre 3,70 e 5,00 – Risco Alto: Resultado negativo; b) valores entre 2,30 e 3,69 – Risco Médio: Resultado mediano; c) valores entre 1,00 e 2,29 – Risco Baixo: Resultado positivo. A descrição dos valores dos fatores é apresentada na Tabela 7.

Tabela 7

Descrição de valores da EIST, de acordo com os fatores FST, EM e FR (n=91).

Dimensões e fatores	N	Média	Desvio padrão
Falta de Sentido do Trabalho	91	2,20	0,75
Esgotamento Mental	91	2,43	0,88
Falta de Reconhecimento	91	2,10	0,77

Pode-se verificar, na Tabela 7, que a EIST resultou em uma avaliação em que os fatores “Falta de Sentido do Trabalho” (2,20, dp=0,75) e “Falta de Reconhecimento”

(2,10, $dp=0,77$) apresentaram baixos riscos psicossociais, demonstrando um resultado positivo, enquanto o fator “Esgotamento Mental” (2,43, $dp=0,88$) apresentou Risco Médio, caracterizando uma situação limítrofe. Para entender melhor esse resultado, cada fator será analisado detalhadamente.

3.3.1 Resultados Fator Falta de Sentido do Trabalho (FST)

A Figura 7 revela que 6,6% (6) dos participantes avaliaram como um risco alto para o fator Falta de Sentido no Trabalho, enquanto 33% ($n=30$) consideram que representa um risco médio, e 60,4% ($n=55$) consideram um risco baixo. A maior parte dos respondentes avalia que este quesito apresenta baixos riscos psicossociais, sinalizando que há aspectos positivos a serem consolidados e potencializados. Nesse fator, os itens que aparecem com maiores e menores riscos são apresentados na Tabela 8.

Figura 7

Gráfico de frequência do fator FST. Fonte: Elaborado pela autora.

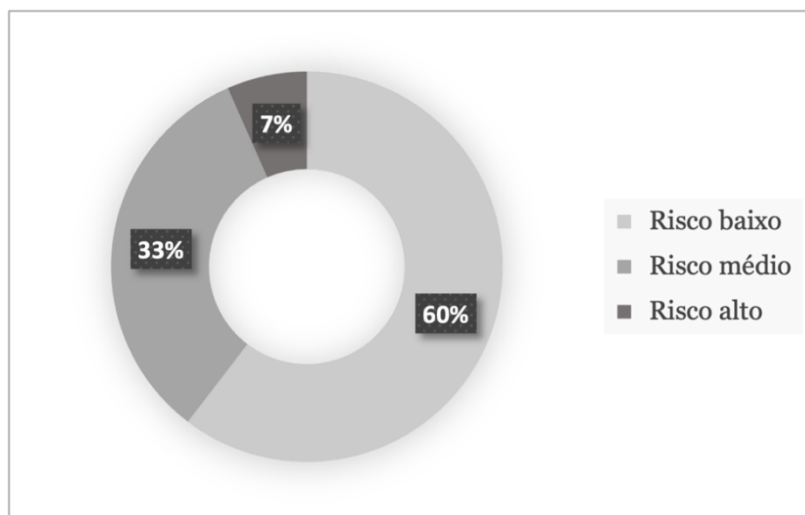


Tabela 8

Descrição dos itens do fator FST com maiores e menores riscos ($n=91$).

Dimensões e fatores		Média	Desvio padrão
Falta de Sentido no Trabalho			
Maiores Riscos	Meu trabalho é sem sentido	3,73	1,01
	Sinto-me desmotivado para realizar minhas tarefas	2,37	1,32
Menores Riscos	Meu trabalho é irrelevante para o desenvolvimento da sociedade	1,65	1,28
	Minhas tarefas são banais	1,68	1,32

Ao analisar detalhadamente os itens do fator FST, é possível observar que os maiores riscos tiveram avaliações com predominância de risco médio, relacionados à falta de sentido do trabalho e à desmotivação para realizar tarefas. Por outro lado, os itens positivamente avaliados dizem respeito ao reconhecimento da relevância do trabalho executado e seu impacto na sociedade.

Na análise de variância, na comparação entre a média do fator FST com as categorias das variáveis demográficas, observou-se que se difere entre as categorias de escolaridade ($p = 0,004$) e estado civil ($p = 0,038$) dos trabalhadores de saúde mental (Apêndice Tabela 33).

Na análise inferencial com realização de regressão linear, o fator FST foi explicado em 61% pelas variáveis preditoras “Esgotamento Mental” e “Falta de Reconhecimento”, dado que pode ser observado na Tabela 9.

Tabela 9

Regressão do fator “Falta de Sentido do Trabalho”

Fator	R ²	B	Estatística F (2, 88)
Esgotamento Mental		0,45	
Falta de Reconhecimento	0,61	0,40	71,73

Modelo ajustado por método *stepwise forward*, obtido por regressão linear multivariada.

Nesse aspecto, os fatores EM e FR apresentam um efeito apenas moderado no fator FST. O dado demonstrou o aumento de 1 desvio-padrão em EM e FR aumenta em 0,45 e 0,40, respectivamente, o desvio-padrão no valor de FST.

No entanto, avaliando o coeficiente de correlação rho de Spearman, o fator FST apresentou uma forte correlação positiva com os fatores EM ($r=0,70$) e FR ($r=0,70$). Pode-se inferir que, quanto maiores os valores de “Falta de Sentido no Trabalho”, maiores são os valores para o fator “Esgotamento Mental” e “Falta de Reconhecimento” (Apêndice Tabela 31)

3.3.2 Fator Esgotamento Mental (EM)

A figura 8 revela que 7,7% ($n=7$) dos participantes avaliaram como um risco alto para o fator EM, enquanto 49,5% ($n=45$) consideram que representa um risco médio, totalizando 57,2% ($n=39$) de trabalhadores que avaliaram risco alto e médio. A menor parte dos participantes (42,9%) classificaram o fator EM como risco baixo. Esses dados demonstram que, no geral, o fator foi avaliado como mediano, gerando um estado de alerta sobre suas características. Nesse fator, a Tabela 10 detalha os principais itens a serem analisados.

Figura 8

Gráfico de frequência do fator EM. Fonte: Elaborado pela autora.

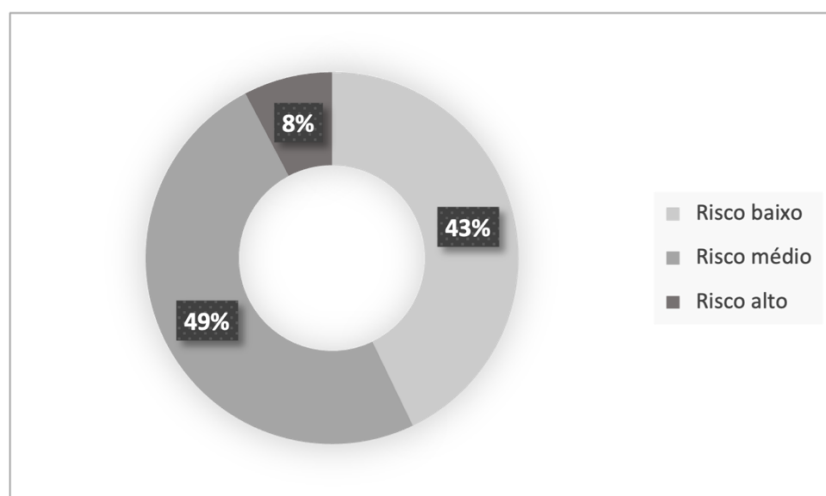


Tabela 10

Descrição dos itens do fator EM com maiores e menores riscos (n=91).

Dimensões e fatores		Média	Desvio padrão
Esgotamento mental			
Maiores Riscos	Meu trabalho é desgastante	2,90	1,33
	Meu trabalho é cansativo	2,97	1,29
Menores Riscos	Meu trabalho me faz sofrer	1,85	1,06
	Meu trabalho me causa insatisfação	2,15	1,19

Os itens de maiores riscos do fator EM são também enquadrados na avaliação de risco médio, sinalizando um limite de desgaste e cansaço desses trabalhadores. Entretanto, a avaliação enfatiza sobre a satisfação no trabalho, sendo estes itens caracterizados como baixos riscos de danos, demonstrando a conservação do prazer obtido através do trabalho.

Na comparação entre as médias dos fatores com as categorias das variáveis demográficas por meio da análise de variância, observou-se que o fator EM difere-se entre as categorias de escolaridade ($p = 0,016$) e estado civil ($p < 0,001$) dos trabalhadores de saúde mental (Apêndice Tabela 34).

O “Esgotamento Mental” é explicado em 66% pelas variáveis preditoras “Divisão de Tarefas”, “Falta de Sentido do Trabalho” e “Danos Psicológicos”, a partir da análise inferencial com realização de regressão linear. Esse dado pode ser observado na Tabela 11.

Tabela 11

Regressão do fator “Esgotamento Mental”

Fator	R²	B	Estatística F (3, 87)
Divisão das Tarefas		-0,26	
Falta de Sentido do Trabalho	0,66	0,48	61,20
Danos Psicológicos		0,26	

Modelo ajustado por método *stepwise forward*, obtido por regressão linear multivariada.

Os fatores apresentados na Tabela 11 revelam um efeito apenas moderado no fator “Esgotamento Mental”, sugerindo assim que o aumento de 1 desvio-padrão em FST e DP aumenta em 0,44 e 0,26 no valor de EM, enquanto diminui 0,26 desvio-padrão com o efeito da DT.

Como já apresentado, por meio do coeficiente de correlação rho de Spearman, EM apresentou uma forte correlação positiva principalmente com o fator FST ($r=0,70$). Assim, quanto maior o risco de “Esgotamento Mental”, maior o risco para “Falta de Sentido no trabalho” (Apêndice Tabela 31).

3.3.3 Resultados Fator Falta de Reconhecimento (FR)

É possível observar na Figura 6 que a maioria dos participantes (61,5%) ($n=56$) avaliou como risco baixo o fator “Falta de Reconhecimento”. Esse dado deve ser interpretado como uma avaliação positiva, devendo ser analisadas as características a serem mantidas. Ainda assim, parte dos trabalhadores (38,5%) ($n=35$) avaliou esse fator como risco médio ou alto. Quanto aos itens avaliados, podem ser analisados os destaques apresentados na Tabela 12.

Figura 9

Gráfico de frequência do fator FR. Fonte: Elaborado pela autora.

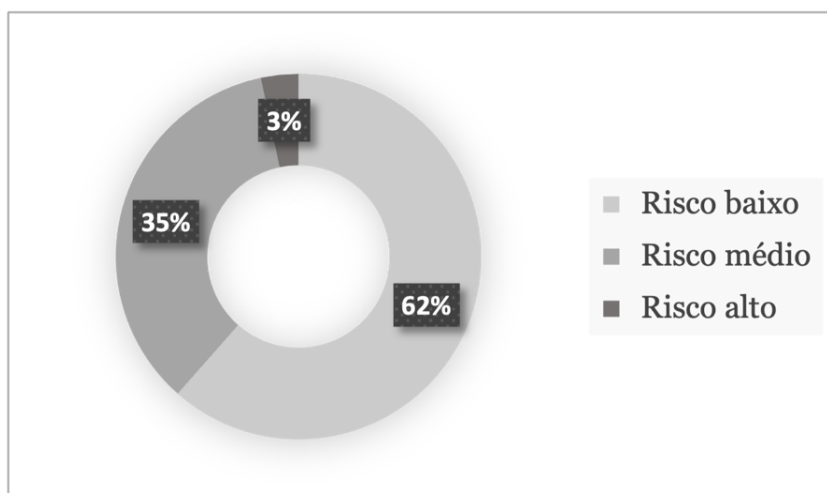


Tabela 12

Descrição dos itens do fator FR com maiores e menores riscos (n=91).

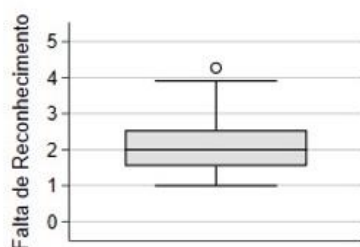
Dimensões e fatores		Média	Desvio padrão
Maiores Riscos	Falta-me liberdade para dizer o que penso sobre meu trabalho	2,44	1,21
	Meu trabalho é desvalorizado pela organização	2,40	1,47
Menores Riscos	Minha chefia trata meu trabalho com indiferença	1,85	1,00
	O trabalho que realizo é desqualificado pela chefia	1,86	1,06

Embora a maior parte dos itens tenha sido avaliada como característica de baixo risco para FR, os itens que apresentaram maiores riscos obtiveram predominância de risco médio, sinalizando um alerta sobre alguns aspectos relacionados à repressão e desvalorização pela gestão de trabalho. Positivamente, foi relatado sobre a atenção e reconhecimento da gestão com os trabalhadores.

No fator FR, foi possível observar na distribuição dos valores uma apresentação assimétrica positiva. Isso pode ser observado no maior de dp do item correspondente aos maiores riscos e visualizado no gráfico na Figura 10. Isso indica que alguns itens foram avaliados com valores bastante altos, porém em baixa frequência quando comparados à amostra total. Deste modo, alguns trabalhadores sinalizaram risco alto de forma importante em suas respostas.

Figura 10

Gráfico de caixa do fator FR. Fonte: Elaborado pela autora.



Na análise de variância de FR e as categorias das variáveis demográficas, observou-se que as categorias de escolaridade ($p < 0,001$), estado civil ($p = 0,008$) e departamento de atuação ($p = 0,046$) dos trabalhadores de saúde mental diferem-se nas avaliações (Apêndice Tabela 35).

A “Falta de Reconhecimento” é explicada em 72% pelas variáveis preditoras “Divisão Social do Trabalho”, “Falta de Reconhecimento”, “Danos Sociais” e “Danos Físicos”, segundo a análise inferencial com realização de regressão linear. Os dados podem ser conferidos na Tabela 13.

Tabela 13

Regressão do fator “Falta de Reconhecimento”.

Fator	R²	B	Estatística F (4, 86)
Divisão das Tarefas		-0,20	
Falta de Sentido do Trabalho	0,72	0,40	37,95
Danos Psicológicos		0,33	

Modelo ajustado por método *stepwise forward*, obtido por regressão linear multivariada.

Neste caso, os fatores preditores apresentaram um efeito apenas moderado no fator FR, apontando que o aumento de 1 desvio-padrão em FST e DP aumenta em 0,40 e 0,33 no valor de FR, respectivamente, enquanto diminui 0,20 desvio-padrão na DT. No entanto, na análise do coeficiente de correlação rho de Spearman, o fator FR apresentou uma correlação positiva forte estatisticamente significativa com os fatores FST e DT, conforme apresentado na seção de resultados do fator DT. Assim, quanto maior o risco de “Falta de Reconhecimento”, maior a “Falta de Sentido do Trabalho” e menor o risco de “Divisão das Tarefas” (Apêndice tabela 31).

3.4 Discussão sobre o Sofrimento no Trabalho

A revelação de um risco mediano das características da organização do trabalho no hospital psiquiátrico favorece o aparecimento do sofrimento patogênico nos TSM. Como a PdT considera o sofrimento como inerente ao trabalho, a EIST busca esclarecer

o grau de sofrimento que os trabalhadores apresentam, evidenciando esse dado a partir da análise da “Falta de Sentido no Trabalho”, “Esgotamento Mental” e a “Falta de Reconhecimento” relatados pelos TSM. Um alto risco nestes fatores aponta para um processo de adoecimento em curso, enquanto um risco mediano reflete um sofrimento patogênico instaurado e risco baixo relaciona-se a um processo de sofrimento intrínseco ao trabalho.

A maior parte dos respondentes da escala avaliou que o sofrimento patogênico no trabalho em hospital psiquiátrico apresenta um risco baixo, sendo este um bom resultado. A avaliação indica que o sentimento de utilidade, satisfação, ânimo, valorização, aceitação e avaliação de liberdade no trabalho foram descritos como positivos pelos TSM e como itens a serem consolidados pela instituição. Uma parcela de 33% (n=30) a 49% (n=45) dos TSM resultou em uma avaliação mediana, dado que deve ser encarado com atenção por ser uma estatística expressiva de um estágio limítrofe do adoecimento.

Os pontos avaliados como positivos relatam que os TSM reconhecem a relevância do trabalho que desempenham para a sociedade e a importância singular de suas tarefas realizadas no hospital psiquiátrico (Tabela 8). Esse dado representa a satisfação e o prazer em desempenhar o trabalho e o espaço em que se desenvolve o sofrimento criativo na dinâmica de trabalho (Tabela 10). Por terem consciência da relevância do trabalho, apontam haver baixo risco para que este seja tratado com indiferença ou desqualificado pela gestão (Tabela 12).

A percepção dos TSM quanto a relevância do trabalho na sociedade revela sobre a contribuição desse trabalho na constituição de identidade dos sujeitos, em que estes se situam no lugar de utilidade e contribuição para um coletivo social maior. Em meio as dinâmicas de relevância do trabalho relatadas pelos TSM, com ou sem indiferença ou desqualificação, também é possível observar o movimento de construção de confiança entre os trabalhadores, que é a etapa que propicia a valorização e o esforço, favorecendo o reconhecimento de suas identidades (Mendes & Duarte, 2013).

Ramminger (2008) dissertou nessa mesma perspectiva em seus resultados sobre a constituição da identidade do TSM.

O item mais crítico refere-se principalmente a “Falta de Sentido no Trabalho”, sendo esse o item mais mal avaliado dentre todos os itens das escalas (Tabela 8). Também foi apontado a desmotivação em desempenhar um trabalho desgastante e cansativo (Tabela 10). Apesar de informarem que o trabalho não é tratado com indiferença pela gestão, os TSM ainda assim se sentem desvalorizados e silenciados pela organização de trabalho, ao não sentirem liberdade para dizer o que pensam sobre o processo de trabalho e participarem da tomada de decisões (Tabela 12). Esses fatores sinalizam a raiz do sofrimento na qual os TSM não conseguem elaborar, pois o que se percebe é que o processo de constituição da identidade não é efetivo. Com o silenciamento dos trabalhadores, o coletivo não é constituído e, assim, o reconhecimento é barrado, descaracterizando o processo identitário.

Novamente, os resultados trazem alusão a um processo de silenciamento do sujeito. Enquanto na organização do trabalho isso vem à tona ao evidenciar a fragilidade na participação de decisão e comunicação por parte dos trabalhadores, no fator FR o silenciamento é manifestado abertamente. Esse fato corrobora com o debate proposto por Leão e Brant (2015), que esclarece que o sofrimento silenciado é o princípio para o deslocamento do sofrimento psíquico para o corpo, inicialmente em formato de somatização. Giongo et al. (2015) cita a somatização como uma estratégia de defesa comumente utilizada. Em decorrência desse processo, a busca da medicação para anestesiá-lo já entra no campo da medicalização, visto que é um sintoma com origem em problemas psicossociais. Desse modo, a medicalização se demonstra relacionada com as estratégias de defesas.

De outro ponto de vista, o silenciamento também pode ter relação com as constantes mudanças externas produzidas pela política de assistência à saúde mental. Conforme resgata Uchida et al. (2011), a instituição na tentativa de reorganizar o seu prescrito, acaba não dando espaço para que o trabalhador participe das mudanças.

Dessa maneira, ao vivenciar constantes imposições de mudanças, a organização prioriza a implantação dos novos processos solicitados e acaba barrando a inteligência prática de seus trabalhadores.

Apesar dos TSM terem conhecimento da importância de suas atividades laborais, estes ainda assim se sentem desmotivados e buscam um sentido para o trabalho. Nesse aspecto, Demaegd et al. (2013) dissertaram sobre o desafio dos trabalhadores em se localizarem no emaranhado de sentimentos entre prazer e o sofrimento. Para os autores, o sofrimento vai predominar quando o trabalho deixa de ter sentido e, ainda assim, o trabalhador ali permanece inibindo o pensamento e entorpecendo o seu funcionamento psíquico. Esses dados reforçam que, embora a maior parte da avaliação prevaleça assinalando um baixo risco para o sofrimento patogênico no trabalho, há um alerta limítrofe sobre alguns itens da escala e uma parcela relevante de TSM que se situa na falta de sentido do trabalho.

O item “Falta de Sentido no Trabalho” ($M=3,73$) se destaca por ter sido o único que resultou em um risco alto nas avaliações dos TSM. Quando as tarefas se apresentam desapropriadas de sentido, estas refletem sentimentos de inutilidade e fazem com que o trabalhador atue apenas de forma condicionada. Nesse aspecto, esse dado é inquestionavelmente resultante das características da organização do trabalho. Todavia, pode ser válido considerar o estudo de Kolhs et al. (2019) e Economou et al. (2020) no que diz respeito à alta carga de estigmas que esses profissionais carregam sobre o seu trabalho. Os TSM sustentam baixíssimas perspectivas de recuperação de pacientes com transtorno mental, o que pode contribuir com a execução de um trabalho tido como sem sentido, sem possibilidade de desenvolvimento criativo e transcorrer para o esgotamento mental.

À vista disso, o resultado desperta atenção, pois apesar dos trabalhadores reconhecerem a relevância de seu trabalho na sociedade, ainda assim não atribuem sentido ao que fazem. Essa contradição pode indicar que o sujeito encontra-se na alienação social. Dessa forma, se esse trabalhador está atuando de forma condicionada,

ele se apresenta desprovido de sua atividade intelectual, potencial criativo e sublimatório. Seguramente, a vida psíquica do trabalhador apresenta prejuízo, com possíveis atenuantes inconscientes visto que foram atribuídos baixos riscos para o sofrimento patogênico.

Os fatores EIST também apresentaram variações nas avaliações, principalmente relacionadas a escolaridade dos TSM (Apêndice Tabelas 33, 34 e 35). Quanto maior a escolaridade ($M=2,8$) destes TSM, maiores os riscos relacionados ao sofrimento patogênico no trabalho. No caso do fator “Falta de Reconhecimento” (Anexo Tabela Y), a avaliação apresentou variações de respostas relativas ao departamento no qual o trabalhador desempenha suas tarefas, sendo o departamento administrativo o que apontou maior risco ($M=2,5$) nesse fator. Assim, a percepção do reconhecimento do trabalho vai depender do nível de instrução e em qual departamento o TSM atua, demonstrando que essa percepção é transversalizada por relações de autoridade. Portanto, é observável que alguns grupos se sentem mais reconhecidos do que outros, pois esse fator não é avaliado de forma unânime pelos TSM.

Ao analisar detalhadamente cada fator da escala, é possível observar que foi avaliado um risco médio para o fator “Esgotamento Mental” ($M=2,43$). Este se descaracterizou de “Falta de Sentido no Trabalho” ($M=2,20$) e “Falta de Reconhecimento” ($M=2,10$), que apresentaram baixo risco de sofrimento patogênico e determinaram a predominância desse resultado na EIST (Tabela 6). Nesse caso, é possível observar que os TSM alertam que mesmo que os demais fatores apresentem apenas um sofrimento inerente ao trabalho, o esgotamento mental se apresenta como um sofrimento patogênico, deixando-os desgastados com o trabalho que executam. Esses resultados corroboram os achados nos estudos anteriores sobre os TSM no que diz respeito ao esgotamento mental (Ramminger, 2008; Somoray et al., 2017; O’Connor et al., 2018).

Ao averiguar como os fatores se articulam, observa-se naturalmente uma relação importante entre os fatores da EIST: FST é explicada em 61% pelo EM e FR (Tabela 9). Os fatores apresentam uma relação diretamente proporcional, na qual quanto maior a “Falta de Sentido no Trabalho”, maiores são os riscos de “Esgotamento Mental” ($\beta=0,45$) e da percepção da “Falta de Reconhecimento” ($\beta=0,40$). Especificamente, os fatores “Divisão das Tarefas” ($\beta=-0,26$) e “Danos Psicológicos” ($\beta=0,33$) foram apresentados como preditores do EM e FR (Tabelas 11 e 13). Assim, quanto maiores os riscos referentes a DT, maiores os riscos de EM e FR e, nesse sentido, também maior o DP.

A interpretação dessa relação pode ser realizada resgatando os dados da EOT, que resultou em uma avaliação mediana, interferindo diretamente nos índices de EM, FR e DF dos TSM. A partir dos resultados da EIST, também é possível observar o desdobramento de “Danos Psicológicos” com a inserção de análise do fator “Falta de Sentido no Trabalho”. Essa análise evidencia que a experiência que os TSM vivenciam com a organização do trabalho determina a dinâmica de prazer-sofrimento que experienciam, estando o sofrimento intrinsecamente vinculado ao esgotamento mental e a falta de reconhecimento.

Essa configuração que desperta os TSM para a distorção dos sentidos que nutrem sobre o trabalho, pois o reconhecimento é um dos pilares da mobilização subjetiva. Enquanto retribuição simbólica da contribuição individual, o reconhecimento é uma validação essencial para a construção de sentido no trabalho (Gernet & Dejours, 2011). É a partir da percepção de reconhecimento que se resgata o contato com o real, desarticulando a alienação social e constituindo a noção de identidade do sujeito. A partir desse cenário, em que o trabalho vai perdendo o sentido, advém os danos físicos e psicológicos relacionados a esse processo no sujeito.

Portanto, o baixo risco resultante da EIST revela que os TSM ainda sustentam certo grau de equilíbrio subjetivo. Não obstante, a avaliação mediana da organização do trabalho sinaliza que existe uma conformação constante de conflitos, que geram um

esgotamento mental limítrofe e se estabelece a dificuldade da elaboração de um sentido para o trabalho. A coexistência do equilíbrio subjetivo mediante esgotamento mental do TSM demonstra que para minimizar qualquer possibilidade de dano a saúde, esses se protegem por meio de suas estratégias de mediação de sofrimento. Essa dinâmica que impede que os sujeitos reconheçam ou identifiquem esses fatores como danosos e os avaliam positivamente.

3.5 Resultados Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho (EDT)

A Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho apresenta como fatores os “Danos Psicológicos” (DP), “Danos Sociais” (DS) e “Danos Físicos” (DF). Os parâmetros apresentados por Facas e Mendes (2018) para interpretação dos resultados foram os seguintes: a) valores entre 3,70 e 5,00 – Risco Alto: Resultado negativo; b) valores entre 2,30 e 3,69 – Risco Médio: Resultado mediano; c) valores entre 1,00 e 2,29 – Risco Baixo: Resultado positivo. A descrição dos valores dos fatores é apresentada na Tabela 14.

Tabela 14

Descrição de valores da EDT, de acordo com os fatores DP, DS e FS (n=91).

Dimensões e fatores	N	Média	Desvio padrão
Danos Psicológicos	91	2,14	0,75
Danos Sociais	91	2,13	0,62
Danos Físicos	91	2,60	0,76

Na Tabela 14, observa-se que a EDT apresentou os fatores “Danos Psicológicos” (2,14, $dp=0,75$) e “Danos Sociais” (2,13, $dp=0,62$) com Baixos Riscos psicossociais, enquanto o fator “Danos Físicos” (2,60, $dp=0,76$) resultou em Risco Médio. Assim, a EDT apresenta, de modo geral, um resultado positivo. Todavia, é importante analisar os fatores individualmente para melhor compreensão do dado apresentado.

3.5.1 Resultados Fator Danos Psicológicos (DP)

Como pode ser observado na Figura 11, a maior parte da amostra (62,6%, n=57) apresentou frequências de respostas que classificam o Dano Psicológico como um risco baixo. Uma menor parte, porém expressiva (37,4%, n=34), classificou enquanto risco médio ou alto, o que carece atenção. Nesse fator, os itens que aparecem com maiores e menores riscos são apresentados na Tabela 15.

Figura 11

Gráfico de frequência do fator DP. Fonte: Elaborado pela autora.

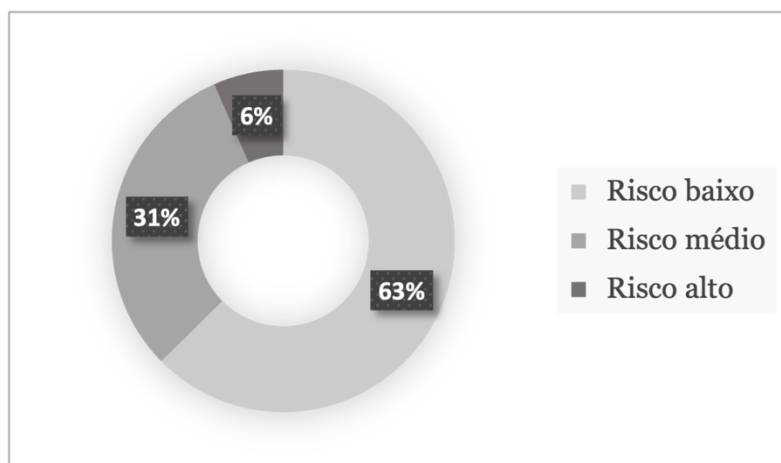


Tabela 15

Descrição dos itens do fator DP com maiores e menores riscos (n=91).

Dimensões e fatores		Média	Desvio padrão
Maiores Riscos	Mau-Humor	2,54	1,07
	Tristeza	2,30	0,95
Menores Riscos	Amargura	1,84	1,04
	Solidão	1,84	1,10

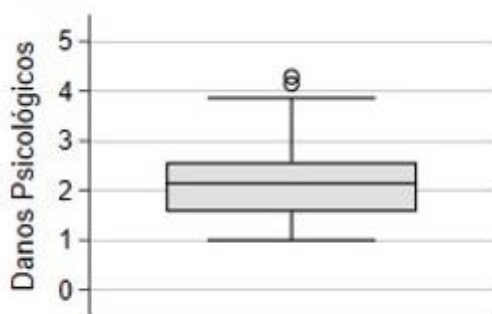
Na Tabela 15, pode-se observar que nenhum dos itens do fator DP apresentou um risco alto. Entretanto, os itens com piores avaliações são enquadrados em um risco

médio, sinalizando um alerta quanto aos sentimentos de tristeza e mau-humor dos trabalhadores.

Quanto aos DP, foi possível observar na distribuição dos valores uma apresentação assimétrica negativa. Isso indica que alguns itens foram avaliados com valores bastante baixos, porém em baixa frequência quando comparados à amostra total. Ou seja, alguns trabalhadores sinalizaram risco muito baixo, o que acabou interferindo nas médias e definição de risco médio/baixo de alguns itens. Isso pode ser observado no gráfico na Figura 12.

Figura 12

Gráfico de frequência do fator DP. Fonte: Elaborado pela autora.



Comparando o fator DP com as categorias das variáveis demográficas, por meio da análise de variância, observou-se que entre as categorias de escolaridade ($p < 0,001$) e sexo ($p = 0,017$) dos trabalhadores de saúde mental diferem-se nas avaliações quantos aos riscos do DP (Apêndice Tabela 36).

Após a análise inferencial com realização de regressão linear, observou-se que os “Danos Psicológicos” são explicados em 67% pelas variáveis preditoras “Falta de Reconhecimento”, “Danos sociais” e “Danos Físicos” (Tabela 16).

Tabela 16

Regressão do fator “Danos Psicológicos”

Fator	R ²	B	Estatística F (3, 87)
Falta de Reconhecimento		0,28	
Danos Sociais	0,67	0,50	63,13
Danos Físicos		0,27	

Modelo ajustado por método *stepwise forward*, obtido por regressão linear multivariada.

Neste caso, os fatores preditores apresentaram um efeito moderado no fator DP, apontando principalmente que o aumento de 1 desvio-padrão em FR, DS e DF aumenta em 0,28, 0,50 e 0,27, respectivamente, o valor de DP. Outra questão observada foi que o fator DP apresentou a correlação positiva mais forte detectada no estudo por meio da análise do coeficiente de correlação rho de Spearman, expresso pelo fator DS ($r=0,73$). Percebe-se que, à medida em que os valores do fator “Danos Psicológicos” aumentam, os valores do fator “Danos Sociais” também crescem.

3.5.2 Resultados Fator Danos Sociais (DS)

A Figura 13 revela que 67% dos participantes avaliaram os “Danos Sociais” como um fator de baixo risco, sendo essa a maior frequência para risco baixo avaliada pelos participantes. Esse resultado deve ser interpretado como algo positivo, analisando fatores que devem ser mantidos e potencializados entre os trabalhadores. Nesse fator, a Tabela 17 detalha os principais itens a serem analisados.

Figura 13

Gráfico de frequência do fator DS. Fonte: Elaborado pela autora.

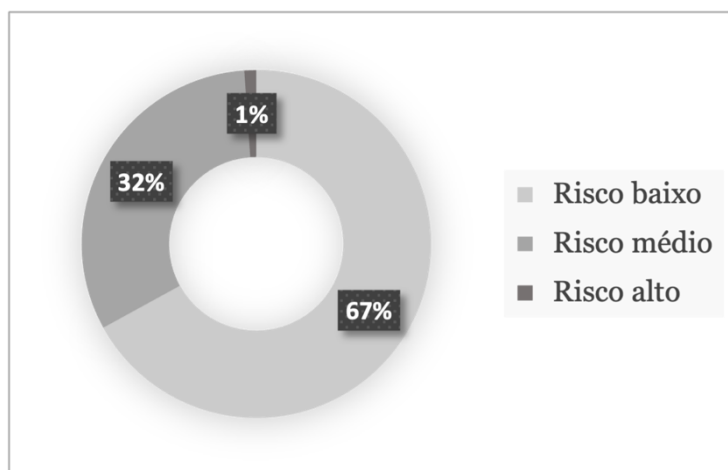


Tabela 17

Descrição dos itens do fator DS com maiores e menores riscos (n=91).

Dimensões e fatores		Média	Desvio padrão
Danos Sociais			
Maiores Riscos	Vontade de ficar sozinho	2,46	1,28
	Impaciência com as pessoas em geral	2,32	1,01
Menores Riscos	Agressividade com os outros	1,89	1,02
	Dificuldades nas relações fora do trabalho	1,97	1,05

No fator DS, os maiores riscos foram identificados nos itens que se referem a impaciência com os outros e preferência por estar só, ambos enquadrados na avaliação de risco médio, sinalizando uma situação próxima ao limite nesses quesitos. Apesar disso, a avaliação demonstra que esses trabalhadores não apresentam agressividade ou prejuízo em suas relações fora do trabalho, sendo estes itens classificados como baixos riscos.

Na comparação entre as médias dos fatores com as categorias das variáveis demográficas, a análise de variância apontou que o fator DS apresenta resultados variados entre a faixa etária ($p = 0,002$), escolaridade ($p < 0,001$) e departamento de atuação ($p < 0,045$) dos trabalhadores de saúde mental (Apêndice Tabela 37).

A partir da análise inferencial com realização de regressão linear, os “Danos Sociais” são explicados em 49% pela variável preditora “Danos Psicológicos”, de acordo com os dados contidos na Tabela 18.

Tabela 18

Regressão do fator “Danos Sociais”

Fator	R ²	B	Estatística F (1, 86)
Danos Psicológicos	0,49	0,71	88,70

Modelo ajustado por método *stepwise forward*, obtido por regressão linear multivariada.

O fator DS foi associado fator DP, apresentando efeito positivo, forte e estatisticamente significativo, ou seja, o aumento de 1 desvio-padrão em DP aumenta em 0,71 o valor de DS. Como explicado na seção anterior, na análise do coeficiente de

correlação rho de Spearman, observa-se que os maiores riscos em DS implicam em maiores riscos em DP ($r=0,73$).

3.5.3 Resultados Fator Danos Físicos (DF)

Por meio da Figura 14, observa-se que 65,9% avaliaram os “Danos Físicos” enquanto um fator e alto ou médio risco. Assim, a avaliação demonstra que o fator demanda uma intervenção, visto que já se apresenta em uma situação limite para o trabalhador. Nesse fator, a Tabela 19 apresenta os principais itens a serem analisados.

Figura 14

Gráfico de frequência do fator DF. Fonte: Elaborado pela autora.

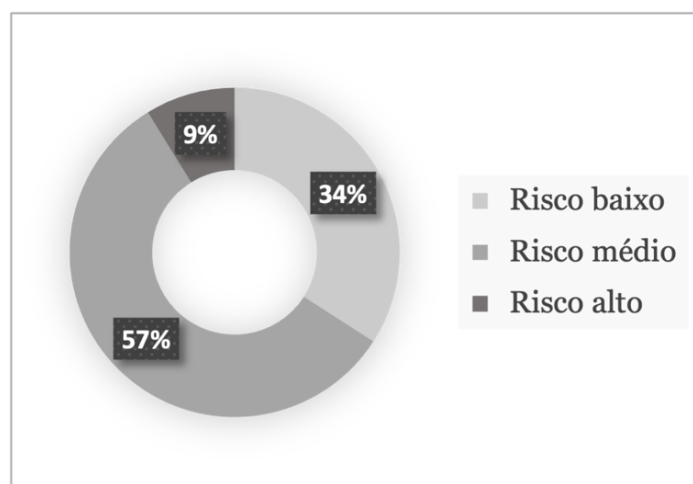


Tabela 19

Descrição dos itens do fator DF com maiores e menores riscos (n=91).

Dimensões e fatores		Média	Desvio padrão
Danos Sociais			
Maiores Riscos	Dores nas costas	2,92	1,19
	Alterações no sono	2,84	1,39
Menores Riscos	Distúrbios circulatórios	2,05	1,10
	Alterações no apetite	2,29	1,20

Os maiores riscos identificados para “Danos Físicos” referem-se as dores nas costas e alterações no sono. Os escores são classificados como um risco médio, representando um alerta nesses quesitos pelos trabalhadores da saúde mental. Os itens mais bem avaliados dizem respeito aos distúrbios circulatórios e a alterações do apetite, sendo estes itens classificados como baixos risco.

Na análise de variância, os valores de DF variaram em diferentes avaliações nas categorias de sexo ($p < 0,001$), departamento de atuação ($p = 0,003$) e tempo de atuação ($p = 0,039$) dos trabalhadores de saúde (Apêndice Tabela 38).

Os “Danos Físicos” são explicados em 38% pela variável preditora “Danos Psicológicos”, de acordo com a regressão linear. Os dados são apresentados na Tabela 20.

Tabela 20

Regressão do fator “Danos Físicos”

Fator	R²	B	Estatística F (3, 87)
Danos Psicológicos	0,38	0,59	19,32

Modelo ajustado por método *stepwise forward*, obtido por regressão linear multivariada.

Assim, DF apresentaram-se fortemente associado a DP, refletindo um aumento de 1 desvio-padrão em 0,59. Convém esclarecer que DF também apresentaram interferência de forma moderada com DS (que resultou na diminuição de 0,26 de 1 desvio-padrão) e FST (aumentando 0,31 de 1 desvio-padrão) do risco em DF.

3.6 Discussão sobre danos ocasionados pelo trabalho

A discussão sobre a organização do trabalho e suas consequências no despertar do sofrimento patogênico revela a existência de danos nos TSM. A EDT busca identificar quais disfunções foram provocadas pelo confronto com o contexto do trabalho e em qual grau estas se apresentam nos trabalhadores. Essa investigação é possível a partir do apontamento pelos TSM dos sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida, os quais são representados pelo fator “Danos Psicológicos”; sobre o

isolamento e dificuldades nos relacionamentos, representados pelo fator “Danos Sociais”; sobre as dores no corpo e distúrbios biológicos, representados pelo fator “Danos Físicos”.

A maior parte dos TSM respondentes da escala avaliou que existe um risco baixo de apresentarem danos em decorrência do trabalho. Esse resultado é positivo e indica um baixo índice de adoecimento em decorrência da organização do trabalho e do sofrimento patogênico. No entanto, ao observarmos que de 30,8% (n=28) a 57,1% (n=52) dos trabalhadores avaliaram o dano como um risco médio, trata-se de um resultado alarmante para uma parcela significativa dos TSM. Diferentemente das demais escalas, a avaliação mediana quanto aos danos sofridos em decorrência do trabalho aponta a existência de um processo de adoecimento em curso, considerando que os trabalhadores já relatam sintomas que vivenciam, demandando intervenções a curto e a médio prazo. Caso relatassem a intensidade desses sintomas como um alto risco, possivelmente já estariam afastados do trabalho para tratamento dos danos.

Os pontos avaliados como positivos apontam que os TSM relatam raramente vivenciar sentimentos de amargura, solidão ou agressividade com os outros, além de não apresentarem dificuldades nas relações fora do trabalho (Tabela 15 e 17). Os TSM também descrevem que dificilmente apresentam alterações no apetite ou distúrbios circulatórios em decorrência do confronto com os contextos de trabalho (Tabela 19). No entanto, os itens críticos são relacionados ao sentimento de mau humor dentre os TSM, que também relataram experienciar a tristeza, vontade de ficar sozinho e impaciência com as pessoas em geral (Tabela 15 e 17). Esses sentimentos aparecem acompanhados de dores, principalmente nas costas, e distúrbios do sono (Tabela 19).

Ao observar os aspectos avaliados como positivos e críticos decorrentes do trabalho com saúde mental, é possível pontuar algumas contradições expostas pelos trabalhadores. A primeira refere-se ao fato de o trabalhador apontar não vivenciar sentimentos de solidão e, no entanto, evidenciar que constantemente deseja se isolar para lidar com dificuldades causadas essencialmente pelo trabalho. Já a segunda

demonstra que, apesar de dominarem os traços de agressividade, estes podem vir a ser agressivos por relatarem estar regularmente sem paciência para lidar com as pessoas.

Isso pode revelar certa resistência dos trabalhadores em admitir ou perceber os danos que vivenciam em decorrência do trabalho. Em todo caso, os dados relatados como críticos corroboram os estudos pregressos realizados sobre a apresentação de humor deprimido, dores nas costas e perda na qualidade do sono pelos TSM (Oliveira et al., 2015; Vieira, 2016; Trevisan & Castro, 2016; Galvan et al., 2016; Santana et al., 2017; Monteiro & Passos, 2020).

Durante essa análise, foi possível observar algumas particularidades que influenciaram a avaliação desses fatores. No caso dos “Danos Psicológicos”, o sexo e a escolaridade resultaram em percepções diferentes pelos respondentes, em que as mulheres (M=2,2) com maior nível de instrução (M=2,8) relatam maiores danos. Já nos Danos Sociais, além da escolaridade, a faixa etária e o departamento de atuação influenciaram na avaliação, em que TSM com maior nível de instrução (M=2,7), mais velhos (M=2,4) e atuantes do departamento administrativo relataram maiores danos. Nos “Danos Físicos”, a percepção diferenciou-se dependendo do sexo, do departamento e do tempo de atuação na instituição, em que mulheres (M=2,7), atuantes do departamento de Higienização e Limpeza, com menos de 5 anos de atuação (M=2,8) ou com 11 a 15 anos de atuação (M=2,8), relataram mais danos.

Dessas variações, é possível supor que dentre os TSM as mulheres são mais afetadas em termos de danos físicos e psicossociais decorrentes do trabalho, confirmando os dados apontados por Ramminger (2008). Ainda, é instigante observar que os TSM com maior instrução também relatam mais danos, não sendo possível saber ao certo se isso se dá por de fato apresentarem um índice maior de danos ou por apresentarem maior habilidade para realizar distinções de danos que são decorrentes do trabalho.

Esse resultado complementa os resultados da EOT, em que mulheres trabalhadoras do departamento de higienização e limpeza apresentaram maiores

críticas quanto ao fator DST, também é o mesmo perfil que revela um estado de adoecimento em curso a partir da detecção de danos físicos em sua saúde. Esse aspecto confirma que neste estudo os profissionais de limpeza hospitalar relatam maiores riscos e quantidade de danos relacionados ao trabalho, demonstrando a relevância de outras populações como objeto de estudo nessa área.

Apesar de baixos, os resultados evidenciaram a influência que os danos psicológicos, sociais e físicos causam entre si, isto é, dificilmente o trabalhador apresentará a vivência de um único dano decorrente do trabalho (Tabela 16, 18 e 20). Os danos resultantes do enfrentamento do trabalho se apresentam de maneira vinculada, em que os “Danos Psicológicos” são explicados em 67% pelos “Danos Sociais” ($\beta=0,50$) e “Danos Físicos” ($\beta=0,27$). Para além dessa correspondência, também foram identificadas duas associações interessantes aos danos: a “Falta de Reconhecimento” ($\beta=0,28$) evidenciou-se como uma variável preditora moderada de “Danos Psicológicos” e a “Falta de Sentido no Trabalho” ($\beta=0,31$) evidenciou-se como uma variável preditora moderada de “Danos Físicos”. Os “Danos Sociais” foram associados unicamente aos “Danos Psicológicos” ($\beta=0,71$), sendo este um forte preditor.

A “Divisão das Tarefas” e “Divisão Social do Trabalho”, determinados pelo hospital psiquiátrico, estão diretamente relacionadas com o sentimento de “Esgotamento mental” e “Falta de Reconhecimento no Trabalho”, o que resulta na “Falta de Sentido do Trabalho” dos TSM. Em meio a esse processo, os trabalhadores lançam mão de estratégias de defesas para evitar o agravamento do sofrimento, o que transparece estar sendo efetivo, visto que a escala de danos apresentou em maior parte baixos riscos de existência. Apesar dessa batalha, os “Danos Físicos” se sobressaem de maneira importante ao serem caracterizados a partir de uma avaliação mediana, que já denota um processo de adoecimento em curso. Essa evidência se sobrepõe aos “Danos Psicológicos” e “Danos Sociais” que, ainda que comedidos, estão relacionados e mutuamente agridem a saúde subjetiva do trabalhador.

Nessa revelação dos danos em decorrência do trabalho dos TSM e da percepção destes enquanto fatores diretamente associados, vale destacar o fator “Danos Sociais”. Comparando os dados resultantes de cada fator, o fator “Danos sociais” (M= 2,13) apresentou maior unanimidade dentre os trabalhadores como melhor fator avaliado. Isto é, 67% (n=61) avaliaram DS como risco baixo (Figura 13). Dessa maneira, a maior quantidade de itens que representam prazer e satisfação de acordo com TSM está representada nos DS, nos aspectos de interações e facilidade nas relações sociais. Este é um resultado singular, visto que os DS são explicados em 49% dos danos psicológicos e em 38% dos DF, mas que aparentemente essa relação não aparece de forma evidente nos resultados. Ainda, esse resultado se contrasta ao comparar a evidência dos TSM buscarem ficar sozinhos para lidar com as adversidades do trabalho e, concomitantemente, valorizam as interações e relações sociais no trabalho.

Esses resultados podem ser comparados com os obtidos no estudo realizado por Monteiro & Passos (2020), sobre os danos físicos e psicológicos nos quais os TSM estão submetidos devido as características da organização do trabalho. Neste estudo, também foram atribuídos aos danos a violência (física, verbal e assédio sexual) que os trabalhadores sofrem no hospital psiquiátrico pelos pacientes atendidos. Diferentemente dos resultados desta investigação, o estudo aponta para evidentes crises de ansiedade, transtornos somatoformes, crises de medo, desgaste emocional, baixo rendimento no trabalho, irritabilidade e agressividade enquanto danos decorrentes do trabalho vivenciados pela maior parte dos TSM. Os resultados foram bastante divergentes, em que se pese o fato desses estudos apresentarem diferentes metodologias. Como nesta investigação esses dados apareceram de maneira discreta, é possível pressupor duas possibilidades: ou este grupo de TSM de fato apresenta menores danos psicossociais ou denota um importante processo de negação ou resistência quanto aos reais danos enfrentados em decorrência do trabalho.

Levando em consideração esses aspectos, é válido retomar os processos envolvidos no estabelecimento das estratégias de defesas dos trabalhadores. Dejours

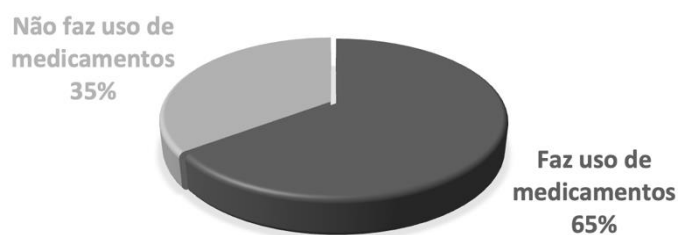
(2009b) esclarece que são operações que visam à eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Nesse aspecto, as defesas perpassam necessariamente pela proteção (racionalização feita pelos TSM quanto aos baixos riscos de danos psicossociais decorrentes do trabalho), adaptação (a negação de riscos quanto a falta de sentido no trabalho ou falta de reconhecimento, ainda que apresentem um alerta quanto ao esgotamento mental) e exploração (se adaptar as imposições da organização e suspender ou adormecer o sofrimento).

3.7 Resultados do questionário sobre o uso de medicamentos

As investigações quanto ao uso de medicamentos demonstram que a amostra de trabalhadores da saúde mental distribuiu-se entre indivíduos que não fazem uso de medicamento (35,2%, n=32) e indivíduos que fazem uso de medicamentos (64,8%, n=59) (Figura 15).

Figura 15

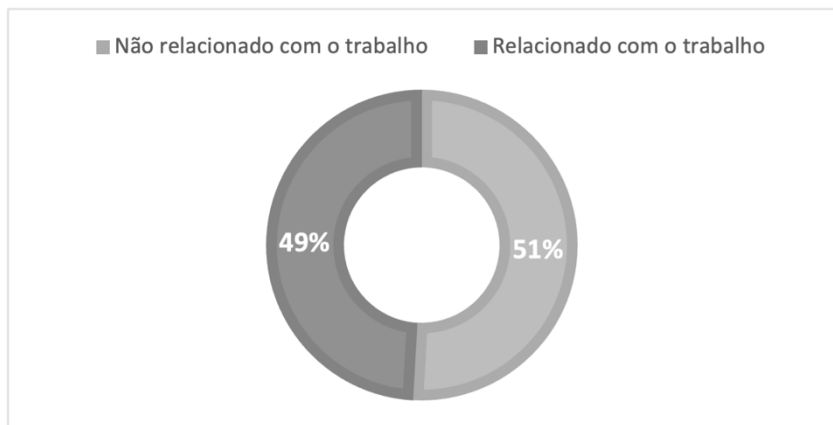
Gráfico de frequência do uso de medicamentos. Fonte: Elaborado pela autora.



Dentre estes, 49,1% (n=29) acreditam que o uso de medicamentos tem alguma relação com o cotidiano no trabalho e 50,9% (n=30) não relacionaram o uso de medicamentos ao seu cotidiano de trabalho. Dentre o grupo que faz uso de medicamentos, 10% (n=6) informou que o tratamento não foi prescrito por nenhum médico, revelando a natureza da automedicação desses trabalhadores.

Figura 16

Gráfico de frequência do uso de medicamentos relacionado ao trabalho e não relacionado ao trabalho. Fonte: Elaborado pela autora.



Dentre os trabalhadores que fazem uso de medicamentos e acreditam que isso esteja relacionado com o trabalho, 44,4% (n=13 ou 14,3% do total) alegam ingerir habitualmente ao menos um tipo de medicação (os demais utilizam mais de um tipo). Com relação aos medicamentos, a maioria faz uso de psicofármacos (74,1% ou 22% do total, n=21), seguidos pelos medicamentos para dores (51,9% ou 18,7% do total, n=15), medicamentos gastrointestinais (29,6% ou 12,1% do total, n=9), medicamentos para pressão arterial e batimentos cardíacos acelerados (14,8% ou 4,4% do total, n=4) e medicamentos para alergias (3,71% ou 1,1% do total, n=1).

As principais razões apontadas pelos trabalhadores sobre a relação do uso de medicamentos e sua rotina de trabalho foram: a) 51,9% (n=15) relataram que o uso tem como razão a diminuição de vivências psicológicas e/ou sociais relacionadas ao trabalho (exemplos de tristeza, desânimo, irritabilidade, impaciência, angústia, entre outros); b) 55,6% (n=16) relataram sobre diminuir os sintomas físicos relacionados ao trabalho (dor nas costas, dor de cabeça, dor nos membros, entre outros exemplos); c) 11,1% (n=3) alegaram como motivo o aumento na performance (maior concentração, atenção, energia, entre outros exemplos).

Analisando os dados, é possível verificar que cada participante da pesquisa poderia indicar mais de um tipo de medicamento que estava sendo utilizado e mais de uma razão pelo uso (Apêndice Figura 20 e 21). Assim, o número de razões apontadas

foi maior do que o número de participantes. Ainda, pode ser visualizado que entre os trabalhadores que fazem uso de medicamentos e não vinculam ao trabalho, estes relataram fazer uso de psicofármacos em maior número, seguido de medicamentos para dores, medicamentos para cardiopatias, alergias e gastrointestinais.

Para verificar a associação entre o uso dos medicamentos com os resultados de cada fator das EOT, EIST e EDT, realizou-se uma análise de regressão logística, elegendo enquanto variável dependente o uso de medicamentos e variáveis independentes os riscos de cada fator apresentado pelas escalas. Essa análise permite realizar o levantamento de quais as chances que o trabalhador exposto aos riscos mencionados tem de utilizar algum medicamento e quais as chances de um tipo de medicamento específico estar mais associado a algum fator específico.

A primeira regressão logística realizada representou uma análise global, ou seja, foram analisados todos os trabalhadores que utilizam medicamento; tanto os que acreditam ter alguma relação com o trabalho, quanto os que não relacionaram o uso ao trabalho. Nessa perspectiva, foram identificadas algumas associações, as quais são apresentadas na Tabela 21.

Tabela 21

Associação entre uso de medicamentos e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT (n=91).

Fator	Modelo bruto ^a	
	OR (IC_{95%}) ^c	Valor p ^d
Divisão das Tarefas	2,86 (1,27; 6,40)	0,011
Divisão Social do Trabalho	3,68 (1,43; 9,45)	0,007
Falta de Sentido do Trabalho	2,29 (1,02; 5,16)	0,045
Esgotamento Mental	2,97 (1,34; 6,59)	0,007
Danos Psicológicos	2,45 (1,06; 5,67)	0,036
Danos Sociais	13,15 (2,89; 59,87)	0,001

Modelo bruto obtido por regressão logística bivariada, tendo como categoria de referência para a variável dependente não usar medicamentos. ^cOdds ratio e intervalo de confiança de 95%.

O modelo bruto permite inferir que houve associação estatisticamente significativa entre os fatores “Divisão das Tarefas” (OR=2,86), “Divisão Social do Trabalho” (OR=3,68), “Falta de Sentido do Trabalho” (OR= 2,29), “Esgotamento

Mental” (OR= 2,97), “Danos Psicológicos” (OR= 2,45), “Danos Sociais” (OR= 13,15) e o comportamento de usar algum tipo de medicamento. Deste modo, à medida que o risco do fator aumenta, também aumenta a chance do Trabalhador da Saúde Mental fazer o uso de algum medicamento.

Com o intuito de evitar variáveis confundidoras (fator estranho que pode ser total responsável pelo efeito de chances), foi realizado o ajuste do modelo (Bruce et al., 2018). Buscou-se associações estatisticamente significantes entre as variáveis sociodemográficas e o uso de medicamentos. Após essa análise, constatou-se que somente as variáveis “escolaridade” e “tempo de atuação” apresentaram associação significativa, indicando que poderiam confundir as análises. A variável “sexo” foi incluída devido ao seu potencial confundidor. O modelo ajustado refere-se à análise de cada um dos fatores mantendo constante as variáveis potencialmente confundidoras.

Em um modelo mais refinado, ou seja, independente de sexo, escolaridade e tempo de atuação, a associação entre os fatores e o uso de medicamentos é mantida, conforme reportado na Tabela 22.

Tabela 22

Associação entre uso de medicamentos e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT ajustado por categorias sócio demográficas(n=91).

Fator	Modelo ajustado ^b	
	OR (IC_{95%}) ^c	Valor p ^d
Divisão Social do Trabalho	3,32 (1,16; 9,44)	0,025
Danos Psicológicos	2,71 (1,05; 6,99)	0,040
Danos Sociais	15,27 (3,07; 75,90)	0,001

Modelo ajustado por sexo, escolaridade e categoria de tempo de atuação obtido por regressão logística multivariada. ^cOdds ratio e intervalo de confiança de 95%. ^d Teste de Wald.

Nesse modelo, o uso de medicamentos foi associado aos fatores: “Divisão Social do Trabalho”, que consiste em uma chance 3,32 vezes maior de utilizar algum medicamento; “Danos Psicológicos”, com aumento em 2,71 vezes; e “Danos Sociais”, que consistiu em um aumento em 15,27 vezes das chances de usar algum medicamento. Entretanto, este último fator deve ser interpretado com cautela, pois apresentou uma

amplitude do IC95% maior, o que indica uma grande variabilidade de resultados no risco desse fator.

Assim, constata-se que, mesmo na ausência de variáveis potencialmente confundidoras, ainda há associação estatisticamente significativa entre diversos fatores investigados e o "uso de medicamentos" no modelo ajustado. Isto permite inferências mais robustas, onde o efeito de variáveis potencialmente confundidoras é levado em consideração. Portanto, o modelo ajustado será apresentado com maior prevalência.

3.7.1 Resultados “Uso de medicamentos descritos como decorrentes do trabalho”

Neste caso, a análise considerou como variável dependente apenas os trabalhadores que utilizam medicamento e acreditam na existência de uma relação entre o uso e o trabalho. Os resultados estão reportados na Tabela 23.

Tabela 23

Associação entre uso de medicamentos relacionados ao trabalho e fatores que compõem as EOT, EIST e EDT ajustado por categorias sócio-demográficas (n=91).

Fator	Modelo ajustado	
	OR (IC_{95%})^c	Valor p^d
Divisão das Tarefas	2,48 (1,02; 6,04)	0,046
Falta de Sentido do Trabalho	2,90 (1,31; 6,42)	0,008
Danos Psicológicos	3,74 (1,62; 8,61)	0,002
Danos Sociais	3,56 (1,34; 9,43)	0,011
Danos Físicos	3,58 (1,43; 8,98)	0,007

Modelo ajustado por sexo, escolaridade e categoria de tempo de atuação obtido por regressão logística multivariada. ^c Odds ratio e intervalo de confiança de 95%. ^d Teste de Wald.

Analisando-se a Tabela 23, observa-se que o risco de usar medicações aumenta no fator “Divisão das Tarefas”, demonstrando um aumento de 2,48 vezes nas chances de usar medicamentos; no fator “Falta de Sentido do Trabalho”, observou-se um aumento de 2,90 vezes; no fator “Danos Psicológicos”, um aumento de 3,74 vezes; no fator “Danos Sociais” e “Danos Físicos”, observou-se um aumento de 3,56 e 3,58, respectivamente. Dessa maneira, nos modelos ajustados (tabela 22 e 23), é possível

relatar que foram mantidos os resultados que demonstram que maiores riscos nos fatores “Danos Psicológicos” e “Danos Sociais” estão associados ao uso de medicamentos.

Neste cenário, foi possível verificar a partir do modelo ajustado que o uso de medicamentos psicofármacos está associado significativamente ao fator “Danos Psicológicos” (OR= 3,57). Destarte, o aumento no risco do fator “Danos Psicológicos” no trabalho consistiu em um aumento de 3,57 vezes nas chances de usar medicamentos psicofármacos. Entretanto, na análise do modelo bruto, os fatores “Falta de Reconhecimento”, “Danos Sociais” e “Danos Físicos” também se mostraram associados de forma estatisticamente significantes ao uso de medicamentos psicofármacos. A Tabela 24 detalha a diferença de análise.

Tabela 24

Associação entre uso de psicofármacos relacionados ao trabalho e fatores que compõem as EOT, EIST e EDT bruto e ajustado por categorias sócio-demográficas (n=91).

Fator	Modelo bruto ^a		Modelo ajustado ^b	
	OR (IC_{95%}) ^c	Valor p ^d	OR (IC_{95%}) ^c	Valor p ^d
Falta de Reconhecimento	3,00 (1,25; 7,25)	0,014		
Danos Psicológicos	4,34 (1,87; 10,07)	0,001	3,57 (1,45; 8,80)	0,006
Danos Sociais	2,75 (1,05; 7,18)	0,039		
Danos Físicos	2,49 (1,04; 5,96)	0,040		

^a Modelo bruto obtido por regressão logística bivariada ^b Modelo ajustado por sexo, escolaridade e categoria de tempo de atuação obtido por regressão logística multivariada. ^c Odds ratio e intervalo de confiança de 95%. ^d Teste de Wald.

O uso de medicamentos para dor (analgésicos, antipiréticos, anti-inflamatórios ou relaxantes musculares) apontados como relacionados ao cotidiano do trabalho foram os que mais apresentaram associação de forma estatisticamente significantes, ainda que ajustados considerando sexo, escolaridade e tempo de atuação como constantes. A Tabela 25 apresenta os resultados do modelo bruto e do modelo ajustado de maneira bastante coerente.

Tabela 25

Associação entre uso de medicamentos para dor relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT bruto e ajustado por categorias sócio-demográficas (n=91).

Fator	Modelo bruto ^a		Modelo ajustado ^b	
	OR (IC _{95%}) ^c	Valor p ^d	OR (IC _{95%}) ^c	Valor p ^d
Falta de Sentido do Trabalho	4,19 (1,75; 10,06)	0,001	4,02 (1,64; 9,91)	0,002
Esgotamento Mental	3,13 (1,27; 7,74)	0,014	3,06 (1,20; 7,84)	0,019
Danos Psicológicos	3,66 (1,58; 8,49)	0,003	4,24 (1,65; 10,93)	0,003
Danos Sociais	5,44 (1,85; 15,98)	0,002	5,32 (1,74; 16,27)	0,003
Danos Físicos	2,98 (1,16; 7,68)	0,024	3,25 (1,21; 8,75)	0,020

^a Modelo bruto obtido por regressão logística bivariada ^b Modelo ajustado por sexo, escolaridade e categoria de tempo de atuação obtido por regressão logística multivariada. ^c Odds ratio e intervalo de confiança de 95%. ^d Teste de Wald.

O resultado mais evidente é sobre o incremento de risco no fator “Danos Sociais” ter consistido em um aumento de 5,32 vezes nas chances de usar medicamentos para dor. Com um resultado também expressivo, o fator “Danos Psicológicos” no trabalho representou um aumento de 4,24 vezes na chance de utilizar medicamentos para dor. Ainda, apresentaram resultados estatisticamente significativos os fatores “Falta de Sentido no Trabalho” (OR= 4,02), “Esgotamento Mental” (OR=3,06) e “Danos Físicos” (OR= 3,25).

Ao avaliar o uso de medicamentos gastrointestinais apontados como relacionados ao trabalho, tanto no modelo bruto quanto no ajustado, observou-se uma associação estatisticamente significativa para os fatores Falta de Sentido no Trabalho (OR= 4,07), “Danos Psicológicos” (OR= 6,28) e “Danos Físicos” (OR= 4,27). A Tabela 26 apresenta os fatores e os valores.

Tabela 26

Associação entre uso de medicamentos gastrointestinais relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT bruto e ajustado por categorias sócio-demográficas (n=91).

Fator	Modelo bruto ^a		Modelo ajustado ^b	
	OR (IC _{95%}) ^c	Valor p ^d	OR (IC _{95%}) ^c	Valor p ^d
Falta de Sentido do Trabalho	5,26 (1,87; 14,8)	0,002	4,07 (1,30; 12,68)	0,016
Danos Psicológicos	4,19 (1,59; 11,06)	0,004	6,28 (1,58; 24,93)	0,009
Danos Sociais	3,34 (1,02; 10,92)	0,046		

Danos Físicos	4,16 (1,31; 13,24)	0,016	4,27 (1,03; 17,71)	0,046
----------------------	--------------------	--------------	--------------------	--------------

^a Modelo bruto obtido por regressão logística bivariada^b Modelo ajustado por sexo, escolaridade e categoria de tempo de atuação obtido por regressão logística multivariada. ^c Odds ratio e intervalo de confiança de 95%. ^d Teste de Wald.

Disto posto, pode-se inferir que o uso desses medicamentos está mais fortemente associado ao risco de “Danos Psicológicos” no trabalho, que consistiu em um aumento de 6,28 vezes nas chances de utilizar medicamentos gastrointestinais, sendo ainda maior do que no fator de “Danos Físicos”, que consistiu em um aumento de 4,27 vezes. A “Falta de Sentido do Trabalho” também pode aumentar em 4,07 vezes as chances de utilizar esse tipo de medicamento.

Não foi possível realizar regressões semelhantes às supracitadas utilizando como desfecho o uso de medicamentos para pressão, circulação e anti-histamínicos, devido à quantidade insuficiente de indivíduos que faziam uso desses medicamentos.

Quanto a relação entre a quantidade de medicamento utilizados e os riscos dos fatores, foram encontrados resultados estatisticamente significantes (Tabela 27).

Tabela 27

Associação entre a quantidade de medicamento relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT (n=91).

Fator	Modelo bruto ^a		Modelo ajustado ^b	
	RP (IC _{95%}) ^c	Valor p ^d	RP (IC _{95%}) ^c	Valor p ^d
Divisão das Tarefas	1,80 (1,16; 2,80)	0,009		
Falta de Sentido do Trabalho	1,90 (1,32; 2,74)	0,001	1,69 (1,15; 2,48)	0,008
Esgotamento Mental	1,61 (1,07; 2,42)	0,022		
Falta de Reconhecimento	2,06 (1,37; 3,10)	0,001	1,73 (1,09; 2,76)	0,020
Danos Psicológicos	2,55 (1,80; 3,62)	<0,001	2,45 (1,65; 3,65)	<0,001
Danos Sociais	2,36 (1,49; 3,74)	<0,001	2,11 (1,32; 3,38)	0,002
Danos Físicos	2,16 (1,41; 3,32)	<0,001	2,14 (1,34; 3,40)	0,001

Modelo ajustado por sexo, escolaridade e categoria de tempo de atuação obtido por regressão Poisson multivariada. ^c Razão de prevalências e intervalo de confiança de 95%. ^d Teste de Wald.

O aumento de riscos nos fatores “Falta de Sentido do Trabalho”, “Falta de Reconhecimento”, “Danos Psicológicos”, “Danos Sociais” e “Danos Físicos” representa o aumento da chance de utilizar medicamentos em 1,69 a 2,45 vezes. A maior

associação foi estabelecida quanto aos “Danos Psicológicos”, que apresentou um aumento de 2,45 chances de utilizar mais de um medicamento.

Não foi encontrada correlação estatisticamente significantes ao entre o tempo de atuação na empresa e o tempo que o trabalhador está em uso de medicamentos.

3.7.2 Resultados “Uso de medicamentos descritos como sem relação com trabalho”

Essa análise considerou como variável dependente apenas os trabalhadores que utilizam medicamentos e não relacionaram o uso ao seu cotidiano de trabalho. Isto posto, apenas dois fatores foram associados significativamente nesses casos (Tabela 28).

Tabela 28

Associação entre uso de medicamentos não relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT (n=91).

Fator	Modelo bruto ^a	
	OR (IC_{95%}) ^c	Valor p ^d
Divisão Social do Trabalho	3,23 (1,23; 8,44)	0,017
Danos Físicos	0,43 (0,20; 0,95)	0,038

Modelo bruto obtido por regressão logística bivariada. ^c Odds ratio e intervalo de confiança de 95%. ^d Teste de Wald.

Os resultados apontam que, ainda que os respondentes não relacionem o uso da medicação vinculado ao trabalho, estes se apresentaram associados ao fator “Divisão Social do Trabalho” (OR= 3,23) e “Danos Físicos” (OR= 0,43). Com resultado mais satisfatório, o incremento de risco no fator “Divisão Social do Trabalho” consiste em um aumento de 3,23 vezes das chances de o trabalhador usar algum tipo de medicamento. Entretanto, é importante observar que esse item apareceu como estatisticamente significante apenas no Modelo bruto. Ao considerar um modelo ajustado com sexo, escolaridade e tempo de atuação constantes, a associação torna-se fraca.

Outro cenário possível de investigação é verificar se, dentre os tipos de medicamentos descritos sem relação com o trabalho, algum apresenta associação com os fatores estabelecidos. Esse resultado pode ser observado na Tabela 29.

TABELA 29. Associação entre uso de medicamentos psicofármacos não relacionados ao trabalho e fatores que compõe as EOT, EIST e EDT (n=91)

Fator	Modelo bruto ^a		Modelo ajustado ^b	
	OR (IC _{95%}) ^c	Valor p ^d	OR (IC _{95%}) ^c	Valor p ^d
Esgotamento Mental	3,72 (1,30; 10,59)	0,014	5,37 (1,05; 27,40)	0,043
Danos Sociais	5,61 (1,65; 19,15)	0,006	11,72 (1,81; 76,02)	0,010
Danos Físicos	0,22 (0,06; 0,74)	0,015	0,38 (0,09; 1,62)	0,190

^a Modelo bruto obtido por regressão logística bivariada. ^b Modelo ajustado por sexo, escolaridade e categoria de tempo de atuação. ^c Odds ratio e intervalo de confiança de 95%. ^d Teste de Wald.

Medicamentos psicofármacos, ainda que descritos como não relacionados ao trabalho, apresentaram seu uso associado com maiores riscos nos fatores “Esgotamento Mental” (OR= 3,72), “Danos Sociais” (OR= 5,61) e “Danos Físicos” (OR=0,22). Sendo assim, maiores riscos nos fatores “Esgotamento Mental” e “Danos Sociais” no trabalho consistiram em um aumento de 5,37 e 11,72, respectivamente, nas chances de utilizar medicamentos psicofármacos.

Ao avaliar a associação entre os fatores e o uso de medicamentos para dor sem relação com o trabalho, não foi verificado nenhum resultado estatisticamente significativo. Dessa maneira, esse dado confirma que apenas os medicamentos para dor, nessa contingência externa ao trabalho, de fato não apresentaram nenhuma associação com o cotidiano do ambiente de trabalho.

Quanto aos medicamentos gastrointestinais, pressão, circulação e antialérgicos não foi realizar uma análise devido à quantidade insuficiente de indivíduos que faziam uso desses medicamentos e alegaram não ter relação com o trabalho.

3.8 Discussão sobre o uso de medicações e os indicadores das EOT, EIST e EDT

Estabelecer uma relação entre o uso de medicações pelos TSM e sua vinculação à organização do trabalho, ao sofrimento patogênico e até mesmo aos danos resultantes do trabalho em hospital psiquiátrico, pode ser advertido como arriscado, visto que existem inúmeras possibilidades de interferências. O que se pretende nesse estudo é provocar uma discussão em nível hipotético sobre os resultados observados, levantando questionamentos suscitados a partir das revelações resultantes.

Com o intuito de compreender as características sobre o uso de medicamentos, observou-se que a maior parte dos TSM (64%, n=59) faz uso de algum medicamento de forma contínua. Esse dado apresenta coerência com o resultado do estudo realizado por Luz et al. (2012), que revelou 72% dos TSG fazem uso de medicamentos. Tal qual o anterior, este estudo também resultou que a maioria dos TSM faz uso de psicofármacos, seguido de medicamentos para dor, e revelou a terceira posição do ranking, inserindo os medicamentos gastrointestinais, tanto utilizados atualmente.

O que pode ser observado ao se comparar essas investigações é o aumento da proporção do uso de psicofármacos, o que contribui para reconhecer os dados levantados por Appio e Junior (2017) e Stacciarini et al. (2020) quanto ao crescimento do mercado psicofarmacológico no Brasil. Ainda nesse raciocínio, o que diferencia as duas investigações é que a primeira foi realizada com TSG enquanto esta foi realizada com os TSM, demonstrando que este segundo grupo, proporcionalmente, faz ainda mais uso de medicações psicofarmacológicas e analgésicas que o primeiro.

Assim como apresentado em estudos prévios sobre a automedicação de TSG (Barros et al., 2009; Bittar & Gontijo, 2015; Galvan et al., 2016; Oliveira et al., 2013), parte dos TSM também revelaram se automedicar. A prática da automedicação pode perpassar tanto pela facilidade do conhecimento técnico dos profissionais, quanto pelas possibilidades de acesso as receitas médicas dentro da própria instituição. O

acesso a essas receitas não é claro, mas podem ocorrer por meio dos médicos que se automedicam ou renovam receitas para os colegas de trabalho.

O panorama geral diz respeito às chances que os TSM expostos aos riscos investigados apresentam de utilizar algum medicamento. Foi possível observar que existe uma relação estatisticamente significativa com as características da organização do trabalho, os riscos de sofrimento patogênico e os danos decorrentes do trabalho. Nessa primeira análise, considerando “usar” ou “não usar medicamentos”, só não ocorreu uma relação evidente com os fatores “Falta de Reconhecimento” ($p > 0,05$) e “Danos Físicos” ($p > 0,05$) (Tabela 21). Após tornar a análise mais aprimorada (com o ajuste do modelo), é possível observar que existe uma forte associação dos riscos da “Divisão Social do Trabalho” ($OR=3,32$), “Danos psicológicos” ($OR=2,71$) e “Danos Sociais” ($OR=15,27$) aumentarem as chances de os TSM utilizarem medicamentos (Tabela 22). Neste momento, vale assinalar que essa análise demonstra que o uso de medicamentos está associado ao trabalho, independentemente de como os TSM relacionam esse uso.

Não obstante, o questionamento se os TSM acreditavam que o uso de medicamentos estaria relacionado com o contexto de trabalho ratificou que eles se mostram bastante divididos nessa associação (Figura 16). Metade informou acreditar que o uso tinha relação com o contexto de trabalho, demonstrando consciência dos danos que o trabalho pode acarretar a saúde, enquanto a outra metade não relacionou o uso com o contexto de trabalho, demonstrando acreditar que eram decorrentes de fatores externos à vida no trabalho.

É possível comparar esse resultado com as investigações realizadas por Maciel et al. (2017) e Santana et al. (2017), as quais relatam que apenas 15% dos TSG relacionaram o uso de medicamentos com o trabalho. Assim, dois pontos podem ser discutidos: o primeiro diz respeito à diferença dos grupos das investigações, podendo supor que os TSM são mais conscientes dos danos que o trabalho pode acarretar a saúde; o segundo diz respeito ao contexto de trabalho em instituição de saúde mental,

que também pode realçar a percepção do trabalhador quanto aos danos causados pelo trabalho. Como exposto na fundamentação teórica, trabalhar com saúde mental demanda forte mobilização subjetiva, com um real do trabalho difícil de ser compreendido e solucionado, além do mais há a exposição à pacientes agressivos e/ou a suicidas (Chang et al., 2019; Monteiro & Passos, 2020; Murphy et al., 2019; Ramminger, 2008).

Ainda que essa percepção se apresente dividida, foi possível estabelecer associações entre os fatores em ambos os casos. A análise estatística foi realizada com dois grupos distintos: com o grupo que descreveu o uso de medicamentos como decorrente do trabalho e com o grupo que não relacionou o uso ao trabalho.

Em outros termos, foi observado que para os TSM que admitem que há uma relação entre o consumo de medicamentos e o trabalho, a chance de usar medicamentos está associada ao aumento de riscos nos fatores: “Divisão de Tarefas” (OR=2,48), “Falta de Sentido no Trabalho” (OR=2,90), “Falta de Reconhecimento” (OR=2,80), “Danos Psicológicos” (OR=3,74), “Danos Físicos” (OR=3,58) e “Danos Sociais” (OR=3,56). No modelo ajustado, o fator “Falta de Reconhecimento” deixa de ser associado ao uso de medicamentos, demonstrando que apresenta variação de acordo com as categorias de sexo, escolaridade e tempo de atuação (Tabela 23).

Aos TSM que não admitem essa relação com o trabalho, a chance de usar medicamentos mesmo assim apareceu associada ao aumento de riscos nos fatores: “Divisão Social do Trabalho” (OR=3,23) e “Danos Físicos” (OR=0,43) (Tabela 28). No modelo ajustado, nenhum fator permaneceu associado, demonstrando que DST e DF podem variar quanto a associação ao uso de medicamentos de acordo com o sexo, escolaridade e tempo de atuação (Figura 17).

As principais características a serem destacadas nessa análise se referem: a) “Divisão Social do Trabalho” só aparece associado ao uso de medicamentos por TSM que não o relacionam com o trabalho. b) “Danos físicos” aparece associado em ambas as análises, reforçando que o uso de medicamentos apresenta relação com danos físicos

no trabalho, estando relacionado a variações de sexo, escolaridade e tempo de atuação, podendo ser visualizada a discussão na Figura 17. O fato de DF aparecer associado em ambos os cenários demonstra que quando o trabalhador apresenta danos no corpo em decorrência do trabalho, faz o uso do medicamento para amenizar o sintoma. Ainda que passe despercebido (no caso de quem não relaciona com o trabalho), na verdade está associado.

Figura 17

Quadro de associações do uso de medicamentos com ou sem relação com o trabalho pelos TSM com fatores das EOT, EIST e EDT.

Fatores	MODELO BRUTO		MODELO AJUSTADO	
	Uso de medicamentos "em decorrência do trabalho"	Uso de medicamentos "sem relação com o trabalho"	Uso de medicamentos "em decorrência do trabalho"	Uso de medicamentos "sem relação com o trabalho"
Divisão das Tarefas	X		X	
Divisão Social do Trabalho		X		
Falta de Sentido do Trabalho	X		X	
Esgotamento Mental				
Falta de Reconhecimento	X			
Danos Psicológicos	X		X	
Danos Sociais	X		X	
Danos Físicos	X	X	X	

O fator que apresentou a maior chance de os TSM usarem algum medicamento e relacioná-lo ao trabalho foi o “Danos Psicológicos”, no qual o aumento do risco desse fator corresponde a uma chance 3,74 vezes maior de utilizar medicamento. No caso dos trabalhadores que não relacionaram o uso ao trabalho, o fator “Divisão Social do Trabalho” apresentou uma chance 3,23 vezes maior dos TSM fazerem uso de medicamento, sendo esse um resultado expressivo. É possível que essa diferença de resultados entre os grupos pode ser a consciência dos danos resultantes do trabalho por aqueles que assimilam essa relação, enquanto os que não assimilam não reconhecem os danos (apesar da estatística demarcar a associação). No trabalho de Fernandes e Marziale (2014), é posto em debate o quanto é complicado e subjetivo o

estabelecimento de nexos causais entre os danos na ordem psicoemocional e o trabalho, e isso pode ser novamente observado nessa investigação.

Dentro disso, também foi possível observar que os fatores associados variam de acordo com o tipo de medicamento que é utilizado. No grupo de TSM que não relacionavam o uso de medicamentos ao trabalho, o uso de analgésicos não foi associado a nenhum fator avaliado. Isso significa que nesse grupo o uso de analgésico de fato não tem nenhuma relação com o trabalho. O uso de medicamentos gastrointestinais apresentou uma amostra pequena e não permitiu a avaliação da associação de fatores.

Já a análise do uso de psicofármacos revelou associações nos dois grupos, o que é demonstrado na Figura 18. É possível observar que nos TSM que relacionam o uso de psicofármacos ao trabalho, o principal fator associado foi o “Dano Psicológico” (Tabela 24). No caso dos TSM que não relacionam o uso ao trabalho, os psicofármacos apareceram associados aos fatores “Esgotamento Mental” e “Danos Sociais” (Tabela 29). Pode ser observado que os “Danos Sociais” apareceram associados em ambas as análises, sendo o fator com associação mais evidente.

Figura 18

Quadro de associações do uso de psicofármacos com ou sem relação com o trabalho pelos TSM com fatores das EOT, EIST e EDT.

Fatores	MODELO BRUTO		MODELO AJUSTADO	
	Uso de PSICOFÁRMACOS "em decorrência do trabalho"	Uso de PSICOFARMÁCOS "sem relação com o trabalho"	Uso de PSICOFÁRMACOS "em decorrência do trabalho"	Uso de PSICOFARMÁCOS "sem relação com o trabalho"
Divisão das Tarefas				
Divisão Social do Trabalho				
Falta de Sentido do Trabalho				
Esgotamento Mental		X		X
Falta de Reconhecimento	X			
Danos Psicológicos	X		X	
Danos Sociais	X	X		X
Danos Físicos	X	X		

Desse modo, no primeiro grupo que relaciona a medicação ao trabalho, o aumento no risco do fator “Danos Psicológicos” no trabalho consistiu em um aumento de 3,57 vezes nas chances de os TSM usarem psicofármacos em decorrência do trabalho. Por outro lado, no grupo onde não há essa reação, o aumento no risco dos fatores “Esgotamento Mental” e “Danos Sociais” no trabalho consistiram em um aumento de 5,37 e 11,72 vezes, respectivamente, nas chances de os TSM usarem psicofármacos, ainda que não percebam a relação com o trabalho. Em vista disso, é possível conjecturar que os danos decorrentes do trabalho podem aumentar a chance de os TSM utilizarem medicamentos psicofármacos.

Esse dado pode ser relacionado aos estudos publicados por Ramminger (2008) e Somoray et al. (2017), os quais discutem sobre a exigência da estabilidade emocional feita aos TSM, não só pela organização de trabalho, como também pela sociedade. Então, se trabalhar com saúde mental aumenta a chance de utilizar psicofármacos, é possível debater os resultados do estudo de Dang et al. (2019) alegando que os TSM apresentam melhores esquemas cognitivos que os TSG. A investigação não demonstra levar em conta o hábito de utilizar medicamentos psicofármacos pelos trabalhadores e essa análise presume que o uso ou acesso a medicações psicofarmacológicas pode ter interferência na avaliação de esquemas cognitivos de trabalhadores.

A predominância no uso de medicamentos psicofármacos pode estar relacionada com a cultura biomédica do tratamento de sintomas, assim como também pode se relacionar com o tipo de sintoma mais difícil para as pessoas lidarem e, por isso, buscam rapidamente eliminá-lo. A expressão de um sintoma psíquico é em decorrência de um conflito inconsciente, o qual faz com que o sintoma emita uma “mensagem-metáfora” passível de interpretação e busca reestabelecer uma suposta homeostase psíquica (Freud, 1926/1996c; Lacan, 1998). Quando essa dinâmica se inscreve no corpo (psicossomática), o sintoma físico se manifesta, podendo ser resultante de um conflito psíquico também. Nesse raciocínio, as outras classes de medicamentos, ao tratarem sintomas circunscritos no corpo, podem não estar tão distantes desse processo.

Ainda nesse aspecto, é resgatado os achados de Sousa et al. (2018) sobre sofrimento patológico dos TSM. O sofrimento é descrito justamente quanto ao controle das emoções, em lidar com a agressividade dos outros e no uso da memória, configurando um risco crítico no custo cognitivo, estando os medicamentos psicofármacos postos como uma ferramenta para lidar com esses itens. Nesse sentido, é possível deduzir que o papel simbólico do uso das medicações em decorrência dos danos ocasionados pelo trabalho tenha a finalidade de bloquear qualquer coisa que se possa fisicamente colocar as defesas do sujeito em xeque.

O uso de analgésicos esteve associado aos fatores apenas no grupo de TSM que relacionou o uso de medicamentos ao trabalho (Tabela 25). Nesse caso, vários fatores indicavam aumentar a chance do uso de analgésicos: “Falta de Sentido no Trabalho” (OR=4,02), “Esgotamento Mental” (OR=3,06), “Danos Psicológicos” (OR=4,24), “Danos Físicos” (OR=3,25) e “Danos Sociais” (OR=5,32). Destacou-se o fator “Dano Social”, em que o aumento do risco consistiu em um aumento de 5,32 vezes nas chances de os TSM utilizarem analgésicos em decorrência do trabalho.

Ainda nesse grupo, o uso de medicamentos gastrointestinais está associado aos fatores “Falta de sentido no Trabalho” (OR=4,07), “Danos Psicológicos” (OR=6,28) e

“Danos Físicos” (OR=4,27), que aumentam as chances do uso desse tipo de medicamento (Tabela 26). O fator que apresentou a maior chance de os TSM utilizarem medicamentos gastrointestinais foi o “Danos Psicológicos”, em que o aumento do risco consistiu em um aumento de 6,28 vezes nas chances de os TSM utilizarem medicamentos gastrointestinais em decorrência do trabalho. Esse resultado é interessante, pois pode estimular mais investigações que relacionem as características da saúde mental e suas repercussões no sistema digestivo.

A análise sobre a utilização de analgésicos e medicamentos gastrointestinais relacionados ao trabalho apresentou associação direta com a “Falta de Sentido no Trabalho”, com “Danos Físicos” e, em destaque, com o fator “Danos Psicológicos”. Quando o uso de medicações diferentes da classe de psicofármacos se apresenta diretamente ligado com danos psíquicos, revela-se o processo de alienação. Esse dado é relevante, pois a partir do olhar de que o medicamento atua como neutralizador do sintoma, ele pode ser buscado para produzir a insensibilidade do corpo e atenuar um sintoma que está inscrito no corpo (processo da psicossomática).

O fator DP também chamou atenção devido a sua forte associação à quantidade de medicamentos utilizados pelos TSM que relacionam o uso da medicação ao trabalho (Tabela 27). Nesse caso, o aumento no risco do fator “Danos Psicológicos” no trabalho consistiu em um aumento de 2,45 vezes nas chances de os TSM usarem maior quantidade de medicamentos em decorrência do trabalho. Esse dado fornece indícios que quanto maior o dano psicológico em decorrência do trabalho, maior a possibilidade de os TSM usarem ainda mais medicações. Como agravante, os fatores “Falta de Sentido no Trabalho” (OR=1,69), “Falta de Reconhecimento” (OR=1,73), “Danos Sociais” (OR=2,11), e “Danos Físicos” (OR=2,14) também se apresentaram associados a quantidade de medicações que os TSM utilizam em decorrência do trabalho. Portanto, se os TSM utilizam mais medicamentos a partir do aumento no risco de FST, FR e quando detectam danos sociais e físicos decorrentes do trabalho, o

Um dado intrigante levantado nesse estudo é sobre a associação entre os fatores “Divisão Social do Trabalho” e “Danos Sociais” com o uso de medicamentos. O fator DST, como exposto anteriormente nesse capítulo, foi avaliado pela maior proporção de TSM (82%, n=75) como risco médio ou alto, podendo ser considerado como a pior avaliação do estudo. Apesar disso, o fator só se apresentou associado ao uso de medicamentos para o grupo de TSM que não relacionava o uso com o trabalho. Por outro lado, o fator DS foi avaliado pela maior proporção de TSM (67%, n=61) como risco baixo, podendo ser considerado como a melhor avaliação do estudo. Já nesse caso, dentre as nove análises realizadas, o fator DS só não resultou como associado em duas (medicações não relacionadas ao trabalho e uso de analgésicos não relacionados ao trabalho).

Esse resultado é muito peculiar ao passo que se observa que as piores avaliações dos TSM estão ligadas às características da organização de trabalho e, ao mesmo tempo, as melhores avaliações estão ligadas aos danos psicossociais decorrentes do trabalho. Essas percepções são resultantes de uma parte expressiva dos TSM que alegam não haver relação com o trabalho as medicações que utilizam.

As duas associações podem ser interpretadas como resultantes da estrutura de defesa dos trabalhadores. Aqueles que admitem que há uma relação entre o consumo de medicamentos e o trabalho são as pessoas que já percebem o dano causado pelo trabalho. Ainda que isso não seja evidenciado estatisticamente por meio de médio ou alto risco avaliado na EDT, existe a possibilidade dessas pessoas já estarem em uso de medicamento para passarem por esses conflitos sem se descontrolar ou adoecerem. Por conseguinte, os “Danos Sociais”, ainda que discretos, aparecem associados na maior parte dos cenários de uso de medicações, demonstrando a habilidade dos TSM em segurar ou não reconhecer os danos decorrentes do trabalho. Essa dinâmica pode ser elucidada como situada na estratégia de defesa de proteção, isto é, o trabalhador racionaliza as situações de sofrimento e cria modos de cessá-las.

Em contrapartida, a associação do resultado de médio risco para organização do trabalho e o uso de medicamentos apenas pelas pessoas que não percebem a relação com o trabalho pode indicar um discurso de negação (uma das principais estratégias de defesa inconscientes discutida em seção anterior). A partir da relação estatística estabelecida que indica que esses trabalhadores podem ter a até 3,23 vezes mais chance de consumir medicamentos em decorrência dos riscos na DST, a associação já está evidenciada. O que pode ser conjecturado é que talvez esse grupo de trabalhadores não admita essa relação, negue o sofrimento e se situe na estratégia de defesa de adaptação.

Em relação a esse conteúdo, Dejours (1996b) discorre sobre o lugar do trabalho na formação do psiquismo e sobre as estratégias defensivas só serem utilizadas enquanto recursos inconscientes, tal como as defesas do ego. O sofrimento e defesa não podem ser dissociados e, portanto, nem sempre são conscientes. Para um sofrimento que pode não ser consciente, logo, o dano também permanece no plano da inconsciência. Freud (1894/1996a) já se referia aos mecanismos de defesa psíquicos inconscientes enquanto tentativas de transformar uma representação dolorosa em algo suportável. Nesse aspecto, ainda que sustentados pelo método da Clínica do Trabalho, muitos trabalhadores apresentam um movimento de recusa em tomar consciência de suas estratégias defensivas, quiçá os que não recebem esse suporte (Dejours, 2017).

O trabalhador que convictamente define que a medicação não se relaciona com o trabalho (contrariamente ao que revela a estatística), possivelmente está tratando não só o dano, mas o sofrimento como um “não acontecido”. Supostamente, o consumo de medicamentos decorrente de riscos psicossociais e físicos no trabalho pode ser referido como um meio eficaz de evitar constrangimentos no trabalho, ou melhor dizendo, a descompensação. Dejours (2017) comenta sobre o uso de medicamentos, direcionando que este visa combater o medo e o transbordamento das defesas psiconeuróticas, e que dessa mesma forma pode ser analisado como no consumo de substâncias psicoativas (álcool e drogas) no trabalho.

A contradição entre não associar o sofrimento ou os danos ao trabalho decorre de um saber simbolizado e alienante. Nesse ponto, é possível conjecturar que esses trabalhadores também podem estar situados em um modo cooperativo da ideologia defensiva, em que o silenciamento do sofrimento impera. Esse cenário é possível de ser levantado considerando que metade destes tomam medicações e, dentro disso, metade não relaciona ao trabalho. Portanto, nesse grupo de pessoas, se configura a tolerância ao sofrimento, em que são normalizados os “sacrifícios” feitos em nome do trabalho, representando a alienação do coletivo.

Nesse aspecto, a alienação está vinculada com o “Danos Sociais” não reconhecidos pelos TSM, pois o dano se apresenta vinculado ao uso de medicações. É possível supor que a vontade de ficar sozinho e se isolar, relatada na Tabela 17, é suspensa a partir do uso de medicamento e seus efeitos expandem a tolerância ao mal-estar instaurado no sujeito. O não-dizer sobre o dano social, sobre o medicamento, sobre o silenciamento relatado nesse estudo, pode estar relacionado a forma de suportar um real que concretamente é penoso de ser apreendido e revelado a partir da dinâmica de estratégia de defesa evidenciada com o uso de medicações.

Os próprios trabalhadores, ao racionalizarem sobre o uso de medicações, alegaram como principais razões a diminuição de tristeza, desânimo, irritabilidade e impaciência devido ao trabalho ou diminuir sintomas físicos. Mas a razão mais interessante apontada diz respeito ao aumento da performance no trabalho, a partir da melhora na concentração, atenção, energia etc. Essa informação corrobora o novo significado que as medicações estão adquirindo na sociedade contemporânea, apresentado por Conrad (2013), e debatido por diversos outros autores (Abraham, 2010; Sholl, 2017; Stacciarini et al., 2020; Summerfield, 2008). O conjunto de estimulantes, estabilizadores e anestésicos está cada vez mais vinculado ao dia a dia das pessoas e nem sempre a razão biológica prevalece por trás desse uso.

Evidente que este é um tema que carece de maiores investigações, no entanto esse estudo aponta que a medicalização do TSM pode estar vinculada com o trabalho,

atuando como um “escudo protetor” do trabalhador, como uma estratégia de defesa. Esse achado corrobora com a discussão promovida por Duarte (2017) quanto ao comportamento normopático do trabalhador, contribuindo para a clivagem de si e suspensão da capacidade de enxergar o próprio sofrimento pelo TSM. A pesquisa exploratória tem o intuito de lançar reflexões sobre um tema pouco abordado e, pós a discussão de tantos dados, o que se observa é que as relações estatísticas demonstram um mapa de calor entre as defesas de adaptação (em que há negação) e exploração (em que há confirmação) com o uso de medicações.

Considerações Finais

A discussão da medicalização dentro da relação sujeito-trabalho-saúde torna-se cada vez mais relevante, visto que ambos os conceitos nem sempre favorecem à saúde. O elevado índice de doenças ocupacionais acompanhado do elevado índice de consumo de medicamentos na sociedade contemporânea pode estar relacionado, mas não necessariamente como causa-consequência. Os trabalhadores são compelidos a manter um nível de produtividade inabalável e são induzidos a sanar as suas dores rapidamente. Se está com dor de cabeça, o analgésico; momento difícil, o ansiolítico; estresse, melhor tratar a gastrite; desconectado de si, o antidepressivo resolve. Claro que os medicamentos são bem-vindos e (quando) necessários, mas não podem tamponar os elementos não biológicos que possam estar por trás de um adoecimento. E é propício que essa investigação se inicie na área da saúde mental, afinal, como está o cuidado de quem cuida, ou então, dos trabalhadores das instituições de saúde mental?

Este estudo teve como objetivo principal investigar a relação entre as características da organização do trabalho na saúde mental e o uso de medicamentos pelos trabalhadores de uma instituição de saúde mental. Para a investigação, foram aplicadas as Escalas de Organização do Trabalho, Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho e Escala de Danos Físicos e Psicossociais no Trabalho (Facas & Mendes, 2018) e um questionário sobre o uso de medicamentos. Os resultados foram relatados e discutidos considerando as orientações técnicas para a interpretação das escalas, a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, as recentes investigações na literatura sobre o tema e os objetivos deste estudo. A apresentação de resultados e discussão do estudo foram realizadas em seções, as quais foram divididas por cada escala, seguidas do questionário. A integração dos resultados foi realizada em todas as seções.

O objetivo principal foi atingido por meio da apresentação do detalhamento das características da organização do trabalho e do perfil dos trabalhadores, apresentação

dos indicadores de sofrimento patogênico do trabalho, dos danos físicos, psicológicos e sociais decorrentes do trabalho. Detalhou-se também o perfil do uso de medicações pelos TSM, descrevendo os aspectos quantitativos do uso de medicamentos, as razões, os tipos e se os trabalhadores acreditam na existência de uma relação com o trabalho. Por fim, foi realizado o mapeamento da associação dos fatores resultantes das escalas com o uso de medicamentos pelos TSM. Após a realização dessas análises, percebe-se que investigação aponta a existência de uma relação entre as características da organização do trabalho e o uso de medicamentos pelos TSM.

As principais características da organização do trabalho do hospital psiquiátrico foram reveladas por meio da EOT, que resultou em risco moderado para divisão das tarefas e divisão social do trabalho. Os fatores forneceram vários indícios de causas do sofrimento dos TSM, tais como número de trabalhadores insuficientes, ritmo de trabalho inadequado, baixa qualidade na comunicação e, como destaque, a não participação nas decisões sobre o trabalho. Quanto ao sofrimento no trabalho, a EIST revelou um risco médio para esgotamento mental e risco baixo para falta de sentido do trabalho e falta de reconhecimento. Os itens destacados como reveladores do sofrimento são a falta de sentido no trabalho e a falta de liberdade para dizer o que se pensa no trabalho, além do desgaste e cansaço dos TSM. Os danos decorrentes do trabalho pela EDT resultaram como risco moderado para danos físicos e risco baixo para danos psicológicos e sociais. Os danos físicos descritos como sintomáticos foram dores nas costas, pernas e cabeça, além da alteração do sono. Os danos psicológicos relatados como sintomáticos foram a tristeza e o mau humor. Os danos sociais revelaram a impaciência com as pessoas e vontade de ficar sozinho pelos TSM.

O uso de medicamentos apresentou associações com todos os fatores investigados, ainda que a análise estivesse ajustada quanto a variação das categorias sexo, escolaridade e tempo de atuação. O uso de medicamentos se apresentou fortemente associado aos riscos de danos físicos e psicossociais e a falta de sentido no trabalho. Ainda que alguns TSM não relacionassem o uso de medicamentos ao

trabalho, a investigação evidenciou a associação ao risco na divisão de tarefas, esgotamento mental, danos sociais e danos físicos. Os fatores avaliados com maiores riscos apresentaram menores associações, enquanto os fatores avaliados com menores riscos apresentaram maiores associações com uso de medicamentos.

O estudo apresenta como hipótese que o uso de medicações pelos TSM está situado nas estratégias defensivas conceituadas pela PdT. A argumentação apresentada relaciona que a medicalização do trabalhador pode ser enquadrada enquanto estratégia de defesa de proteção ou de adaptação. Isto é, os trabalhadores que se apresentam conscientes que o uso de medicação pode ser decorrente dos conflitos do trabalho protegem-se ao racionalizar as situações de sofrimento e criar modos de cessá-las por meio do medicamento. Por outro lado, os trabalhadores que não apresentam consciência que o uso de medicação pode ser decorrente dos conflitos do trabalho se adaptam ao negar o sofrimento não admitindo essa relação, ainda que recorram ao medicamento para lidar com o sofrimento.

Este foi um estudo de caso, delimitado a uma única instituição enquanto campo de pesquisa. Por essa razão os resultados são restritos e de difícil generalização. Além das limitações do campo de estudo, generalizar associações entre saúde e trabalho requer muita cautela visto que são inúmeras possibilidades de variáveis confundidoras envolvidas nessa dinâmica. Investigações de aspectos subjetivos sempre requerem maior cuidado e aprofundamento a partir de diferentes métodos de investigação. Ainda que o estudo tenha buscado levantar a maior quantidade de informações relacionadas aos conceitos elegidos, a realização deste em meio a uma pandemia acarretou alguns desafios. Dentre estes, destaca-se a coleta da amostra, estabelecimento de rapport e impossibilidade de triangulação de dados com métodos qualitativos que pudessem esmiuçar os componentes envolvidos na temática debatida.

Para estudos futuros, propõe-se uma discussão mais ampla acerca das características relacionadas ao uso de medicações, ao passo que essas possam ser subdivididas nos diferentes tipos enquanto aprofunda-se no entendimento sobre a

frequência e periodicidade do uso. Ainda, a literatura certamente se beneficiaria de novos estudos com coleta de dados que envolvam a entrevista dos trabalhadores para compreender melhor a dimensão psíquica e subjetiva envolvida no processo medicalização-trabalho-saúde. É recomendado que, para entender por completo as características da organização do trabalho, sejam investigados os aspectos referentes a gestão de trabalho e se esse fator caracteriza alguma associação com o uso de medicamentos pelos TSM. Outro aspecto que despertou atenção, foi quanto ao processo de silenciamento dos TSM evidenciado em pesquisas anteriores e confirmado estudo, podendo este dado também ser analisado enquanto uma estratégia de defesa.

Em suma, é possível constatar que as investigações acerca da medicalização e da relação sujeito-trabalho-saúde são escassas na literatura e são temas que carecem de maiores elucidações. Neste contexto, o presente estudo traz a luz, a partir da perspectiva teórica da Psicodinâmica do Trabalho, questionamentos e implicações sobre o processo de medicalização e seus reflexos na saúde do trabalhador vinculado ao mundo do trabalho na sociedade neoliberal.

Referências Bibliográficas

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603–622.
<https://doi.org/10.1177/0038038510369368>
- Aciole, G. G., & Pedro, M. J. (2019). Sobre a saúde de quem trabalha em saúde: revendo afinidades entre a psicodinâmica do trabalho e a saúde coletiva. *Saúde Em Debate*, 43(120), 194–206. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912015>
- Amaral, G., Mendes, A. M., & Facas, E. P. (2019). (Im)possibilidade de mobilização subjetiva na clínica das patologias do trabalho: o caso das professoras readaptadas. *Revista Subjetividades*, 19(2).
<https://doi.org/https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i2.e8987>
- Amarante, P. (2010). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (2nd ed.). Fiocruz.
- Appio, A., & Junior, N. (2017). O entorpecimento do trabalhador como estratégia de controle social no Brasil. *PSI UNISC*, 1(1), 06–17.
- Araújo, T. M., Palma, T. F., & Araújo, N. C. (2017). Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10), 3235–3246. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17552017>
- Areosa, J. (2019). *O mundo do trabalho em (re)análise: um olhar a partir da psicodinâmica do trabalho*. 15. <https://doi.org/10.4000/laboreal.15270>
- Azevedo, A., & Figueiredo, V. (2015). Vivências de prazer e sofrimento mental em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 15, 30–42.
<https://doi.org/10.17652/rpot/2015.1.431>
- Ballarin, M. L. G. S., Miranda, I. M. S., & Fuentes, A. C. R. C. (2010). Centro de atenção psicossocial: panorama das publicações de 1997 a 2008. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(4), 726–737. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000400005>
- Barbosa, V. F. B., Martinhago, F., Hoepfner, Â. M. S., Daré, P. K., & Caponi, S. N. C. (2016).

- O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde Em Debate*, 40(108), 178–189. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>
- Barros, A. R. R., Griep, R. H., & Rotenberg, L. (2009). Self-medication among nursing workers from public hospitals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6), 1015–1022. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600014>
- Bastos, E. N. E., & Jorge, M. S. B. (2011). (Re) construção do conhecimento sobre o Hospital Psiquiátrico no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil: um estudo sobre as publicações no período 1999 a 2008. *Saúde em Debate*, 35(88), 157–166. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341767018>
- Bezerra, E. B. N., Silva, E. F. da, Máximo, T. A. C. de O., & Melo, J. S. V. B. de. (2018). O trabalho de equipes interdisciplinares nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). In *Estudos e Pesquisas em Psicologia* (Vol. 18, Issue 1). Univ. do Estado do Rio de Janeiro. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Bittar, C. M. L., & Gontijo, I. L. (2015). utomedicação entre as trabalhadoras de enfermagem de um hospital de Uberaba. *Evista Gestão & Saúde*, 6(2), 1229–1238.
- Boeuf-Cazou, O., Lapeyre-Mestre, M., Niezborala, M., & Montastruc, J. L. (2009). Evolution of drug consumption in a sample of French workers since 1986: the “Drugs and Work” study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(4), 335–34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pds.1713>
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo Da Saúde*, 35(5), 319–331.
- Brolese, D. F., Lessa, G., Santos, J. L. G. dos, Mendes, J. S., Cunha, K. S., & Rodrigues, J. (2017). Resilience of the health team in caring for people with mental disorders in a psychiatric hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016026003230>
- Bruce N, Pope, D., & Stanistreet, D. (2018). *Quantitative Methods for Health Research: A*

- Practical Interactive Guide to Epidemiology and Statistics*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Bueno, M., & Macêdo, K. B. (2012). A Clínica psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. *Estudos Contemporâneos Da Subjetividade*, 2(2), 306–318.
- Bukach, A. M., Ejaz, F. K., Dawson, N., & Gitter, R. J. (2017). Turnover among Community Mental Health Workers in Ohio. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(1), 115–122. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0706-1>
- Calais, V. (2016). Où sont les fous ? Aperçus critiques sur le paradigme de la « santé mentale ». *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 174(7), 523–529. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.05.001>
- Canguilhem, G. (2000). *O normal e o Patológico*. Forense Universitária.
- Castro, A. C., & Leão, L. H. C. (2020). A metamorfose e o campo da saúde mental de trabalhadores: uma análise bakhtiniana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3615–3624. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.28652018>
- Chang, S., Picco, L., Abdin, E., Yuan, Q., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). Resilience and associative stigma among mental health professionals in a tertiary psychiatric hospital: a cross-sectional study in Singapore. *BMJ Open*, 9(12), e033762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033762>
- Cherbonnet, C., Guillouet, A., & Eloy, A. (2014). Consommation de produits psycho-actifs en milieu du travail. In *ORS Centre*. www.orscentre.org
- Chow, W. S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*, 13(1), 169. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169>
- Conde, A. F. C., Cardoso, J. M. M., & Klipan, M. L. (2019). Panorama da psicodinâmica do trabalho no Brasil entre os anos de 2005 e 2015. *Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia*, 12(1), 19–36. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.36298/gerais2019120103>
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human*

- Conditions into Treatable Disorders*. The Johns Hopkins University Press.
- Conrad, P. (2013). Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts. *Medical Sociology on the Move*, 195–214. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_10
- Cougot, B., Fleury-Bahi, G., Gauvin, J., Armant, A., Durando, P., Dini, G., Gillet, N., Moret, L., & Tripodi, D. (2019). Exploring Perceptions of the Work Environment among Psychiatric Nursing Staff in France: A Qualitative Study Using Hierarchical Clustering Methods. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 142. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010142>
- Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado, P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-solo0285>
- Silva, E., & Menezes, E. (2005). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*.
- Dang, S., Sharma, P., & Shekhawat, L. S. (2019). Cognitive Schemas among Mental Health Professionals and Other Health Professionals. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41(3), 258–265.
- Decreto n. 1132 de 22 de dezembro de 1903. Dispõe sobre o funcionamento dos manicômios psiquiátricos. Diário Oficial da União.
- Dejours, C. (1988). *Plaisir et souffrance dans le travail*. AOCIP.
- Dejours, C. (1993). Coopération et construction de l'identité en situation de travail. *Futur Antérieur*, 16(2), 41–52.
- Dejours, C. (1995). Le travail entre subjectivité et rapports sociaux. In P. COURS-SALIES.
- Dejours, C. (1996a). Centralité du travail et théorie de la sexualité. *Adolescence*, 14(2), 9–29.
- Dejours, C. (1996b). Psychologie clinique du travail et tradition compréhensive. In Y. CLOT (Ed.), *Les histoires de la psychologie du travail: approche pluri-disciplinaire* (pp. 195–219). Octares Editions.
- Dejours, C. (2000). Travail, souffrance et subjectivité. *Sociologie Du Travail*, 2(42), 329–340.

- Dejours, C. (2004a). A metodologia em psicodinâmica do trabalho. In S. Lancman, S. & Sznalwar (Eds.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (1st ed., pp. 105–126). Fiocruz.
- Dejours, C. (2004b). Subjetividade, trabalho e ação. *Production*, 14(3), 27–34.
<https://doi.org/10.1590/s0103-65132004000300004>
- Dejours, C. (2005). *O fator humano* (FGV (ed.); 5th ed.). (Trabalho original publicado em 1997)
- Dejours, C. (2006). *Aliénation et clinique du travail* (1st ed.). Actuel Marx.
- Dejours, C. (2007). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In J. F. Chalot (Ed.), *O indivíduo na organização - Dimensões Esquecidas* (3rd ed., pp. 150–173). Atlas.
- Dejours, C. (2008a). *Travail, usure mentale - Essai de psychopathologie du travail* (Bayard (ed.); 2nd ed.). (Trabalho original publicado em 1993)
- Dejours, Christophe. (2008b). *A banalização da injustiça social* (7th ed.). FGV.
- Dejours, C. (2009a). Trabalho e saúde mental: da pesquisa a ação. In E. Abdoucheli & C. Jayet Dejours (Ed.), *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (1st ed., pp. 45–65). Atlas.
- Dejours, C. (2009b). A carga psíquica do trabalho. In E. Abdoucheli & C. Jaye Dejours (Ed.), *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho* (1st ed., pp. 21–32). Atlas.
- Dejours, C. (2010). Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho. *Revista Cult*, 139(12), 49–53.
- Dejours, C. (2011a). Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In L. Lancman, S. & Sznalwar (Eds.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (3rd ed., pp. 57–123). Paralelo 15. (Trabalho original publicado em 1994)
- Dejours, C. (2011b). *Conjurer la violence: Travail, violence et santé*. Editions Payot & Rivages.

- Dejours, C. (2011c). Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho real. In S Lancman & L. Sznelwar (Eds.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (3rd ed., pp. 381–407). Paralelo 15.
- Dejours, C. (2011d). Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. In L. Lancman, S. & Sznelwar (Eds.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (3rd ed., pp. 287–339). Paralelo 15. (Trabalho original publicado em 1994)
- Dejours, C. (2011e). Entre o sofrimento e a reapropriação: o sentido do trabalho. In S Lancman & L. Sznelwar (Eds.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 433–448). Paralelo 15.
- Dejours, C. (2012). *Trabalho Vivo - Trabalho e emancipação*. Paralelo 15. (Trabalho original publicado em 2002)
- Dejours, C. (2015). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (6th ed.). Cortez. (Trabalho original publicado em 1987)
- Dejours, C. (2017). *Psicodinâmica do Trabalho: casos clínicos*. Dublinense.
- Dejours, C. (2018). Sortir du travail aliénant. *PSN*, 16(3), 27–36.
<https://doi.org/10.3917/psn.163.0027>
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (2011). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In J. C. Dejours C, Abdoucheli E (Eds.), *Psicodinâmica do trabalho* (pp. 119–145). Atlas.
- Dejours, C., Abdoucheli, E., & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. (Atlas (ed.)).
- Dejours, C., & Deranty, J. P. (2010). The centrality of work. *Critical Horizon*, 11(2), 167–180.
- Dejours, Christophe, & Molinier, P. (1994). Le travail comme énigme. *Sociologie Du Travail*, 36(1), 33–44.
- Del’Olmo, F. D. S., & Cervi, T. M. D. (2017). Sofrimento mental e dignidade da pessoa humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Seqüência: Estudos Jurídicos e Políticos*, 38(77), 197–220. <https://doi.org/10.5007/2177-7055.2017v38n77p197>
- Demaegdt, C., Rolo, D., & Dejours, C. (2013). Psychopathologie et psychodynamique du

- travail. In *Pathologie professionnelle et de l'environnement* (p. YP-).
[https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1877-7856\(13\)58377-2](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S1877-7856(13)58377-2)
- Dias, G. C., & Furegato, A. R. F. (2016). Impacto do trabalho e satisfação da equipe multiprofissional de um hospital psiquiátrico [Satisfaction in, and impact of work on, the multidisciplinary team in a psychiatric hospital]. *Revista Enfermagem UERJ*; v. 24, n. 1 (2016). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.8164>
- Dias, I. C., Almeida, C. H. de, Melo, E. M. M., Dias, H. C., Luz, I. S., Santos, J. L. D., Barbosa, J. F., Zanetti, L. F., Filho, R. M. N., & Soares, G. F. G. (2021). Os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 30(8218).
- Duarte, A. (2017). *Défenses et résistance en psychodynamique du travail*. Université Sorbonne Paris.
- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E.-M., Gournellis, R., & Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Professionals' Attitudes to Severe Mental Illness and Its Correlates in Psychiatric Hospitals of Attica: The Role of Workers' Empathy. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 614–625.
<https://doi.org/10.1007/s10597-019-00521-6>
- Eren, N., & Şahin, S. (2016). An evaluation of the difficulties and attitudes mental health professionals experience with people with personality disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(1), 22–36.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12257>
- Facas, E. (2013). *Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho - contribuições da psicodinâmica do trabalho*. Universidade de Brasília.
- Facas, E. P., & Mendes, A. M. (2018). Estrutura Fatorial do Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho. *Núcleo Trabalho, Psicanálise e Crítica Social*.
www.nucleotrabalho.com.br
- Fernandes, M. A., & Marziale, M. H. P. (2014). Riscos ocupacionais e adoecimento de trabalhadores em saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 539–547.

<https://doi.org/10.1590/1982-0194201400088>

Fernandes, M. A., Silva, J. S., Vilarinho, J. O. V., Seabra, L. O., & Feitosa, C. D. A. (2018).

Uso de substâncias psicoativas por profissionais de saúde: Revisão Integrativa. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, 13(4 SE-), 221–231. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i4p221-231>

Figueirêdo, M. L. R., Delevati, D. M., & Tavares, M. G. (2014). Entre Loucos e Manicômicos:

História da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Caderno de Graduação Ciências Humanas e Sociais*, 2(2121–136).

Foucault, M. (1972). *História da loucura na Idade Clássica*. Perspectiva.

Foucault, M. (1988). *Doença mental e psicologia*. Tempo Brasileiro.

Foucault, M. (2002). *Vigiar e punir: História da violência nas prisões*. Ática. (Trabalho original publicado em 1975)

Foucault, M. (2004). *Microfísica do poder*. Graal. (Trabalho original publicado em 1978)

Freud, S. (1996a). As neuropsicoses de defesa. In *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol III* (3rd ed.). Imago. (Trabalho original publicado em 1894)

Freud, S. (1996b). Esboço de Psicanálise. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud vol. XXIII*. Imago. (Trabalho original publicado em 1938)

Freud, S. (1996c). Inibições, sintomas e ansiedade. In J. Salomão (Ed.), *Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol XX* (pp. 81–171). Imago. (Trabalho original publicado em 1926)

Freud, S. (1996d). Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud Vol XI* (pp. 73–142). Imago. (Trabalho original publicado em 1910)

Freud, S. (1996e). O mal-estar na civilização. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, vol. XXI*. Imago. (Trabalho original publicado em 1930)

Freud, S. (2004a). O inconsciente (1915). In *Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. 2: Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente*. Imago.

- Freud, S. (2004b). O Recalque (1915). In *Escritos sobre a psicologia do inconsciente VI* (pp. 175–193). Imago.
- Galvan, M. R., Dal Pai, D., & Echevarría-Guanilo, M. E. (2016). Automedicação entre profissionais da saúde. *REME - Rev Min Enferm*, 20(959).
<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160029>
- Gasse, C., Petersen, L., Chollet, J., & Saragoussi, D. (2013). Pattern and predictors of sick leave among users of antidepressants: A Danish retrospective register-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 959–966.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.015>
- Gernet, I., & Dejours, C. (2011). Avaliação do trabalho e reconhecimento. In P. F. Bendassoli & L. A. P. Soboll (Eds.), *Clínicas do trabalho* (pp. 61–70). Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6th ed.). Atlas.
- Giongo, C. R., Monteiro, J. K., & Sobrosa, G. M. R. (2015). Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Temas Em Psicologia*, 23(4), 803–814.
<https://doi.org/10.9788/TP2015.4-01>
- Giusti, L., Ussorio, D., Salza, A., Malavolta, M., Aggio, A., Bianchini, V., Casacchia, M., & Roncone, R. (2019). Italian Investigation on Mental Health Workers' Attitudes Regarding Personal Recovery From Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 55(4), 680–685. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0338-5>
- Gonçalves, A. M., Vilela, S. C., Terra, F. S., & Nogueira, D. A. (2016). Atitudes e o prazer/sofrimento no trabalho em saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 266–274. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690209i>
- Schneider, A. P. H., & Azambuja, P. G. (2015). Uso de farmacos psicotrópicos por profissionais de saúde atuantes da área hospitalar. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*; v. 27, n. 1 (2015). <https://doi.org/10.14450/2318-9312.v27.e1.a2015.pp14-21>
- Heloani, R., & Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Production*, 14(3), 77–86. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300009>

- Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S. de, & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirurgica Brasileira*, 20(suppl 2), 2–9. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>
- Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V., & Bluvstein, I. (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 403–412. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/inm.12151>
- Kanabus, B. (2015). Christophe Dejours - O corpo inacabado entre fenomenologia e psicanálise: entrevista. *Psicologia USP*, 26(3), 328–339. <https://doi.org/10.1590/0103-6564D20150004>
- Koda, M. Y., & Fernandes, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1455–1461. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600020>
- Kolhs, M., Olschowsky, A., & Ferraz, L. (2019). Suffering and defense in work in a mental health care service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 903–909. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0140>
- Kolhs, M., Olschowsky, A., Ferraz, L., & Camatta, M. (2018). Psicodinâmica do trabalho: labor, prazer e sofrimento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 10, 1719–1726. https://doi.org/10.25248/REAS232_2018
- Lacan, J. (1997). *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise (1959)*. Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1959)
- Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In V. Ribeiro (Ed.), *Lacan, Escritos* (pp. 496–590). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957)
- Lamb, D., & Cogan, N. (2016). Coping with work-related stressors and building resilience in mental health workers: A comparative focus group study using interpretative phenomenological analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*,

- 89(3), 474–492. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/joop.12136>
- Lancman, S. (2008). O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In L. Lancman, S. & Sznelwar (Eds.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (3rd ed., pp. 25–36). Paralelo 15.
- Lauermann, J. D., & Borges, Z. N. (2014). Saúde mental e hospitalização: qual a percepção dos profissionais da saúde? In *Revista de Psicologia da UNESP* (Vol. 13, Issue 1). Universidade Estadual Paulista.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Leão, A., & Batista, A. M. (2020). Caminhos e impasses da desinstitucionalização na perspectiva dos trabalhadores em saúde mental da grande Vitória. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(3). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00271>
- Leão, F. V. G., Mesquita, A. R., Gotelipe, L. G. O., & Pádua, C. M. (2021). Use of psychotropic drugs among workers on leave due to mental disorders. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 19, eAO5506–eAO5506. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5506
- Leão, L. H. da C., & Brant, L. C. (2015). Manifestações de sofrimento: dilemas e desafios para a vigilância em saúde do trabalhador. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1271–1292. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400012>
- Lima, N., & Scatolin, H. (2021). Os mecanismos de defesas do trabalhador na visão da psicodinâmica do trabalho. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 153–173.
<https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/psicodinamica-do-trabalho>
- Luz, T. C. B., Luiza, V. L., Avelar, F. G., Hökerberg, Y. H. M., & Passos, S. R. L. (2012). Consumo de medicamentos por trabalhadores de hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2), 499–509. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200023>
- Macêdo, K. B. (2016). A saúde mental e o trabalho: o olhar da clínica psicodinâmica do trabalho. In K. B. Macêdo, J. G. Lima, A. R. D. Fleury, & C. M. S. Carneiro (Eds.),

Organização do Trabalho e Adoecimento: uma visão interdisciplinar (pp. 221–250).

Editora da Puc Goiás.

Machado, K. L., Beck, C. L. C., Perrone, C. M., Coelho, A. P. F., & Vasconcelos, R. O. (2018).

Mobilização subjetiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: intervenção em saúde do trabalhador por meio da clínica psicodinâmica do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 43(suppl 1).

<https://doi.org/10.1590/2317-6369000006518>

Machado, L. S., & Macêdo, K. B. (2016). Análise bibliométrica dos estudos em clínica

psicodinâmica do trabalho. *Revista Subjetividades*, 16(1), 9–23.

<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.1.9-22>

Machado, L. S., Macêdo, K. B., & Machado, M. R. R. (2017). Diagnóstico de pesquisas

internacionais em psicodinâmica do trabalho no Brasil. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), 69–84. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36250481006>

Magnus, C. de N., & Merlo, Á. R. C. (2012). Sofrimento-Prazer: Dinâmica do Trabalho de Profissionais de Saúde Mental de um Hospital Psiquiátrico Público. *Psico*, 43(2 SE-Artigos).

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/11695>

Malik, A. (2012). Trabalho em Hospitais. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6, 63–76.

<https://doi.org/10.18569/tempus.v6i4.1205>

Markin, R. D., & Kivlighan, D. M. (2007). Bias in psychotherapist ratings of client

transference and insight. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 300–315. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.3.300>

Marx, K. (2013). *O capital: crítica da economia política (1867)*. Boitempo.

Mattos, R. A. (2008). Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas

reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In G. C. Matta & J. C. F. Lima (Eds.), *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* (pp. 313–352). Fiocruz.

Medeiros, S. N., Martins, S. R., & Mendes, A. M. (2017). Sofrimento e defesa: análise

- psicodinâmica do trabalho de monitoramento aéreo de trânsito. *Trivium: Estudos Interdisciplinares*, 9(1), 74–90. <https://doi.org/10.18379/2176-4891.2017v1p.74>
- Mendes, A. M., & Duarte, F. S. (2013). Mobilização subjetiva. In F. O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Eds.), *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho* (1st ed., pp. 259–262). Juruá.
- Mendes, A. M., & Morrone, C. F. (2014). Trajetória teórica e pesquisas brasileiras sobre prazer e sofrimento no trabalho. In A. M. Mendes, A. R. C. Merlo, C. F. Morrone, & E. P. Facas (Eds.), *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros* (pp. 29–52). Juruá.
- Mendes, A.M. (2007). Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. In A. M. Mendes (Org.), *Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas* (pp. 49–61). Casa do Psicólogo.
- Mendes, A.M., & Araujo, L. K. R. (2012). *Clínica Psicodinâmica do Trabalho - O Sujeito em Ação* (J. Editora (ed.); 1st ed.).
- Mendes, A. M. (2007). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas* (1st ed.). Editora Casa do Psicólogo.
- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(1), 77–92. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>
- Merlo, A. R. C., & Mendes, A. M. B. (2009). Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho*, 12(2), 141–156. <https://doi.org/https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v12i2p141-156>
- Minayo, M. C. L. (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Montalvão, L. (2021). *Trabalho e centralidade do trabalho na psicodinâmica de Christophe Dejours: Uma investigação metateórica e histórica*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Monteiro, C. B., & Passos, J. P. (2020). Feelings of health professionals facing user-mediated violence in the psychiatric hospital. *Research, Society and Development*, 9(8 SE-),

eg73986832. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6832>

- Moraes, R. D. (2011). As estratégias de defesa e o enfrentamento do sofrimento no trabalho com automação no polo industrial de Manaus. In M. C. et al. Ferreira (Eds.), *Dominação e resistência no contexto trabalho-saúde*. Mackenzie.
- Moraes, R. D. (2013). Estratégias defensivas. In F. O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Eds.), *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 153–157). Juruá.
- Moreira, A. S., & Lucca, S. R. de. (2020). Psychosocial factors and Burnout Syndrome among mental health professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4175.3336>
- Murphy, P. T., Clogher, L., van Laar, A., O'Regan, R., McManus, S., McIntyre, A., O'Connell, A., Geraghty, M., Henry, G., & Hallahan, B. (2019). The impact of service user's suicide on mental health professionals. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/DOI: 10.1017/ipm.2019.4>
- Nardi, H. C., & Ramminger, T. (2007). Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(2), 265–287. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000200004>
- Neumann, A. P. F. M., Lacaz, F. A.C., & Mennin, R. H. P. (2021). Estratégias de resistência: enfrentamento ou passividade frente aos problemas de gestão, revisão sistemática da literatura. *Pensata: Revista Dos Alunos Do Programa de Pós-Graduação Em Ciências Sociais Da UNIFESP*, 9(2 SE-Pensata Convida). <https://doi.org/10.34024/pensata.2020.v9.11755>
- Nunes, J. M. S., Guimarães, J. M. X., & Sampaio, J. J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(4), 1213–1232. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312016000400008>
- Nunes, M. de O., Lima Júnior, J. M. de, Portugal, C. M., & Torrenté, M. de. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4489–4498.

<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>

- O'Connor, K., Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry, 53*. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Oliveira, A. F., Teixeira, E. R., Silvino, Z. R., & Christovam, B. P. (2013). Automedicação entre os trabalhadores da saúde: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on Line, 7*(10), 6254–6261.
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12264/14903#.YS4l-mqzK88.mendeley>
- Oliveira, A. A. S., & Bastos, J. A. (2017). Pressupostos epistemológicos da saúde mental e trabalho em teses brasileiras. *Mental, 11*(20), 152–175.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Oliveira, E. B. de, Araujo, P. M. B., Maia, M. P. Q., Cabral, J. de L., Brito, D. M. de, & Figueredo, E. P. de. (2015). Estresse ocupacional e consumo de ansiolíticos por trabalhadores de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ; v. 22, n. 5 (2014)*.
<https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.15510>
- Oliveira, E. B., Silva, S. R. C. S., Sora, A. B., Oliveira, T. S., Valério, R. L., & Dias, L. B. S. (2020). Minor psychic disorders in nursing workers at a psychiatric hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 54*. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018031903543>
- Oliveira, J. R. F. de, Varallo, F. R., Jirón, M., Ferreira, I. M. de L., Siani-Morello, M. R., Lopes, V. D., & Pereira, L. R. L. (2021). Descrição do consumo de psicofármacos na atenção primária à saúde de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 37*(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00060520>
- Passos, I. C. F. (2003). Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980 - 1996. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 19*(3), 231–239. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722003000300005>

- Pereira, I. F., Faria, L. C., Vianna, R. S. M., Corrêa, P. D. S., Freitas, D. A., & Soares, W. D. (2017). DEPRESSÃO E USO DE MEDICAMENTOS EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Arquivos de Ciências Da Saúde; v. 24 n. 1 (2017): ACS*.
<https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.1.2017.544>
- Pessoa Júnior, J. M., Araújo, R. C., Clementino, F. S., Oliveira, K. K. D., & Miranda, F. A. N. (2016). A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: desafios e perspectivas. *Esc. Anna Nery, 20(1)*, 83–89.
- Pialarissi, R. (2017). Precarização do trabalho. *Revista de Administração Em Saúde, 17(66)*.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.23973/ras.66.11>
- Quemel, G. K. C., Silva, E. P., Conceição, W. R., Gomes, M. F., Riviera, J. G. B., & Quemel, G. K. . (2021). Revisão integrativa da literatura sobre o aumento no consumo de psicotrópicos em transtornos mentais como a depressão. *Brazilian Applied Science Review, 5(3)*, 1384–1403. <https://doi.org/https://doi.org/10.34115/basrv5n3-008>
- Ramminger, T. (2008). Saúde do trabalhador de Saúde Mental: uma revisão dos estudos brasileiros. *Saúde em Debate, 32(78-79-80)*, 60–71.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341773006>
- Ramminger, T., & Brito, J. C. (2011). “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade, 23(spe)*, 150–160. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400018>
- Reynolds, E. (2017). *Mental health workers struggle with stigma about their own issues*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/careers/2017/mar/22/i-work-in-mental-health-but-im-too-ashamed-to-admit-i-have-a-problem>
- Ribeiro, Í. A. P., Fernandes, M. A., Rocha, D. de M., Silva, J. S. e, Ribeiro, H. K. P., & Soares, N. S. A. (2020). CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES BY NURSING WORKERS: AN INTEGRATIVE REVIEW. *Texto & Contexto - Enfermagem, 29*.
<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0488>
- Rodrigues, P. E. B., & Calheiros, M. I. M. Q. (2019). Transtornos Mentais Relacionados ao

- Trabalho no Brasil e a Psicodinâmica do Trabalho. *Farol - Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade*, 6(16), 551–601.
- Rolo, D., & Dejours, C. (2015). No Title. *Psychologie clinique et projective*, 21(1), 243–256.
<https://doi.org/10.3917/pcp.021.0243>
- Ruzzi P. A., & Joazeiro, G. (2016). Percepção da internação em hospital psiquiátrico por pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: DOI: 10.15343/0104-7809.20153904476483. *O Mundo Da Saúde*, 39(4 SE-Artigos), 476–483.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/303>
- Santana, F. L., Maciel, M. P. G. S., Martins, C. M. A., Costa, W. T., Fernandes, L. S., & Lima, J. S. (2017). Uso de medicamentos psicoativos entre profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 11(7), 2881–2887.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i7a23468p2881-2887-2017>
- Santos, A. S., Monteiro, J. K., Dilélio, A. S., Sobrosa, G. M. R., & Borowski, S. B. Von. (2017). CONTEXTO HOSPITALAR PÚBLICO E PRIVADO: IMPACTO NO ADOECIMENTO MENTAL DE TRABALHADORES DA SAÚDE. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 421–438. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00054>
- Schwartz, Y. (2000). A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. *Trabalho & Educação*, 7, 38–47.
- Sholl, J. (2017). The muddle of medicalization: pathologizing or medicalizing? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 38(4), 265–278. <https://doi.org/10.1007/s11017-017-9414-z>
- Silva, A. P., Nascimento, E. G. C., Pessoa Júnior, J., & Melo, J. A. L. (2019). “Por trás da máscara da loucura”: cenários e desafios da assistência à pessoa com esquizofrenia no âmbito da Atenção Básica. *Fractal: Revista de Psicologia*, 31(1), 2–10.
<https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i1/5517>
- Silva, J. D. G. da, Aciole, G. G., & Lancman, S. (2017). Ambivalências no cuidado em saúde mental: a ‘loucura’ do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da clínica do trabalho. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 881–892.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0559>

- Somoray, K., Shakespeare-finch, J., & Armstrong, D. (2017). The Impact of Personality and Workplace Belongingness on Mental Health Workers' Professional Quality of Life. *Australian Psychologist*, 52(1), 52–60. <https://doi.org/10.1111/ap.12182>
- Sousa, F. S. P., & Jorge, M. S. B. (2018). O Retorno da centralidade do hospital psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1). <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
- Sousa, K. H. J. F., Tracera, G. M. P., dos Santos, K. M. Nascimento, F. P. B. Figueiró, R. F. S., & Zeitoune, R. C. G. (2021). Transtornos mentais comuns entre trabalhadores da saúde: revisão integrativa. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental*, 13, 268–275. <https://doi.org/https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.850>
- Sousa, K. H. J. F., Lopes, D. P., Nogueira, M. L. F., Tracera, G. M. P., Moraes, K. G., & Zeitoune, R. C. G. (2018). Risk of illness and human cost at work in a psychiatric hospital. *Escola Anna Nery*, 22(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0288>
- Sousa, K. H. J. F., Lopes, D. P., Tracera, G. M. P., Abreu, Â. M. M., Portela, L. F., & Zeitoune, R. C. G. (2019). Transtornos mentais comuns entre trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 1–10. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900002>
- Stacciarini, J. H. S., Chaveiro, E. F., & Borges, R. E. (2020). Trabalho, medicalização e pilhagem: o negócio da vida. *PEGADA - A Revista Da Geografia Do Trabalho*, 21(1), 33–51. <https://doi.org/10.33026/peg.v21i1.6919>
- Summerfield, D. (2008). Cross-Cultural Perspectives on the Medicalization of Human Suffering. In *Posttraumatic stress disorder. Issues and controversies* (pp. 233–245). <https://doi.org/10.1002/9780470713570.ch12>
- Teixeira, M. O. L. (2019). Pinel e o nascimento do alienismo. In *Estudos e Pesquisas em Psicologia* (Vol. 19, Issue 2). Univ. do Estado do Rio de Janeiro. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Torres, D. R., & Pereira, T. L. (2017). Sistemas de acreditação como tendência para a gestão

- estratégica e de qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde. *Revista Espacios*, 38(07).
- Trevisan, E. R., & Castro, S. S. (2016). Aspectos psicossociais do trabalho em Saúde Mental: uma revisão integrativa. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português)*, 12(3 SE-), 188–197. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i3p188-197>
- Uchida, S., Sznelwar, L. I., Barros, J. O., & Lancman, S. (2011). O trabalhar em serviços de saúde mental : entre o sofrimento e a cooperação. *Laboreal [Online]*, 7(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/laboreal.8098>
- Vasconcellos, V. C. & Azevedo, C. S. (2010). Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 563–576. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000008>
- Vasconcelos, A. C. L. (2013). Inteligência prática. In F. de O. Vieira, A. M. Mendes, & A. R. C. Merlo (Eds.), *Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho* (pp. 237–242). Juruá.
- Vieira, G. C. G., Brida, R. L. De, Macuch, R. da S., Massuda, E. M., & Preza, G. P. (2016). Uso de psicotropicos pelo enfermeiro: sua relação com o trabalho. *Cinergis*, 17(3), 191–195. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i3.8118>
- Vieira, T. G., Beck, C. L. C., Dissen, C. M., Camponogara, S., Gobatto, M., & Coelho, A. P. F. (2013). Adoecimento e uso de medicamentos psicoativos entre trabalhadores de enfermagem de unidades de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Da UFSM; v. 3, n. 2*. <https://doi.org/10.5902/217976927538>
- Wachowska, A. (2017). *In the facets of powerlessness: agency as an essential aspect of the self*. University of London.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Fiocruz.
- Zanatta, A. B., Lucca, S. R., Sobral, R. C., Stephan, C., & Bandini, M. (2020). Stress and coping among workers at psychosocial care centers in the interior of the state of Sao

Paulo. *Revista Brasileira de Medicina Do Trabalho : Publicacao Oficial Da Associacao Nacional de Medicina Do Trabalho-ANAMT*, 17(1), 83–89.

<https://doi.org/10.5327/Z1679443520190300>

Zgiet, J. (2018). O trabalho alienado e a alienação mental: a reforma psiquiátrica no capitalismo. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 11(3 SE-), Pág. 130-143.

<https://doi.org/10.18569/tempus.v11i3.2433>

Žižek, S. (1992). Enjoy your symptom! Jacques Lacan in Hollywood and out. In *Enjoy your symptom! Jacques Lacan in Hollywood and out*. Taylor & Frances/Routledge.

Apêndice

Questões sobre medicamentos:

- 1) Inicialmente, foram realizadas as seguintes perguntas com todos os participantes:
- 2) Você utiliza ou já utilizou com frequência algum medicamento? S / N
- 3) Os participantes que respondessem “Não” para essa questão eram direcionados para as questões sociodemográficas. Os participantes que respondessem “Sim” para a questão eram direcionados para mais questões relacionadas aos medicamentos, conforme a seguir:
- 4) Na sua opinião, o uso de algum medicamento pode ter relação com o seu dia a dia no ambiente de trabalho? S / N
- 5) Os participantes que respondessem “Sim” para a questão nº. 2 eram direcionados para mais questões relacionadas aos medicamentos e trabalho, conforme a seguir:
- 6) Quantos medicamentos diferentes você utiliza que podem ser decorrentes do seu trabalho?
- 7) Esse(s) medicamento(s) foi prescrito por algum(a) médico(a)?
- 8) Qual o tipo/classe do medicamento que você utiliza em decorrência do trabalho?
Marque todas as opções que se aplicarem. (Opção "Other" = Outros)
- 9) Com que frequência você utiliza esses medicamentos? (Opção "Other" = Outros)
- 10) Por qual(is) razão(ões) relacionada(s) ao seu trabalho você utiliza este (s) medicamento (s)? Marque todas as opções que se aplicarem. (Opção "Other" = Outros)
- 11) Há quanto tempo você está em uso deste medicamento?
- 12) Qual o número de problemas de saúde, relacionados ao trabalho, que você desenvolveu no último ano?

- 13) Os participantes que respondessem “Não” para a questão nº. 2 eram direcionados para mais questões relacionadas apenas aos medicamentos, conforme a seguir:
- 14) Esse(s) medicamento(s) foi prescrito por algum(a) médico(a)?
- 15) Qual o tipo/classe do medicamento que você utiliza? Marque todas as opções que se apliquem. (Opção "Other" = Outros)
- 16) Há quanto tempo você está em uso deste medicamento?

Termo de Anuência

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu “NOME DO RESPONSÁVEL”, na qualidade de responsável pelo(a) “NOME DA INSTITUIÇÃO”, autorizo a realização da pesquisa intitulada “TÍTULO DA PESQUISA” a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador “ANA CLARA DI COIMBRA OLIVEIRA ”; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da para a referida pesquisa.

Local, _____ de _____ de 20__.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa “Psicodinâmica do Trabalho em Saúde Mental: da satisfação ao sofrimento”, proposta pelo Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho da Universidade de Brasília (LPCT/UnB). Esta pesquisa tem o objetivo de investigar as relações entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores que atuam exclusivamente no âmbito clínico/hospitalar, em particular no segmento de saúde mental. O presente formulário é constituído por questionários que contêm perguntas com respostas fechadas e abertas. Ao responder, escolha os itens que mais se adequem a sua percepção subjetiva do trabalho. A participação na atividade tem duração estimada de 20 minutos.

Os benefícios esperados dessa pesquisa são: a geração de conhecimento sobre o a psicodinâmica e fatores psicossociais do trabalho com saúde mental e a saúde dos trabalhadores, assim como a possibilidade de fomentar ações de prevenção e saúde no trabalho; promoção de qualidade de vida no trabalho, a partir da posterior divulgação dos resultados dessa pesquisa em forma de relatório técnico. As respostas fornecidas serão consideradas sigilosas, de acordo com as recomendações éticas do Conselho Federal de Psicologia, sendo o LPCT/UnB o único responsável pelo acesso e análise dos dados. Deste modo, o anonimato será garantido. O nome do participante e outras informações que possibilitem a identificação serão omitidos de quaisquer registros escritos e todos os dados serão analisados em conjunto. No entanto, o participante pode se recusar a participar da pesquisa ou mesmo retirar o seu consentimento fornecido em qualquer fase da atividade, sem penalização ou prejuízo. Assinalar “li e aceito os termos acima” indica que você leu este consentimento e livremente concordou em participar.

TABELA 30. Análise de variância do fator Divisão das Tarefas da Escala da Organização do Trabalho segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais.

Variáveis	Mediana	IIQ	Valor p ^a
Escolaridade			
Ensino médio incompleto ou menos	3,71	1,43	0,005
Ensino médio completo	3,14	1,29	
Ensino superior completo	2,71	0,43	
Pós-graduação incompleta ou mais	3,00	0,29	
Estado civil			
Solteiro	3,07	1,00	0,005
Casado	2,86	0,71	
União estável/amasiado	3,86	2,14	
Separado/divorciado/desquitado	3,00	0,71	
Departamento de atuação em Saúde Mental			
Administrativo	2,93	1,00	0,052
Assistencial Enfermagem	2,79	0,43	
Assistencial Farmácia	4,21	1,43	
Assistencial Médico	3,00	0,21	
Assistencial Nutrição	3,14	0,00	
Assistencial Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Fisioterapia	4,00	1,00	
Higienização e Limpeza	3,86	1,43	
Manutenção e Jardinagem	3,00	1,14	

TABELA 31. Correlação entre fatores que compõe as dimensões Organização do Trabalho, Indicadores de Sofrimento no Trabalho e Danos Relacionados ao Trabalho

Fator	Divisão das Tarefas	Divisão Social do Trabalho	Falta de Sentido do Trabalho	Esgotamento Mental	Falta de Reconhecimento	Danos Psicológicos	Danos Sociais	Danos Físicos
Divisão das Tarefas	1	-	-	-	-	-	-	-
Divisão Social do Trabalho	r= 0,68 p <0,001	1	-	-	-	-	-	-
Falta de Sentido do Trabalho	r= -0,57 p <0,001	r= -0,41 p <0,001	1	-	-	-	-	-
Esgotamento Mental	r= -0,59 p <0,001	r= -0,45 p <0,001	r= 0,70 p <0,001	1	-	-	-	-
Falta de Reconhecimento	r= -0,70 p <0,001	r= -0,60 p <0,001	r= 0,70 p <0,001	r= 0,66 p <0,001	1	-	-	-
Danos Psicológicos	r= -0,47 p <0,001	r= -0,31 p= 0,002	r= 0,48 p <0,001	r= 0,58 p <0,001	r= 0,65 p <0,001	1	-	-

	r= -0,42 p <0,001	r= -0,19 p= 0,076	r= 0,39 p <0,001	r= 0,54 p <0,001	r= 0,48 p <0,001	r= 0,73 p <0,001	1	-
Danos Sociais								
	r= -0,25 p= 0,016	r= -0,38 p <0,001	r= 0,41 p <0,001	r= 0,46 p <0,001	r= 0,48 p <0,001	r= 0,57 p <0,001	r= 0,27 p= 0,009	1
Danos Físicos								

Tabela 32. Análise de variância do fator Divisão Social do Trabalho da Escala da Organização do Trabalho segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Valor p ^a
Faixa etária (anos)			
≤ 30	3,47	0,66	0,003
31 – 40	3,07	0,66	
41 – 50	2,78	0,64	
≥ 51	2,71	0,57	
Estado civil			
Solteiro	3,31	0,60	<0,001
Casado	2,86	0,56	
União estável/amasiado	3,46	0,84	
Separado/divorciado/desquitado	2,22	0,69	
Departamento de atuação em Saúde Mental			
Administrativo	3,25	0,43	<0,001
Assistencial Enfermagem	2,70	0,45	
Assistencial Farmácia	3,54	1,03	
Assistencial Médico	3,33	0,52	
Assistencial Nutrição	3,25	0,60	
Assistencial Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Fisioterapia	3,28	0,29	
Higienização e Limpeza	3,93	0,87	
Manutenção e Jardinagem	2,61	0,68	
Tempo de atuação (anos)			
≤ 5	3,23	0,72	0,004
6 – 10	3,16	0,46	
≥ 11	2,60	0,69	

^a Análise de variância (ANOVA).

Tabela 33 Análise de variância do fator Falta de Sentido do Trabalho da Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais.

Variáveis	Mediana	IIQ	Valor p ^a
Escolaridade			
Ensino médio incompleto ou menos	1,78	0,89	0,004
Ensino médio completo	1,78	0,89	
Ensino superior completo	2,89	1,00	
Pós-graduação incompleta ou mais	2,17	1,11	

Estado civil			
Solteiro	1,78	1,33	0,038
Casado	2,11	0,67	
União estável/amasiado	1,72	0,72	
Separado/divorciado/desquitado	3,00	1,22	

IIQ, Intervalo interquartil. ^a Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 34. Análise de variância do fator Esgotamento Mental da Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Valor p ^a
Escolaridade			
Ensino médio incompleto ou menos	2,09	0,95	0,016
Ensino médio completo	2,24	0,96	
Ensino superior completo	2,90	0,76	
Pós-graduação incompleta ou mais	2,69	0,57	
Estado civil			
Solteiro	2,38	0,85	<0,001
Casado	2,40	0,67	
União estável/amasiado	2,08	0,95	
Separado/divorciado/desquitado	3,88	1,14	

^a Análise de variância (ANOVA). ^b Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 35. Análise de variância do fator Falta de Reconhecimento da Escala de Indicadores de Sofrimento no Trabalho segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais.

Variáveis	Mediana	IIQ	Valor p ^a
Escolaridade			
Ensino médio incompleto ou menos	1,55	0,36	<0,001
Ensino médio completo	2,00	0,91	
Ensino superior completo	2,55	0,45	
Pós-graduação incompleta ou mais	2,23	1,27	
Estado civil			
Solteiro	1,82	1,36	0,008
Casado	2,09	0,91	
União estável/amasiado	1,55	1,18	
Separado/divorciado/desquitado	3,27	0,64	
Departamento de atuação em Saúde Mental			
Administrativo	2,59	1,91	0,046
Assistencial Enfermagem	2,32	0,55	
Assistencial Farmácia	1,09	1,23	
Assistencial Médico	1,77	0,77	
Assistencial Nutrição	2,09	0,27	
Assistencial Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Fisioterapia	1,73	0,73	

Higienização e Limpeza	1,45	0,45
Manutenção e Jardinagem	2,00	1,27

IIQ, Intervalo interquartil. ^a Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 36 Análise de variância do fator Danos Psicológicos da Escala de Danos Relacionados ao Trabalho segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais

Variáveis	Mediana	IIQ	Valor p ^a
Sexo			
Feminino	2,14	0,86	0,017
Masculino	1,71	0,29	
Escolaridade			
Ensino médio incompleto ou menos	1,57	1,14	<0,001
Ensino médio completo	1,86	0,86	
Ensino superior completo	2,71	0,57	
Pós-graduação incompleta ou mais	2,21	0,86	

IIQ, Intervalo interquartil. ^a Teste de Kruskal-Wallis

Tabela 37. Análise de variância do fator Danos Sociais da Escala de Danos Relacionados ao Trabalho segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais

Variáveis	Média	Desvio padrão	Valor p ^a
Faixa etária (anos)			
≤ 30	2,08	0,74	0,002
31 – 40	2,38	0,51	
41 – 50	1,76	0,49	
≥ 51	1,86	0,44	
Escolaridade			
Ensino médio incompleto ou menos	1,60	0,55	<0,001
Ensino médio completo	2,06	0,46	
Ensino superior completo	2,69	0,65	
Pós-graduação incompleta ou mais	2,28	0,59	

^a Análise de variância (ANOVA). ^b Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 38. Análise de variância do fator Danos Físicos da Escala de Danos Relacionados ao Trabalho segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e laborais

Variáveis	Média	Desvio padrão	Valor p ^a
Sexo			
Feminino	2,76	0,69	<0,001
Masculino	2,10	0,79	
Departamento de atuação em Saúde Mental			

Administrativo	2,69	0,57	0,003
Assistencial Enfermagem	2,56	0,71	
Assistencial Farmácia	2,83	0,77	
Assistencial Médico	2,02	0,71	
Assistencial Nutrição	2,69	0,46	
Assistencial Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Fisioterapia	1,89	0,89	
Higienização e Limpeza	2,47	0,43	
Manutenção e Jardinagem	3,18	0,80	
Tempo de atuação (anos)			
≤ 5	2,74	0,76	0,039
6 – 10	2,26	0,72	
≥ 11	2,65	0,73	

^a Análise de variância (ANOVA). ^b Teste de Kruskal-Wallis.

Figura 20. Razões de uso de medicamentos relacionadas ao trabalho

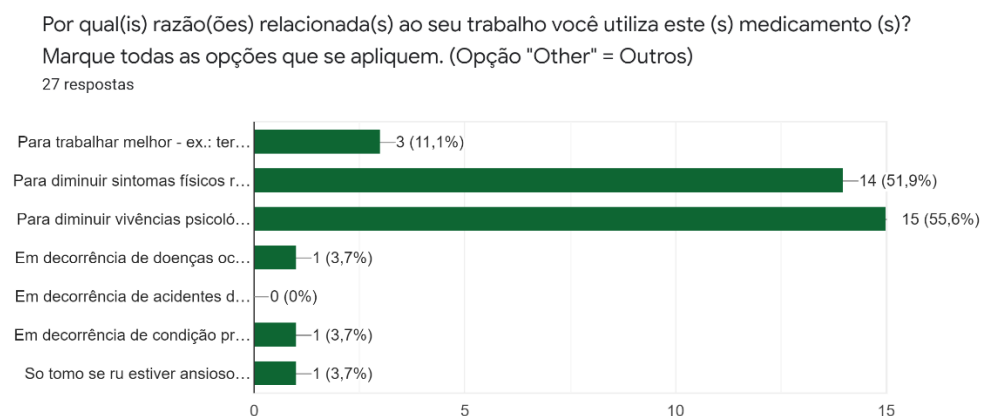


Figura 21. Tipos de uso de medicamentos relacionadas ao trabalho

