

UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
Departamento de Enfermagem

Sonia Maria Leopize Takano

**PERCEPÇÕES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO ELABORADO POR
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

BOTUCATU
2012

UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
Departamento de Enfermagem

**PERCEPÇÕES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO ELABORADO POR
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Sonia Maria Leopize Takano

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira

BOTUCATU
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE**

Takano, Sonia Maria Leopize.

Percepções de sofrimento psíquico elaborado por profissionais de enfermagem / Sonia Maria Leopize Takano. – Botucatu : [s.n.], 2012

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientadora: Maria Alice Ornellas Pereira

Capes: 50501038

1. Enfermeiros – Stress ocupacional. 2. Stress (Psicologia). 3. Dejours, Christophe, 1949-

Palavras-chave: Dejours; Enfermagem; Prazer; Stress Psicológico.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Sonia Maria Leopize Takano

PERCEPÇÕES DE SOFRIMENTO PSÍQUICO ELABORADO POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem, Campus de Botucatu/UNESP, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP – Departamento de Enfermagem

Assinatura: _____

Prof. Dra. Eliana Mara Braga

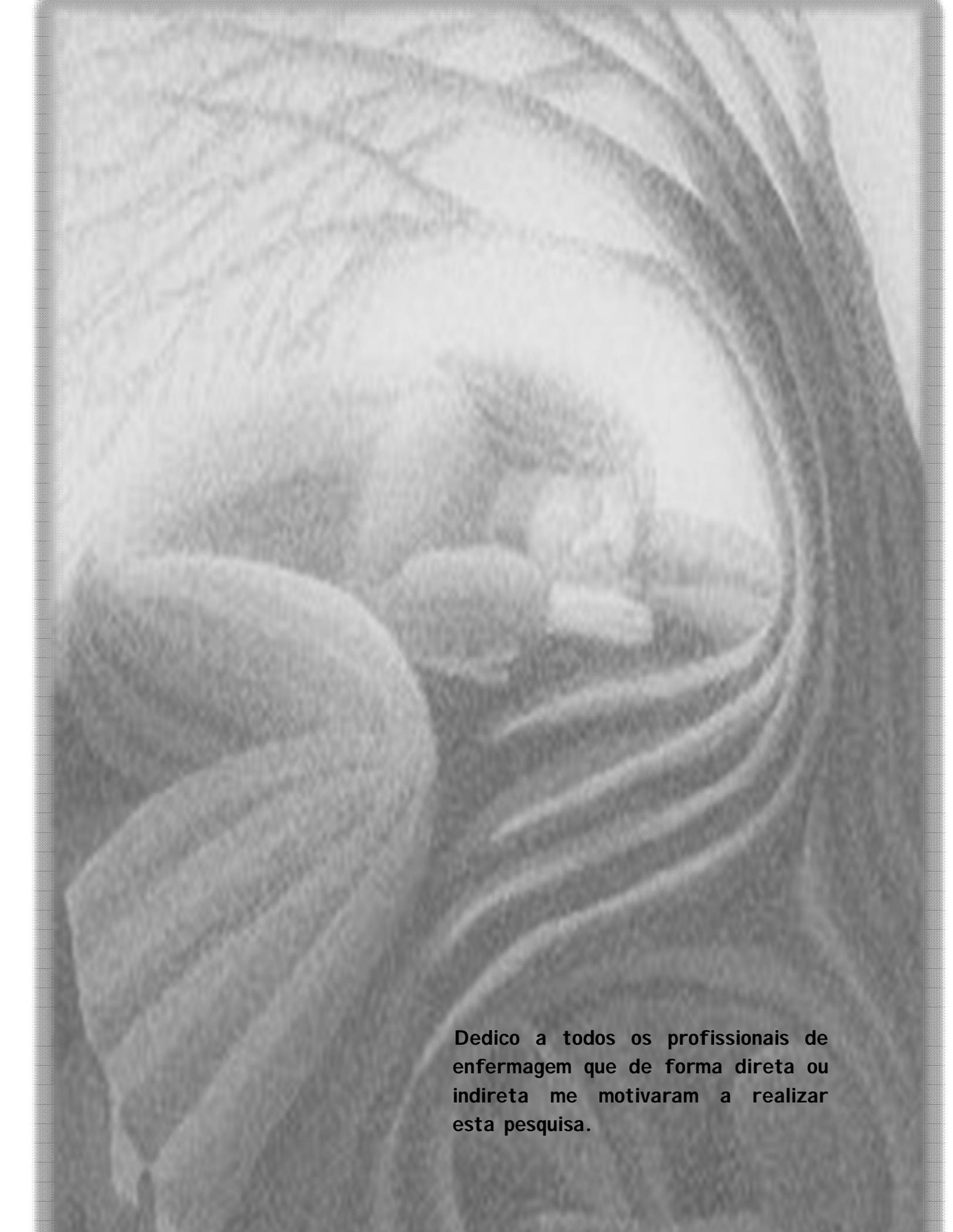
Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP – Departamento de Enfermagem

Assinatura: _____

Prof. Dra. Renata Curi Labate

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em enfermagem

Assinatura: _____



Dedico a todos os profissionais de enfermagem que de forma direta ou indireta me motivaram a realizar esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À **Prof^a Dr^a Maria Alice Ornellas Pereira**, exemplo de profissional competente, meu agradecimento especial, pela dedicação, apoio, incentivo na realização desse trabalho.

Aos meus filhos **Mariana** e **Luiz Fernando**, pelo apoio e compreensão quando da minha ausência para a realização desse trabalho.

Ao meu marido **Luiz**, sempre presente e incentivando meus projetos profissionais.

À tia **Terezinha** que muito colaborou com minhas viagens a Botucatu.

RESUMO

Tendo em vista que o processo de cuidado desempenhado pela enfermagem propicia a vivência de emoções de muitas ordens podendo gerar sofrimento psíquico, esta pesquisa teve como objetivo compreender a percepção de sofrimento psíquico no trabalho, elaborada pelos profissionais da enfermagem. Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa. Empregou-se a técnica de entrevista semi-estruturada e foram ouvidos doze auxiliares de enfermagem que desempenham atividades na unidade de um Hospital de Clínicas. Os dados obtidos foram analisados a partir da análise temática tendo como referencial teórico de Christophe Dejours. Da análise das narrativas produzidas emergiram três temas: Gratificação, Angústia e Impotência. A discussão dos temas evidenciou que os sujeitos têm sentimento de gratificação no desempenho de suas funções, sentem-se úteis e se reconhecem no processo do cuidado. Por outro lado, alguns sujeitos ouvidos relataram o sofrimento em função do mal-estar e tensão causados pelo conflito entre o desejo de realização do trabalho com qualidade, empenho e comprometimento, e a frustração por não conseguirem, devido a questões pessoais, sociais, administrativas e técnicas. O sentimento de impotência surgiu diante da falta de autonomia, falta de participação na tomada de decisões que envolvem responsabilidade no trabalho. Assim como foi evidenciado as dificuldades vividas a partir da escassez de recursos humanos e materiais, também foi apontado o conflito na equipe como fator gerador de dificuldades no campo laboral. A investigação aponta que o distanciamento do profissional às questões pertinentes ao seu próprio mundo mental, dos aspectos intrínsecos que lhes dizem respeito à ausência de percepção e elaboração dos seus sentimentos, pode dificultar o fluir dos subjetivos processos de desenvolvimento. Outro aspecto importante apontado é a necessidade de que as instituições de saúde ofereçam subsídios para a implementação de ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde do trabalhador em sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Enfermagem; Stress Psicológico; Dejours.

ABSTRACT

Considering that the process of care developed by nursery makes possible the experience of emotions of many orders being able to generate psycho suffering, this research had as target to comprehend the perception of psycho suffering at work, built by nursery professionals. It's a research of qualitative nature. It was applied the technique of semi-structured interview and twelve nursery professionals that develop activities in a Unit of a Clinic Hospital were listened. The data resulted were analyzed considering the thematic analysis having as theoretical reference Christophe Dejours. From the analysis of the narrations emerged three themes: Gratification, Anguish and Impotence. The discussion of the themes put in evidence that the individuals have feeling of gratitude on the development of his functions, feel useful and recognize themselves on the care process. On the other hand, some of the interwied related the suffering in reason of a bad feeling and tension caused by the conflict between the desire of the work done with quality, effort and commitment, and the frustration for not getting it, because of personal, social, administrative and technical questions. The feeling of impotence came in reason of the absence of autonomy, lack of participation at making decisions that involve responsibility at work. As much as it has become clear the difficulties lived in face of a lack of human and material resources, it has also been pointed a conflict in the team as a factor generator of difficulties in the labor field. The investigation shows that the distance of the professional to the questions pertinent to their mental world, from the intrinsic aspects that say about themselves to the absence of perception and elaboration of their feelings can make difficult the flow of the subjective processes of development. Other important aspect discovered is the necessity that the Health Institutions offer subsidies for the implementation of promotion actions and prevention of the grievance to the worker health in psychic suffering.

Word keys: Nursery; Psychological stress; Dejours.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Caracterização dos dados referentes aos participantes da pesquisa (N=12)	32
---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	09
1 INTRODUÇÃO	10
2 O CAMPO DO TRABALHO: ALGUMAS IMPLICAÇÕES	15
2.1 Trabalho na Enfermagem	15
2.2 O trabalho na Concepção de Dejours	19
2.3 Sofrimento Psíquico no Trabalho da Enfermagem	22
3 MÉTODO	28
3.1 Contexto de Pesquisa	28
3.2 Sujeitos	29
3.3 Coleta de dados	30
3.4 Análise de dados	31
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	32
4.1 Caracterização dos Sujeitos	32
4.2 Temas Emergentes.....	33
4.2.1 Gratificação	33
4.2.2 Angústia	37
4.2.3 Impotência	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXO	58
APÊNDICES	59

APRESENTAÇÃO

Ao longo da minha carreira profissional vivenciei a área hospitalar como enfermeira assistencial, supervisora e gerente técnica de enfermagem. Nestas atividades desenvolvi algumas percepções das conseqüências da sobrecarga emocional dos profissionais de enfermagem. Observo que há ausência no trabalho por sobrecarga física, mas também são relevantes as doenças emocionais como causa de afastamento dos profissionais de enfermagem das atividades laborais.

Também pude perceber que o profissional de enfermagem pode estar na profissão por escolha por afinidade e aptidão, ou por ser um campo de trabalho vasto, mesmo considerando o salário aquém do merecido. Estes fatores intrínsecos parecem interferir no desempenho e na satisfação profissional.

Contudo, o gerenciamento desta sobrecarga é diferente em hospital público e privado, fazendo com que o equilíbrio emocional seja um indicador da avaliação de desempenho sistemática destes profissionais. O hospital privado deseja o profissional que prioriza a produtividade associada a excelência no atendimento ao usuário, portanto a ausência não prevista onera sua produção e compromisso com a empresa, que busca outro profissional para substituí-lo. Já na instituição pública, com o mesmo regime de trabalho celetista, esse profissional adquire a estabilidade no emprego após o contrato de experiência, o que gera dificuldade no gerenciamento dessas ausências, principalmente se a empresa não possui plano de carreira. São dois modelos de gestão de recursos humanos, onde o primeiro tem como base a produtividade e lucratividade no trabalho e o outro releva situações de exclusão do cuidado como mecanismos de defesa, inerentes do ser humano. Defesas essas que podem ser explicitadas subjetivamente, por meio de faltas, de manifestações psicossomáticas, de adoecimento psíquico advindo de dificuldades vividas e sentidas no campo do trabalho. Vemos que os serviços nem sempre conseguem ter um olhar atento para tais questões, buscando diagnosticar e intervir de modo efetivo e promotor das pessoas que ali trabalham. Tais constatações que se aproximam das experiências vividas pelos profissionais de saúde, inspiraram a edificação do presente projeto de pesquisa.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão cuja essência é a prestação do cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde. Assim, a partir do cuidado, a enfermagem se responsabiliza pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes.

Na enfermagem há três categorias profissionais, que são o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem, sendo que todas participam da assistência ao paciente, porém apesar do auxiliar de enfermagem desenvolver atividades de menor complexidade, este se coloca como um ator importante no processo de cuidar.

O exercício da Enfermagem interfere na condição emocional do profissional, pois o coloca na convivência com a condição de fragilidade biológica e emocional do paciente, agregando-lhe a execução do plano de assistência. Desta forma, na dinâmica de efetivação do processo do cuidado, pode estar presente a sobrecarga de trabalho marcada, às vezes pela identificação da patologia do paciente com a do profissional ou ente próximo, o que pode acarretar em sofrimento emocional no trabalho.

Um estudo, ao analisar o serviço de enfermagem de um hospital inglês, detectou uma série de mecanismos que os profissionais deste serviço utilizam para minimizar a ansiedade que o lidar com o paciente suscita, a qual denominou de técnicas de defesa e que, de certa forma, também funcionam como política do não envolvimento ⁽¹⁾.

Concebem-se o sofrimento como a vivência subjetiva intermediária entre doença mental e o conforto (ou bem-estar) psíquico, onde o sofrimento implica, sobretudo, um estado de luta do sujeito contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurram em direção à doença mental ⁽²⁾.

“A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador, à injunção do empregador contida da organização do trabalho. Em geral a carga psíquica do trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui” ^(1994: 28)

As condições de trabalho de profissões da área de saúde, que exigem grande habilidade em lidar com usuários de serviços, tornam os profissionais mais vulneráveis a sentimentos de conteúdo depressivo e de esgotamento emocional ⁽³⁾.

Vemos que o exercício profissional da enfermagem propicia de forma profunda, o envolvimento com emoções, podendo gerar sofrimento psíquico. Assim, através de mecanismos defensivos, esse profissional pode se opor à própria fragilidade, apresentando fantasias de onipotência. Isso nos aproxima do pensamento de Labate e Cassorla ⁽⁴⁾ que consideram que o profissional de saúde pode conhecer-se melhor (não só em suas motivações vocacionais) por lidar com gente, pois ele tem a oportunidade do autoconhecimento, que não é concedida à maioria dos profissionais que não lidam com seres humanos, ou que, mesmo lidando, pouco consideram a complexidade e riqueza da mente humana.

A enfermagem se responsabiliza, através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde ⁽⁵⁾.

Considerando que o processo de trabalho é a transformação de um objeto em um produto por meio da intervenção do ser humano e através de instrumento, podemos concluir que o trabalho é algo realizado consciente e intencionalmente com o objetivo de produzir produto ou serviço para o próprio ser humano. Baseado nisso, conclui-se que na enfermagem, os agentes desse processo são os profissionais de enfermagem e os outros atores sociais com quem se relacionam quando opera seus outros processos de trabalho ou quando se insere no macro processo de trabalho em saúde ⁽⁶⁾.

Nesse sentido, o processo de trabalho da enfermagem fundamenta-se em subprocessos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar.

Em relação ao trabalho em enfermagem, a ação/atividade que identifica a Enfermagem como profissão da saúde é o ato de cuidado, sendo este a própria ação transformadora sobre o “objeto”, que é o ser humano que precisa do cuidado em saúde ⁽⁷⁾. Por esta característica própria da Enfermagem, o cuidado, além de ação, passa a ser o objeto epistemológico da profissão ⁽⁷⁾.

O distanciamento do profissional às questões pertinentes ao seu próprio mundo mental, dos aspectos intrínsecos que lhes dizem respeito à ausência de

percepção e elaboração dos seus sentimentos, pode dificultar o fluir dos subjetivos processos de desenvolvimento. Isso, somado aos enfrentamentos inerentes ao campo de trabalho em saúde, pode resultar na presença de sofrimento psíquico que solicita reconhecimento.

A etiologia do absenteísmo é multifatorial, dependendo da sua origem e podem ser classificados em fatores dependentes da atividade laboral, perilaborais, do meio extralaboral, patologias sofridas pelo trabalhador, fatores individuais e fatores dependentes do sistema administrativo ⁽⁸⁾.

O absenteísmo é uma das variáveis que influenciam a organização do serviço de enfermagem e o estabelecimento das necessidades de pessoal para prestação do cuidado. Destaca-se a continuidade do serviço de enfermagem nas 24 horas do dia e nos sete dias da semana como uma das características deste serviço que sofre influências do absenteísmo ⁽⁹⁾.

Na enfermagem, vive-se uma realidade de trabalho cansativo e com muito desgaste devido à convivência com a dor e sofrimento dos clientes. Se o profissional não souber lidar bem com essa situação, utilizando-se de mecanismos de transferência, pode acometer um estado de ansiedade; que quando excede o nível mínimo leva a diminuição da capacidade de tomar decisões, incorrendo em erros adicionais, gerando assim um círculo vicioso, e a conseqüentes níveis progressivos de estresse ⁽¹⁰⁾.

O trabalho pode ser ao mesmo tempo gerador de prazer e de sofrimento, e é nas situações vivenciadas no cotidiano que o sofrimento e o prazer podem ser apreendidos. Assim, a diversidade de atividades executadas e suas interrupções freqüentes, os imprevistos, o contato direto com o sofrimento e morte são fatores agravantes no trabalho de enfermagem que, na maioria das vezes, podem conduzir ao desequilíbrio emocional. Tal fato, somado muitas vezes à dupla jornada de trabalho, e o uso indiscriminado de medicações, leva o profissional de enfermagem a desenvolver mecanismos defensivos exacerbados e superficialidade no cuidado prestado ao usuário, constituindo-se agravo potencial, de intensidade variável, à saúde do ser humano ⁽¹¹⁾.

O profissional de enfermagem está à mercê de riscos provenientes de condições precárias de trabalho, tais como longas jornadas, trabalhos noturnos, domingos e feriados, multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições

incômodas, separação do trabalho intelectual e manual, controle das chefias, os quais podem desencadear acidentes e doenças ⁽¹²⁾.

Ao ampliar para outras categorias, ressalta-se que embora conservando características próprias de cada profissão, vários aspectos da atividade profissional em saúde são compartilhados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos; no que diz respeito à saúde ocupacional, por exemplo, o sofrimento psíquico inerente ao trabalho no âmbito hospitalar é comum a todos esses profissionais¹². Desse modo, ao estudar a saúde, enfatiza-se que “a melhor medida preventiva é, sem dúvida, o debate franco e aberto sobre nossas doenças e fragilidades com o mesmo empenho e dedicação que direcionamos aos nossos pacientes” ⁽¹³⁾.

Entretanto, focando a enfermagem, se observa uma alienação no interior do processo de trabalho, - seja mediante a fragmentação das funções de coordenação e execução das tarefas, seja no parcelamento das atividades executadas dentro de uma rígida disciplina , controlada por normas e rotinas – bem como uma responsabilização individual pelos problemas inerentes ao trabalho, isto é, o trabalhador é o único responsável pelos conflitos ⁽¹⁴⁾.

Desse modo, o enfermeiro pode ser considerado como o mediador entre a equipe de enfermagem, os outros profissionais e o cliente/família assistida, buscando o equilíbrio entre as relações desenvolvidas, o que pode vir a ser um dos fatores desencadeantes do estresse ⁽¹⁵⁾.

Estudo realizado mostrou índices médios de tensão em enfermeiros em unidades de emergência de hospitais públicos e privados, sendo tal tensão focada nas condições de trabalho e administração de pessoal, o que evidenciou a necessidade de investimento nas condições de trabalho, incluindo a aquisição de materiais de qualidade e em quantidade ideal, além da contratação de número suficiente de funcionários ⁽¹⁶⁾.

A busca por motivos que levam os trabalhadores ao adoecimento possibilita maior compreensão dos mesmos e de sua realidade, contribuindo para a prática do cuidar de si e do desenvolvimento da cidadania, considerando a enfermagem como promotora, mantenedora e recuperadora da saúde e bem-estar da população. Entretanto, apesar dessa constatação, a prática evidencia que o sofrimento psíquico vivido, muitas vezes permanece latente, encoberto pelos muitos mecanismos defensivos utilizados por parte de quem o sofre ⁽¹⁷⁾.

A palavra vulnerável é um adjetivo que define o que se encontra susceptível ou fragilizado numa determinada circunstância, e é entendido como algo dinâmico, multidimensional, polissêmico, transdisciplinar e qualitativo, amplamente utilizado em diferentes áreas do conhecimento.

A vulnerabilidade e a capacidade de enfrentamento ao que é vulnerável estão relacionadas entre si, sendo que a capacidade está relacionada, quase sempre, à superação que leva o indivíduo à recuperação, potencializando ou reduzindo a sua vulnerabilidade¹⁷. Contudo, deve-se levar em conta que a capacidade de cada um viver a sua vida é singular, da mesma forma como não há um único modo de enfrentamento a uma determinada situação⁽¹⁸⁾.

Vemos que é possível considerar que a enfermagem encontra-se em situação vulnerável aos fatores de risco de natureza física, química e biológica, o que justifica sua inclusão no grupo das profissões desgastantes. Além dessa constatação, é também possível considerar a importância dos aspectos emocionais advindos da prática profissional, afirmando que tais aspectos necessitam reconhecimento.

Nessa perspectiva, considerando a importância dos conceitos construídos, este estudo tem como objetivo: compreender a percepção de sofrimento psíquico no trabalho, elaborada pelos profissionais da enfermagem.

2 O CAMPO DO TRABALHO: ALGUMAS IMPLICAÇÕES

2.1 Trabalho na Enfermagem

O trabalho tem um papel fundamental na inserção dos indivíduos na sociedade, contribuindo para a formação de sua identidade – a construção da subjetividade – e permitindo que os mesmos participem da vida social, sendo elemento essencial para a saúde.

O trabalho em saúde pertence a um campo em que um significativo contingente de profissionais atua em diversos lugares, desenvolvendo as mais variadas funções, com saberes e competências peculiares, ora trabalhando em equipe, ora individualmente ⁽¹⁹⁾.

A enfermagem, de modo específico, antes de sua institucionalização, era desenvolvida por leigos, que prestavam cuidados aos doentes. Geralmente desenvolvido por mulheres, o trabalho de enfermagem teve sua origem associada ao trabalho feminino, pouco valorizado socialmente ⁽²⁰⁾.

No período antes de Cristo, registra-se o preparo de pessoas, que possuíam algumas habilidades e conhecimentos, dentre eles os sacerdotes e feiticeiros, inclusive no preparo de remédios. Posteriormente, no século XIII, o trabalho da enfermagem começa a modificar-se, com introdução do enfermeiro nos hospitais, por meio das religiosas, cujo trabalho era de cunho caritativo, baseado na filosofia de amor ao próximo, concepção que permaneceu por muitos séculos ⁽²¹⁾.

Ao final do Século XVIII, com o advento do capitalismo e a institucionalização das organizações hospitalares como local de cura, o trabalho de enfermagem modifica-se. Num primeiro momento, com um treinamento, buscando condições assépticas, nutrição adequada, monitoria pré e pós operatória e cuidados com a reabilitação, visando a cura e a recuperação da força de trabalho por meio do modelo clínico e bioético ⁽²²⁾.

Ao final do século XIX, a prática de enfermagem é submetida ao modelo médico, caracterizado pelo servir ao doente, mas auxiliando o médico, prestando obediência e submissão. Dessa forma, o médico passa a ser a ser o grande detentor tanto da prática médica como da de cuidado ⁽²³⁾.

No entanto, no século XX, os conceitos de enfermagem sofreram importantes modificações sob a influência de Florence Nightingale, passando a ser reconhecida como profissão. Com Florence Nightingale, a enfermagem busca racionalizar sua prática, através de um trabalho calcado em bases mais científicas, que vão lhe dar a configuração profissional necessária, ainda que o conhecimento em saúde continuasse a pertencer ao médico, com limites bem estabelecidos. No entanto, Florence Nightingale encontrou o hospital com condições precárias para a promoção da cura devido a pouca higiene e grande promiscuidade, o que favoreceu ainda mais a entrada da enfermagem em cena, numa forma de buscar a normalização e a regulamentação, bem como a organização do espaço terapêutico do doente ^(24, 23).

Para tanto, Florence legitima uma hierarquia institucional, disciplinando os agentes de enfermagem por meio da implementação de um ensino orientado e sistematizado, preparando enfermeiras para ocuparem posições de chefia em enfermarias e superintendência, bem como treinando aprendizes para o cuidado propriamente dito, as primeiras sendo denominadas *lady-nurses* por possuírem alta posição social, e as que prestavam o cuidado direto as *nurses*, de nível social inferior. Florence demonstra assim, a importância de aplicação das funções administrativas nas instituições hospitalares, comprovando, através de atos, as suas convicções, de tal forma que seus repetidos sucessos levaram-na a ser considerada como pioneira de administração hospitalar ^(23, 25, 26).

A enfermagem moderna nasce neste período, com a dimensão prática das técnicas e a dimensão prática do saber administrativo resultando na divisão técnica do trabalho na enfermagem, ou seja, alguns agentes administrando e outros executando ⁽²⁵⁾.

Assim, a enfermagem passou a ser um trabalho coletivo, em que “cada profissional executa um pedaço do todo, sem que ocorram, muitas vezes, a co-participação e o entendimento desse processo na sua globalidade” ⁽²⁵⁾.

A enfermagem é um trabalho complexo que combina três ações básicas, não dissociadas entre si: a educação em saúde, o cuidado e a gerência dos sistemas de enfermagem ⁽²⁷⁾.

Atualmente, a enfermagem é formada por uma equipe de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, categorias regulamentadas por lei, profissionais com formações diferentes e atribuições laborais diferenciadas. Cabe ao enfermeiro o papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho, e

aos demais profissionais de sua equipe (auxiliares e técnicos de enfermagem) o papel de executores de tarefas delegadas pelo enfermeiro e pelo médico ⁽²⁸⁾.

A responsabilidade pelo cuidado direto ao paciente é da enfermagem que, por sua vez, sofre a pressão da cobrança por parte dos médicos, pacientes, familiares e da administração ⁽²⁸⁾.

De acordo com a lei nº 7.498/86, Regulamentação do Exercício Profissional, do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), o enfermeiro exerce atividades, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- d, e, f, g - (vetados)
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- i) consulta de Enfermagem;
- j) prescrição da assistência de Enfermagem;
- l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
 - b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
 - c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
 - d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
 - e) prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
 - f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;
 - g) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
 - h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
 - i) execução do parto sem distocia;
 - j) educação visando à melhoria de saúde da população;
- Parágrafo único. Às profissionais referidas no inciso II do Art. 6º desta Lei incumbe, ainda:
- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
 - b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
 - c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

De acordo com o Art. 11º do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, o Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:

- I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:
 - a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;
 - b) realizar controle hídrico;
 - c) fazer curativos;
 - d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema e calor ou frio;
 - e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
 - f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
 - g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
 - h) colher material para exames laboratoriais;
 - i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
 - j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
 - K) executar atividades de desinfecção e esterilização;
- IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
 - a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
 - b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;
- V - integrar a equipe de saúde;
- VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;
 - b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;
- VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;
- VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Já o Técnico de Enfermagem, de acordo com o Art.13, da mesma lei, exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

O profissional de enfermagem encontra no cotidiano do seu labor, condições insatisfatórias, com excessivo número de tarefas, ritmo desordenado, funcionários mal preparados, falta de material com constante improvisação. Esta situação

interfere na saúde mental dos trabalhadores e também na qualidade da assistência prestada ⁽²⁹⁾.

Discutir os problemas relacionados ao trabalho executado por profissionais de enfermagem, suas conseqüências para a saúde bem como para a qualidade e produtividade dos serviços prestados, tem importância estratégica para as empresas de serviços ⁽³⁰⁾.

O volume elevado de trabalho, que, por conseguinte, pressiona o ritmo laboral, conduz a profissional de enfermagem, em algumas situações, a desenvolver suas atividades sem uma maior reflexão, o que, no coletivo profissional, é denominado de trefismo.

Se por um lado o ritmo mais intenso e acelerado de trabalho tem por objetivo elevar a produtividade, o que torna as atividades mais densas e frenéticas, aumentando a carga de trabalho que recai sobre o trabalhador, por outro lado, podem provocar conseqüências negativas devido ao desgaste vivenciado por ele a fim de dar conta das demandas da produtividade e do capital ⁽³¹⁾.

2.2 O trabalho na Concepção de Dejours

O trabalho é definido, segundo o dicionário, como “[...] exercício material ou intelectual [...] atividade remunerada ou assalariada, serviço, emprego, local onde se exerce tal atividade” ⁽³²⁾.

O trabalho é uma atividade contínua e permeia toda a vida do indivíduo. Considerado uma necessidade de sobrevivência, nem sempre ocorre por opção do homem, mas sim visando à remuneração financeira e à aquisição de benefícios, bens materiais, status, qualidade de vida e a própria identidade do trabalhador ⁽³³⁾.

O trabalho “tem um papel fundamental na inserção dos indivíduos no mundo. Contribui para a formação de sua identidade – a construção da subjetividade – e permite que os indivíduos participem da vida social, elementos essenciais para a saúde” ⁽³⁴⁾.

Além disso, o aspecto social do trabalho, na medida em que ele se configura como uma forma de inserção do indivíduo na sociedade é um fator de pertinência ou não do indivíduo em determinados grupos sociais ⁽³⁵⁾.

O trabalho deve ser compreendido em todos os seus aspectos quer sejam econômicos, culturais e sociais, sendo de fundamental importância o entendimento

de questões que envolvam a produção social da subjetividade, da saúde física e da saúde mental das pessoas ⁽³⁶⁾.

Porém, nem sempre, a sociedade oferece ao trabalhador condições para que exerça sua atividade de forma saudável: física, psíquica, mental e espiritualmente, pois o adoecimento no ambiente de trabalho se evidencia cada vez mais nas últimas décadas, devido às condições desfavoráveis que o predis põem ⁽³³⁾.

Analisando a relação homem-trabalho, autores partem das seguintes questões preliminares ⁽²⁾:

- O organismo do trabalhador não é um “motor humano”, na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas.
- O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.
- O trabalhador, enfim, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos e que participam na formação daquilo que denominamos estrutura da personalidade.

Nesse contexto, surge o campo da Psicodinâmica do Trabalho, definido por Dejours ⁽³⁷⁾ como “aquele do sofrimento e do conteúdo, da significação e das formas desse sofrimento e situa sua investigação no campo do infrapatológico ou do pré-patológico”.

A Psicodinâmica procura compreender a dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade ⁽²⁾.

A Psicodinâmica tem o propósito de levar os trabalhadores a um processo ativo de reflexão sobre o próprio trabalho, de modo a permitir sua apropriação e emancipação e a conduzir a uma reconstrução coletiva do trabalho ⁽³⁸⁾.

De acordo com Dejours ⁽³⁹⁾ a pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho pretende

“dar visibilidade aos atores de pensarem sua situação, sua relação com o trabalho e as conseqüências desta relação com a vida fora do trabalho, com a sua vida como um todo, ou seja, a possibilidade de tomar pé na dialética do ator/sujeito” ^(39: 125-6).

Para tanto, faz-se necessário entender o sistema de organização do trabalho no qual o trabalhador está inserido. Dejours conceitua organização do trabalho como

a divisão do trabalho, conteúdo da tarefa (à medida que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade ⁽³⁷⁾. Dessa forma, [...] “a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora” ⁽³⁷⁾.

Para autores a organização do trabalho é ⁽³⁸⁾:

“um compromisso negociado entre quem o organiza e quem o faz. Ela evolui e se transforma: as instalações mudam, o mercado muda, o cliente muda, as relações de trabalho mudam e transformam a qualidade do trabalho. A organização do trabalho é uma relação social, é um compromisso entre objetivos e prescrições (procedimentos, maneira de organizar o trabalho, método) e as dificuldades reais para a realização do trabalho” ^(38: 87).

Os autores complementam que a organização do trabalho é freqüentemente pensada por cada um dos níveis hierárquicos a partir da compreensão que os trabalhadores têm do seu próprio trabalho sem que um consiga entender as dificuldades e a racionalidade que rege a prática dos outros.

Por outro lado, a organização constituiu-se de regras, normas, determinações superiores, questões administrativas que impossibilita o estabelecimento de vínculos entre o trabalhador e sua atividade, levando a uma situação de tensão no indivíduo e, conseqüentemente ao sofrimento ⁽⁴⁰⁾. Para Dejours das condições impostas ao indivíduo, “emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças, de desejos e uma organização do trabalho que os ignora” ⁽³⁷⁾.

Outro aspecto a ser ressaltado no cotidiano laboral do indivíduo é a carga de trabalho, definida como “um conjunto de esforços desenvolvidos para as exigências das tarefas. Esse conceito abrange os esforços físicos, os cognitivos e os psicoafetivos (emocionais)” ⁽⁴¹⁾.

Esses aspectos são ilustrados, no ambiente laboral do profissional de saúde, como o trabalho numa posição incômoda (carga fisiológica), fatigado porque alterna turnos (carga fisiológica e psíquica), com tensão nervosa pela pressão da chefia imediata e pelo alto ritmo de trabalho (cargas psíquicas); atravessado por uma série

de cargas que, por seu turno, não só se somam como se potencializam entre si e dão concretude ao processo de trabalho de modo singular ⁽⁴²⁾.

Dessa forma, os profissionais da saúde encontram-se em uma jornada sobrecarregada, assumindo mais de um emprego como forma de incrementar o rendimento familiar, o que implica em maior tempo de exposição aos riscos ocupacionais existentes e, conseqüentemente o aumento da possibilidade de ocorrência de acidentes e doenças do trabalho. Além disso, as exigências em cumprir metas estabelecidas, acentuam o ritmo de trabalho que aliado a ameaça de desemprego, incentiva a competição, exacerba o individualismo e contribui para o sofrimento psíquico e emocional dos trabalhadores.

Autores concordam e destacam que existem diversas formas de sofrimento no trabalho: medo do acidente, angústia de não ser capaz de seguir as cadências ou os limites de tempo impostos, sofrimento proveniente da repetição contínua e do aborrecimento, medo das agressões provenientes dos usuários ou dos clientes, receio da dominação e da autoridade exercida pela hierarquia, medo da demissão, entre outros transtornos ⁽⁴⁰⁾.

No entanto, nesse processo, o trabalhador tem um papel ativo, tanto diante das imposições, quanto da possibilidade de transformar as vivências do cotidiano laboral em benefícios para sua saúde mental ⁽⁴³⁾.

2.3 Sofrimento Psíquico no Trabalho da Enfermagem

O sofrimento é inerente ao ser humano e à vida em sociedade, estando presente na realidade do trabalho. Contudo, pode assumir uma trajetória patológica, daí que o sofrimento mental no trabalho vem preocupando especialistas do mundo inteiro ⁽⁴⁴⁾.

Autores afirmam que “para suportar as pressões do trabalho, a maioria dos sujeitos constrói estratégias específicas de defesa. Estas contribuem para orientar todo o funcionamento psíquico numa direção determinada. E o sujeito leva para casa esse funcionamento, uma vez que não é possível deixar seu funcionamento psíquico no vestiário, juntamente com o macacão do serviço. Desse modo, no plano psicológico, não há divisão entre trabalho e fora dele” ^(2: 28).

“A carga psíquica do trabalho resulta da confrontação do desejo do trabalhador, à injunção do empregador contida da organização do trabalho. Em geral a carga psíquica do trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui”^(2: 28).

A origem da palavra trabalho traz consigo a relação com o sofrimento⁽⁴⁴⁾. Os avanços do conhecimento permitem tomar o sofrimento em duas vertentes: o sofrimento patogênico e o criativo⁽⁴⁵⁾. O sofrimento criativo é o agenciador da realização do verdadeiro trabalho, é a alavanca do processo criativo. O sofrimento patogênico, por sua vez, diante do esgotamento de todos os recursos defensivos mobilizados, empurra o sujeito para um sentimento de incapacidade e de imbecilidade. O sentimento de incapacidade de dar conta das demandas sempre mutantes do trabalho justifica o fato de que o modo de ser dos trabalhadores encontra-se sob o foco da atenção dos estudos da psicodinâmica do trabalho.

O sofrimento psíquico surge como uma temática importante nas organizações da saúde tendo em vista a sua repercussão na saúde dos trabalhadores e na qualidade do cuidado que estes oferecem à sociedade. Ainda segundo os autores, os profissionais que trabalham em ambientes considerados críticos, como, por exemplo, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), apresentam mais chances de sofrimento psíquico, tendo em vista a complexidade das ações ali realizadas e o estresse gerado durante a sua realização⁽⁴⁶⁾.

No Brasil, alguns estudos têm apontado para a associação entre a exaustão emocional com variáveis da organização, da natureza do trabalho e do indivíduo^(47, 48, 49, 50).

Nessa lógica, o absenteísmo sugere ser uma expressão de existência do sofrimento psíquico a ser codificado. O absenteísmo é uma expressão usada para designar a falta do trabalhador às atividades laborais não motivadas por desemprego, doença prolongada ou licença legal⁽⁵¹⁾. Pode ser decorrente de uma ou mais causas causais, dentre elas: doenças, acidentes, atenção a problemas familiares, formalidades judiciais ou estudos.

Atualmente, a Síndrome de Burnout também vem sendo considerada um sério problema na qualidade de vida do trabalhador, tendo em vista suas implicações para a saúde física e mental⁽⁵⁰⁾.

Burnout (esgotamento profissional) é definido como uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica no trabalho. Para os autores, trata-se de

uma experiência subjetiva interna que gera sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho (insatisfação, desgaste, perda do comprometimento), minando o seu desempenho profissional e trazendo conseqüências indesejáveis para a organização (absenteísmo, abandono do emprego, baixa produtividade) ⁽⁵²⁾.

Estudo com o objetivo de investigar a Síndrome de Burnout em enfermeiros, verificou que os valores organizacionais de autonomia, conservação, estrutura igualitária e harmonia são preditores significativos da exaustão emocional ⁽⁴¹⁾.

Ao pesquisar a subjetividade do trabalho no hospital, um estudo constatou que o desgaste intenso da saúde do trabalhador deve-se, principalmente, à sua impotência frente a uma estrutura hierárquica centralizadora. Ainda segundo a autora, a alienação, a impossibilidade de agir criativamente na relação cotidiana de trabalho e os estreitos limites colocados pela organização do trabalho ao uso de seu saber são citados como causa de sofrimento e desgaste ⁽²⁰⁾.

Outro estudo realizado com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem de dois hospitais, evidenciou o sofrimento no ambiente de trabalho. Dentre outros, fatores inerentes à organização do trabalho, tais como a falta de condições materiais para prestação de assistência com qualidade e de recursos humanos, são citados como causadores de desconforto e sofrimento. Contudo, de acordo com a autora, como compete ao trabalhador prestar assistência independente das condições de trabalho, o estudo aponta para a utilização de mecanismos de defesa, mesmo que usados inconscientemente, como a negação, a sublimação e a banalização do sofrimento, da assistência e até das informações prestadas aos pacientes e seus familiares ⁽⁵⁴⁾.

Pesquisa realizada com o objetivo de identificar como as auxiliares de enfermagem relacionam o estresse às suas atividades diárias. Foram investigadas 15 trabalhadoras de um hospital público no município do Rio de Janeiro. De acordo com os autores, os resultados evidenciaram que o estresse é percebido como um distúrbio emocional que acarreta desequilíbrio da saúde mental, ocasionando irritação, mau humor e incapacidade para o trabalho. Os resultados evidenciaram ainda que as participantes não se julgam estressadas, embora algumas refiram esta sensação em certas ocasiões e, acreditam que a atividade laboral pode contribuir para o estresse pelas condições e características do trabalho que realizam ⁽⁴⁹⁾.

Autores investigaram o sofrimento em 11 trabalhadores da equipe de enfermagem envolvida na assistência à criança hospitalizada, identificando a presença de sofrimento psíquico decorrente da organização do trabalho, bem como as estratégias defensivas utilizadas pelos trabalhadores para lutar contra os efeitos desestabilizadores do trabalho e como elas funcionam. Segundo os autores, os resultados mostraram que o sofrimento psíquico ocorre em decorrência da organização do trabalho, da falta de recursos materiais e humanos, do não reconhecimento da instituição frente ao trabalho realizado, do relacionamento conflituoso entre profissionais da equipe de enfermagem com as crianças, com a família e com a equipe multiprofissional. Os mecanismos de defesa mais evidenciados foram fuga, negação e banalização. E, os sentimentos desencadeados são estresse e ansiedade ⁽⁵⁴⁾.

Estudo realizado com enfermeiras de unidades de centros cirúrgicos de hospitais públicos da cidade de Recife-PE, teve como objetivo identificar os estressores deste ambiente de trabalho e relacionar o estresse das enfermeiras de centro cirúrgico com o prazer e o sofrimento no trabalho. Os resultados dessa pesquisa apontaram que, em relação ao prazer no trabalho da enfermeira de centro cirúrgico as enfermeiras citaram a recuperação do paciente, em ser enfermeira, e por deterem o conhecimento técnico e científico e com isto gostam de trabalhar em centro cirúrgico. Em relação ao sofrimento do trabalho no centro cirúrgico, destacaram o sofrimento do paciente que gera sofrimento na enfermeira. E, quanto às estratégias utilizadas para o enfrentamento do estresse, as mais significativas foram as que correspondem ao exercício de uma atividade física, um passeio à praia e a dedicação à família ⁽⁵⁵⁾.

Outro estudo realizou uma investigação com 23 enfermeiros portadores de doença crônica e suas relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. Quanto às doenças, os profissionais citaram problemas osteoarticulares, emocionais, respiratórios e metabólicos gerais. Os resultados demonstraram que a maioria dos enfermeiros conhece sobre sua doença, complicações e agravos. Como mecanismo de busca de melhoria para a situação apresentada, os profissionais citaram o lazer ligado ao entretenimento, atividades físicas e viagens. Para a maioria dos sujeitos entrevistados, o diagnóstico da doença mudou a vida. Quanto aos fatores de risco para doenças crônicas e as relações com o processo de trabalho, os

sujeitos citaram o estresse, a hipertensão arterial, antecedentes familiares de doenças crônicas e obesidade ⁽⁵⁶⁾.

Uma pesquisa exploratória, realizada em um Hospital Universitário do Oeste do Paraná, com oito enfermeiros de diversos turnos e setores de trabalho, teve como objetivo verificar se no cotidiano de trabalho, o enfermeiro desenvolve algum tipo de sofrimento psíquico, e ao mesmo tempo, se este percebe a existência do sofrimento. Os resultados evidenciaram que 100% dos trabalhadores desenvolvem sofrimento psíquico, em diferentes graus, em algum momento do seu trabalho, os quais foram divididos em cinco categorias: (1) reconhecimento profissional; (2) afinidade profissional; (3) realização de atividades extra-laborais; (4) indefinição de papéis e, (5) condições de trabalho. Entretanto muitos profissionais não percebem o sofrimento psíquico, ou então desenvolvem mecanismos de defesa, como buscando minimizar o sofrimento ⁽⁵⁷⁾.

O conhecimento dos motivos que levam os trabalhadores ao adoecimento, possibilita maior compreensão deles mesmos e de sua realidade, contribuindo para a prática do cuidar de si e do desenvolvimento da cidadania, considerando a enfermagem como promotora, mantenedora e recuperadora da saúde e bem-estar da população ⁽¹⁷⁾.

Uma análise do serviço de enfermagem de um hospital inglês detectou uma série de mecanismos que os profissionais deste serviço utilizam para minimizar a ansiedade que o lidar com o paciente suscita, a qual denominou de técnicas de defesa e que, de certa forma, também funcionam como política do não envolvimento ⁽¹⁾.

Para suportar as tensões no ambiente hospitalar, os trabalhadores de enfermagem criam estratégias defensivas que são acionadas em situações penosas a fim de evitar o sofrimento, mobilizando internamente a luta contra os efeitos desestabilizadores, estressantes, contra o sofrimento psíquico. Os conflitos diante da organização prescrita do trabalho podem ser reconhecidos como fontes de desprazer e sofrimento, fazendo com que os trabalhadores de enfermagem criem ações adaptativas na tentativa de tornar o ambiente de trabalho mais congruente com seus desejos, com suas expectativas, cujo objetivo é resistir às pressões vividas no cotidiano ⁽⁵⁴⁾.

As estratégias defensivas são definidas como “um mecanismo pelo qual o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade

que o faz sofrer”. Para a autora, este processo é estritamente mental, já que ele não modifica a realidade de pressão patogênica imposta pela organização do trabalho ⁽⁵⁸⁾.

As estratégias defensivas são defesas que os trabalhadores utilizam para minimizar a percepção das pressões da organização do trabalho, que geram sofrimento. É uma atividade realizada a nível mental, já que não institui nenhuma mudança real da pressão ⁽²⁾.

As defesas são necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento. Permite às vezes tornar tolerável o sofrimento ético, aquele que pode experimentar ao cometer, por causa do seu trabalho, atos que condena moralmente ⁽³⁹⁾.

3 MÉTODO

Este estudo foi estruturado a partir de uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos ⁽⁵⁹⁾.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O *significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde ⁽⁶⁰⁾.

A discussão crítica do conceito de “Metodologia Qualitativa” nos induz a pensá-las não como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada. As diferentes teorias que abrangem (cada uma delas) aspectos particulares e relegam outros, nos revelam o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber ⁽⁵⁹⁾.

3.1 Contexto de Pesquisa

O projeto foi desenvolvido no Hospital das clínicas – Unidade I do Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília.

O Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília compreende 03 hospitais, Hemocentro e Ambulatórios de Especialidades; pertence à Diretoria Regional de Saúde IX do estado de São Paulo, com área de abrangência de 62 municípios, prestando serviços a 1.200.000 habitantes e é referência regional para atendimento de Urgência e Emergência na área do adulto e materno-infantil. Também atende a Faculdade de Medicina de Marília, responsável pela formação de médicos e enfermeiros. A assistência hospitalar é composta pelo Hospital das

Clínicas I – que atende médico-cirúrgico adulto em 100 leitos, incluindo 02 Unidades de Terapia Intensiva com 12 leitos cada, possui 43 enfermeiros e 252 auxiliares de enfermagem para as 24 horas; o Hospital das Clínicas II – Materno-Infantil, que atende 100 leitos, incluindo 01 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal com 08 leitos e 01 Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica com 07 leitos, e possui 27 enfermeiros e 170 auxiliares de enfermagem para as 24 horas e o Hospital das Clínicas III – São Francisco que está em fase de implantação e atualmente atende 58 leitos de clínica médico-cirúrgica de baixa complexidade e psiquiatria e possuem 18 enfermeiros e 42 auxiliares de enfermagem para as 24 horas.

O Hospital das Clínicas I possui 100 leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Porém, para a demanda de pacientes graves que não tem para onde serem encaminhados, acarreta a admissão de pacientes em leitos extras, que conseqüentemente, gera horas extras de trabalho da enfermagem e piora as condições físicas para a acomodação dos pacientes.

Todas as unidades contam com equipe de saúde multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e fonoaudiólogos que trabalham envolvidos diretamente com o cuidado ao paciente.

3.2 Sujeitos

Participaram deste estudo, 12 auxiliares de enfermagem. Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa e, como justificativa para tal escolha, levou-se em consideração que os auxiliares pertencem a categoria profissional que presta cuidados direto aos pacientes.

Para chegar ao número de participantes utilizou-se o critério de saturação ⁽⁵⁹⁾. Desse modo, a pesquisa não se baseia no critério numérico para garantir representatividade, mais sim no aprofundamento de compreensão, ou seja, a percepção do entrevistado sobre o sofrimento psíquico vivido no campo do trabalho, assim como as dificuldades sentidas ⁽⁵⁹⁾.

Os sujeitos da pesquisa desenvolvem atribuições de média e alta complexidade no exercício diário de suas atividades, e apesar de na sua totalidade terem a complementação profissional de técnico em enfermagem, são registrados como auxiliares de enfermagem devido a inexistência do cargo na instituição.

Porém, durante a realização do presente estudo, obtivemos a informação que a instituição está se empenhando para atender a resolução do exercício profissional.

Como critério de escolha, buscamos possíveis sujeitos que possuíam no mínimo 02 anos de experiência profissional e de tempo de trabalho na instituição.

3.3 Coleta de dados

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, tendo sido aprovado sob o número de protocolo de estudo 1135/10 (Anexo I).

Com vista a atender os objetivos da pesquisa, optou-se pela realização de entrevista semi-estruturada para a coleta de informações junto aos auxiliares de enfermagem. A entrevista privilegia a obtenção de informações por meio da fala individual, a qual revela condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e transmite, e por meio de um porta-voz, representações de determinados grupos ⁽⁵⁹⁾.

A chave fundamental da entrevista está na investigação que se realiza durante o seu transcurso. As observações são sempre registradas em função de hipóteses que o observador vai emitindo ⁽⁶¹⁾.

A entrevista passou por teste piloto para avaliação e adequação das questões, correções de aspectos linguísticos, com o intuito de tornar o roteiro mais claro e objetivo.

Na identificação de cada participante foram incluídos dados pessoais – gênero, idade, estado civil, número de filhos, jornada de trabalho, jornada de trabalho e exercício duplo da jornada de trabalho.

Além de dados de identificação, o roteiro da entrevista buscou apreender a percepção de sofrimento psíquico elaborada pelos sujeitos no exercício diário das atividades profissionais, relacionado à organização do trabalho. A segunda questão buscou saber quais as dificuldades mais relevantes vividas no ambiente de trabalho e a terceira foi perguntado como o entrevistado supera as dificuldades relatadas. (Apêndice I)

A coleta de dados foi realizada no próprio ambiente de trabalho, no horário de serviço dos sujeitos da pesquisa, com autorização prévia da chefia do serviço de

enfermagem, com a utilização do gravador e após a assinatura do Termo de Consentimento pelo profissional (Apêndice II).

A opção de coletar os dados no horário de trabalho foi motivada por estar mais próximo da realidade do ambiente da prática. Foram várias tentativas para coleta dos dados, mas não houve recusa de nenhum convidado para participar da pesquisa, porém foi respeitada a prioridade do cuidado, bem como horário de descanso dos profissionais.

No momento das entrevistas, o profissional foi conduzido a local privativo e a duração média foi de 10min e 10s.

3.4 Análise de dados

Após a transcrição das entrevistas utilizou-se a leitura flutuante, na qual o pesquisador realiza várias leituras do texto, estabelecendo maior contato com o material apreendido.

A seguir, recorreremos à análise temática descrita por Bardin que ao recortar e apreender as unidades de registro permite descobrir os núcleos de sentido, que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido ⁽⁶²⁾.

Para Bardin na análise temática não se tem em conta a dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados como dados segmentáveis e comparáveis, seguindo assim a apreensão e análise dos temas que emergirão do conteúdo das entrevistas ⁽⁶²⁾.

A análise temática segue as seguintes etapas de organização: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A partir dessa orientação, foi possível apreender os temas: gratificação, angústia e impotência.

A análise dos dados obtidos tem como referencial teórico Dejours, autor que traz importante contribuição teórica acerca do sofrimento psíquico na ambiência do trabalho.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados será realizada em duas etapas: a primeira apresenta os dados relacionados à caracterização dos sujeitos, bem como em relação à sua jornada de trabalho; na segunda são descritos os resultados fruto das análises qualitativas das variáveis significativas referentes à percepção de sofrimento psíquico no trabalho, pelos profissionais.

4.1 Caracterização dos Sujeitos

A caracterização dos sujeitos, conforme descreve a Tabela 1, aponta para uma maioria pertencente ao gênero feminino, com idades compreendidas entre 24 e 52 anos, com média de 40,4 anos.

Em relação ao estado civil, a maioria era solteira, com o número de filhos variando de um a três.

No que se refere ao tempo de atuação na profissão, encontram-se uma variação de 2 a 28 anos, a maioria com jornada de 12 x 36 horas e, sem duplo vínculo empregatício, embora haja registros de elevado número de horas trabalhadas em banco de horas.

Tabela 1 – Caracterização dos dados referentes aos participantes da pesquisa (N=12).

PART.	Idade	Sexo	Estado civil	Nº de filhos	Jornada de trabalho	Duplo vínculo de trabalho	Tempo no serviço
1	43	M	Casado	02	12 x 36	Não	04 anos
2	52	M	Divorciado	01	12 x 36	Sim	28 anos
3	32	F	Solteira	01	12 x 36	Não	06 anos
4	28	M	Solteiro	00	12 x 36	Não	2 anos e 3 meses
5	52	F	Viúva	00	12 x 36	Não	07 anos
6	50	M	Casado	02	08 horas	Não	16 anos
7	38	F	Solteira	00	12 x 36	Não	12 anos
8	44	F	Casada	02	12 x 36	Não	22 anos
9	47	F	Casada	03	12 x 36	Não	24 anos
10	24	F	Solteira	01	06 horas	Sim	03 anos
11	28	M	Solteiro	00	06 horas	Sim	04 anos
12	47	F	Divorciada	02	12 x 36	Não	16 anos

Ressalta-se que na jornada de 12 x 36 horas, o profissional trabalha um dia sim e outro não; os profissionais com jornada de 08 horas trabalham de segunda a sexta-feira com folgas aos sábado, domingo e feriados.

4.2 Temas Emergentes

A análise das entrevistas possibilitou desvendar a percepção de sofrimento psíquico no trabalho, elaborada pelos profissionais da enfermagem.

As narrativas elaboradas pelos sujeitos mostraram-se ricas de significados e possibilitaram a apreensão dos temas apresentados a seguir:

4.2.1 Gratificação

Esse primeiro tema emergente contempla a vivência de prazer, aqui denominado de “gratificação”, pelo grupo de sujeitos ouvidos.

Os participantes parecem perceber o dia-a-dia das suas atividades como de caráter positivo em termos de sentir-se útil ao paciente; gratificação consigo mesmo e por parte de outras pessoas; dever cumprido e amor à profissão. Esses sentimentos são exemplificados nas falas a seguir:

Eu gosto do que faço e meu sentimento é de alegria, porque se eu não fizer o melhor para o bem do paciente, eu não vou estar bem comigo. (João)

Chego ao trabalho e fico feliz em saber que tem alguém precisando de mim. [...] É muito gratificante ver o paciente sair andando com as próprias pernas na alta. (José)

Nota-se nos relatos acima, que os profissionais tomam para si a responsabilidade do cuidado para com o paciente, que pode ser vista como alteridade.

Nessa perspectiva, a alteridade é analisada segundo uma dimensão relacional, pois, a existência do “Um” implica a do “Outro” dentro do contexto da relação social entre seres humanos ⁽⁶³⁾.

A alteridade é definida como “a representação do outro dentro de nós e a capacidade de conviver com o outro diferente, de se proporcionar um olhar interior a

partir das diferenças”. Para as autoras, é no constatar as diferenças e reconhecer “o outro” como sujeito de direitos iguais, que surge a alteridade ⁽⁶⁴⁾.

O cuidado no sentido de envolvimento na relação com o outro, pode ser observado de modo mais evidente nos relatos abaixo.

E se eu posso fazer tudo o que planejo saio do trabalho com a sensação de dever cumprido. (Maria)

Tudo que eu faço eu faço com amor... Eu gosto muito do que eu faço...(Claudia)

Nesse sentido, o cuidado é definido como “um resultado, deliberação e ações de cuidar/assistir oportunizando o crescimento através de atitudes morais” ⁽⁶⁵⁾.

Dessa forma, o cuidado é composto por uma série de comportamentos e atitudes, onde se destacam: respeito, gentileza, amabilidade, compaixão, responsabilidade, disponibilidade, segurança, oferecimento de apoio, conforto ⁽⁶⁶⁾.

Nos relatos, nota-se presença do prazer no processo de cuidar desempenhado pelos profissionais.

A produção de cuidados refere-se aos acontecimentos, manifestações, detalhes e situações que fazem parte da vida cotidiana e que se qualificam como fatores de socialidade ⁽⁶⁷⁾. O cuidado é definido como “tudo aquilo que se aglutina sob a forma de ações ou intervenções, que colaboram para gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida” ⁽⁶⁷⁾.

É gratificante receber o paciente que não está bem e devolvê-lo à família melhor. (Helena)

É essencial que o profissional seja reconhecido e valorizado ao desempenhar suas funções, quer seja pelos pacientes e familiares, quer seja pela equipe ou ainda pela sociedade. Alguns relatos abaixo apontam a gratificação vinda por parte de outras pessoas:

Quando a gente vê que o paciente está evoluindo bem, que a família fica segura com nossos cuidados, a sensação é muito gratificante. (Maria)

É muito prazeroso quando encontramos o paciente fora do hospital e ele se lembra que cuidei dele e agradece pelo que fiz. (Maria)

É fundamental o enfermeiro estabelecer uma boa relação com paciente/família para o bom desenvolvimento do trabalho ⁽⁶⁸⁾. Aprender a conhecer e a entender, um pouco, a realidade da vida do paciente e de sua família, é essencial tanto para a recuperação do paciente, como para o desempenho da atividade profissional do enfermeiro ⁽⁶⁸⁾.

A interação do enfermeiro com os familiares ocorre se ⁽⁶⁹⁾:

o enfermeiro se mostrar, além de técnico competente, uma pessoa capaz de desenvolver a empatia, a comunicação e a humildade, como instrumentos de trabalho para práxis mais humanizada, que seja libertadora e classificadora de responsabilidade dos profissionais enfermeiros.

Desse modo, os profissionais de enfermagem devem estabelecer relações de confiança com os demais membros da equipe de enfermagem, pacientes e familiares, por meio de ações humanizadas, favorecendo a obtenção de bons resultados na recuperação do paciente ⁽⁷⁰⁾.

Os relatos dos participantes mostram ainda que a função do enfermeiro perante a família do paciente é de cuidado e atenção para manter o ambiente tranquilo. É por meio desse cuidado que a autonomia pode se construir. A autonomia implica uma enorme responsabilidade consigo e com os outros.

Segundo a definição da enciclopédia Houaiss, autonomia é a capacidade de se autogovernar, tomar decisões livremente, com liberdade e independência moral ou intelectual ⁽⁷¹⁾.

A autonomia seria a capacidade de autogoverno, compreensão, raciocínio, deliberação, escolha independente e ação voluntária de um indivíduo diante de uma intervenção em saúde ⁽⁷²⁾.

Já os locais considerados como potentes para a geração da autonomia na área da saúde, são definidos como espaços das intervenções coletivas, por propiciar maior interação entre profissional de saúde e usuário, sendo assim caracterizado como um ambiente de cuidado diferenciado ⁽⁷³⁾.

Transportando a autonomia para área da saúde, quem recebe os serviços profissionais de outros, pode agir na condição de paciente e, ainda assim, atuar autonomamente na relação com profissionais de saúde, divergindo das recomendações e orientações dos mesmos ⁽⁷⁴⁾.

Assim, o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e seus familiares, determinadas por redes de autonomia/dependência passam a ser vistas como fundamentais para o cuidado e para a saúde ⁽⁷⁵⁾.

Para Dejours ⁽⁷⁶⁾

O reconhecimento é a retribuição fundamental da sublimação. Isso significa que a sublimação tem um papel importante na conquista da identidade. Reconhecimento social e identidade como condição da sublimação conferem a essa última uma função essencial na saúde mental ^(76: 159).

Nota-se, diante dos relatos, que o prazer pode ser interpretado como uma recompensa pelo trabalho desempenhado pelos auxiliares de enfermagem. Para a maioria dos profissionais, o prazer vem da oportunidade de contribuir no restabelecimento e recuperação do ser humano. Ressalta-se, neste contexto, que nenhum profissional mencionou o aspecto financeiro como gratificante para a profissão.

O prazer é proporcionado quando existe a compatibilidade entre o conteúdo da tarefa e os desejos inconscientes do trabalhador ⁽²⁾.

O reconhecimento possibilita que o sofrimento no trabalho seja transformado em prazer e realização ⁽⁷⁷⁾.

A busca de gratificação no trabalho se concretiza para o trabalhador pelo sentimento de sentir-se valorizado e reconhecido pelo que faz. O sujeito trabalha com a perspectiva do binômio contribuição/retribuição, no entanto, o reconhecimento simbólico é mais importante que a forma material, como o salário ⁽³⁹⁾.

Acho que o que mais o ser humano necessita é de reconhecimento, com certeza essa é a melhor forma de valorizar o profissional e a pessoa que está dentro de cada um de nós. O ser humano está perdendo alguns valores que nossos bisavós cultivavam como base, que é o respeito, a honestidade... (Luciana)

A vivência de prazer “manifesta-se por meio da gratificação, da realização, do reconhecimento, da liberdade, da valorização e da satisfação no trabalho” ⁽⁷⁸⁾.

Por outro lado, embora o reconhecimento constitua uma forte expectativa de todos os trabalhadores, raramente o mesmo é conferido de forma satisfatória. Assim, é de se esperar que diante da falta de reconhecimento, surjam manifestações psicopatológicas, transformando a carga laboral em sofrimento ⁽⁴⁵⁾.

Os relatos dos participantes mostram, ainda, que o fazer algo em benefício do paciente leva os profissionais à realização profissional. Resolver problemas de saúde é uma experiência gratificante na profissão e no seu processo de viver.

O contato íntimo e continuado com pessoas em sofrimento com pessoas em sofrimento ou não, potencializado pelas diversas deficiências institucionais e as características inerentes à formação, somada à história pessoal desse profissional, proporciona uma grande mobilização de sentimentos de prazer/sofrimento, levando a satisfação profissional por metas conquistadas, ou levando ao esgotamento físico e emocional ⁽⁶⁸⁾.

Nessa perspectiva, o cuidado no campo da saúde esbarra em “elementos relacionados a uma produção mútua (trabalhador e usuário), na medida em que valores e modos de cuidar são compartilhados e construídos nos encontros necessários para o estabelecimento e negociações das ações de cuidado” ⁽⁶⁷⁾.

4.2.2 Angústia

Nesse tema apreendido a partir dos relatos produzidos, os entrevistados deixam transparecerem o sofrimento em função do mal-estar e tensão causados pelo conflito entre o desejo de realização do trabalho com qualidade, empenho e comprometimento, e a frustração por não conseguirem. Frustração essa que envolve vários aspectos tais como pessoais, sociais, administrativos, técnicos, que geram estados emocionais repetitivos circulantes no cotidiano laboral dos sujeitos ouvidos.

A angústia é uma produção individual, cujas características só podem ser esclarecidas pela referência contínua à história individual, à estrutura da personalidade e ao modo específico de relação objetal ⁽³⁷⁾.

A relação conflituosa do trabalhador com a organização de trabalho é a origem da carga psíquica que, quando acumulada, leva ao sofrimento psíquico ⁽⁵⁴⁾.

Esse sofrimento é descrito nos relatos abaixo:

[...] mas se eu não consigo fazer tudo eu fico muito chateada [...] Então eu faço a minha parte. (Maria)

Muitas vezes vou para casa pensando no que deixei por fazer por falta de tempo e de funcionários. (Helena)

Outro dia tive que ajudar a transportar um paciente e tive que deixar minha colega sozinha na ala. Isso deixa a gente muito angustiada e triste. (Mariana)

[...] e a gente fica angustiada, e quando vou embora fico muito triste, sabendo que ficaram tantas coisas para resolver e não foram resolvidas. [...] Dá muita dó do paciente que fica mal atendido. (Claudia)

Vou para casa e no ônibus já fico pensando e com a sensação que deixei de fazer alguma coisa. (Rosamaria)

Nesse contexto, o envolvimento emocional excessivo com o paciente limita as ações do profissional de enfermagem. Por outro lado, o não envolvimento também é prejudicial na relação profissional-paciente-família. Dessa forma, os autores concordam que há necessidade de se promover um ajuste que propicie um equilíbrio situacional e comportamental nesta relação, aliando os princípios da humanização com o cuidado técnico ao fator emocional, o que permitirá aos profissionais lidarem com as limitações e conflitos de forma mais saudável, respeitando valores e concepções do outro ⁽⁷⁰⁾.

Na fala dos profissionais identifica-se a presença do sofrimento psíquico no trabalho decorrente do restrito número de profissionais na Instituição, fator que ocasiona a sobrecarga de trabalho, bem como a relação que se estabelece com outros membros da equipe, conforme relato abaixo.

[...] Quanto a equipe, quando falamos a mesma coisa é muito bom, mas às vezes vemos que falta a integração da equipe [...] Vemos que na equipe tem gente que precisa melhorar, mas não melhora. (Maria)

Outro fator citado pelos profissionais é a falta de estímulo e reconhecimento pelo trabalho realizado.

Um elogio nunca chega e a gente que está acostumada a fazer as coisas corretamente, fica chateada. (Ana)

E assim, os muitos aspectos relacionados à angústia do profissional, acabam refletindo no desenvolvimento do seu trabalho.

É estressante, parece que eu já venho cansada para trabalhar e o medo de não dar conta do que tem que fazer é enorme. (Daniel)

Por outro lado, o profissional também se coloca no lugar do paciente.

[...] eu vou embora com a sensação que deixei coisas sem fazer. E, isso é ruim, me coloco no lugar do paciente ou alguém da família que sabe que faltou cuidado. (Paulo)

[...] Eu já fui paciente e sei o que precisa para ser considerado bem cuidado. (Mariana)

As atividades laborais dos profissionais de enfermagem envolvem elevada carga de trabalho, além de responsabilidade ética e social. Observa-se, nos relatos, que uma das causas de angústia dos profissionais é a sobrecarga de trabalho decorrente pelo número de profissionais de licença médica, carga horária elevada, agilidade nos atendimentos e situações conflitantes, que interfere na saúde física e psíquica do profissional.

Os trabalhadores de enfermagem encontram-se expostos aos riscos provenientes das precárias condições de trabalho, responsáveis pelo aparecimento de enfermidades e de acidentes de trabalho que elevam o índice de absenteísmo⁽¹²⁾.

O ambiente hospitalar é uma fonte geradora de estresse para os profissionais, principalmente pelo sofrimento vivenciado nesse local, as diferentes situações de trabalho, associadas aos conflitos e aos sentimentos dos trabalhadores. Esse cenário compromete não só o desempenho produtivo do profissional, mas também o equilíbrio físico e emocional⁽⁷⁹⁾.

No cotidiano da assistência, é incontestável a afirmativa de que a equipe de enfermagem fica mais exposta ao envolvimento emocional com pacientes e famílias que atende. No entanto, a criação de vínculo produz também laços afetivos que se não elaborados, pode acarretar em sofrimento psíquico. Percebe-se isso nos relatos abaixo:

Mas, muitas vezes e muitas vezes, é muito triste. Você trabalha tanto e cuida... e o paciente morre, porque aqui muitos morrem... são todos pacientes dependentes. (José)

E os pacientes que não melhoram e a gente pega amor, porque sempre estão internados com a gente. (Ana)

Outro ponto a ser destacado na fala dos sujeitos é a morte. E embora a eminência da morte seja uma realidade implícita na prática do profissional de enfermagem, ocorre certo distanciamento ou defesa quanto a tal realidade, somado à carência de preparo por parte das instituições formadoras.

O homem deve ter em mente a sua finitude, ou seja, de que sua vida embora dotada de toda singularidade na natureza, num determinado momento deixa de existir ⁽⁸⁰⁾.

No ambiente hospitalar, ao priorizar salvar o paciente a qualquer custo, a ocorrência da morte ou de uma doença incurável pode fazer com que o trabalho da equipe de enfermagem passe a ser concebido como frustrante, desmotivador e sem significado ⁽⁸¹⁾.

A formação do profissional de enfermagem é centralizada na cura ⁽⁸²⁾. A morte e a finitude geram sentimentos contraditórios para toda a equipe de saúde, tornando-a um grande incômodo e um desafio à onipotência humana e profissional, pois os profissionais de saúde são preparados para cuidar da vida, mas não para enfrentar a morte ⁽⁸²⁾.

Estudo realizado com acadêmicos de enfermagem apontou que na graduação é dada mais ênfase às técnicas de enfermagem e ao cuidado com o corpo físico do paciente, deixando uma lacuna no que diz respeito ao cuidado psicológico que deveria ser oferecido aos pacientes e familiares ⁽⁸³⁾.

Pesquisa realizada com o objetivo de investigar a temática da morte e desenvolvimento humano apontou a importância da equipe de enfermagem na assistência à pessoa, embora destaque que ainda ocorra pouca ênfase na formação desse profissional para as questões ligadas à emoção ⁽⁸⁴⁾.

Outro estudo, ao abordar a equipe multiprofissional no processo da assistência em saúde, apontou a necessidade dos componentes explicitarem os sentimentos emergentes que derivam das situações enfrentadas no cotidiano, decodificando mensagens, buscando a continência para as angústias presentes ⁽⁸⁵⁾.

Ouvimos relato que evidencia que os sujeitos não têm espaço para elaborarem em grupo as próprias dificuldades sentidas no campo dos sentimentos, o que pode incorrer no aumento e no mal-estar que circula no interior da equipe, dificultando o campo da compreensão humana.

A enfermagem fica frente a frente com o paciente e a família. A gente tem que tentar manter a calma e isso mexe com a gente. (Claudia)

Nesse contexto, destaca-se a importância da percepção por parte dos profissionais de seus sentimentos contratransferências, “produto das identificações

projetivas do paciente e de seus próprios conflitos, e tente aprender a lidar com eles”
(85).

Desse modo, sendo o cuidado e o acolhimento elementos básicos no processo da assistência da enfermagem, aprender aceitar e elaborar sentimentos que mobilizam os sujeitos ouvidos pode contribuir para a expansão pessoal e profissional das pessoas envolvidas no percurso da melhoria da atenção.

Como visto, o trabalhador vive a angústia de ter de conciliar várias exigências, tais como: de produção, produtividade, segurança e confiabilidade.

Para a apreensão das angústias vividas no trabalho é fundamental escutar a fala dos trabalhadores, para melhor compreender e dar sentido ao que acontece nas relações de trabalho ⁽²⁾. Para os autores, a fala deve ser coletiva, visto que para a Psicodinâmica do Trabalho, se o sofrimento é da ordem do singular, sua solução é coletiva. Para tanto é fundamental que se crie um espaço público, espaço de circulação da palavra coletiva. É na escuta do que é expresso que se cria a possibilidade do sofrimento emergir e sua solução ser pensada por todos ⁽²⁾.

4.2.3 Impotência

Esse tema foi evocado nos relatos de diferentes modos, inicialmente referindo-se ao sentimento de impotência ligada à falta de autonomia, à falta de participação na tomada de decisões que envolvem responsabilidade no trabalho:

A partir desse tema foram evocadas as categorias “Falta de autonomia”, “Escassez de Recursos Humanos/materiais” e “Conflito na Equipe”.

[...] muitas vezes o acompanhante vem de longe e fica um tempão esperando, passando fome e o médico que poderia estar conversando com ele, adiantando... ele não faz... e o acompanhante cobra de você o que o médico deveria estar fazendo. É desgastante para nós e ainda temos que inventar que ele está num procedimento e que ele já vem para conversar.
(Claudia)

Às vezes, a gente avalia que o paciente não está bem, chama o residente (médico) e mesmo assim não encaminham para a UTI [...] A gente se sente inútil de ter falado que o paciente não estava bem e ninguém te valorizou. E, ainda depois ficamos sabendo que o paciente evolui para óbito. (Ana)

Essa falta de autonomia pode ser um dos fatores que interfere na prestação diária dos cuidados dos profissionais de enfermagem. A autonomia no trabalho é

entendida como “a medida que o trabalho tem características que promovem sentimentos de responsabilidade pessoal pelos resultados do trabalho”^(86: 98).

Estudo realizado apontou que os principais pontos de melhoria apontados pelos profissionais de enfermagem em relação à autonomia foram: maior participação nas decisões tomadas em sua unidade de trabalho; maior autonomia de ação para o trabalho; encaminhamento para resolução de problemas na unidade e, respeito por sua opinião⁽⁸⁷⁾.

Junto a tais questões, os relatos produzidos ilustram que os sujeitos sofrem ao serem levados pela organização institucional, a terem discursos incongruentes à realidade. Isso é, muitas vezes, são compelidos à produzirem informações que não correspondem aos fatos, o que aumenta o sentimento de impotência frente à organização que se mantém hegemônica, acompanhada da supremacia, do poder de uma categoria sobre as outras.

Por outro lado, outro problema relatado pelos profissionais foi, novamente, o volume de trabalho decorrente do elevado número de pacientes *versus* as condições impróprias de trabalho no tocante à escassez de recursos humanos.

A maior dificuldade é a falta de funcionários. Hoje mesmo era para estarmos em quatro auxiliares de enfermagem e só estamos em três, então meus dois colegas estão fazendo os banhos e eu estou na medicação e nos soros. (José)

Hoje estamos com quatro auxiliares de enfermagem de manhã, enquanto é necessário quatro o dia todo... é muito pesado para cuidar de todos esses pacientes dependentes. (Paulo)

Temos que nos revezar para dar conta de cuidar de todos os pacientes, porque trabalhamos em poucos. Sou eu e mais uma para cuidar de quinze, dezesseis pacientes. Outro dia tive que ajudar a transportar um paciente e tive que deixar minha colega sozinha na ala. Isso deixa a gente muito angustiada e triste. (Mariana)

Muitas vezes vou para casa pensando no que deixei por fazer por falta de tempo e de funcionário. (Helena)

Se não fosse a sobrecarga de trabalho tudo seria diferente... Temos que arriscar nosso Coren para dar conta de cuidar de todo mundo, de um jeito ou de outro... Falta número de pessoas para cuidar dos pacientes. (Mariana)

As atividades de competência e as funções da enfermagem têm ficado cada vez mais definidas pelos órgãos oficiais de legislação da profissão, dentre eles o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que disciplina e fiscaliza o exercício

da profissão do enfermeiro e das demais profissões compreendidas no exercício da enfermagem ⁽⁸⁸⁾. Percebe-se no relato acima a ênfase que se tem dado, por parte da participante, à importância de se desenvolver suas atividades profissionais sob condições de trabalho que promovam à sua segurança e a dos pacientes e familiares, evitando assim, multas e punições, ou até mesmo o cancelamento do seu registro profissional.

São responsabilidades e deveres dos profissionais de enfermagem, de acordo com a lei nº. 7.498/86, Regulamentação do Exercício Profissional, do Conselho Regional de Enfermagem (COREN):

Capítulo I

Art. 5º: Exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade.

Art. 6º Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica.

Art. 7º Comunicar ao COREN e aos órgãos competentes, fatos que infrinjam dispositivos legais e que possam prejudicar o exercício profissional.

Das relações com a pessoa, família e coletividade são direitos, responsabilidades e deveres dos profissionais de enfermagem:

Art. 10 Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao profissional, à pessoa, família e coletividade.

Art. 12 Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 13 Avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem.

Art. 21 Proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

E, mais, quando se refere à responsabilidade, o Art. 38 decreta que o profissional de enfermagem deve: “Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

Como visto, muitas são as responsabilidades e deveres dos profissionais de enfermagem, que em condições adversas ao bom desenvolvimento do trabalho, os expõem a maiores riscos no seu atuar, levando à ocorrência de atitudes antiéticas

ou inadequadas para com os pacientes e seus familiares ou até mesmo frente aos colegas ou à Instituição que atua.

Os profissionais relatam que se houvesse um aumento no número de profissionais, conseqüentemente, haveria uma diminuição dos atestados médicos.

Acho que se colocassem mais funcionário para trabalhar não teria tanto atestado, porque a gente adoce, sabia? (Rosamaria)

Outro fator apontado pelos entrevistados, foi a escassez de recursos materiais.

Eu sinto muita dificuldade em estar trabalhando com a escassez de materiais que está faltando para trabalhar com o paciente, o que estressa a gente e acaba refletindo na própria equipe de trabalho e muitas vezes no paciente e, principalmente no acompanhante que cobra a gente de procedimentos e você não tem material para fazer um curativo, uma fralda descartável. E, também poucos funcionários para cuidar de todos esses pacientes que são todos graves e dependentes de nós. (Pedro)

Como conseqüência da escassez de recursos humanos e materiais, há uma sobrecarga de trabalho para a equipe, comprometendo a qualidade do trabalho, evidenciada pela falta de poder para intervir na realidade. Neste contexto, ressalta-se o conformismo denotado na fala de Claudia.

Outros fatores de risco à saúde dos profissionais de enfermagem, além do reduzido número de enfermeiros na equipe de enfermagem, são as dificuldades de delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares e a falta de reconhecimento nítido entre o público em geral de quem é o enfermeiro⁽⁸⁹⁾.

Além disso, “as precárias condições de trabalho no serviço público geram também sofrimento, pois o trabalhador se vê impotente em relação à qualidade da assistência ao cliente gerando insatisfação no trabalho e ainda um rompimento no seu processo de trabalho”⁽⁹⁰⁾.

A necessidade de lutar por melhores condições de trabalho é vista pelos profissionais como desgastante, estressante e geradora de conflitos entre a equipe. Percebe-se pelos relatos, que há uma preocupação constante dos profissionais, com precariedade das condições de trabalho. A impossibilidade de realizá-lo, de forma adequada, devido à precariedade e à falta de meios, além de imobilizar a qualidade de assistência ao paciente, compromete sua realização profissional, e conseqüentemente sua saúde física e psíquica.

Ainda, as condições de trabalho problemáticas referentes à recursos, equipamentos, segurança e possibilidades de criação, são mais prejudiciais à saúde física do trabalhador, mas ressaltam-se, contudo, os nexos intrínsecos entre as dimensões mental e corporal do ser humano ⁽²⁾.

Em relação à falta de recursos materiais percebe-se pelos relatos que é uma fonte geradora de sofrimento. Diante da falta de material de trabalho, os profissionais desenvolvem uma preocupação diante da qualidade do serviço oferecido ao paciente.

Como consequência da escassez de recursos humanos e materiais, há uma sobrecarga de trabalho para a equipe, comprometendo a qualidade do trabalho, evidenciada pela falta de poder para intervir na realidade. No entanto, percebe-se o conformismo no relato abaixo, no qual o profissional parece ter assimilado a falta de material como uma situação “normal”, que passa a ser incorporada como parte da rotina de trabalho.

O que às vezes falta é material para cuidar dos pacientes, principalmente material para curativo. É ruim, mas seria pior se faltassem antibióticos ou medicamentos para dor, né? [...] A gente fica chateada por não ter tudo na mão e então a gente fica improvisando e isso perde tempo e é ruim para o paciente, né? Mas, vai fazer o quê? Pior seria se você não tivesse condições de improvisar. (Claudia)

Esse conformismo também é relatado em relação ao trabalho em equipe, conforme a fala do profissional abaixo.

Eu tento me organizar com a equipe e reclamo bastante... risos...Falta incentivo para nós... Creio que em outros lugares também seja assim... (Paulo)

A escassez de recursos materiais exige dos profissionais uma maior capacidade de adaptações e improvisações para a realização dos procedimentos. Isso os deixa insatisfeitos em relação à assistência prestada ao paciente, levando ao desencadeamento do sofrimento no cotidiano desses trabalhadores ⁽⁹⁰⁾.

Nem sempre tem tudo que a gente precisa, mas o importante é que no final dá sempre certo, na área da saúde a gente tem que ser criativo... (Mariana)

Outro dia faltou algodão para fazer assepsia e começamos a usar gazes no lugar, mas não deu muito tempo já não tínhamos mais gazes para fazer os

curativos [...] a gente tampa o sol com a peneira e vai faltando material lá na frente [...] isso gera um mal estar na equipe que cada um faz de tudo para resolver seu problema e sempre tem um comentário ruim daquele que não deu o cuidado direito... porque não tem material necessário e gera atrito entre nós funcionários. (Pedro)

A falta de recursos humanos e materiais, o discurso dos participantes leva ao conflito da equipe.

Na fala dos profissionais, transparece a ocorrência de conflitos desencadeados pelo sofrimento psíquico dos membros e da sobrecarga emocional que este fenômeno encerra. Alguns relatos abaixo expressam insatisfação com membros da equipe de trabalho:

[...] eu separo bem as coisas, os problemas lá de fora são lá de fora, porque aqui dentro já é tudo tão complexo e tem tantos problemas com pacientes, colegas de trabalho, enfim geral... (João)

[...] se tem mais gente trabalhando, cuidaria melhor e rápido do paciente e teria tempo para ouvir o acompanhante. Com certeza não geraria conflito na equipe e ficaríamos mais satisfeitos, com a sensação de dever cumprido [...] (Pedro)

O que não tolero é falta de respeito de alguns profissionais que gritam quando querem as coisas, mas com jeitinho consigo falar o que não gostei... Todo mundo é igual a todo mundo, só muda as especialidades. (Helena)

É pressão sobre pressão que vai passando, passando e de repente tem o efeito de ação-reação, sabe e aí a gente responde para o colega... fica chato... (Pedro)

O conflito pode ser definido como “a discordância interna que tem origem nas diferenças de idéias, valores ou sentimentos de duas ou mais pessoas”⁽⁹¹⁾.

Entende-se por conflitos⁽⁹²⁾:

Todas as situações que revelam o desacordo, a divergência de interesses ou a oposição de objetivos dos atores sociais na ação coletiva, causando uma ação/reação determinada, provocando um bloqueio dos mecanismos normais de regulação ou da escolha de uma ação pelos atores sociais, seja individualmente, seja coletivamente.

Na equipe de enfermagem, os profissionais interagem entre si, com a equipe médica, pacientes e familiares. Essas relações interpessoais são as mais variadas possíveis e, muitas vezes, contribuem para o aumento de pressões e para o desencadeamento de conflitos e estresse.

Em relação às atribuições profissionais, o enfermeiro tem muitas vezes seu papel indefinido, o que o leva a se deparar com “situações nas quais não sabe que atitude pode e deve tomar, até que ponto vão seus limites funcionais e qual é o seu real papel dentro da equipe”⁽⁹³⁾.

Na formação dos enfermeiros, parece estar presente o discurso de formação de “profissionais críticos, politizados, criativos, com capacidade de liderança e autonomia, com competência para a concepção e execução da assistência a ser prestada aos pacientes”⁽⁹⁴⁾. No entanto, o que se observa, na prática, é que são profissionais que têm submetido e submetem-se às determinações superiores.

No sentido de evitar o sofrimento psíquico derivado dos conflitos, é “imprescindível compreender as relações interpessoais e grupais no trabalho, com vistas a repensar as relações de cunho apenas pessoal, que muitas vezes predominam”⁽⁹⁵⁾.

No trabalho em equipe sempre me dei bem com todo mundo [...] tá certo que de vez em quando aparece alguma coisinha para atrapalhar e quando acontece alguma coisa, mas é muito pouco, a gente fica triste e entende que cada um é cada um... Cada um tem um jeito de ser e a gente tem que respeitar e tentar conviver com o jeito das pessoas... (Rosamaria)

Há ainda outros aspectos desencadeadores de conflitos, tais como: a falta de clareza na delimitação de papéis, as disputas de poder, a estrutura hospitalar verticalizada e burocratizada e a falta de comprometimento de muitos profissionais⁽⁹⁶⁾.

No entanto, o conflito não deve ser visto apenas de forma negativa. Muitas situações conflituais são importantes e necessárias como sinalizadoras de mudanças, oportunizando que sejam repensadas e, posteriormente modificadas. Para isso, faz-se necessário que os profissionais busquem compreender o fenômeno conflito, para melhor conduzi-lo⁽⁹⁷⁾.

Quando há boa relação entre os profissionais da saúde, o paciente é o maior beneficiado, visto que os mesmos são responsáveis pelo seu cuidado⁽⁹⁸⁾.

O (profissional) do dia deixa os piores banhos para o noturno porque eles pensam que a gente dorme. Mas, na verdade muitas vezes não fazemos nem horário de janta, de descanso. (José)

[...] às vezes, vemos que falta a integração da equipe, que às vezes falta mais contato do médico com a família, que o enfermeiro precisa fazer a parte dele [...] Vemos que na equipe tem gente que precisa melhorar, mas não melhora [...] (Maria)

Os relatos acima mostram que, muitas vezes, as atividades e tarefas a serem desenvolvidas pelo profissional transcendem a área de atuação específica de cada um.

A sobrecarga de tarefas no trabalho é considerada como um dos motivos que leva ao estresse no ambiente de trabalho ⁽⁹⁹⁾. Isso ocorre devido às exigências que são impostas no ambiente e que sempre ultrapassam nosso limite de capacidade de adaptação. Os quatro fatores que resultam na sobrecarga no trabalho são: urgência do tempo; responsabilidade excessiva; falta de apoio e, expectativas contínuas de nós mesmos e daqueles que estão a nossa volta ⁽⁹⁹⁾.

Dessa forma, todos esses fatores associados geram desgaste dos profissionais, comprometendo a qualidade de assistência em enfermagem e promovendo o sofrimento psíquico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da consideração de que o exercício da Enfermagem interfere na condição emocional do profissional, a presente investigação teve como objetivo compreender a percepção de sofrimento psíquico no trabalho, elaborada por profissionais de enfermagem, especificamente por auxiliares de enfermagem. Vemos que o processo de cuidado desempenhado pela enfermagem propicia a vivência de emoções de muitas ordens podendo gerar sofrimento psíquico. Tal prática coloca cada cuidador muito próximo à condição de fragilidade biológica e emocional do paciente, assim como do próprio profissional que cuida.

Desse modo, é possível reconhecer que a enfermagem encontra-se em situação vulnerável aos fatores de risco de natureza física, química e biológica, o que justifica sua inclusão no grupo das profissões desgastantes. Paralelamente, é também possível considerar a importância dos aspectos emocionais advindos da prática profissional, afirmando que tais aspectos necessitam reconhecimento tanto da instituição como de cada protagonista que compõe o processo de prestação do cuidado.

Os relatos produzidos pelos sujeitos ouvidos na presente pesquisa permitiram nos aproximar da singular compreensão do modo como cada sujeito percebe o próprio sofrimento psíquico no âmbito da prestação do cuidado.

A análise do material obtido possibilitou constatar que é nítida a angústia e a impotência sentida pelos sujeitos no que tange à realização satisfatória do trabalho, fatores estes que interferem nos modos de vivenciarem a enfermagem, levando ao sofrimento psíquico. Por outro lado, a gratificação surge na fala dos sujeitos, na preocupação do estabelecimento do vínculo profissional-paciente-família indo além da competência técnica.

É nítido o prazer que alguns participantes atribuem ao trabalho mesmo na ausência de condições necessárias a uma existência saudável. Nota-se também que os profissionais reconhecem sua responsabilidade em lidar com o ser humano e procuram realiza-la da melhor maneira possível.

Ficou evidente, ainda, nos relatos que o aumento no efetivo de funcionários e de recursos materiais levaria a uma melhoria das condições de trabalho.

A possibilidade de um espaço público para que o grupo possa se reunir e discutir os problemas existentes, os fatores relacionados com o prazer e com o sofrimento no trabalho, conhecer uns aos outros, mostra-se de fundamental importância

Sugere-se que a adoção de algumas medidas diante do sofrimento psíquico dos profissionais: mudanças nos modelos de gestão organizacional, de forma a permitir a participação efetiva do trabalhador nas decisões, visando à melhoria da Instituição e da sociedade, na voz dos pacientes e familiares; criação de espaços para discussões em grupo com o objetivo de permitir aos trabalhadores a compreensão do sofrimento psíquico e as condições de trabalho; estabelecer uma relação dialógica entre chefia e trabalhadores no sentido de proporcionar melhores condições ocupacionais e, busca de estratégias para a reabilitação dos profissionais em sofrimento psíquico.

É possível perceber nas falas dos participantes, a necessidade urgente de poderem expressar-se, exteriorizarem sentimentos, sentirem-se compreendidos e acolhidos também pela instituição.

O distanciamento do profissional às questões pertinentes ao seu próprio mundo mental, dos aspectos intrínsecos que lhes dizem respeito à ausência de percepção e elaboração dos seus sentimentos, pode dificultar o fluir dos subjetivos processos de desenvolvimento. Isso, somado aos enfrentamentos inerentes ao campo de trabalho em saúde, pode resultar na presença de sofrimento psíquico que solicita reconhecimento.

Nessa perspectiva, espera-se que este estudo tenha contribuído para a discussão que envolve o sofrimento psíquico e os profissionais de enfermagem. Assim como tenha destacado a necessidade de que as instituições de saúde estejam sensibilizadas para a implementação de ações de promoção e prevenção dos agravos à saúde do trabalhador em sofrimento psíquico.

REFERÊNCIAS

1. Menzies I. O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade. Tavistok Institute of Human Relations, Londres; 1970.
2. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Betiol, MLS. (Coord). São Paulo: Atlas; 1994.
3. Moura HBO, Borges LO, Argolo JCT. Saúde mental dos que lidam com a saúde: os indicadores de Goldberg. In: BORGES, L.O. (Org.), Os profissionais de saúde e seu trabalho, p.247–258. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
4. Labate RC, Cassorla RMS. A escolha do profissional de saúde em trabalhar com pacientes mastectomizadas. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(2): 101-105.
5. Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-Am Enfermagem, 2000; 8(6): 96-101.
6. Sanna MC. A estrutura do conhecimento sobre administração em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007; 60(3):336-8.
7. Sousa DM. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(1): 41-47.
8. Otero JJG. Riesgos del trabajo del personal sanitario. 2. ed. Madrid: McGRAW-HILL – Interamericana de ESPAÑA; 1993.
9. Echer IC, Moura GM, Magalhães AN, Piovesan R. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1999; 20(2): 65-76.
10. Miranda AF. Estresse ocupacional: inimigo invisível do enfermeiro? [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.
11. Dal Ben LW, Carvalho MB, Souza TM, Felli VEA. A percepção da relação sofrimento/prazer no trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem em internação domiciliária. Cogitare Enfermagem. 2004; 9(2): 73-81.
12. Lopes GT, Spíndola T, Martins ERC. O adoecer em enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares. Rev Enferm UERJ. 1996; 4(1): 9-18.
13. Nogueira-Martins LA. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: Botega NJ. (org.) Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência, Porto Alegre:Artmed; 2006, 2ª edição, págs 141-54.
14. Belancieri MF, Bianco MHBC. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área de enfermagem de um hospital universitário. Texto Contexto Enferm. 2004; 13(1): 124-131.

15. Ferreira LRC, De Martino MMF. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. *Rev Ciênc Méd.* 2006; 15 (3): 241-248.
16. Batista KM, Bianchi, ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006; 14(4): 534-9.
17. Nogueira MLF. Afastamentos por adoecimento de trabalhadores de enfermagem em oncologia [mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
18. Girondi JBR, Backes MTS, Argenta MI, Meirelles BHS, Santos SMA. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. *Rev Eletr Enf.* 2010;12(1):20-7.
19. Martins JT. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapias intensivas: estratégias defensivas. [doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
20. Silva CO. Trabalho e subjetividade no hospital geral. *Psicol Cienc Prof.* 1998; 18(2): 26-33.
21. Tonini NS, Fleming SF. História da enfermagem: evolução e pesquisa. *Arq Ciênc Saúde Unipar.* 2002; 6(3): 131-134.
22. Martins JT, Robazzi, MLCC. Sentimentos de prazer e sofrimento de docentes na implementação de um currículo. *Rev Gaúcha Enf.* 2006; 27(2): 284-90.
23. Lunardi Filho WL. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas: UFPel; Florianópolis: UFSC; 2000.
24. Bellato R, Pasti MJ, Takeda E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 1997; 5(1): 75-81.
25. Formiga JMM, Germano RM. Por dentro da história: o ensino de administração em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58 (2): 222-6.
26. Oliveira ML, Paula TR, Freitas JB. Evolução histórica da assistência de enfermagem. *ConsSaúde.* 2007; 6(1): 127-136.
27. Leopardi MT, Gelbcke FL, Ramos FRS. Cuidado: Objeto de trabalho ou objeto epistemológico da Enfermagem? *Texto Contexto Enferm.* 2001; 10(1): 32-49.
28. Pires D. Organização do trabalho na saúde. In: Leopardi MT. et al. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Editora PAPA-Livros, UFSC; 1999. 176 p.
29. Santos MS, Trevizan MA. Sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro. *Nursing – Revista Técnica de Enfermagem,* 2002: 23-28.

30. Sentone ADD, Gonçalves AAF. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2002; 23: 33-38.
31. Souza NVDO, Lisboa MTL. Ritmo de trabalho: fator de desgaste psíquico da enfermeira. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2005; 9(2): 229-36.
32. Michaelis. Dicionário escolar língua portuguesa. 7.ed.atual. São Paulo: Melhoramentos; 2006.
33. Batistti RB, Bavaresco AM. Estudo bibliográfico sobre aspectos geradores de estresse que afetam o ser humano no ambiente de trabalho. *Unoesc & Ciência – ACHS*. 2010: 1(2): 139-148.
34. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999.
35. Lancman S, Ghirardi MIG. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2002; 13(2): 44-50.
36. Martins JT, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Garanhani ML, Haddad MCL. Significados do gerenciamento de unidade de terapia intensiva para o enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1): 113-9.
37. Dejours C. *A Loucura do trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. Tradução: Paraguay AI, Ferreira LL. São Paulo: Oboré, 5.ed.; 1992.
38. Lancman S, Uchida S. Trabalho e Subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2003; 6: 79-90.
39. Dejours C. A psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: Mendes AM, Cruz Lima SC, Facas E. (Orgs). *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. (pp. 13-26). Brasília: Paralelo 15; 2007.
40. Lancman S, Sznelwar LI. (orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Editora Fiocruz; 2004.
41. Seligmann-Silva E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. São Paulo: Cortez; 1994.
42. Brandão Junior PS. *Biossegurança e aids: as dimensões psicossociais do acidente com material biológico no trabalho em hospital [mestrado]*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.
43. Martins SP. *Direito do trabalho*. 16. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
44. Flach L, Grisci CLI, Silva FM, Manfredini V. Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. *Psicol Soc*. 2009; 21(2): 193-202.

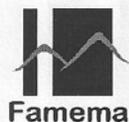
45. Dejours C. A banalização da injustiça social. Trad. Luiz Alberto Monjardim. 4ª ed. São Paulo: FGV; 2001.
46. Gomes GC, Lunardi Filho WD, Erdmann AL. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2006; 14(1): 93-9.
47. Tamayo MR. Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos [mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.
48. Tamayo A. et al. Exaustão emocional: a profissão e os valores pessoais como preditores. [Resumo]. In: Anais da Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), XXX Reunião Anual de Psicologia, Resumos (p.217). Brasília, DF: SBP; 2000.
49. Spindola T, Martins ERC. O estresse e a enfermagem – a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. Rev Enf. 2007; 11(2): 212-219.
50. Sávio SA. El Síndrome del Burnout: un proceso de estrés laboral crónico. Hologramática. 2008; 5(8): 121-138, 2008.
51. Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. 2. ed. São Paulo: Makron Books; 1994.
52. Tamayo MR, Tróccoli BT. Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. Estudos de Psicologia. 2002; 7(1): 37-46.
53. Beck CLC. Da banalização do sofrimento à sua resignificação ética na organização do trabalho [doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis; 2000.
54. Pagliari J, Collet N, Oliveira BRG, Viera CS. Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Rev Eletr Enf. 2008; 10(1): 63-76.
55. Aquino JM, Labate RC, Furegato ARF. Estresse, prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro no centro cirúrgico. In: Anais do 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem – Transformação Social e Sustentabilidade Ambiental, p.6122-6124; 2009.
56. Teixeira RC, Mantovani MF. Enfermeiros com doença crônica: as relações com o adoecimento, a prevenção e o processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2): 415-421.
57. Gobbi C, Durman S. Sofrimento psiquiátrico no trabalho: percepções de enfermeiros. Rev Tempus Actas Saúde Colet. 2010; 4 (1): 169-77.

58. Mendes AMB. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicol Cienc Prof.* 1995; 15(1-3): 34-38.
59. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.
60. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3): 507-14.
61. Bleger J. Temas de psicologia: entrevista e grupos. (Moraes, R., Trad.). São Paulo: Martins Fontes; 1995.
62. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010. 226p.
63. Guareshi P. Alteridade e relação: Uma perspectiva crítica. In: ARRUDA, Ângela (org.), Representando a alteridade. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
64. Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(5):573-9.
65. Waldow VR. Definições de cuidar e assistir: um mera questão de semântica? *Rev Gaúcha Enferm.* 1998, 19(1): 20-32.
66. Waldow VR. Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Rio de Janeiro: Vozes; 2006.
67. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2): 328-33.
68. Oliveira DC A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais [mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.
69. Beck CLC. O processo de viver, adoecer e morrer. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
70. Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves SA. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arq Med ABC.* 2006; 31 (2): 73-7.
71. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001. 2922 p.
72. Camargo-Borges C, Mishima S, McNamee S. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia.* 2008; 1(1): 8-19.
73. Souza RA, Carvalho AM. Programa de saúde da família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos de Psicologia.* 2003; 8(3): 515-523.

74. Bueno FMG. A construção da autonomia profissional: o trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2002.
75. Soares JCRS, Camargo Junior KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunic Saude Educ.* 2007; 11(21): 65-78.
76. Dejours C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat JF. (Org.), *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* (Vol. 1, pp. 149 - 174). São Paulo: Atlas; 1996.
77. Dejours C. A metodologia em psicopatologia do trabalho, In: Lancman S, Sznelwar LI. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo15/FIOCRUZ, 2004. p.105-126.
78. Ferreira MC, Mendes AM Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social Brasileira. Brasília: Edições LPA e FENAFISP; 2003.
79. Guido LA. *Stress e Coping* entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica [doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.
80. Cunha AS. Finitude humana: a perplexidade do homem diante da morte. 5º Encontro de Pesquisa na Graduação em Filosofia da Unesp. 2010; 3(1).
81. Oliveira JR, Bretas JRS, Yamaguti L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(3): 386-94.
82. Bretas JRS, Oliveira JR, Yamaguri L. Reflexões de Estudantes de Enfermagem Sobre Morte e o Morrer. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(4): 477-483.
83. Bernieri J, Hirdes A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(1): 89-96.
84. Kovács MJ. (coord.) *Morte e Desenvolvimento Humano* São Paulo, Casa do Psicólogo; 1992.
85. Cassorla RMS. *Da morte: estudos brasileiros*. Campinas:Papirus; 1991, 241p.
86. Ribeiro JMS *Autonomia profissional dos enfermeiros* [mestrado]. Portugal: Universidade do Porto; 2009.
87. Bork AMT. O desafio de mudar transformando as pessoas e a profissão: o sistema de enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein. *Rev Prática Hospitalar.* 2004; 31 (ano VI).

88. Passador MB. (org.) Principais legislações para o exercício da enfermagem. 2011. Disponível em: http://www.debasil.com.br/admin/anexos/18-04-2011_14_47_20_.pdf Acesso em: 26 dez. 2011.
89. Stacciarini JMR, Tróccoli BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001; 9(2): 17-25.
90. Medeiros SM, Ribeiro LM, Fernandes SMBA, Veras VSD. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. Rev Eletr Enf. 2006;8(2):233-40.
91. Marquis BL, Huston CJ Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. Porto Alegre: Artmed; 1999. 557p.
92. Falk MLR. A competência gerencial nos conflitos interpessoais [mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
93. Sueli AC, Banqueri RAM. A atuação do enfermeiro frente a: imperícia, imprudência e negligência uma revisão de literatura [monografia]. Batatais: Centro Universitário Claretiano de Batatais; 2006.
94. Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Spricigo J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. Rev Latino-Am Enferm. 2001; 9(2): 91-6
95. Urbanetto JS, Capella BB Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. Rev Bras Enferm. 2004; 57(4):447-52.
96. Lima IB, Bastos LO. Conflitos na relação entre profissionais de saúde sob a óptica do paciente. Rev. Enferm UFPE on line. 2007, 1 (1): 19-27.
97. Stumm EMF O estresse de equipe de enfermagem que atuam em unidades de centro cirúrgico, nos hospitais da cidade de Ijuí [mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
98. Pinho MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciênc Cognição. 2006; 8: 68-87.
99. Rocha ACF. O estresse no ambiente de trabalho [monografia]. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da Universidade Veiga de Almeida; 2005.

ANEXO I – Parecer do Comitê de Ética



FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 14 de Dezembro de 2010

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Sonia Maria L. Takano
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 1135/10, intitulado: "Representações do Sofrimento Psíquico Elaborado por Profissionais de Enfermagem", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 13/12/2010, de acordo com a Resolução 196/96 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista

I - Dados de identificação

Nome: _____ Idade: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____ Nº de filhos: _____

Tempo de trabalho neste serviço: _____

Carga horária de trabalho diária: _____ Carga horária semanal: _____

Horário de trabalho: _____

Possui outro vínculo de trabalho? () sim () não

Se sim: carga horária diária: _____ Carga horária semanal: _____

Horário de trabalho: _____

II - Questões norteadoras:

1. Pensando na organização do seu trabalho, quais são seus sentimentos com relação ao dia a dia das suas atividades?
2. Tem alguma dificuldade que se fosse resolvida, melhoraria o seu trabalho?
3. Ainda com relação às dificuldades, como tenta superá-las?

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro participante:

Gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “**Percepções do sofrimento psíquico elaborado por profissionais de enfermagem**”, através de instrumento de entrevista semi-estruturada gravada. Trata-se de coleta de informações para serem utilizadas em dissertação de mestrado desenvolvida na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Medicina de Botucatu. O objetivo da presente pesquisa é compreender a atribuição do sofrimento psíquico no trabalho, elaborado pelos profissionais da enfermagem. A sua participação neste estudo é voluntária, dando-lhe plena liberdade para desistir da pesquisa a qualquer momento. Sua identificação será confidencial, entretanto os resultados do estudo serão publicados e os registros disponíveis para uso da pesquisadora, porém sua identidade ou de outro não será revelada. A entrevista será gravada e, após a pesquisadora transcrevê-las, será destruída.

Declaração do(a) participante:

Eu, _____, abaixo assinado (a) concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e compreendi todas as informações referentes a este estudo e todas as dúvidas foram esclarecidas pela pesquisadora.

Marília, ____ de _____ de 20____.

Nome do participante: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Pesquisadora: Sonia Maria Leopize Takano RG. 14.181.391 Fone: (14) 2105 2328 Email: luizsonia@uol.com.br . Endereço: Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 4800 - Marília-SP – CEP: 17.514-000

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alice Ornellas Pereira RG.8.737.476-6 Fone: (14) 3811 6070 Email: malice@fmb.unesp.br Mestrado Profissional em Enfermagem/Departamento de Enfermagem/Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita”.