CEPPE
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa

MESTRADO EM ENFERMAGEM

EVANDRO BENEDITO ABATE

SOFRIMENTOS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS PSIQUIATRAS NO PROCESSO DE TRABALHO NO ÂMBITO HOSPITALAR

Guarulhos
2014

EVANDRO BENEDITO ABATE

SOFRIMENTOS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS PSIQUIATRAS NO PROCESSO DE TRABALHO NO ÂMBITO HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Maria de Belém Gomes Cavalcante

Guarulhos
2014

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas Fernando Gay da Fonseca

A119s

Abate, Evandro Benedito
Sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras no processo de trabalho no âmbito hospitalar / Evandro Benedito Abate. -- 2014.
103 f.; 31 cm.

Orientadora: Profª. Drª. Maria de Belém Gomes

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Pós Graduação e Pesquisa, Universidade Guarulhos, Guarulhos, SP, 2014.

1. Relação enfermeiro-paciente 2. Psicopatologia 3. Enfemagem psiquiátrica I. Título II. Gomes, Maria de Belém, (Orientadora). III. Universidade Guarulhos

CDD. 610.73

UnG

CEPPE
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa
Universidade Guarulhos - UnG

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado, intitulada **"Sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras no processo de trabalho no âmbito hospitalar"**, em sessão pública realizada em 30 de Setembro de 2014, considerou o candidato Evandro Benedito Abate aprovado.

1. Profa. Dra. Maria de Belém Gomes Cavalcante _____

2. Profa. Dra. Lucia Helena Grando Scudeler _____

3. Profa. Dra. Luciana de Almeida Colvero _____

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua produção total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que citada a fonte.

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a minha esposa Elizabeth, meu amor e minha companheira de todas as horas e aos meus filhos, Davi e Lara, pelo amor, alegria, generosidade e incentivo que trouxeram à minha vida e simplesmente por existirem. Aos meus pais João e Naidi e sogros Paulo e Elza (*in memoriam*), pelo amor, dedicação, aceitação incondicional e exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus**,** pela vida, força, proteção e oportunidades que me foram concedidas;

À minha orientadora Profª. Drª. Maria de Belém Gomes Cavalcante que, com perseverança, confiança, tranquilidade e competência, possibilitou o desenvolvimento deste trabalho. A cada orientação, passava a respeitá-la e admirá-la ainda mais, não só pelo conhecimento, mas pela sabedoria e pelo respeito com que me conduziu no processo de aprendizagem;

A todos os professores do Mestrado, pelo conhecimento compartilhado e pela contribuição no processo de construção deste trabalho;

Aos colegas de turma do Mestrado, pela convivência harmônica, alegrias, momentos de descontração e troca de saberes ao longo desta jornada;

Aos enfermeiros que participaram da pesquisa, por desvelarem suas vivências profissionais e possibilitarem a realização deste trabalho;

Aos diretores e chefia de enfermagem do hospital selecionado para o estudo, por permitirem a realização da pesquisa;

Às professoras, Drª. Luciana de Almeida Colvero e Drª. Lucia Helena G. Scudeler, pelas valiosas contribuições e participações no Exame de Qualificação e Banca Examinadora;

A todos que, direta ou indiretamente, estiveram presentes nesta trajetória, embora não tenha sido possível nominá-los, o incentivo de vocês foi precioso e fundamental.

RESUMO

Abate EB. Sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras no processo de trabalho no âmbito hospitalar. [dissertação] Guarulhos-São Paulo: Universidade Guarulhos; 2014.

Este estudo teve como objetivos identificar a existência de sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras que atuam em um hospital de internação psiquiátrica do município de São Paulo e verificar as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros psiquiatras para enfrentar possíveis sofrimentos existentes em seu processo de trabalho. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, tipo descritiva. A pesquisa foi realizada em um hospital psiquiátrico conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na zona sul do município de São Paulo. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com 09 enfermeiros. Para organização dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC aponta a existência de sofrimento no processo de trabalho dos enfermeiros psiquiatras na instituição-cenário do presente estudo. O DSC revela várias modalidades de sofrimentos vivenciados pelos enfermeiros. Através da exposição dos discursos dos colaboradores da pesquisa, fica evidente a ausência de qualquer recurso ou suporte institucional aos enfermeiros para minimizar o sofrimento decorrente dos seus processos de trabalho. As estratégias defensivas utilizadas para minimizar o sofrimento neste cenário desfavorável foram às caracterizadas como estratégias de proteção, que são representadas por situações em que os enfermeiros apresentam modos de pensar e agir com a finalidade de suportar o sofrimento, através principalmente, da racionalização, passividade, individualismo, isolamento. O DSC aponta fatores que deveriam nortear a relação profissional dentro do ambiente hospitalar, na tentativa de minimizar qualquer tipo de conflito interdisciplinar e, consequentemente, possibilitar o equilíbrio entre os sentimentos de prazer e o sofrimento no processo de trabalho.

Palavras-chave: Sofrimento. Enfermeiro. Processo de trabalho.

ABSTRACT

Abate EB. Sufferings Faced by Psychiatrists Nurses within Working Process in Hospital Scope. [Dissertation] Guarulhos-São Paulo-Brazil: Universidade Guarulhos; 2014.

This study aimed to identify the existence of suffering faced by psychiatrist nurses working in a psychiatric hospital located in São Paulo and check the defensive strategies used by psychiatric nurses to face possible existing sufferings in their working process. This is a qualitative study, descriptive type. The survey was conducted at a psychiatric hospital convened with SUS (Portuguese acronym for Unified Health System), located in the south region of São Paulo, Brazil. The data collection was conducted through semi-structured interviews with 09 nurses. To organize the data, the Collective Subject Discourse (CSD) was used. The CSD indicates the existence of suffering in nurses' working process in a psychiatric institution, which was the scenario of the present study. The SCD reveals various forms of suffering experienced by nurses. Through exposure of the speeches of the research collaborators is evident the absence of any feature or institutional support to nurses to minimize suffering resulting from their working processes. Defensive strategies to minimize suffering in this unfavorable scenario were characterized by protection, which are represented by situations in which nurses have ways of thinking and acting in order to endure suffering. Another form of protection was the rationalization, identified in speeches denoting passivity, individualism, isolation, alienation and apathy. The CSD indicates factors that should guide the professional relationship within the hospital setting, in an attempt to minimize any kind of interdisciplinary conflict and thus enable the balance between feelings of pleasure and suffering in the working process.

Keywords: Suffering. Nurse. Work process.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Processo de trabalho de enfermagem baseado nos estudos de Beck, Cesar, Holzachuch, 2010 18

Quadro 2 - Perfil dos enfermeiros entrevistados 46

Quadro 3 - Ações/promoções em QVT baseados no estudo de Alves, 2011.....67

LISTA DE ABREVIATURAS

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DORTs – Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho

LERs – Lesões por Esforços Repetitivos

SUS – Sistema Único de Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo

USP – Universidade de São Paulo

EC – Expressão-Chave

IC – Ideia Central

A – Ancoragem

SCP – Sistema de Classificação Clientes/Pacientes

Nº - Número

Art. – Artigo

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....12
2. INTRODUÇÃO.....13
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....17
3.1 O processo de trabalho de enfermagem.....17
3.2 As duas dimensões do processo de trabalho de enfermagem: gerencial e assistencial.....21
3.3 Os sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras em decorrência do processo de trabalho.....25
3.4 Abordagens teóricas predominantes nos estudos de inter-relação saúde mental e trabalho.....28
3.4.1 Abordagem do desgaste.....29
3.4.2 Abordagem do estresse.....30
3.4.3 Abordagem ergonômico.....33
3.4.4 Abordagem da psicopatologia do trabalho.....35
4. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO NO TRABALHO.....38
4.1 Mobilização subjetiva.....39
4.2 Estratégias defensivas.....43
5. OBJETIVOS.....45
6. PERCURSO METODOLÓGICO.....46
6.1 Tipo de pesquisa.....46
6.2 Cenário de pesquisa.....47
6.3 Participantes.....48
6.4 Coleta de dados.....49
6.4.1 Procedimentos éticos.....51
6.4.2 Instrumentos de coleta de dados.....51
6.5 Apresentação e análise dos dados.....52
7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO DSC.....55
8. ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PSIQUIATRAS NO SEU PROCESSO DE TRABALHO.....77
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....80

REFERÊNCIAS.....84
APÊNDICE.....99
Apêndice A.....99
Apêndice B.....100
ANEXO.....102
Anexo A.....102

1. APRESENTAÇÃO

O interesse pelo assunto surgiu ainda na graduação. Durante o período de estágio na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental realizado em um hospital psiquiátrico de portas fechadas, observei, apesar da minha inexperiência, que os profissionais de enfermagem daquele serviço estavam expostos a cargas de trabalho particulares, ou seja, enfrentavam dificuldades específicas, inerentes à relação de trabalho de enfermagem em Psiquiatria.

Com o início da minha carreira profissional como enfermeiro psiquiatra[1,2] assistencial e, posteriormente como docente, tive a oportunidade de reafirmar essa observação, o que me causou bastante inquietação.

Como trabalhadores da enfermagem, tais profissionais experimentam situações no processo de trabalho que são compartilhadas por todos da enfermagem, independente da área/especialidade de atuação, como precarização das condições de trabalho, baixas remunerações, jornada dupla ou noturna, pressão por maior produção, situações de emergência e conflitos, além de ter como atividade central o cuidado ao ser humano, o que desprende um alto nível de exigência.

Além disso, existem outros fatores que estão inseridos na atividade de enfermagem Psiquiátrica, como a falta de formação específica para ingressar no mercado de trabalho; o cuidado ao “louco”, um ser excluído, à margem da sociedade e muitas vezes recluso; as possíveis situações de agressão (auto e heteroagressão); e o suicídio, que requer do profissional estado de alerta constante.

Pelo exposto, ao ingressar na pós-graduação, nível mestrado, encontrei a oportunidade para responder à minha indagação em relação aos possíveis sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras em seu processo de trabalho no âmbito hospitalar, assim como as estratégias defensivas utilizadas no intuito de manter o equilíbrio psíquico, sendo este estudo um momento importante da minha prática profissional.

[1,2] Para maiores esclarecimentos sobre esta terminologia, consultar Hojaij (1975) e Filizola (1999).

2. INTRODUÇÃO

O trabalho é um dos elementos que mais interferem nas condições e qualidade de vida do homem e, portanto, na sua saúde[3]. A sociedade é movida pelo trabalho desde a antiguidade clássica e sempre teve duas vertentes: a elite, que realizava os trabalhos intelectuais e os indivíduos, que, subjugados por esse grupo, realizavam os trabalhos considerados subalternos, rústicos, penosos[4].

Na Inglaterra, durante os séculos XVIII e XIX, aconteceu um notável desenvolvimento econômico denominado "Revolução Industrial"[4], um marco histórico no mundo do trabalho, que foi possível graças aos avanços na área tecnológica que culminou com grandes transformações no sistema de trabalho, como a substituição do trabalho rural e do artesanato por atividades industriais.

A invenção e o uso de máquinas a vapor, de novas ferramentas de trabalho e a criação de equipamentos destinados à indústria têxtil tornaram possível a evolução desse novo sistema de trabalho[4].

Com o desenvolvimento industrial e a acentuação da divisão entre concepção e execução do trabalho, a aplicação direta destes princípios trouxe graves prejuízos à saúde física e mental dos trabalhadores, em consequência de prolongadas jornadas de trabalhos, automação, não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas[5].

Na era pós-industrial, a manifestação do sofrimento tornou-se um tabu, sendo vista como ausência de motivação, fraqueza de caráter ou desequilíbrio emocional. Assim, o sofrimento no trabalho, fator inerente à condição humana, só passa a ser tolerado quando transformado em adoecimento[6].

Com o avanço da técnica, cuja função é proporcionar maior conforto ao homem, o trabalho, na contemporaneidade, do ponto de vista físico, tornou-se mais leve, mas em termos psicológicos, vem se configurando como árduo, pesado e como fonte de competição[7].

> "Em nossa sociedade, o trabalhador encontra-se exposto a diversas formas de precarização das condições do trabalho como o desemprego, as baixas remunerações, a jornada dupla ou tripla de trabalho, a pressão pela maior produção no menor espaço de tempo, além de modelos organizacionais que dispensam o uso de criatividade e estimula a competição entre os trabalhadores, o que pode contribuir para a desvalorização dos mesmos"[8].

Essas transformações que estão ocorrendo na sociedade e, consequentemente no trabalho, também ocorrem nos serviços de saúde, que respondem a várias necessidades como inovações tecnológicas de alta complexidade e especialidade, protocolos, rotinas, além do cuidar do outro.

Entende-se por profissional de saúde aquele profissional que desempenha suas atribuições em unidades de saúde. Nesse grupo, são várias as profissões inseridas: médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outras[9].

A enfermagem, como parte do trabalho em saúde, vem sofrendo transformações no seu processo de trabalho e reconstruindo seu conhecimento, faz parte de um exercício coletivo em saúde, tornou-se hierarquizado, especializado e mais autônomo.

Com a organização da profissão (século XX), o fazer de enfermagem sofre transformação, ocorre a adoção de rotinas e protocolos de organização, culminando numa postura de distanciamento desse profissional com o paciente[10]. As rotinas e métodos se tornaram, então, mais importantes do que a finalidade do trabalho, ou até mais importantes do que o agente[10].

O trabalho de enfermagem é constituído por atividades relativas ao cuidado e administração do espaço assistencial, tendo como princípio a divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho[11]. Trata-se de uma profissão com singularidades e especificidades nas atividades que desenvolvem no seu dia-a-dia.

Assim, no trabalho de enfermagem, inserido no modelo atual do capital, cujo foco está na polivalência, na flexibilidade, nos resultados e na exigência de altos níveis de *performance*, há uma forte tendência a não valorizar a contribuição do trabalhador, com fortes impactos sobre sua saúde[12].

> "Os indivíduos reagem de forma diferente às dificuldades das situações de trabalho e chegam a este trabalho com sua história de vida pessoal. Os problemas, neste contexto, nascem de relações conflituosas. De um lado, encontra-se a pessoa e sua necessidade de prazer; e do outro, a organização, que tende à instituição de um automatismo e à adaptação do trabalhador a um determinado modelo"[5].

O prazer está relacionado à satisfação de necessidades representadas em alto grau pelo sujeito, tornando, desta forma, uma manifestação episódica, tendo em vista as contrariedades impostas pela civilização[5].

Além da (re)significação do sofrimento, o prazer no trabalho ocorre quando é permitido ao trabalhador desenvolver suas potencialidades, conferindo liberdade de criação e de expressão, favorecendo os laços cognitivo-técnicos com o resultado das atividades realizadas, promovendo a satisfação do trabalhador por meio da conscientização de seu papel para a organização em que trabalha e também para a sociedade em que está inserido[13].

Sofrimento acontece quando há uma falha na intermediação entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pela organização de trabalho[8]. O sofrimento é caracterizado por sensações desagradáveis provenientes da não satisfação de necessidades. Estas são de origem inconsciente e estão relacionadas aos desejos mais profundos dos sujeitos [...][5].

Dentro dessa realidade, há o surgimento da Enfermagem Psiquiátrica, que formou um corpo de conhecimento especial fundamentado no conceito de loucura que, a partir de então, foi considerada doença mental, adjetivada e especificada[3].

No senso comum, há a crença de que o trabalhador de enfermagem que atua em psiquiatria está mais propenso ao risco de adoecer mentalmente, “enlouquecer”[14] [...]. Essa crença revela a maior possibilidade desses trabalhadores de desenvolverem sofrimento psíquico em função do trabalho que realizam[14].

No cotidiano do cuidado, a enfermagem percebe que o ambiente ansiogênico, as atitudes insalubres e penosas são agressivas ao psiquismo[15].

O desenvolvimento de tarefas superpostas e repetitivas somando as solicitações contínuas e inesperadas impõem um ritmo cansativo de trabalho levando a um esgotamento físico e mental[15].

> “No ambiente psiquiátrico isso não é diferente, a equipe de enfermagem está exposta a estressores, físicos, mecânicos, biológicos, químicos e psíquicos que se assemelham aos enfrentados pelos trabalhadores de outras unidades, porém causam um impacto diferenciado pela intensidade com que acontecem e pelos indivíduos neles internados, serem portadores de comportamentos “anormais” tornando-os seres excluídos da sociedade”[3].

Pelas suas condições, os trabalhadores encontram-se expostos a todas as cargas de forma intensa e específica[14], porém, nos estudos que abordam a saúde do trabalhador de enfermagem na assistência psiquiátrica, encontra-se uma escassez de literatura, sobretudo, nacional[16]. Espera-se, a partir da presente pesquisa contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho vivenciado pelo enfermeiro psiquiatra, contribuindo para o implemento de ações no enfrentamento

de tais situações na organização do trabalho. Por esse motivo, questiona-se: Como os enfermeiros psiquiatras de uma determinada instituição hospitalar revelam/enfrentam o sofrimento?

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O processo de trabalho de enfermagem

O entendimento do trabalho como processo é uma construção relativamente recente para enfermagem[17]. O trabalho pode ser caracterizado como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas, no presente caso, especificamente necessidades de saúde[18].

Sua formulação é decorrente da teoria marxista, que vê o trabalho como transformação da matéria pela mão do ser humano, num *continuum* dinâmico no qual ambos sofrem alterações[19].

O processo de trabalho é a junção dos meios de trabalho e dos objetos sobre o que recai um trabalho produtivo. E o produto não é só resultado, e sim a condição para que aconteça o processo de trabalho[20].

Sendo assim, processo de trabalho é uma prática social cujos elementos básicos são os agentes, os objetos, os instrumentos, a atividade e a finalidade:

> "Os agentes são aqueles a quem compreende a realização do trabalho; o objeto é aquilo que os trabalhadores querem transformar; os instrumentos são os meios que ajudam a trabalhar; ou seja, o saber técnico-científico; a atividade é a prática das técnicas (o trabalho diário); e a finalidade é a meta"[20].

O conceito e o esquema geral dos processos de trabalho são oriundos da economia e ganharam utilidade especial na análise de processos de trabalho específicos na ergonomia e saúde do trabalhador, na engenharia de produção e na administração[21]:

> "Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação de objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos. Os meios de produção ou instrumentos de trabalho podem ser máquinas, ferramentas ou equipamentos em geral, mas também, em uma visão mais ampla, podem incluir conhecimentos e habilidades. Os objetos a serem transformados podem ser matérias-primas ou materiais já previamente elaborados ou, ainda, certos estados ou condições pessoais ou sociais. Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico"[21].

O trabalho em saúde, por ser muito complexo e atender às necessidades

vitais literalmente, é compartilhado por vários agentes. Em alguns momentos, os instrumentos de trabalho são os mesmos para diversos profissionais, a finalidade é a mesma e o objeto a ser transformado pode até ser o mesmo, mas diferentes sempre são os métodos[19].

O trabalho em saúde está caracterizado na esfera da produção imaterial, pois, o mesmo se completa no ato de sua realização, e pode assumir formas diversas, desde uma cirurgia, aos cuidados clínicos a orientações nutricionais[22].

É imprescindível citar que a assistência em saúde é desenvolvida de diversas maneiras, mas sempre deve ser considerada uma atividade especial, realizada por pessoas com dotes especiais e conhecimentos especiais[22].

A enfermagem, assim como algumas profissões da saúde, tem seu trabalho centrado no cuidado ao ser humano, através de atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

O trabalho de enfermagem tem uma identidade de processo, tendo em vista que contempla todos os elementos já citados, porém, ao analisarmos as atividades desenvolvidas pelos profissionais enfermeiros, assim como a equipe de enfermagem (técnicos e auxiliares), podemos notar a existência de subprocessos em suas atividades.

Em um trabalho de revisão de literatura, a autora relata que esses subprocessos podem ser denominados: cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar e pesquisar e ensinar[23].

Outras autoras[3] corroboram com essa afirmação ao citar que na enfermagem também há mais de um processo de trabalho, que pode ou não ser executado concomitantemente. São eles: o processo de trabalho assistir, o processo de trabalho administrar, o processo de trabalho ensinar, o processo de trabalho pesquisar e o processo de trabalho participar politicamente (Quadro 1) :

Componentes/ Processos	**Objeto**	**Agentes**	**Instrumentos**	**Finalidades**	**Métodos**	**Produtos**
Assistir	Cuidado de indivíduos, família e comunidade	Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem	Conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem o assistir em enfermagem, materiais, equipamentos, espaço físico	Promover, manter e recuperar a saúde	Sistematização da assistência e procedimentos de enfermagem	Pessoa saudável ou morte com dignidade

Administrar	Agentes do cuidado e recursos empregados no assistir em enfermagem	Enfermeiro	Bases ideológicas e teóricas de administração e prática de gerenciamento de recursos	Coordenar o processo de trabalho assistir em enfermagem	Planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria	Condições para o cuidado se efetivar com eficiência e eficácia
Ensinar	Indivíduo que quer tornar-se, desenvolver-se como profissional de enfermagem	Aluno e professor de enfermagem	Teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem	Formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem	Ensino formal, supervisionado por órgãos de classe e da educação	Enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, especialistas, mestres, doutores, etc.
Pesquisar	Saber em enfermagem	Enfermeiro	Pensamento crítico e filosofia da ciência	Descobrir novas e melhores formas de assistir, gerenciar, ensinar e pesquisar em enfermagem	Métodos qualitativos e quantitativos de pesquisa	Novos conhecimen-tos
Participar politicamente	Força de trabalho em enfermagem e sua representatividade	Profissionais de enfermagem e outros atores sociais com quem se relacionam	Conhecimentos de Filosofia, Sociologia, Economia, História e Ciência Política; argumentação, diálogo, pressão política, manifestação pública e rompimento de contratos	Conquistar melhores condições para operar os outros processos de trabalho	Negociação e conflito	Poder, reconheci-mento social e conquista de condições favoráveis para operar os processo de trabalho

Fonte: baseado em Beck, Cesar, Holzachuch, 2010.

Para melhor entendimento, as autoras descrevem, em seu trabalho, os processos citados no quadro acima da seguinte forma:

O processo de trabalho **Assistir ou cuidar em Enfermagem** tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades. Algumas pessoas entendem que o objeto de trabalho é o corpo biológico desses indivíduos, mas a Enfermagem é uma ciência e uma prática que se faz a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, que são providos por seus profissionais.

O processo de trabalho **Administrar ou gerenciar em Enfermagem** tem como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados no assistir em enfermagem. Tem como agente o enfermeiro, o único profissional que domina os métodos empregados nesse processo, que são o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria. Mesmo o técnico de enfermagem, que pode

auxiliar o enfermeiro nesse fazer porque recebeu informação para isso, não é formado para administrar e sim para prática do gerenciamento dos recursos empregados para o assistir em enfermagem, instrumentos desse processo.

O processo de trabalho **Ensinar em Enfermagem** tem dois agentes: o aluno e o professor de enfermagem. Seu objeto são os indivíduos que querem se tornar profissionais de enfermagem ou aqueles que, já sendo profissionais, querem continuar a se desenvolver profissionalmente. Para efetivá-lo, os agentes exercitam as teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, empregados como instrumentos para atender à finalidade de formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem.

O processo de trabalho **Pesquisar em Enfermagem** também tem como agente exclusivo o enfermeiro, porque apenas esse profissional de enfermagem tem formação em Metodologia de Pesquisa Científica. Para tanto, ele aprende métodos quantitativos e qualitativos da pesquisa e emprega o pensamento crítico e a filosofia da ciência como instrumentos.

O processo de trabalho **Participar Politicamente** é parcialmente descrito na literatura científica disponível. Por sua natureza, ele permeia todos os outros processos e, muitas vezes, está presente sem que o profissional de enfermagem tome conhecimento dele. Há aqueles que se dizem apolíticos, pois declaram trabalhar sem professar crenças, servir a ideologias ou fazer proselitismo. Este é um engano frequente. Participar politicamente não significa necessariamente filiar-se a um órgão de classe, organizações que se dedicam à defesa dos direitos civis ou a um partido político. Todo julgamento moral e atitude que lhe corresponda é uma forma de participação política, sem o que não é possível estar no mundo em sociedade.

O modo como desenvolvemos nossas atividades profissionais, o modo como realizamos o nosso trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Dito de outra forma, pode-se ter que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade[21].

3.2 As duas dimensões do processo de trabalho de enfermagem: gerenciamento e assistência

Com as transformações e o início da organização da profissão no século XX, o fazer enfermagem passou por mudanças, assim como as equipes multiprofissionais, e começou a utilizar o gerenciamento como principal instrumento de trabalho para prestar cuidados direto ou indireto, organizar e capacitar seus agentes.

A visão social recupera a força de trabalho, sendo assim, os hospitais passam a se reorganizar como locais de cura e a enfermagem passa a atuar em três frentes: organizando o cuidado com o doente, organizando o ambiente terapêutico e organizando seus agentes[23].

A partir daí, a enfermagem moderna começa a aplicar o gerenciamento como o principal instrumento de trabalho, através do qual pode prestar assistência indireta a todos os pacientes, observar e organizar o cuidado e capacitar seus agentes conforme as necessidades[23].

Algumas categorias profissionais executam o seu trabalho submetidas às características da divisão parcelar do trabalho, como exemplo, a enfermagem, na qual se encontra a fragmentação de tarefas sob o controle gerencial dos profissionais de nível superior[24].

A gerência em enfermagem que se conhece hoje passou e ainda passa por transformações que resultam em estudos, teorias que fundamentam de forma científica o gerenciar em enfermagem, devendo ser capaz de coordenar a assistência, o potencial humano e os recursos materiais[25].

Cada gerente pode decidir sua estratégia, efetuar diagnósticos, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, resolver problemas, sendo julgado pela maneira como realiza seu trabalho e pelos resultados que consegue dos recursos disponíveis[25].

A gerência como instrumento do processo de trabalho na organização de saúde implica na tomada de decisões que afetam a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, de modo a viabilizar meios para prestação da assistência à clientela com eficiência, eficácia e efetividade[26].

Considera-se que o desenvolvimento da competência gerencial no setor de saúde constitui elemento-chave na solução dos problemas existentes nas unidades

de saúde, como estratégia de mediação entre níveis decisórios, as instâncias locais e os usuários dos serviços[27].

Quando se pensa em gerência de enfermagem, associam-se as ideias: previsão, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle, o que nos recorda o famoso molho de chaves que fica no bolso do enfermeiro[27].

Na dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro, identificam-se as atividades de escala de remanejamento de funcionários, verificação de pendências e conferência e reposição de materiais e equipamentos, com destaque para o gerenciamento de material[28].

Outras atividades importantes citadas por enfermeiros em uma pesquisa sobre o processo do trabalho do gerente de enfermagem são a supervisão e a coordenação:

> "São enfatizadas a supervisão e a coordenação como partes importantes do processo de trabalho do gerente, pois a supervisão é um processo de trabalho educativo e contínuo, que consiste, fundamentalmente, em motivar e orientar os supervisionados na execução das atividades com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados. Já a coordenação tem como finalidade harmonizar todos os atos de uma instituição, buscando seu sucesso, equilibrando recursos físicos, materiais e humanos"[27].

Em seu trabalho, a autora Hausmann[28] enfatiza outra competência gerencial do enfermeiro, o gerenciamento de conflitos:

> "Gerenciar conflitos também faz parte do processo de trabalho gerencial do enfermeiro. Os relatos mostram momentos em que o enfermeiro coloca-se como mediador em espaços de tensão entre pacientes e médicos, tal como reclamação do atendimento médico. Assim sendo, o enfermeiro utiliza os recursos de articulação e de mediação de modo a preservar a relação institucional personalizada na relação médico-paciente, e simultaneamente presta cuidados ao paciente no sentido de tranquilizá-lo"[28].

A integração entre o papel de liderança e o exercício da função de gerência pelo enfermeiro é desejada, uma vez que o líder contribui para que o envolvimento, satisfação e motivação transformem a atividade profissional dos membros da equipe de enfermagem numa atividade prazerosa[29].

A liderança é algo essencial no processo de trabalho gerencial do enfermeiro. Trata-se basicamente da coordenação de grupos, destacando que nas organizações, o significado atribuído à liderança, aos líderes e ao grupo refletem a

filosofia, a política de pessoal e as propostas de trabalho dessas organizações[30].

Diante disso, a enfermeira enfrenta, nos dias atuais, no âmbito da administração de unidades clínicas e cirúrgicas de atendimento à pessoa hospitalizada, o desafio de liderar sua equipe, predominantemente formada por pessoal de nível médio, que necessita de sua orientação para o cuidar em enfermagem[31].

Há um conjunto de estudos sobre o processo de trabalho do enfermeiro que mostra a predominância de atividades gerenciais, sobretudo com ênfase no gerenciamento dos serviços[28].

No entanto, o processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões complementares: assistencial e gerencial.

> "Na primeira, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral, no segundo, o enfermeiro toma como objeto à organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho dos trabalhadores"[32].

Durante sua formação acadêmica, o enfermeiro é exposto a um modelo de assistência centrada nos cuidados diretos e indiretos ao cliente de forma integral, holística e com a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garantindo qualidade e sua responsabilidade aos cuidados oferecidos, porém, ao ingressar no mercado de trabalho tem que assumir outras funções, sobretudo, atividades administrativas, causando uma dicotomia entre o ensino e a prática:

> "Os enfermeiros, durante o seu processo de formação, são introduzidos a um papel idealizado, onde aprendem a valorizar o cuidado individualizado aos pacientes, com base em conhecimentos científicos, como a sua principal atividade profissional. No entanto, ao se inserirem no âmago de uma organização, deparam-se com a necessidade de assumir diversas tarefas e funções, além das assistenciais, principalmente de caráter administrativo"[33].

O cuidado faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, como resposta ao atendimento às sua necessidades[34]. Durante sua evolução histórica, a enfermagem também atribuiu ao cuidado ao ser humano o devido valor:

> "Historicamente os enfermeiros destacaram-se por cuidar bem de seus clientes e de forma organizada, envolvendo disciplina e conhecimento científico. O cuidado, e todos os conceitos a ele inerentes (saúde, conforto e ajuda), nortearam sua prática clínica antes mesmo de fazerem parte do

corpo das teorias de enfermagem”[35].

A formação do enfermeiro para o cuidado, como prática profissional, tem início em 1860, na Inglaterra Vitoriana, com Florence Nightingale, onde ocorreu a categorização da equipe de enfermagem (*Nurse* e *Lady-Nurses*)[35]**.** Foi através de Nightingale que a enfermagem deu início à sua caminhada científica. A história da sistematização do cuidado nasce com Nightingale[36]. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método e estratégia de trabalho científico adequado para a identificação das situações de saúde/doença[37]. Subsidia ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Possibilita, assim, a caracterização da prática profissional do enfermeiro e colabora com a definição do papel deste profissional de saúde[38].

A Resolução COFEN nº 272/2002, art. 2º, afirma que a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada[39].

Desta forma, garante ao enfermeiro um instrumento próprio da enfermagem que permite desenvolver um plano de cuidados centrado na assistência integral, no conhecimento técnico-científico e individualizado.

Os chamados "cuidados integrais" são uma modalidade de cuidados em que os trabalhadores da enfermagem ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente em seu turno de trabalho[40]**.**

Esse tipo de assistência, de certa maneira, rompe com a divisão por tarefas, pois possibilita uma visão mais global das necessidades de cada paciente, além de tornar o trabalho mais criativo[40].

Em um trabalho sobre métodos de prestação de cuidados, o autor conceitua como cuidado global a assistência prestada pelo enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a carga de trabalho permitir, e complementa dizendo que o atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço[41].

A humanização é outro aspecto dos cuidados de enfermagem que está sendo bastante abordado nos últimos anos, na perspectiva de que os cuidados sejam vistos como algo além da execução de técnicas, ou seja, que não sejam dirigidos apenas para os problemas fisiopatológicos e que as necessidades do indivíduo

sejam supridas na dimensão do biopsicossocial e do espiritual:

> "Perceber o ser humano como alguém que não se resume meramente a um ser com necessidades biológicas, mas um agente biopsicossocial e espiritual, com direitos a serem respeitados, devendo ser garantida sua dignidade ética, é fundamental para começarmos a caminhar em direção à humanização dos cuidados dos pacientes"[42].

A expressão "humanização" vem sendo comumente empregada no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento da individualidade do paciente, compreendido como ser integral e, ao mesmo tempo, singular em suas necessidades[43].

Desse modo, no mundo hodierno, a humanização apresenta-se como uma demanda crescente no resgate ao cuidado como um processo de respeito e valorização do ser humano[43].

Devido ao processo de trabalho do enfermeiro ser composto por essas duas dimensões supracitadas (gerencial e assistencial), porém, muitas vezes realizadas de forma distante ou não integrada, com alguns profissionais valorizando ou tendo bom desempenho apenas em uma das dimensões, faz com que o trabalho se torne fragmentado, como se pode observar na citação a seguir:

> "(...) os processos de cuidar e de administrar quase não se tocam correndo de forma paralela nas instituições hospitalares, o que pode ser modificado com a promoção de uma aliança desses dois eixos que permitirá constituir o cuidar gerenciado e o gerenciar cuidando, interpretado como uma construção para enfermagem brasileira de um novo paradigma"[44].

Ao considerar o cuidado como núcleo do processo de trabalho de enfermagem, as atividades gerenciais deveriam ter como finalidade a qualidade do cuidado; e a cisão entre as duas dimensões compromete a qualidade e gera conflitos no trabalho do enfermeiro[28].

3.3 Os sofrimentos enfrentados pelo enfermeiro psiquiatra em decorrência do processo de trabalho

A exigência imposta ao enfermeiro em atuar em duas frentes, gerencial e assistencial, somada às condições de trabalho, baixos salários, jornada dupla ou noturna, divisão do trabalho, competitividade, hierarquização, desvalorização, as particularidades inerentes ao trabalho de enfermagem como situações de

emergência/urgência, manipulação de materiais biológicos e contaminantes, exposição e cuidado direto aos indivíduos com as mais diversas patologias, além das exigências internas das instituições por qualidade na assistência e produtividade, pode provocar sofrimento nesses profissionais.

O trabalho em ambiente hospitalar é considerado dinâmico, estimulante e heterogêneo, mas abarcando, simultaneamente, atividades insalubres, penosas e difíceis para todos os atores de saúde[45].

> "A preocupação com os problemas que emergem da relação trabalho-saúde inerentes
> aos profissionais que exercem suas atividades em hospitais vem despertando o interesse dos pesquisadores devido os aspectos de penosidade e sofrimento referentes ao cuidar de pessoas doentes, além dos riscos do ambiente de trabalho"[45].

Este contexto de trabalho, somado às dificuldades da vida em geral, faz com que os enfermeiros, inclusive os que atuam com doentes mentais, estejam expostos à situações que podem acarretar sofrimento:

> "Portanto, esses profissionais vivem atualmente sob contínua tensão, não só no trabalho, mas na sua própria vida em geral, associado às condições de trabalho, os trabalhadores enfrentam a competitividade de mercado de trabalho, e as necessidades de aprendizado constante, principalmente por parte dos enfermeiros"[30].

Um trabalho que estudou as cargas a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem em um hospital psiquiátrico corrobora com essa afirmação:

> "(...) Pelas suas condições, os trabalhadores encontram-se expostos às cargas de forma intensa e específica, gerando um processo de desgaste físico e mental muito intenso. Um desgaste mental que se aproxima do sofrimento psíquico, pela potencialização da exposição à carga psíquica e não pelo convívio com o objeto de trabalho, como o senso comum nota, mas sim pelas condições de trabalho a que estão inseridos esses trabalhadores de enfermagem"[31].

Dessa forma, sofrimento e prazer são provenientes da dinâmica interna das situações e da organização do trabalho, ou seja, são os produtos dessa dinâmica, das relações subjetivas e de poder, das condutas e ações dos trabalhadores permitidas pela organização do trabalho[45].

Consideramos que a busca do prazer no trabalho e a fuga do desprazer constituem um desejo permanente para o trabalhador em face das exigências contidas no processo, nas relações e na organização de trabalho[3].

O prazer está relacionado à satisfação de necessidades representadas em alto grau pelos sujeitos, tornando-se, desta forma, uma manifestação episódica, tendo em vista as contrariedades impostas pela civilização[3].

Por outro lado, o sofrimento é caracterizado por sensações desagradáveis provenientes da não satisfação de necessidades. Estas são de origem inconsciente e estão relacionadas aos desejos mais profundos dos sujeitos, revelados em forma de projetos e expectativas de vida[46].

Quando a organização do trabalho se estrutura de forma rígida, ignorando a importância dos sistemas sociotécnicos, atribuindo primazia absoluta ao aspecto econômico, o resultado será um desajuste, uma incompatibilização entre o trabalhador e o modo operatório[47].

> "As condições e as exigências do mercado de trabalho na atualidade rotinizam e amortecem o sentido da vida, deixando no corpo marcas do sofrimento, que se manifestam nas mais variadas doenças ditas ocupacionais, além de atentar contra a saúde mental, em especial quando o psiquismo anquilosado em sua mobilidade faz com que a mente seja absorvida em formas de evitação do sofrimento"[47].

Sem dúvida, trata-se de uma situação paradoxal, porque, ao mesmo tempo em que o hospital tem como missão salvar vidas e recuperar a saúde dos indivíduos enfermos, favorece o adoecer das pessoas que nele trabalham[45].

Apesar de o sofrimento estar inegavelmente presente no processo de trabalho do enfermeiro, seu trabalho não pode ser considerado algo negativo da vida, pois, a atividade de enfermagem também possibilita experimentar um prazer verdadeiro e concreto, porém, faz se necessário reduzir as cargas, tensões e sofrimentos do processo de trabalho desse profissional, transformar o local de trabalho em um ambiente salubre, buscar o reconhecimento social, a valorização da categoria, além de discutir as questões relacionadas às vivências de prazer-sofrimento para obter a (re)significação do sofrimento e alcançar o prazer.

3.4 Abordagens teóricas predominantes nos estudos da inter-relação saúde mental e trabalho

Ao longo da história, diversos estudos foram realizados contemplando questões relativas ao trabalho. Atualmente, um dos temas mais investigados tem sido a relação trabalho, saúde e adoecimento.

O tema, além de envolvente, suscita reflexões sobre as abordagens teóricas que o explicam, sendo apreendido como um processo onde as agressões dirigidas ao aparelho psíquico, pela via laboral, são confrontadas pelas fontes de vitalidade e saúde representadas pelas resistências individuais e coletivas, na preservação da identidade, dos valores e da dignidade dos trabalhadores[46].

Nenhuma atividade laboral está isenta de proporcionar prazer ou algum tipo de sofrimento físico ou mental, porém, não podemos negar que a natureza e as particularidades de determinado trabalho colaboram para que estes estejam presentes em maior ou menor intensidade.

A preocupação com os problemas que emergem da relação trabalho-saúde inerente aos profissionais que exercem atividades em hospitais vem despertando o interesse de pesquisadores devido aos aspectos de penosidade e sofrimentos referentes ao cuidar de pessoas doentes, além dos riscos do ambiente de trabalho[48].

Nesse contexto, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem expõem sua saúde e segurança a condições que favorecem o aparecimento de acidentes, sofrimentos e doenças[2] e temas como estresse*, burnout*, ergonomia e saúde psíquica vão, aos poucos, adquirindo o devido espaço no meio acadêmico e profissional[49].

Diante do exposto, destacamos a seguir as principais teorias que alicerçam os estudos na relação saúde mental e trabalho: a abordagem do desgaste, do estresse, da ergonomia e da psicodinâmica do trabalho[46], porém, como referencial de abordagem selecionado para esse estudo, optamos pela psicodinâmica do trabalho dejouriana que vai de encontro ao objeto do presente estudo.

3.4.1 Abordagem do desgaste

O processo de trabalho e a carga de trabalho são visualizados como categorias analíticas na compreensão dos aspectos biopsicossociais que exercem influência no processo saúde-doença[46].

Ao mesmo tempo em que é uma noção aparentemente simples, o conceito de desgaste guarda a complexidade na compreensão dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, uma vez que permite superar os limites e os contornos dos diferentes objetos estudados a partir de diferentes leituras teórico-metodológicas[4].

Nessa perspectiva, os elementos presentes na organização e no ambiente do trabalho (divisão do trabalho, conteúdo das tarefas, ritmo de trabalho, relações de poder, condições ambientais, formas de avaliação e controle, hierarquias, entre outros) são entendidos como "fontes laborais de tensão", que provocam o desgaste que se manifesta por diferentes configurações[50].

O desgaste mental é encontrado em profissões como a enfermagem, cujo contato pessoal exige dedicação excessiva, carga de trabalho exaustiva, com potenciais conflitos com clientes, chefias e colegas de trabalho[51].

O processo de desgaste, enquanto perda da capacidade psicobiológica do ser humano trabalhador e relacionado às cargas de trabalho, deve ser entendido não como um processo particular isolado, mas como um conjunto dos processos biopsíquicos[52].

O desgaste é entendido como a perda da capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica, na medida em que o trabalho se converteu em atividade, cujo componente desgastante é muito mais efetivo do que o da reposição dessa capacidade e do desenvolvimento de potencialidades do trabalhador[53].

> “O desgaste psíquico é associado à imagem de "mente consumida", reunindo três abrangências: a primeira, compreendendo quadros clínicos relacionados ao desgaste orgânico da mente (seja em acidentes do trabalho, seja pela ação de produtos tóxicos); a segunda, compreendendo as variações do "mal-estar", das quais faz parte a fadiga (mental e física); a terceira, que identifica os desgastes que afetam a identidade do trabalhador, ao atingir valores e crenças que podem ferir a sua dignidade e esperança”[53].

Destacamos que o desgaste físico e mental não deve ser menosprezado ou ignorado, pois pode gerar consequências para a saúde mental da equipe de enfermagem e para o cuidado prestado[51].

O entendimento do desgaste, como fator de transtorno psíquico, não se refere a nenhum processo particular isolado, mas a um conjunto de processos biopsíquicos, não estando, necessariamente, relacionado a processos irreversíveis[46].

Os estudos que buscam a abordagem do desgaste na demarcação da relação entre trabalho e saúde (mental) encontram, portanto, dificuldades na sua concretização, uma vez que o mesmo deve ser mensurado através de sinais e sintomas inespecíficos e que, muitos deles, são ocasionados por inúmeros fatores ao longo da vida dos indivíduos[46].

3.4.2 Abordagem do estresse

O conceito de estresse vem sendo amplamente utilizado não só nos estudos e pesquisas científicas e acadêmicas, mas também nos órgãos de comunicação e na linguagem cotidiana[54].

Diferentemente de outros riscos ocupacionais, em geral relacionados a trabalhos específicos, o estresse associa-se de formas variadas a todos os tipos de trabalho, prejudicando não só a saúde, mas também o desempenho dos trabalhadores[55].

Apesar da importância do conceito de estresse para o entendimento da ligação entre o processo saúde-doença/sofrimento mental e trabalho, existe dificuldade, já consensual, para delimitações na abordagem do estresse. Sem pretender esgotar os aspectos conceituais do tema, pois a literatura é ampla e de fácil acesso, esse autor acredita ser necessário fazer algumas considerações que justifiquem a identificação de seus pressupostos, descrevendo alguns modelos de abordagem usuais com foco biológico, psicológico e organizacional.

Como autor clássico, Selye define o mais importante conceito de estresse ainda hoje usado em pesquisas no mundo todo: “Estresse é o estado manifestado por uma síndrome específica, constituído por todas as alterações não específicas produzidas no sistema biológico”[56].

> “O termo estresse, de origem na física para definir o desgaste de materiais submetidos a excessos de peso, calor ou radiação, foi empregado pelo fisiologista austríaco Hans Selye, em 1936, para designar uma “síndrome geral de adaptação”, constituída por três fases (reação de alarme, fase de adaptação, fase de exaustão) e com nítida dimensão biológica. O processo

> neuroendocrinológico envolvido foi objeto de estudos e pesquisas, destacando-se, no Brasil, a sistematização de Vasconcelos (1992) sobre as interconexões entre córtex cerebral, hipotálamo, hipófise, glândulas suprarrenais e as alterações bioquímicas resultantes no organismo”[54].

O estresse psicológico é uma aplicação do conceito para além da dimensão biológica e é definido por Lazarus e Folkman (1984) como uma relação entre a pessoa e o ambiente que é avaliado como prejudicial ao seu bem-estar[54].

Para Sampaio e Galasso (2005), os autores Lazarus e Folkman desenvolveram um modelo de *stress* e *coping* (enfrentamento) que se tornou bastante influente. Tal modelo enfatiza a função cognitiva do indivíduo na percepção e interpretação das situações de estresse, dentro da concepção de que os eventos não são estressantes, e sim a forma como são interpretados e a reação que despertam no indivíduo[55].

> “Os autores chamam a atenção para a importância da avaliação cognitiva da situação (o fator estressor) que determina por que e quando esta situação é estressora e para o esforço de enfrentamento, ou seja, a mudança cognitiva e comportamental diante do estressor. Introduzem o conceito de *coping* (sem tradução em português) para se referirem ao conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para avaliar e gerenciar as exigências internas e/ou externas, com base em experiências pessoais e nas especificidades do estímulo (novidade, previsibilidade, intensidade, por exemplo)”[54].

O modelo que investiga detidamente questões do ambiente de trabalho, com a intenção de estabelecer uma relação clara entre situações profissionais adversas e o estresse é o modelo Exigência-Controle (*Demand-Control*), que se refere aos dois eixos sobre os quais repousa o modelo desenvolvido por Robert Karasek, fatores esses relacionados às características psicossociais do trabalho[55].

Publicado em 1979, o modelo foi inicialmente denominado *job strain* (tensão do trabalho). Não se preocupa em medir fatores de personalidade ou estressores externos ao trabalho, por considerar que os fatores ambientais são determinantes no processo de estresse[55].

> “Ele postula que o estresse ocupacional acontece quando as exigências das solicitações do trabalho não estão em um nível compatível com a capacidade de resposta, de atendimento, ou de “controle” do trabalhador”. Daí depreende-se que o maior risco de problemas de saúde física e mental decorrentes do estresse deve ser esperado quando há a combinação de um alto grau de exigências ou pressões com um baixo grau de controle ou autonomia sobre o trabalho.
> Os fatores geradores de estresse ocupacional, para este modelo, são: exigências de tempo; estrutura temporal e ritmo do trabalho; estrutura das

> tarefas; condições físicas; organização do trabalho; fatores extraorganizacionais, como insegurança no emprego; preocupações com a carreira; fontes extras de trabalho, como pessoais, familiares, relacionadas a comunidade”[57].

O estresse representaria um desequilíbrio do sistema como um todo, em particular do sistema de controle, que inclui um nível biológico, um nível psicoendócrino e também um nível da função cognitiva e interpessoal[58].

Por essa razão, o modelo proposto pelos autores envolve uma abordagem tridimensional, contemplando os seguintes aspectos: “exigência/controle” (*demand*/*control*), “tensão/aprendizagem” (*strain*/*learning*) e suporte social[58].

Buscando uma melhor integração e equilíbrio entre a participação dos fatores ambientais e individuais em um mesmo modelo, Cooper e diversos colaboradores vêm desenvolvendo um modelo teórico que busca integrar as diferentes colaborações que foram absorvidas pelos estudos de estresse, tendo em vista o ambiente laboral.

O estresse é visto por estes pesquisadores como “qualquer força que conduz um fator psicológico ou físico além de seu limite de estabilidade, produzindo uma tensão (*strain*) no indivíduo”[55].

> “COOPER *et al.* (1998) dividiram os agentes estressores do ambiente organizacional em seis conjuntos abrangentes: fatores intrínsecos ao trabalho; papel do indivíduo na organização; relacionamento interpessoal; a carreira e a realização; a estrutura e o clima organizacional; e interface casa/ trabalho”[57].
>
> COOPER *et al.* (1988) enfatizam a importância dos eventos como causadores do estresse, mas não deixam de salientar que o impacto destas fontes de pressão sobre as pessoas irá depender das características específicas de cada um; em outras palavras, afirmam que, mesmo na intervenção organizacional focada em estressores externos, deve-se ter em conta a influência de fatores derivados da individualidade, e tratá-la de forma diferenciada”[57].

Consideram fatores ambientais (que envolvem acontecimentos domésticos do trabalho e da vida pessoal) e fatores individuais (que envolvem características de personalidade, atitudes e indicadores demográficos)[55], como desencadeadores de estresse e que necessita de estratégias de enfrentamento por parte das pessoas para sua interrupção.

A prática do enfermeiro com o portador de transtorno mental inserido no hospital psiquiátrico reúne uma complexa trama de situações relacionadas à

assistência direta ao paciente e aos fatores da organização do trabalho que contribuem para a ocorrência de estresse[59].

Esse conjunto de estressores possivelmente contribuiria enquanto um fator de causa, para desencadear o estresse nesse profissional. Supõe-se desta forma que, esses estressores podem quebrar a homeostase interna do profissional enfermeiro e desencadear um processo de estresse, exigindo dele alguma adaptação[59].

O processo de trabalho, incluindo a estrutura e a organização funcional, sugere que o trabalho do enfermeiro é complexo. Há um clima de grande tensão emocional, desgaste físico e psíquico que pode contribuir como fator desencadeante do estresse.

Em geral, não se observa a preocupação com a saúde do trabalhador, principalmente na área da saúde como um todo e, mais especificamente, na área da saúde mental. Parece haver uma tendência dos estudos em pesquisar a semiologia biológica, enquanto se evidenciam questões de natureza psíquica[59].

3.4.3 Abordagem ergonômica

O surgimento da ergonomia nos anos 40 constituiu uma abordagem do trabalho humano e suas interações no contexto social e tecnológico, que busca mostrar a complexidade da situação de trabalho e a multiplicidade de fatores que a compõe[60].

A ergonomia constitui-se num campo interdisciplinar, envolvendo engenharia, medicina, psicologia, psicofisiologia e economia. É entendida, inicialmente, como a relação homem-máquina[46]. Esse entendimento foi ampliado, passando por mudança de enfoque nos estudos sobre o trabalho, onde o fator humano passa a ser encarado como elemento importante no binômio homem *versus* máquina[46].

É uma disciplina jovem, em evolução, e que vem reivindicando o *status* de ciência[60] que busca dois objetivos fundamentais:

> “De um lado, produzir conhecimento sobre trabalho, as condições e a relação do homem com o trabalho, por outro, formular conhecimentos suscetíveis de orientar racionalmente a ação de transformação das condições de trabalho, tendo como perspectiva melhorar a relação homem-trabalho”[60].

A ergonomia considera, como critério de avaliação do trabalho, três eixos: 1. A segurança; 2. A eficiência; 3. O bem-estar dos trabalhadores nas situações de trabalho. Portanto, a ergonomia busca estabelecer uma articulação entre eles, visando uma solução de compromisso nas suas propostas[60].

Nesta perspectiva, a característica essencial da análise ergonômica do trabalho é examinar o que acontece na complexidade da realidade sem utilizar um modelo escolhido *a priori* [60].

A análise da atividade é um processo que compreende a utilização de recursos instrumentais correntes das metodologias de análise de trabalho, tendo como diferencial a análise em situação real, com o objetivo de identificar o que, como e por que do trabalho dos operadores[61].

As condições de trabalho são representadas por um conjunto de fatores interdependentes, que atuam direta ou indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho[62].

Dentre esses fatores, destacam-se o físico, o cognitivo e o psíquico em interação e com sobredeterminação de um aspecto e outro. Cada um desses fatores pode determinar uma sobrecarga ou um sofrimento[46].

No ambiente hospitalar existem inúmeros fatores ergonômicos associados aos problemas ambientais e organizacionais que podem causar sobrecargas, fatalidades e precariedades das condições de trabalho, tornando a enfermagem uma das classes profissionais mais suscetíveis.

Entre as variadas alterações referidas, as principais são relacionadas a movimento violentos e irregulares e as posturas forçadas do corpo, razões suficientes para que a estrutura física da máquina vital fique comprometida que, progressivamente, são desenvolvidas doenças graves[63]. Citam-se nesse contexto, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORTs) e lesões por esforços repetitivos (LERs)[64].

Ao se analisar o trabalho e suas repercussões na saúde dos indivíduos, algumas críticas são formuladas às investigações que utilizam o modelo teórico da ergonomia, especialmente no tocante à compreensão da saúde mental a partir dos efeitos fisiológicos do trabalho[46].

O enfoque adotado pela ergonomia, que tem na análise da atividade em situação real o seu fio condutor, possibilita decompor atividade de trabalho e recompô-lo sob novas bases nos seus componentes físicos e cognitivos[65]. No

entanto, o componente psíquico, embora integre o seu modelo, em geral não constitui parte das recomendações da intervenção[65].

Ressaltam-se, ainda, as limitações dessa abordagem, uma vez que as fontes de tensão laboral são de natureza múltipla – físicas, químicas, biológicas, sociais, econômicas, culturais e políticas – exercendo seus efeitos, geralmente, a partir de ações simultâneas ou, bem frequentemente, através de interações, tornando difícil, em condições reais, os efeitos específicos deste ou aquele agente tensiógeno[66].

3.4.4 Abordagem da psicopatologia do trabalho

A abordagem da Psicopatologia do Trabalho tem sido frequente nos estudos da área da saúde, tem como seu principal expoente o francês Cristophe Dejours.

Inicialmente centrada no estudo das dinâmicas que, em situações de trabalho, conduziam ora ao prazer, ora ao sofrimento, e o modo como este podia seguir diferentes desdobramentos, inclusive aqueles que culminavam em patologia mental ou psicossomática[67], ao longo do tempo ampliou seu enfoque e alterou sua denominação para minimizar a importância dos aspectos psicopatológicos.

Segundo Dejours, o grande enigma para a Psicopatologia do Trabalho não é a doença mental e sim a normalidade, isto é, o que importa realmente é compreender as estratégias defensivas (individuais/coletivas) adotadas pelos trabalhadores[68], na tentativa de evitar o adoecimento e preservar o equilíbrio psíquico, mesmo que de forma precária. A partir dessa constatação, ele propõe a mudança do nome da disciplina para Psicodinâmica do Trabalho, argumentando que não foi possível estabelecer uma relação causal entre certos distúrbios psíquicos e certas formas de organização do trabalho[68].

> “A ênfase da proposta dejouriana recai no privilégio concedido ao estudo da normalidade sobre a patologia o que, inclusive, ensejou a substituição da expressão psicopatologia do trabalho por psicodinâmica do trabalho para minimizar a importância aos aspectos psicopatológicos, embora a advertência do autor de que utilizava a expressão inspirado nos estudos freudianos e não no sentido restritivo do mórbido”[69].

Além disso, considera essa segunda denominação mais adequada na medida em que amplia o campo de investigação, permitindo um olhar para o sofrimento, mas também para o prazer no trabalho[68].

Assim, prazer e sofrimento originam-se de uma dinâmica interna das situações e da organização do trabalho. São decorrências das atitudes e dos comportamentos franqueados pelo desenho organizacional, cuja tela de fundo constitui-se de relações subjetivas e de poder[47].

O bem-estar, em matéria de carga psíquica, não advém só da ausência de funcionamento, mas, pelo contrário, de um livre funcionamento, articulado dialeticamente com o conteúdo da tarefa [...][14]; em termos econômicos, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica[67].

A partir disso, os fatos tornam-se relativamente mais simples de serem interpretados: se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante; se ele se opõe a essa diminuição, ele é fatigante[67].

A relação do homem com a organização do trabalho é a origem da carga psíquica do trabalho. Uma organização do trabalho autoritária, que não oferece uma saída apropriada à energia pulsional, conduz a um aumento da carga psíquica[67].

> "Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão"[67].

Para Dejours, pode se distinguir dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e sofrimento patogênico[60]. Sofrimento criativo: quando o sujeito produz soluções favoráveis para sua vida, especialmente, para sua saúde; sofrimento patogênico: é o contrário do sofrimento criativo, ou seja, quando o indivíduo produz soluções desfavoráveis para sua vida e que estão relacionados à sua saúde[65].

Este último surge quando todas as possibilidades de transformação, aperfeiçoamento e gestão da forma de organizar o trabalho já foram tentadas, ou melhor, quando somente pressões fixas, rígidas, repetitivas e frustrantes configuram uma sensação generalizada de incapacidade[47].

Todavia, quando as ações no trabalho são criativas, possibilitam a modificação do sofrimento, contribuindo para uma estruturação positiva da identidade, aumentando a resistência da pessoa às várias formas de desequilíbrios psíquicos e corporais[47].

A dimensão protetora da saúde mental depende da existência, entre o trabalhador e o trabalho prescrito, de algum espaço de negociação, alguma possibilidade de ajustar o modo operatório ao perfil do executante[46].

O modelo teórico da Psicopatologia do Trabalho difere dos demais (desgaste, estresse e ergonômico), na medida em que adota estratégias metodológicas que privilegiam o relato das vivências subjetivas dos trabalhadores acerca das suas experiências subjetivas, acerca das experiências cotidianas e dos seus sentimentos de ansiedade, medo, insatisfação, enfim, o sofrimento frente ao trabalho, como material de análise[46].

Interessa-se, exatamente, pela fala do trabalhador, pelas suas vivências, pelo que não é explícito pelo comportamento, pelo que foi silenciado sob o disfarce de uma conduta produtiva e estereotipada[46].

Fica evidenciado, na abordagem dejouriana, o papel que a organização do trabalho exerce na saúde mental do trabalhador, devendo ser elemento de preocupação para estudiosos e profissionais que lidam tanto com a investigação quanto com os serviços[46].

4. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO SOFRIMENTO NO TRABALHO

A relação da saúde mental com o trabalho é amplamente reconhecida, sendo tema de inúmeras pesquisas e estudos no âmbito da Psicologia. Contudo, a maioria das teorias existentes aborda o trabalho de forma marginal, como apenas uma das influências na saúde mental[70].

A psicodinâmica do trabalho de Dejours, ao longo de seu percurso teórico, tem pesquisado a vida psíquica do trabalhador, tendo como foco o sofrimento psíquico e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos trabalhadores para manter sua integridade psíquica.

> "O sofrimento é definido como uma vivência individual ou coletiva, frequente e permanente, muitas vezes inconsciente, de experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança provenientes do conflito entre as necessidades de gratificação do binômio corpo-mente e a restrição de satisfazê-las, pelas imposições das situações de trabalho"[71].

O conceito de trabalho para esta abordagem está ligado ao conceito de Organização do Trabalho[72]. Este se caracteriza como as tarefas são definidas, divididas e distribuídas, a forma como são concebidas as prescrições, bem como a forma como se operam a fiscalização, o controle, a ordem, a direção e a hierarquia[73].

A organização do trabalho se diferencia, também, entre organização prescrita e real:

> "A organização prescrita diz respeito às regras e normas para realização do trabalho, sendo normalmente estabelecida de forma vertical, desconectada dos desejos e necessidades da maioria dos trabalhadores. Já a organização real se refere às situações reais, concretas, de trabalho, com especificidades que as regras formais não conseguem prever e tampouco padronizar, e cuja solução depende da mobilização da criatividade e da contribuição original de cada trabalhador"[70].

O trabalho prescrito corresponde ao que antecede a execução da tarefa. Um registro que satisfaz uma necessidade de orientação, burocratização e fiscalização. É fonte de reconhecimento e de punição. Já o trabalho real é o próprio momento de execução[74].

> "Na organização do trabalho ocorre o encontro entre o trabalho prescrito e o trabalho real. O trabalho prescrito compõe-se das normas, das prescrições, de um sistema e de obrigações mais ou menos rígidas a depender do tipo de organização. A ilustração típica de uma organização do trabalho rígida é a clássica linha de montagem fordista. Porém, ainda mais ou menos rígida, o que é comum a todas as formas de organização do trabalho é a presença das prescrições para a execução do trabalho. Ocorre que, seja qual for o trabalho, ele se constitui também, na sua execução, de uma dimensão completamente incompreensível que não pode ser inteiramente concebida e prescrita de antemão, pois toda atividade exige ajustes, às vezes extremamente problemáticos, definidores da produção e, sobretudo, da qualidade dos produtos, da segurança dos trabalhadores ou das instalações"[75].

O que está prescrito nunca é suficiente para dar conta do real. É impossível atingir qualidade às prescrições, uma vez que o real é submetido a eventos inesperados, panes, imprevistos, problemas[71].

Para Dejours, a prescrição, caso seguida à risca, inviabiliza o trabalho[76], e mostra essa situação conforme o que ocorre na chamada operação-padrão, em que o trabalhador dedica-se a cumprir escrupulosamente o prescrito[77]. Na verdade, se o trabalhador não engajasse sua inventividade para a realização do trabalho e se se limitasse às prescrições, a produção entraria em colapso[78].

Trabalhar bem significa subverter o prescrito, cometer infrações. Contudo, em caso de incidentes, a boa vontade do trabalhador, "se volta contra ele, uma vez que será inevitavelmente acusado de não respeitar os regulamentos, as prescrições"[72].

O sofrimento emerge justamente dos conflitos e contradições originados do confronto entre os desejos e necessidades dos trabalhadores e as características da gestão do trabalho, quando não há como o sujeito negociar este conflito[79].

A fim de se protegerem dos impactos nocivos desta ação, os trabalhadores criam uma série de estratégias de enfrentamento do sofrimento, denominadas mobilização subjetiva e estratégias de defesa que serão descritas a seguir.

4.1 Mobilização subjetiva

Na busca pela transformação do sofrimento e realização do trabalho, o trabalhador lança mão dos elementos que configuram o que a Psicodinâmica do Trabalho define como sendo a mobilização subjetiva[77]. Nesse processo, entram em ação estratégias que se constituem no uso dos recursos psíquicos do trabalhador

com o objetivo de transformar as situações geradoras de sofrimento em conquista de prazer[78].

A mobilização subjetiva é definida como processo pelo qual o sujeito se engaja no trabalho e exercita sua inteligência prática para resolver os problemas, contribuindo para a organização real do trabalho[80].

> "Assim, exige do trabalhador inventar novas soluções, utilizar seu saber, sua criatividade, inteligência e iniciativa para dar conta do inesperado – que se revela pelo fracasso e gera no trabalhador diversos sentimentos. A invenção dessas soluções e o uso de sua criatividade e inteligência são fundamentais para proteger sua subjetividade"[81].

A mobilização subjetiva é composta pelas dimensões indissociáveis: inteligência prática, espaço de discussão, cooperação e reconhecimento.

A inteligência prática é denominada como inteligência inventiva que se desdobra em inteligência astuciosa[82].

> "A inteligência inventiva age pela astúcia e preocupa-se, sobretudo, com a eficácia e age com liberdade. A trapaça, a fraude, o blefe integram seu arsenal. Quando o resultado é brilhante e a vitória esplendorosa, a admiração e o triunfo fazem com que os desvios de conduta e o desrespeito à regra sejam perdoados, como nos esportes de competição, em que alguns desvios são perdoados pelos torcedores. Contudo, no ambiente de trabalho, a depender da rigidez da organização de trabalho, o trabalhador se vê impossibilitado de investir no uso da inteligência prática ou ainda impossibilitado de admitir e compartilhar sua experiência com os colegas, devido ao risco de ser considerado um sabotador, um desleixado, ou ainda alguém que não cumpre com as regras. Por isso, a inteligência prática é um tipo de saber-fazer que permanece à sombra, discreto, porque não sendo passível de explicações consistentes, o trabalhador prefere escondê-lo. São práticas fora da norma, dos procedimentos e passam mesmo por transgressões capazes de motivar punições"[78].

Temos como exemplo de inteligência astuciosa o caso de eletricistas que se recusam a cortar o fornecimento de energia elétrica de famílias muito pobres[148]. A incompatibilidade aparece entre a prescrição, ou seja, as ordens provenientes da hierarquia e as exigências morais próprias dos funcionários que se recusam a cortar o fornecimento de famílias em condições precárias.

A mais importante das características da inteligência prática é que ela permite o improviso, a inventividade, a busca de soluções e, assim, possibilita embrenhar-se por caminhos insólitos, em situações novas, desconhecidas ou inéditas[82].

• Ressonância Simbólica

A ressonância simbólica é definida como sendo as condições psicoafetivas que permitem a transposição para o teatro da situação de trabalho atual e o teatro interno herdado do passado, dos fantasmas e da história singular do trabalhador[78].

> "A ressonância simbólica é, portanto, a ambiguidade decorrente da confrontação do teatro da infância e o teatro do trabalho e representa uma condição de reconciliação entre o inconsciente e os objetivos da produção capaz de beneficiar o trabalho da força extraordinária que confere a mobilização dos processos psíquicos nascidos do inconsciente, que se atualizariam, posteriormente, como inteligência astuciosa. Para o autor, três condições seriam necessárias para o estabelecimento da ressonância simbólica: a escolha profissional, a atividade de concepção na tarefa e o caráter coletivo do trabalho"[83].

O teatro do trabalho vale como substituto, como oportunidade de reinterpretar um roteiro próximo ao roteiro inicial do sofrimento e assim, conjurar a repetição exata e estéril das questões existenciais[78].

• Reconhecimento

O reconhecimento é um julgamento qualitativo proferido sobre o trabalho, que, em Psicodinâmica do Trabalho é compreendido em dois termos, segundo Dejours[75]:

- Reconhecimento como gratidão pelas contribuições proporcionadas pelos trabalhadores no ajustamento da organização do trabalho;

- Reconhecimento com constatação, conhecimento, revelação da realidade das contribuições dos trabalhadores à organização, sem as quais a organização do trabalho prescrito não chegaria a termo.

Sem o reconhecimento, não pode haver sentido, nem prazer, nem re-apropriação em relação à alienação. Sem o reconhecimento do outro, a economia do sofrimento é destituída de sentido[73].

• Espaço Público de Discussão

Trabalhar é viver junto. O trabalho é social por si só. As marcas de individualização que resultam dos modos de organização do trabalho hoje podem conduzir a um isolamento em vez de promover o espaço coletivo da fala, fundamental para a constituição do sujeito[76].

É no espaço público de discussão que ocorre o compartilhamento da inteligência prática. Nesse espaço também ocorre a ocasião em que o reconhecimento é dado pelos pares. Conclui-se que o coletivo torna-se o alvo privilegiado da intervenção em Psicodinâmica do Trabalho[78].

• Cooperação

A cooperação implica maturidade psíquica do sujeito, exige um sujeito adulto, em condições sociais que lhe permitam renunciar à sua onipotência em favor da criação de laços sociais afetivos [76].

Dejours afirma que o coletivo de trabalho e a teoria do reconhecimento são essenciais para sua compreensão. O autor assinala que, para a cooperação se concretizar, muitos desafios devem ser enfrentados, como a problemática da confiança, das controvérsias, das deliberações, da arbitragem e do consentimento[75].

Outro autor estabelece que a mobilização subjetiva é caracterizada pelo movimento do sujeito que viabiliza as capacidades de sentir, pensar e inventar para realizar o trabalho[77]. O mesmo autor complementa, ainda, afirmando que a utilização dessas capacidades, influenciada pela dinâmica contribuição-retribuição decorrente do reconhecimento, é fundamental para ressignificar o sofrimento no trabalho[77].

> O reconhecimento é um processo no qual o trabalhador vivencia gratidão pelo julgamento positivo do seu fazer, do seu esforço e do seu sofrimento. Esse reconhecimento assegura identidade e pode ser mobilizado pelos pares, chefias ou grupo social. Bem como permite que o trabalhador se aproprie e ressignifique o seu sofrimento, e assim, faça mudanças nos modos de produção por meio do qual os modos perversos de produção são questionados e subvertidos, dada à possibilidade de ressignificação do sofrimento”[80].

O valor de retribuição simbólica dado pelo reconhecimento surge da produção do sentido dado à vivência do trabalho. A construção desse sentido, que vai ao encontro das expectativas do trabalhador em relação à sua realização profissional, pode transformar o sofrimento em prazer[72].

A valorização do esforço e o reconhecimento do sofrimento investido no trabalho são essenciais para garantir sua ressignificação. Se o reconhecimento está paralisado, o sofrimento não é transformado em prazer e o sujeito não encontra mais sentido, podendo levar a patologia[77].

O processo de mobilização subjetiva não é prescrito, sendo vivenciado de forma particular por cada trabalhador. Vale ressaltar que ele é fundamental no

processo de gestão coletiva da organização do trabalho, à medida que evita o uso de estratégias defensivas ou de descompensação psicopatológica[74].

4.2 Estratégias defensivas

O sofrimento ou as defesas se instalam no momento em que os trabalhadores não têm possibilidade de utilizar o processo de mobilização subjetiva, ou sentir prazer resultante do investimento sublimatório (resultado de uma negociação bem-sucedida entre desejos inconscientes do sujeito e a realidade)[74].

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[84].

Segundo Dejours, as defesas podem ser de proteção (resistência, racionalização, individualismo e passividade), de adaptação (resignação, controle) e de exploração[85].

> "As defesas de proteção são modos de pensar, sentir e agir compensatórios, no qual as situações geradoras de sofrimento são racionalizadas. O trabalhador consegue evitar o adoecimento se alienando das causas do sofrimento, não agindo sobre a organização do trabalho, mantendo inalterada a situação vigente"[86].

Esta forma de proteção pode, com o passar do tempo, esgotar-se, favorecendo o aumento da precarização na organização do trabalho. Como não se enfrenta o sofrimento, ele se intensifica aumentando a possibilidade de adoecimento[87].

As defesas de adaptação e de exploração são, na maior parte das vezes, inconscientes, têm nas suas bases a negação do sofrimento e a submissão ao desejo da produção[86].

Estas defesas exigem do trabalhador um investimento físico e sociopsíquico para além do seu desejo e capacidade, proporcionando-lhe um comportamento neurótico[84].

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a mediação do sofrimento gerado no trabalho ocorre através de estratégias de defesa formuladas e adotadas individual e coletivamente[84].

As estratégias individuais se dão frente à organização do trabalho para garantir a resistência psíquica frente às pressões em organizações onde predominam regras, modos operatórios, rigidez de tempo, separação entre atividades intelectuais e de execução e divisão coletiva[88].

As estratégias coletivas contribuem para a coesão do coletivo no enfrentamento do sofrimento causado pela organização do trabalho, possibilitam a estabilização psíquica do trabalhador e contribuem para a construção psíquica do sofrimento no trabalho[88].

Para Dejours, as estratégias coletivas são as mais utilizadas pelos trabalhadores, ainda que estas coexistam com a individuais[76].

A utilização destas estratégias defensivas pode ter uma função positiva, uma vez que colabora para o equilíbrio psíquico e favorece a adaptação às situações de desgaste emocional pelo confronto permanente do profissional com a morte[72].

No entanto, pode mascarar o sofrimento psíquico quando provoca estabilidade psíquica artificial, adquirindo, assim, uma dimensão patológica que interfere tanto no atendimento dos objetivos, quanto na vida social do trabalhador[72].

5. OBJETIVOS

Identificar a existência de sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras que atuam em um hospital de internação psiquiátrica do município de São Paulo.

Verificar as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros psiquiatras para enfrentar possíveis sofrimentos existentes em seu processo de trabalho.

6. PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de pesquisa

Para a viabilização da pesquisa, optou-se pela realização de um estudo de campo, com uma abordagem qualitativa e do tipo descritivo.

As autoras Silva e Menezes (2001) definem a pesquisa qualitativa da seguinte forma:

> "Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem"[89].

Diversos autores concordam que a pesquisa qualitativa está relacionada ao significado que as pessoas atribuem às suas experiências e como as compreendem, busca evidenciar características não observadas com um estudo quantitativo devido sua superficialidade, ou seja, é a forma adequada para conhecer a natureza de determinado fenômeno.

> "O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e após este tirocínio, o autor interpreta e traduz em um texto, zelosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa"[90].

A pesquisa qualitativa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis[91].

A pesquisa descritiva esclarece determinadas características ou aspectos do objeto pesquisado com uma delimitação precisa de técnicas, métodos e teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados obtidos, sem que haja a manipulação do objeto pelo pesquisador para validar cientificamente a pesquisa[89].

Visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática[89].

A pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles. Assim, os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador[92].

6.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um hospital psiquiátrico conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), localizado na zona sul do município de São Paulo.

Esse hospital iniciou seu funcionamento em 18/02/1998, em um espaço onde já funcionava um hospital psiquiátrico pertencente à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Sua existência deve-se a uma parceira da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e o Governo do Estado e contempla todos os níveis de atendimento em saúde mental, bem como suas principais especialidades.

É constituído por um prédio de quatro andares, dividido em blocos, onde estão localizados o pronto-socorro, as enfermarias de internação, os Hospitais Dia e o setor administrativo, além disso, possui outro prédio que aloca um salão de atividades, sala de aula, cozinha, refeitório, farmácia, rouparia, manutenção e outros serviços de apoio. Também conta com uma ampla área verde.

O hospital oferece 83 leitos, distribuídos em: 01 pronto-socorro psiquiátrico com 12 leitos para atendimento de emergências/urgências psiquiátricas, 04 enfermarias de internação, sendo 01 enfermaria com 15 leitos para internação de idosos (acima de 60 anos) com transtornos mentais diversos, 02 enfermarias de psiquiatria geral que contam com 35 leitos no total, destinadas para internação de pessoas entre 18 e 60 anos com transtornos mentais diversos e 01 unidade de álcool e drogas com 21 leitos destinados para indivíduos com transtornos mentais relacionados ao uso/abuso de álcool e drogas. Todas as enfermarias são mistas.

Além do pronto-socorro e das unidades de internação, o hospital também conta com o serviço de Hospitais Dia infantil, geral, álcool/drogas e idosos, destinados para os pacientes egressos da internação e que necessitam de algum

tipo de assistência/cuidado. Os Hospitais Dia totalizam 150 vagas, sendo 20 vagas para o Hospital Dia infantil, 30 vagas para o de idosos, 60 vagas para o da psiquiatria geral e 40 vagas para o da unidade de álcool e drogas.

Há também assistência ambulatorial que funciona de segunda à sexta-feira das 8:00h às 17:00h.

A equipe de saúde da instituição é constituída pela equipe de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), médicos, médicos residentes, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e nutricionistas. A equipe de enfermagem é composta por 01 enfermeira chefe, 01 enfermeira de educação continuada, 16 enfermeiros assistenciais e 90 auxiliares de enfermagem que assistem aos pacientes 24 horas por dia, divididos em turnos: diurno (manhã e tarde) e noturno (A e B). Todos os profissionais de enfermagem são contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), realizam carga horária de 33 horas semanais, sendo que o plantão diurno realiza plantões de 6 horas e o noturno de 12 horas. Também conta com profissionais das áreas administrativa, segurança, nutrição, transporte, manutenção, lavanderia e portaria.

6.3 Participantes da Pesquisa

Foi constituída pelos enfermeiros que atuavam na instituição, na oportunidade da realização do estudo, independente do setor, turno ou período em que trabalhavam. Os participantes da pesquisa são as pessoas que fornecerão os dados de que a pesquisa necessita[93]. Neste caso, os enfermeiros atuantes no hospital psiquiátrico escolhido para realização do estudo. Foram entrevistados 09 enfermeiros, as entrevistas foram realizadas até se atingir a saturação das respostas. A saturação é o instrumento epistemológico que determina quando as observações deixam de ser necessárias, pois nenhum novo elemento permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado[94]. O pesquisador efetua entrevistas em número suficiente para permitir certa reincidência das informações, garantindo um máximo de diversificação e abrangência para a reconstituição do objeto no conjunto do material, verificando assim a formação de um todo[95]. O perfil dos entrevistados encontra-se no quadro a seguir (Quadro 2):

Quadro 2 - Perfil dos enfermeiros entrevistados

Sujeito	Sexo	Idade	Ano de formação	Especializa-ção na área	Tempo na empresa	Tempo na área	Período de trabalho	Mestrado/ Doutorado	Outro vínculo
Enf1	Fem.	23	2013	Não	6 meses	6 meses	Manhã	Não	Não
Enf2	Fem.	25	2010	Cursando	8 meses	2 anos	Manhã	Não	Sim
Enf3	Mas.	31	2009	Cursando	2 anos	2 anos	Manhã	Não	Não
Enf4	Fem.	35	2007	Sim	4 anos	12 anos	Manhã	Não	Sim
Enf5	Mas.	39	2003	Sim	8 anos	8 anos	Manhã	Não	Sim
Enf6	Mas.	42	2012	Cursando	5 meses	5 meses	Tarde	Não	Não
Enf7	Fem.	44	2002	Sim	2 meses	13 anos	Tarde	Não	Não
Enf8	Fem.	49	2005	Sim	19 anos	9 anos	Noturno	Não	Sim
Enf9	Fem.	50	1987	Sim	12 anos	20 anos	Tarde	Não	Sim

Fonte: Dados da Pesquisa

Com relação aos critérios de inclusão, nesta pesquisa, todos que estivessem dispostos a participar e assinar o termo de consentimento livre esclarecido foram considerados elegíveis.

Foram excluídos os enfermeiros que estivessem gozando de férias ou licenças durante o período em que aconteceram as entrevistas e aqueles que não aceitaram a gravação da entrevista. Também foram excluídos os enfermeiros que tivessem cargos de gerência ou coordenação, com o propósito de manter a horizontalidade proposta pelo estudo.

6.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através da técnica da Entrevista Semiestruturada, para tanto foi elaborado um roteiro com as questões norteadoras (Apêndice A). As entrevistas foram marcadas com antecedência e realizadas pelo pesquisador e foram gravadas em áudio digital para facilitar a transcrição posterior.

Ao iniciarmos a entrevista foi solicitado a assinatura do termo de consentimento para a participação e garantido o anonimato e sigilo das informações. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do Comitê de Ética.

Primeiramente, foi realizada uma reunião com a chefia de enfermagem para explicar os objetivos da pesquisa, a garantia do sigilo do nome da instituição e dos participantes, sendo solicitada a autorização para a coleta dos dados necessários.

Após a permissão concedida, encaminhamos o projeto para ser avaliado pela Comissão de Ética da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, a qual pertence a instituição- cenário (Anexo A).

A chefia de Enfermagem disponibilizou uma sala para que as entrevistas fossem realizadas sem interrupções ou distrações externas.

Os participantes foram todos os enfermeiros que trabalham na instituição e que aceitaram participar da pesquisa; as entrevistas foram realizadas antes ou depois do horário de trabalho, conforme disponibilidade dos sujeitos e todos foram informados sobre os objetivos do estudo e a gravação das conversas.

Com todos os discursos obtidos gravados, a transcrição manual dos discursos individuais foi feita pelo pesquisador em um caderno, visando obter maior familiarização com os depoimentos manifestados pelos entrevistados, à medida que as narrativas eram produzidas e organizadas na mesma ordem em que foram realizadas as entrevistas.

Os participantes foram identificados com a nomenclatura “Enf”, seguida do número de realização da entrevista, exemplo: Enf.1, Enf.2, etc. Na próxima etapa, realizou-se a digitação de cada roteiro de entrevista no Microsoft® Office Word® 2010, resultando em 23 páginas transcritas (Times New Roman, 12, espaçamento simples) e uma leitura atenta de cada uma das respostas e, posteriormente, a organização de dados discursivos de natureza verbal.

Ressaltamos que, tanto o nome da instituição, participantes ou por estes citados foram substituídos por nomes fictícios na elaboração da análise para preservar a identidade de todos. A transcrição das falas para a construção da análise foi fiel, sendo reproduzidas para exemplificar a temática vivenciada, foram mantidas as incorreções gramaticais e as marcas de oralidade como “né” e “tá”, assim como foram apontados os momentos de silêncio.

6.4.1 Procedimentos éticos

A pesquisa foi autorizada pela Diretoria de Enfermagem, representada pela Chefia de Enfermagem do hospital selecionado para o estudo, e analisada com parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição hospitalar.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, o caráter voluntário da participação e a garantia do anonimato; também foram orientados sobre a utilização de todas as informações especificamente para fins científicos, conforme prevê a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde[96] para pesquisas com seres humanos. Em seguida, foram convidados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi elaborado em linguagem clara e acessível aos participantes (Apêndice B). Uma cópia foi entregue ao participante e outra permaneceu sob guarda do pesquisador.

Como forma de garantir o sigilo e o anonimato, os nomes dos participantes foram substituídos por nomes fictícios, bem como, os nomes de outras pessoas citadas que façam parte da instituição-cenário da pesquisa.

6.4.2 Instrumento de coleta de dados

Optamos como técnica de coleta de dados a entrevista, por considerá-la a mais apropriada para responder aos objetivos propostos.

> "Técnica de coleta de informações sobre um determinado assunto, diretamente solicitadas aos sujeitos pesquisados. Trata-se, portanto, de uma interação entre pesquisador e pesquisado. Muito utilizada nas pesquisas da área das Ciências Humanas. O pesquisador visa apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam"[97].

Foi utilizada a entrevista semiestruturada, com um roteiro básico (Apêndice B) e com questões norteadoras, pois, dessa forma, acreditamos poder explorar mais amplamente as questões pertinentes à nossa pesquisa.

Combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal[98].

Por sua flexibilidade, ou seja, não exigir uma ordem rígida de aplicação, dar a oportunidade de direcionar a conversa a partir das questões norteadoras e, até mesmo inserir novas indagações para aprofundar-se no assunto, além de valorizar a presença do pesquisador, entendemos ser a melhor ferramenta de coleta de dados para a referida pesquisa.

6.5 Apresentação e análise dos dados

Para organização dos dados, foi utilizada a técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC), trata-se de um método que vem sendo desenvolvido na Universidade de São Paulo (USP) desde o final da década de 1990.

> "O DSC é uma forma de apresentação de informações qualitativas obtidas em depoimentos. Consiste da redação organizada pelo pesquisador sobre as principais ideias por ele selecionadas e conforme a sua compreensão, das expressões mais significativas, extraídas dos depoimentos de sujeitos indagados. Expressões-chaves de conteúdos semelhantes podem ser colecionadas sob ideias centrais semelhantes, compondo um ou vários discursos que sintetizam os desdobramentos da compreensão da coletividade, sobre determinado tema"[99].

O DSC como técnica consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais ou de outro tipo de material verbal (artigos de jornais, revistas, discussões em grupo, etc.)[100].

> "As "expressões-chave", as "ideias centrais" e os "discursos do sujeito coletivo" são os principais operadores metodológicos do DSC. As primeiras são trechos literais dos depoimentos, que sinalizam os principais conteúdos das respostas; as segundas são fórmulas sintéticas, que nomeiam os sentidos de cada depoimento e de cada categoria de depoimento, e o terceiro, os signos compostos pelas categorias e pelo seu conteúdo, ou seja, as expressões-chave que apresentam ideias centrais semelhantes agrupadas numa categoria"[101].

Para o desenvolvimento da proposta, os autores do método DSC estabeleceram as seguintes figuras metodológicas[102]:

Expressões-Chave (EC)

São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados, e que revelam a essência do depoimento, constituem matéria-prima para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo.

Ideias Centrais (IC)

É um nome, ou expressão linguística que descreve, de forma sintetizada e precisa, cada um dos discursos analisados e cada conjunto homogêneo de expressões-chave.

Ancoragem (A)

Algumas expressões-chave remetem não a uma ideia central correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem (esta figura metodológica não foi utilizada neste estudo).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

É um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chave, que têm a mesma ideia central ou ancoragem.

Na técnica do DSC, os depoimentos são redigidos na primeira pessoa do singular, com vistas a produzir no receptor o efeito de uma opinião coletiva expressando-se diretamente, como fato empírico, pela “boca” de um único sujeito de discurso[101].

Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, os autores recomendam que, para a tabulação dos dados coletados, o pesquisador siga rigorosamente os seguintes passos[102]:

a) Analisar cada questão isoladamente.

b) Identificar e destacar em cada uma das respostas as expressões-chave das ideias centrais.

c) Identificar as ideias centrais a partir das expressões-chave.

d) Identificar e agrupar as ideias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar.

e) Criar uma ideia central que expresse todas as ideias do mesmo sentido.

f) Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Dessa forma, através da opinião coletiva, ou seja, com os pontos mais importantes e mais significativos de cada depoimento será construído um discurso único, redigido na primeira pessoa do singular, passando para o leitor a sensação de um “eu-coletivo”.

7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO DSC

No resultado, cada DSC reúne diferentes conteúdos e argumentos que compõem uma mesma opinião, ou uma opinião que é compartilhada por um conjunto de pessoas. Estes diferentes conteúdos e argumentos são reunidos num discurso, como o apresentado logo a seguir.

Propõe-se que as transcrições completas dos depoimentos gravados sejam anexadas à pesquisa, para que possa contribuir para a garantia de confiabilidade e legitimidade dos resultados[103]. Mesmo assim, optou-se por não colocar esse material em Apêndice, por considerar que a leitura na íntegra dos discursos individuais pudesse comprometer o compromisso de sigilo assumido com os entrevistados.

A **primeira** pergunta realizada aos enfermeiros foi sobre a existência de sofrimento(s) decorrente(s) do processo de trabalho. Como produto final, obtiveram-se 05 ICs, e seus respectivos DSCs foram desenvolvidos:

Ideia central e discurso do sujeito coletivo, em resposta à pergunta: Você considera que seu processo de trabalho ocasiona algum tipo de sofrimento? Se sim, você pode relatar que tipo ou alguma experiência que trouxe/traz sofrimento no processo de trabalho?

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Falta de recursos humanos e absenteísmo	A questão da escala, o colaborador que acaba não vindo, então você tem que remanejar funcionários que faltam em feriados, quando temos poucos funcionários, funcionários que trazem frequentemente atestados, o absenteísmo é grande, falta profissionais na unidade e até nos hospitais, a rotina é extensa para a quantidade de funcionários, o paciente grave psicopatologicamente demanda muita atenção e a instituição não oferece recursos para essa demanda.

Falta de recursos materiais	Administrar falta de materiais, quando falta alguma medicação, falta material de higiene, não tem chinelo, uma roupa e o paciente com frio, você não tem recursos, nem materiais, isso estressa profundamente, faltam alguns materiais, o que às vezes acaba atrapalhando o processo de trabalho, trabalhar em um local que falta vários materiais e atraso de pagamento que já tá ocorrendo.
Sobrecarga de trabalho e cobrança médica	Você tem que pensar e agir muito rápido, você tem um acúmulo de funções muito grande, sejam gerenciais ou assistenciais, a cobrança médica é muito grande, os médicos acreditam que a enfermagem faz seu papel com muita rapidez, em um passe de mágica, uma carga de trabalho administrativo cada vez maior, questões burocráticas e administrativas com transporte, equipe médica que demanda muito tempo, a parte burocrática tem o desgaste, não soluciona o problema e fica o atendimento quebrado, fracionado, a demanda tá muito grande, você não tem tempo de realmente dar aquele apoio para família e para o paciente, eu não consigo atender a família, eu dou orientações breves, a gente não consegue dar uma assistência.
Falta de atividades terapêuticas para os pacientes	A primeira questão é o fato de não termos atividades alternativas para os pacientes, pois, tenho um monte de papel para preencher, um monte de rotina e a gente não consegue parar e fazer uma atividade, o atendimento direto ao paciente que é o foco fica em segundo plano, atividade terapêutica na unidade não existe, uma vez que não há nenhuma atividade de nenhum profissional, não tem valorização do trabalho terapêutico, isso é o que menos importa, tenho um projeto montado, mas não foi colocado em prática.

Falta de autonomia e apoio	Eu acho que a falta de autonomia que o enfermeiro tem dentro da instituição, ficamos sem crédito porque ninguém valida o que a gente fala, é angustiante, é não ser apoiado pela chefia em algumas condutas o enfermeiro se torna “capacho”, sendo mero assistente dos médicos, não tem alguém hierarquicamente acima que você possa recorrer.

O pessoal de enfermagem representa, em termos quantitativos, parcela significativa dos recursos humanos alocados nas instituições de saúde e, principalmente, nas hospitalares, incidindo de maneira relevante nos custos globais da organização[104].

Mesmo reconhecendo a importância dos recursos humanos na qualidade da assistência, as lideranças de enfermagem encontram enormes resistências para adequar o número de pessoal à demanda de atendimento nas instituições de saúde.

Se na área de saúde o profissional é o principal instrumento de trabalho, em saúde mental esta afirmação é particularmente evidente[105]. Sem as modernas tecnologias de exame e de tratamento constituídas por equipamentos e procedimentos cirúrgicos, o profissional e seus conhecimentos, adquiridos através da formação e da experiência, são os principais recursos com que se atua nesta área[106].

O dimensionamento e a adequação quantiqualitativa do quadro de trabalhadores de enfermagem são regulamentados pela Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, baseada em características relativas à instituição/empresa, ao serviço de enfermagem, à clientela: sistema de classificação de clientes/pacientes (SCP) e à realidade sociocultural e econômica.

Considerando esse referencial, para a unidade de internação psiquiátrica, deve-se classificar o cliente, tomando como base as suas características assistenciais, adaptando-se ao SCP em nível de assistência mínima ou autocuidado, assistência intermediária, assistência semi-intensiva ou assistência intensiva. O cliente especial, ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada deve ser classificado um nível acima no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários[107].

A experiência internacional mostra a necessidade de investir no aumento da satisfação e de minimizar o impacto que o trabalho em saúde mental traz aos profissionais. Diversos estudos apontam problemas decorrentes de insatisfação e sobrecarga dos profissionais, como o absenteísmo, a alta rotatividade, os altos níveis de estresse, gerando custos muito elevados e ameaçando a sustentabilidade desses serviços[108].

Taxas de absenteísmo elevadas provocam desequilíbrio no quantitativo de pessoal, uma vez que podem aumentar a carga de trabalho, gerando desgaste nos trabalhadores que estão em atividade e, consequentemente, ampliando o número de afastamentos, com prejuízos significativos à clientela atendida[109].

Por outro lado, os trabalhadores em menor número acabam por assumir carga excessiva de trabalho, provocando desequilíbrio na sua saúde, o que, não raro, acarretará aumento do absenteísmo nas instituições de saúde, sendo esse um ciclo[110].

Um recente estudo nacional apresentou resultados que convergem com os achados internacionais, indicando que os trabalhadores de enfermagem apresentam absenteísmo relacionado às doenças provenientes do cansaço físico e mental, pelas más condições de trabalho, à jornada diária e à realização de tarefas em ritmo acelerado[111].

Assegurar um quadro de trabalhadores adequado aos objetivos e finalidades do hospital constitui um desafio permanente à medida que se toma por referência processos assistenciais qualificados.

Com relação à falta de materiais, a falta desse recurso nas unidades de saúde, particularmente no setor público, é um problema antigo[112].

A instituição hospitalar, com seus processos de gerenciamento dependentes de normas específicas e muitas vezes demoradas, principalmente em relação à compra de materiais, faz com que nem sempre a quantidade e a qualidade desses materiais sejam adequadas à assistência. Do ponto de vista organizacional, não há espaço para a enfermagem modificar essa realidade, fazendo com que a falta desses recursos para desenvolver assistência de qualidade torne-se geradora de sofrimento.

Os materiais são recursos fundamentais no hospital, constituindo infraestrutura indispensável, desde medicamentos e insumos, materiais médicos, produtos para alimentação, até roupa de cama, entre outros recursos

consumidos/usados pelos pacientes, ou seja, é necessária uma visão ampla dos diversos e diferentes materiais utilizados em uma organização hospitalar.

A falta de recursos materiais e equipamentos é apontada como um dos fatores que dificultam o trabalho do enfermeiro, pois repercute no processo de trabalho e na satisfação do usuário com o serviço oferecido[113]. A escassez implica, muitas vezes, na interrupção da assistência, levando à vivência de situações danosas e estressantes para o cliente, família e profissionais[114].

Assim como a falta de materiais e equipamentos, a escassez de medicamentos também é considerada fonte de sofrimento pelo enfermeiro, principalmente por impactar diretamente no resultado de suas ações e pela insatisfação do usuário.

A falta de medicamento é um fator que impossibilita a continuidade do atendimento e leva a equipe a sentir-se insatisfeita com as condições de trabalho, gerando sentimento de indignação diante do sofrimento do usuário e da dificuldade de agir[115].

Desta forma, a escassez de materiais, leva a uma perda de tempo que poderia ser utilizado na assistência aos clientes. Embora os trabalhadores desejem realizar o trabalho, aparecem a hostilidade e o cansaço, que são originados na busca de condições para a realização do trabalho[116].

Na maioria dos hospitais, a forma de trabalho é inconcebível, doentia e contradiz todas as regras básicas para ambientes saudáveis em todos os aspectos[117].

No Brasil, alguns estudos têm apontado para a associação entre a exaustão emocional com variáveis da organização, da natureza do trabalho e do indivíduo[118]. O papel ambíguo e conflituoso e a sobrecarga no trabalho também foram identificados como preditores da exaustão emocional entre enfermeiros[119].

Outros estudos também apontam que a sobrecarga de trabalho e o pouco tempo destinado ao descanso são situações que comprometem também a saúde mental do trabalhador de enfermagem, podendo acarretar problemas pessoais, nas relações interpessoais e no desempenho de suas atividades profissionais[120], abrangendo sobrecarga de trabalho propriamente dita: demanda de pacientes, dobra de plantões, excesso de alunos para estágio, trabalho cansativo, demanda excessiva de exigências, poucas folgas, etc.

Além das atividades supracitadas, também é função privativa do enfermeiro as ações de cunho gerencial/administrativa/burocrática pertinentes à equipe de enfermagem.

A função administrativa do enfermeiro está prevista, com ênfase, na Lei nº 7498, de 25 de junho de l986, que regulamenta o seu exercício profissional. Em seu Art. 11, define o que cabe privativamente ao enfermeiro e, com relação à função de gerenciamento, podemos citar, por exemplo: "planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem"[121].

Uma pesquisa em um serviço de saúde mental relacionou as atividades administrativas do enfermeiro da seguinte maneira: responsável pela manutenção de material; supervisão do pessoal de apoio técnico (recepção); pedido, encaminhamento e resultado de exames de laboratório; solicitação de ambulância; orientação e supervisão, treinamento e reciclagem da equipe de enfermagem e participação em reuniões administrativas da equipe de saúde[122].

Algumas atividades, do âmbito administrativo, foram citadas como desvio de função, quais sejam: controle de farmácia, solicitação de ambulância, pedidos e encaminhamentos de exames de laboratório e orientação e supervisão do pessoal da limpeza[122].

As autoras anteriormente citadas apontam com bastante clareza que os enfermeiros desenvolvem, em suas práticas, quer intra ou extra-hospitalar, funções administrativas, porém não descrevem se essas ações estão sendo realizadas de forma efetivamente planejada, sugerindo que não estão realmente voltadas para a melhoria da assistência de enfermagem e da saúde mental, e sim para o controle e manutenção da ordem nos serviços.

Em decorrência da falta de definição para si e para o restante da equipe, do seu papel profissional, o enfermeiro, na prática, acaba assumindo um número excessivo de atividades, das quais muitas delas não são de sua competência e acaba exposto à situações estressantes, as quais poderão acarretar doenças[123].

A dupla jornada de trabalho, muitas vezes, leva por si só à sobrecarga de trabalho. O excesso de horas trabalhadas reduz as oportunidades de apoio social do indivíduo, causando insatisfação, tensão e outros problemas de saúde[124].

Considerando que a maioria dos profissionais de enfermagem é mulher e a condição feminina, por sua vez, ainda agrega outras atividades no lar, ocorre um sinergismo dentre as atribuições dessa profissional[116].

Exige-se, porém, uma força muito grande para tal desempenho, o que tem levado este profissional, em virtude da sobrecarga de trabalho, à falta de tempo para descansar, refletir, organizar, aprender, isto, para muitos enfermeiros, acaba causando desgaste físico e emocional[117].

A nova forma de atendimento de pacientes psiquiátricos, que ampliou a gama de cuidados necessários à integração destes, requer maior envolvimento dos profissionais com o serviço, o que pode resultar em maior sobrecarga[125].

Além disso, a enfermagem enfrenta uma sobrecarga tanto quantitativa evidenciada pela responsabilidade por mais de um setor hospitalar, quanto qualitativa verificada na complexidade das relações humanas, por exemplo, enfermeiro/cliente, enfermeiro/profissional de saúde; enfermeiro/familiares[116].

A sobrecarga envolve aspectos psicológicos, emocionais e físicos causados por sentimentos de pressão relacionados a demanda excessiva no trabalho, frustração com o trabalho, cansaço, medo de agressão e desejo de mudanças de emprego[126].

Trata-se de um elemento importante a ser aferido no processo avaliativo de um serviço de saúde mental, uma vez que se relaciona inversamente com a satisfação no serviço[127].

A enfermagem, regida pela lógica do cuidado, por vezes, ainda mantém-se subordinada à lógica da cura, exercida pelos médicos[128].

> "Na complexa estrutura das organizações hospitalares interagem duas categorias profissionais de grande importância na execução das atividades inerentes a essas instituições: médicos e enfermeiros. Por atuarem de forma interdependente, mantém-se em estreito vínculo e com um potencial para desencadear conflitos interprofissionais"[129].

O conflito entre médico e enfermeiro pode ser um dos principais problemas nas instituições de saúde, já que, entre eles, se estabelece um vínculo profissional mais estreito[129], que prejudica a relação com toda a equipe multidisciplinar e principalmente com o paciente.

Uma fonte significativa de estresse no exercício da enfermagem está no conflito com profissionais médicos. E o nível hierárquico, a posição profissional e a reputação do enfermeiro afetam tanto a escolha estratégica de resolução de conflito quanto o nível de satisfação e de estresse no trabalho[130].

O principal fator popular de conflitos entre esses profissionais é a hegemonia médica sobre a enfermagem, na qual deve ser negociado e administrado para que não seja afetada a qualidade da assistência prestada[131].

A relação de submissão do enfermeiro nas instituições de saúde mental é apontada por diversos trabalhos. Por exemplo, há destaque sobre a dificuldade de relacionamento com os médicos e a ordem institucional, impondo a submissão e o servilismo[132].

Essa questão é histórica, sendo que, ao médico da instituição sempre coube a direção do hospício e, ao enfermeiro, o cumprimento de suas ordens. Assim, o enfermeiro sempre ocupou posição intermediária entre o médico e o paciente, tornando-se um profissional importante à nova linha da assistência mental que se formou no capitalismo[133].

Na área da saúde, vemos o médico como aquele que “manda”, não o que executa, pois os procedimentos são efetivados através de outros profissionais, como é o caso das enfermeiras[134]. Tal conflito, muitas vezes velado, é traduzido sob a forma de uma discreta disputa de poder, em que ambos querem demonstrar o seu papel preponderante no tratamento do doente: o que prescreve ou o que administra os medicamentos[129]. O médico encarrega-se do diagnóstico da queixa do paciente e ao enfermeiro cabe a execução da prescrição médica e os cuidados complementares ao paciente[135].

Um estudo realizado em um hospital universitário do nordeste brasileiro demonstrou que há dificuldades entre médicos e enfermeiros, caracterizadas pela interferência de funções, divergências interpessoais e intergrupais, e insatisfação[136]. Através de outro estudo, também realizado em um hospital-escola, que abordava trabalho, saúde e condições de vida, constatou-se que havia um ambiente desgastante, com disputas internas e rivalidades[137].

A cultura de formação inerente aos médicos e o tradicionalismo da profissão transformam esses profissionais em “senhores absolutos”. O autor ainda acrescenta que o fato de o médico pensar ser o responsável pela vida e morte do paciente faz com que ele sinta-se superior aos outros cargos.

Mesmo constituindo o grupo de maior representatividade e possuir formação de nível superior, a enfermeira não tem autonomia de discutir, questionar e deliberar junto ao médico sobre o andamento dos serviços prestados ao paciente, ou seja, não possuem poder de decisão.

Este cenário pode colaborar para manutenção dos conflitos internos existentes, entretanto está longe de ser nosso ideal para o campo de saúde, acreditamos numa tendência do trabalho horizontalmente constituído e não verticalmente como ainda se mantém em algumas instituições[134].

Fatores que colaboram para um relacionamento profissional harmonioso, como a divisão de funções entre as partes, a compreensão de cada profissional acerca de seu papel no cuidado com o paciente e a compreensão da importância da boa relação profissional para o cuidado do paciente, deveriam nortear a relação profissional no ambiente hospitalar, na tentativa de minimizar qualquer tipo de conflito interdisciplinar.

Médicos e enfermeiros deveriam estar alerta para a ocorrência de conflitos entre eles e, desde o processo de formação, deveriam ser preparados em atividades práticas cotidianas, sendo os conflitos resolvidos de maneira construtiva[129].

Com as novas propostas de assistência desencadeadas pelo movimento de reforma psiquiátrica, a atividade terapêutica vem assumindo um papel importante no processo de reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais.

No entanto, para os enfermeiros que colaboraram com o estudo, a falta de tempo ou a não priorização das atividades terapêuticas faz com que não haja espaço dentro de seus repertórios de atividades para realizá-las e afirmam que não existe valorização da prática das mesmas, assim como a realização por outros profissionais.

Durante muitos anos, a psiquiatria desempenhou o papel de controle dos sujeitos sociais desviantes. Os pacientes psiquiátricos eram marginalizados e, junto com deficientes mentais e miseráveis, eram excluídos da sociedade e desprovidos de sua autonomia e independência[138].

A assistência de enfermagem ao paciente portador de transtorno mental era caracterizada pela repressão, punição e vigilância. O doente mental não recebia tratamento digno, sendo tratado, muitas vezes, com violência[138].

A reforma psiquiátrica surgiu com o objetivo de superar esse estigma e construir um novo modelo assistencial centrado na humanização, integralidade e subsidiar o portador de transtorno mental com ferramentas para potencializar sua autoestima, individualidade, autonomia e cidadania.

O papel do enfermeiro, hoje, é o de agente terapêutico, e a base dessa terapia é o relacionamento com o paciente e a compreensão do seu

comportamento[138]. As atividades terapêuticas devem possibilitar espaços de produção de subjetividades, onde haja diálogo, interações, reciprocidade e construção de vínculos[139].

As atividades como suportes terapêuticos consistem nas visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, atividades físicas e esportivas, festas, lazer e grupos[120]. Tais recursos são fundamentais na assistência dos indivíduos portadores de transtorno mental, considerando que estes necessitam de cuidados terapêuticos que respeitem sua singularidade, mas que ao mesmo tempo englobem a expressão das emoções e suas relações interpessoais.

> "As modalidades terapêuticas descritas trazem muitos benefícios ao paciente, como redução da ansiedade e da irritabilidade, aumento da autoestima e da memória, reintegração social, dentre outras. Importante salientar que qualquer atividade proposta deve estar integrada a um plano terapêutico global indicado para cada usuário e deve fazer parte da programação diária dos diversos serviços de assistência psiquiátrica, desde Unidades de Internação por período integral, até Ambulatórios de Saúde Mental e outros, como Centros de Atenção Psicossocial e Hospitais Dia Psiquiátricos"[138].

O estudo de Cavalcante objetivou descrever o processo de implementação de uma proposta de assistência de enfermagem junto a um grupo de pacientes diagnosticados com transtorno mental, tendo como técnica o grupo operativo, assim como conhecer questões institucionais relacionadas à introdução dessa proposta e analisar o significado da experiência vivenciada pelos participantes. Os significados expressos a partir das experiências vivenciadas pelos participantes estimulam o fortalecimento de atividades pautadas em dinâmicas de grupos, como recurso na assistência de enfermagem. No referido estudo, a autora ressalta que com as mudanças ocorridas com a evolução da Reforma Psiquiátrica, é necessário que os enfermeiros insiram-se em equipes multidisciplinares e enfatiza que nenhum outro profissional pode determinar o que o enfermeiro deve fazer, mas acredita que o profissional precisa estar seguro de seu posicionamento, mostrando, por meio de seu trabalho, o valor do mesmo, conquistando o reconhecimento dos outros pelos resultados das atividades que executa, para que elas passem a ser intransferíveis e necessárias[140].

Além dessas atividades terapêuticas ditas tradicionais que tem seus benefícios estudados e comprovados na literatura, uma pesquisa realizada com o objetivo de identificar trabalhos sobre modalidades terapêuticas não tradicionais que

os enfermeiros psiquiatras têm capacidade de utilizar na prática diária também demonstrou trazer benefícios para os portadores de transtornos mentais, sendo as modalidades descritas: música, atividade motora, acompanhamento terapêutico e ioga.

> "A Música pode reconstruir identidades, integrar pessoas, reduzir a ansiedade e proporcionar a construção de autoestima positiva. A Atividade Motora aumenta a autoestima, reduz a ociosidade e aumenta a participação do paciente psiquiátrico em outras atividades. No Acompanhamento Terapêutico, o enfermeiro acompanha o paciente na realidade de sua rotina diária, buscando sua reintegração às diversas situações que necessita enfrentar. A Ioga permite melhora da memória, reduz a tensão emocional, a depressão, a ansiedade e a irritabilidade, promove relaxamento e maior sentimento de autodomínio"[138].

Avaliações periódicas devem ser realizadas e também supervisões, de preferência com profissionais que possuem o domínio das referidas atividades, até para discussão de exercícios a serem desenvolvidos com os pacientes[138].

Podemos destacar, entre os inúmeros recursos conhecidos para a prática terapêutica, o relacionamento terapêutico, por tratar-se de um instrumento de cuidado de enfermagem.

Os estudos de Hildegard Peplau e Joyce Travelbee foram importantes referenciais para subsidiar a assistência de enfermagem e para estudos posteriores sobre a temática:

> "No fim da década de 40, do século XX, nos Estados Unidos, uma enfermeira, Hildegard Peplau, formulou a Teoria das Relações Interpessoais. Para tal, usou, como instrumento, a observação sistemática das relações enfermeiro-paciente. Nesse entender, Peplau buscou valorizar a singularidade, a reciprocidade e a ajuda mútua entre o enfermeiro e o paciente. Ela preconizava a utilização de um plano para a assistência, que deveria reconhecer, definir e compreender o que acontece quando estabelecem relações com o paciente"[139].
>
> "Nos anos 70, surgiu, também nos Estados Unidos, Joice Travelbee, que consagrou a relação de pessoa a pessoa nessa profissão. Seus métodos foram combinações de teorias existencial-humanistas, focalizando a relação do homem como ser existencial, que busca significado na sua vida e sofre com isso"[139].

Trata-se de uma tecnologia de cuidado que possui um rol de saberes e práticas destinadas ao entendimento do ser humano em sua totalidade, de suas limitações, possibilidades, necessidades imediatas e potencialidades[141].

O relacionamento terapêutico ainda permite a reflexão, o crescimento pessoal, o reconhecimento do ser humano como importante promotor de cuidado de si e o desenvolvimento de habilidades para o enfrentamento do sofrimento e da reintegração social[141].

A **segunda** pergunta realizada aos enfermeiros foi se a instituição disponibiliza algum tipo de recursos para minimizar o sofrimento decorrente do processo de trabalho. Como produto final, obteve-se uma IC e seu respectivo DSC foi desenvolvido:

Ideia central e discurso do sujeito coletivo, em resposta à pergunta: A instituição disponibiliza algum tipo de recurso para minimizar o sofrimento no seu processo de trabalho? Se sim, qual(is) o(s) mais significativos(s)?

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
A instituição não disponibiliza recursos para minimizar o sofrimento	Não, nenhum, eu desconheço algum recurso, algo que seja específico para isso, não, no momento não tem nenhum recurso, desconheço, se tem não conheço, já tivemos uma terapia em grupo para minimizar isso, mas no momento não temos nenhum trabalho, não, não possibilita nenhum tipo de recurso, não tem recurso nenhum, não existe, a gente não tem pra onde correr, a gente tem um problema e temos que ficar com o problema.

Através da exposição dos discursos dos colaboradores da pesquisa, fica evidente a ausência de qualquer recurso ou suporte aos enfermeiros para minimizar o sofrimento decorrente dos seus processos de trabalho.

No interior das organizações, as relações de poder, de submissão e de competição tornam-se espaços perfeitos para conflitos nas relações interpessoais, gerando medo, angústias, incertezas e sofrimentos[142].

Os trabalhadores tendem a desenvolver estratégias individuais e coletivas para se protegerem de conflitos causadores de sofrimento, o qual traz consequências, gerando disfunções pessoais e refletindo nos relacionamentos dentro das organizações, transformando-se em “bola de neve”[143].

No caso dos profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, a situação é crítica, pois são inúmeras as exigências, qualificações e habilidades pessoais requeridas. As jornadas de trabalho são longas e intensas, e o trabalho ocupa a maior parte do tempo dos profissionais, não permitindo uma vida de qualidade fora dele[142].

> “A enfermagem é desenvolvida num ambiente favorável ao desgaste físico e mental e entra no grupo das profissões que mais enfrentam riscos de adoecimento, expondo a equipe do ponto de vista etiológico a riscos de natureza física, química, biológica e psíquica. O trabalho nos hospitais é complexo e diversificado, abrigando diversas categorias profissionais que só podem atuar de forma multidisciplinar. Entre estes profissionais, a equipe de enfermagem se destaca não só por ser numericamente maior como por atuar em diversas frentes de trabalho dentro do hospital, inclusive a administrativa. Os enfermeiros são elementos de ligação entre os pacientes e os vários profissionais da equipe multidisciplinar”[142].

Para minimizar o sofrimento neste cenário desfavorável, a organização, através de algumas intervenções deve auxiliar o trabalhador a enfrentar suas dificuldades no ambiente de trabalho, visando minimizar o impacto negativo na sua saúde e consequente adoecimento e prejuízo no processo produtivo.

As condições de trabalho implicam não só nas condições ambientais e nos riscos específicos no trabalho dos grupos de trabalhadores. Daí a necessidade da introdução da subjetividade dos mesmos, refletindo a representação de seu modo específico de trabalhar, desgastar-se, incluindo neste contexto a saúde mental e o estresse[144].

O objetivo da saúde no trabalho é o de promover um elevado grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores na realização das atividades e impedir danos à saúde causados pelas condições de trabalho (ambientais e organizacionais)[144].

> “Os programas de promoção da saúde praticados nos locais de trabalho habitualmente consistem em educação para a saúde com intervenções dirigidas a mudar o comportamento dos trabalhadores, com programas que vão desde uma intervenção específica, como controle de hipertensão, até programas múltiplos que incluem exercício físico, nutrição, controle de peso, controle de tabagismo, minimização do estresse, prevenção de dor lombar,

> detecção de câncer, prevenção do alcoolismo e do uso de drogas e prevenção de acidentes”[145].

Transpor a promoção da saúde mental para o contexto do trabalho implica investir na capacitação do ser humano por meio de uma abordagem socioeducativa que lhe assegure conhecimento, habilidade e formação de consciência crítica[144]. Aqui, insere-se a Educação em Saúde como elemento capaz de desenvolver esse aprendizado na vida das pessoas e em suas relações socioemocionais, potencializando o ser humano para compreensão e transformações de ambientes favoráveis à saúde, quer na sociedade, no trabalho ou na família[146].

A União Europeia, preocupada com o impacto do trabalho na saúde mental dos trabalhadores dos seus estados-membros, publicou em 2012, através da Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho[147], alguns fatores que garantem saúde mental no trabalho, assim como algumas abordagens que devem ser tomadas para melhorar a promoção de saúde mental no trabalho:

Os fatores que, no trabalho, garantem uma boa saúde mental são os seguintes:

- Apoio social;
- Sentimento de inclusão e de realização de um trabalho com significado;
- Encontrar sentido no trabalho realizado;
- Ter condições para tomar decisões no trabalho;
- Ter condições para organizar o trabalho de acordo com o seu próprio ritmo.

Há diversas abordagens que são sistematicamente adotadas quando se tomam medidas para melhorar a promoção da saúde mental no trabalho:

- Círculos de saúde para detectar e debater problemas e para encontrar soluções com base na participação dos trabalhadores;
- Definição de políticas em matéria de saúde mental e questões relacionadas, como a violência e o assédio no trabalho, ou integração das questões da saúde mental na política geral de segurança e saúde no trabalho da empresa;
- Organização da formação destinada aos gestores sobre como reconhecer os sintomas de estresse nos trabalhadores e como encontrar boas soluções para reduzir esse estresse;
- Realização de um inquérito aos trabalhadores, com questionários anônimos para descobrir o que os preocupa no trabalho;

• Avaliação das medidas e programas implementados, com base nas reações dos trabalhadores;
• Portais *web* para informar todos os trabalhadores sobre todas as medidas e programas que estão a ser implementados no local de trabalho para melhorar o seu bem-estar mental;
• Cursos/formação destinados aos trabalhadores sobre os modos como podem enfrentar situações que lhes provocam estresse;
• Aconselhamento gratuito para todos os trabalhadores sobre diversos aspectos da sua vida privada ou profissional, de preferência disponibilizado durante o período de trabalho;

Apesar da evidente importância de um ambiente de trabalho que promova a saúde mental e minimize o sofrimento, uma pesquisa realizada com o intuito de analisar as produções científicas que tratavam das ações de educação em saúde na promoção da saúde mental do trabalhador, identificou um número reduzido de produções, assim como a desvalorização de tais medidas que, muitas vezes, tem o objetivo de melhorar a produtividade do trabalhador e não o seu bem-estar:

> "Infelizmente, a implementação de medidas preventivas na promoção de saúde mental, ainda se mostra reduzida e, até mesmo, pouco valorizada, embora na área do trabalho se perceba um interesse maior e uma preocupação, notadamente das grandes corporações, de atentar para aspectos que favoreçam maior bem-estar, satisfação e qualidade de vida para seus funcionários"[148].

> "Outro fato constatado na pesquisa foi que as medidas preventivas implementadas com o objetivo de identificar os fatores desencadeadores de sofrimento mental restringem-se aos ambientes de trabalho, e, na sua maioria, com o objetivo de tornar o profissional cada vez mais produtivo"[148].

Diante do que foi exposto através dos discursos dos colaboradores e pelo levantamento da literatura, acreditamos que há necessidade de se ter uma prática mais consistente no ambiente de trabalho de medidas que favoreçam o bem-estar e a promoção da saúde mental e que contribuam para prevenir ou minimizar o sofrimento dos trabalhadores por parte das organizações, sobretudo as que atuam na área da saúde.

A **terceira** pergunta realizada aos enfermeiros foi sobre possíveis medidas preventivas e intervenções para propiciar saúde mental para o enfermeiro no seu

processo de trabalho. Como produto final, obteve-se uma IC e seu respectivo DSC foi desenvolvido:

Ideia central e discurso do sujeito coletivo, em resposta à pergunta: Na sua concepção, quais são as medidas preventivas e intervenções para propiciar saúde mental para o enfermeiro psiquiatra no seu processo de trabalho?

Ideia Central	Discurso do Sujeito Coletivo
Cuidando do cuidador	Primeiro tem que ter apoio da equipe, um lugar que você consiga expor todo esse sofrimento e evitar esse desgaste emocional em sua jornada, trabalhar com saúde mental necessita de um suporte, um psiquiatra ou psicólogo para estar conversando e estar desacumulando uma série de emoções, a instituição tem que cuidar daqueles que cuidam, não só de mim, enfermeiro, mas de toda equipe, tem que ter alguém para conversar, precisa de outra opinião, precisa ser ouvido, um projeto de intervenção individual para cada profissional, um serviço de escuta sobre o trabalho, rotinas que não funcionam, pensar junto com a diretoria e chefia de enfermagem algo para oferecer para os enfermeiros, alguma dança, terapia, supervisão, discussão de casos complexos, para aliviar esse sofrimento, treinamentos, eventos para os profissionais interagirem, atividades com música, seria super interessante que a gente tivesse um espaço de escuta, um espaço de discussão de caso, um espaço de supervisão institucional para enfermagem inteira.

A instituição de saúde tem se caracterizado como prestadora de serviços, causando, em um sistema capitalista de aquisição de bens e serviços, significativas mudanças no mundo do trabalho ao prestar assistência à população[149].

Essa realidade desconsidera que o trabalho existe para dar significado à vida do homem, propiciando a ele uma noção de realização pessoal, de sentido a suas ações, pensamentos, emoções e sonhos[149].

Deste modo, os ambientes de trabalho, da forma como estão estruturados atualmente, não favorecem o cuidado de seus cuidadores, ao contrário, são locais naturalmente mobilizadores de emoções, sentimentos e estresse[150].

Atualmente, a saúde, não é vista por um conceito simplista de ausência de doença e sim, determinada também por influências externas variadas do meio ambiente, além do estilo de vida dos indivíduos e o equilíbrio entre fatores externos e internos do ser humano[150].

Neste contexto, de maneira inevitável e natural, o termo qualidade de vida está sendo também, inserido no ambiente de trabalho, local onde os indivíduos dedicam grande parte de seu tempo[151].

A promoção de ações e/ou programas de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) vem se tornando a maneira pela qual é possível se desenvolver e manter um ambiente de trabalho saudável, motivador e melhorar o comprometimento dos trabalhadores, resultando em inúmeros benefícios.

> "É visto que a inclusão da QVT dentro das empresas gera inúmeros benefícios, ainda imensuráveis em sua totalidade e os dados estatísticos são aleatórios. Entretanto, sabe-se que a redução de custos com a saúde dos trabalhadores é considerável, apresentando diminuição dos níveis de estresse, menor incidência e prevalência de doenças ocupacionais, e isso ainda, associado ao ganho secundário no aumento de produtividade"[152].

Em sua pesquisa, realizada em uma empresa de cosméticos situada no Brasil, o autor enfatiza que algumas empresas brasileiras de médio e grande porte vêm adaptando modelos de programas de qualidade de vida no trabalho de empresas dos Estados Unidos com o objetivo de reduzir custos com assistência médica, absenteísmo, acidentes, melhorar a segurança e o bem-estar dos trabalhadores, através de uma visão holística[153].

Dessa forma, a QVT não é vista como desperdício de dinheiro e passa a ser vista como investimento, ao se analisar o retorno que dá às empresas, o que poderá servir como embasamento para que as empresas invistam em Programas de Qualidade de Vida no Trabalho[154].

Na literatura, pode-se encontrar uma diversidade de ações e programas realizados por empresas com resultados positivos. A seguir, algumas destas ações em QVT:

Quadro 3 – Ações/Programas em QVT

Ações/Programas	Principais resultados observados
Exercícios físicos (ex.: ginástica laboral)	Aumento da disposição e da satisfação dos trabalhadores; aumenta, também, a tolerância ao estresse, redução do absenteísmo, melhora do relacionamento interpessoal, redução dos acidentes de trabalho e redução dos gastos médicos.
Treinamento e desenvolvimento dos trabalhadores	Aumento do capital intelectual, aperfeiçoamento das atividades, satisfação profissional e aumento da produtividade.
Ergonomia	Aumento do desempenho nas atividades e redução dos acidentes de trabalho.
Ginástica laboral	Prevenção e reabilitação de distúrbios ocupacionais, prevenção de acidentes de trabalho, melhor integração entre os trabalhadores, diminuição do absenteísmo e aumento da produtividade.
Benefícios	Motivação, satisfação profissional, satisfação das necessidades pessoais e aumento da produtividade.
Avaliação de desempenho	Aumento do desempenho do trabalhador, da produtividade e da satisfação profissional.
Higiene e segurança do trabalho	Geração de um ambiente mais saudável, prevenção de riscos à saúde, diminuição dos acidentes de trabalho, diminuição do absenteísmo e rotatividade e aumento da produtividade.

Estudo de cargos e salários	Mantêm seus recursos humanos, aperfeiçoamento da administração dos recursos humanos, aumento da motivação e da satisfação dos trabalhadores e aumento da produtividade.
Controle de álcool e drogas	Redução de riscos, melhora na segurança operacional e da saúde dos trabalhadores, melhora na autoestima e diminuição dos acidentes de trabalho e absenteísmo.
Preparação para aposentadoria	Motivação, satisfação profissional, aumento da autoestima, melhora na relação interpessoal, descobrimento de novas habilidades e competências e benefícios na vida social e familiar do trabalhador.
Orientações nutricionais	Diminuição da obesidade, mudança no comportamento de risco, aumento do desempenho e da disposição e aumento da produtividade.
Terapias alternativas	Aumento da tolerância ao estresse, melhora no relacionamento interpessoal e aumento da produtividade.
Musicoterapia	Aumento da autoestima, aumento do desempenho profissional, melhora no relacionamento interpessoal, aumento da tolerância ao estresse e prevenção de doenças.
Antitabagismo	Aumento da autoestima, aumento do desempenho e da disposição e prevenção de doenças.

Fonte: Alves, 2011

Estudos apontam que deve-se, então, diminuir a distância entre o discurso e a prática, para que a QVT não seja apenas mais um modismo, mas que faça parte de

um plano organizacional estratégico e não venha a desaparecer diante da primeira dificuldade a ser enfrentada[151].

Em um ensaio reflexivo, onde o autor faz uma discussão sobre os maus-tratos institucionais e suas repercussões na saúde do trabalhador, assim como no ambiente de trabalho em saúde e sugere meios para amenizá-los, evidencia o ambiente desfavorável onde os profissionais de saúde, portanto, os enfermeiros, estão inseridos.

> "Os maus-tratos, no sentido mais lato, podem ser entendidos como ofensa ou também como não provimento dos direitos fundamentais, afetando, muitas vezes, a qualidade de vida das pessoas. Esses aspectos podem atingir particularmente os que pertencem a grupos vulneráveis da nossa sociedade, sejam as crianças e os jovens, as pessoas idosas ou os cidadãos portadores de deficiência. No entanto, os maus-tratos também podem minar ambientes profissionais, atingindo os trabalhadores. Nesta reflexão, porém, considera-se mais especificamente os integrantes da equipe interdisciplinar de saúde, nos aspectos intra e interpessoais, bem como nas complexas condições que permeiam o ambiente de trabalho"[155].

O mesmo autor complementa seu pensamento afirmando que os maus-tratos institucionais podem estar relacionados ao ambiente físico ou ao relacionamento profissional:

> "O desconforto no ambiente de trabalho pode apresentar-se de diferentes formas, incluindo o ambiente físico, em que se destacam inúmeros fatores, como ruídos exacerbados, carência de recursos materiais ou o uso destes em condições obsoletas, a alta luminosidade e a carência de ambientes de descanso"[155].
> "Os maus-tratos nas relações de trabalho desmerecem os profissionais: o cumprimento rigoroso e exaustivo, sem flexibilidade, de uma carga horária de trabalho, a carência de recursos humanos e o abuso de poder entre a equipe e frente aos usuários são alguns exemplos"[155].

Outro aspecto relevante de maus-tratos refere-se ao conflito hierárquico, ao qual o profissional é submetido, às vezes, ao menosprezo por parte de seus superiores[156].

Faz-se necessário a criação de ambientes favoráveis aos trabalhadores nas instituições de saúde, ou seja, um ambiente no qual os valores morais e a atitude ética favoreçam a preservação da dignidade, respeito e solidariedade entre os cuidadores[156].

> "É preciso criar um ambiente favorável que seja afetuoso, caloroso, atencioso, amoroso e que propicie crescimento, alívio, segurança, proteção, bem-estar, ou seja, um ambiente no qual a pessoa experiencie o cuidado humano", evitando que "a inércia, o desespero, o desamparo e o sofrimento sejam os companheiros de caminhada no mundo do trabalho"[155].

Para isso, o autor finaliza apresentando algumas propostas, a fim de amenizar os maus-tratos institucionais: repensar as normas e rotina das instituições; considerar cada situação de avaliação na perspectiva de sua individualidade; evitar generalizações na avaliação dos profissionais; construir propostas em parceria com os próprios profissionais na busca de soluções para os descontentamentos e a violência sofrida por eles; oportunizar aos profissionais a participação em associações que objetivam desenvolver atividades de lazer, reflexão, terapia grupal, dentre outros.

Uma reflexão que cabe neste momento é destacada no estudo de Menzies[155]. Trata-se de uma pesquisa antiga, porém clássica, sobre o retrato psicodinâmico da tarefa profissional dos enfermeiros com pacientes hospitalizados realizada em um hospital de Londres a respeito dos efeitos do estresse associado à tarefa assistencial. Nesse estudo, foi observado que havia um alto nível de tensão, angústia e ansiedade entre os enfermeiros, com faltas e abandonos da tarefa, mudanças frequentes de empregos e uma alta frequência de pequenos problemas de saúde que requeriam alguns dias de ausência de trabalho.

A autora refere que a situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nos enfermeiros: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade; ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes; inveja do cuidado oferecido ao paciente. Menzies observou também que os pacientes e seus familiares nutrem sentimentos complexos em relação ao hospital, que são expressos particularmente e mais diretamente aos enfermeiros e que os deixam confusos e angustiados. Os pacientes e seus familiares demonstram apreço, gratidão, afeição, respeito; uma comovente crença de que o hospital funciona; solidariedade e preocupação para com as enfermeiras em seu difícil trabalho.

Diante deste cenário, a supervisão é destacada nos estudos de Meleiro[139], como um importante recurso de continência para o profissional enfermeiro, pois propicia coesão e companheirismo: constituem os sustentáculos para minimizar os sentimentos de medo e fraqueza – clima de continência grupal para desintoxicação das angústias grupais, das rivalidades, da competição, o grupo

pode se tornar fonte de colaboração e compreensão, com a diminuição do receio de críticas.

A supervisão deve favorecer: autoestima do profissional para manejar novas situações; troca aberta de ideias com colegas de trabalho e profissionais da equipe multiprofissional, das situações pessoais relacionadas ao desempenho profissional; não ocultação da ansiedade e incerteza mediante atitudes defensivas, que influenciarão o raciocínio do profissional; a dinâmica interna do grupo, tornando-o receptivo e não ameaçador[156].

8. ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS PSIQUIATRAS NO SEU PROCESSO DE TRABALHO

Os resultados do estudo evidenciam que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros psiquiatras dentro do ambiente hospitalar são complexas e requerem, principalmente, esforços psíquicos. No cotidiano laboral, os enfermeiros interagem com pacientes, equipe e familiares, adotando estratégias defensivas individuais e coletivas para lutar contra o sofrimento.

As estratégias de proteção se caracterizam como modos de pensar e a agir com a finalidade de suportar o sofrimento, sendo suas causas racionalizadas[141]. O trabalhador consegue evitar o adoecimento se alienando das causas do sofrimento, não agindo sobre a organização do trabalho, mantendo inalterada a situação vigente[154].

Verbalizações dos entrevistados: “O paciente grave psicologicamente demanda muita atenção...”
“A demanda tá muito grande...”

Essa racionalização se caracteriza por invocar justificativas socialmente valorizadas e causas externas para explicar as situações de trabalho geradoras do sofrimento e por comportamento de apatia, resignação, indiferença e conformidade[141].

A passividade também é apontada por Dejours como um mecanismo de defesa para lidar com o sofrimento imposto pelas exigências de trabalho[145].

Verbalizações dos entrevistados: “Tem um monte de papel para preencher, um monte de rotina e a gente não consegue parar e fazer uma atividade...”
“Administrar falta de materiais, quando falta alguma medicação, falta de material de higiene, não tem chinelo, uma roupa e o paciente com frio...”

"Não tem recurso nenhum, não existe, a agente não tem pra onde correr..."

A passividade é uma estratégia contra o tédio, em função de situações de ameaça de perder o emprego e de manutenção do *status* dentro da empresa[7]. Apesar de reconhecerem várias falhas na organização do trabalho, os enfermeiros parecem sentir-se impossibilitados de transformar essa realidade.

Entre os mecanismos relatados, observam-se também o individualismo e o isolamento talvez em consequência do medo de se expor, em função tanto das pressões da organização como da falta de confiança nos colegas, neste caso, há o risco de apatia e alienação[155].

Verbalizações dos entrevistados: "A gente tem um problema e temos que ficar com o problema..."

O individualismo, por sua vez, lida com certo nível de sofrimento, o qual elimina a reciprocidade e a cooperação no trabalho. Os trabalhadores passam a interpretar a situação de trabalho de forma singular, sem considerar a história que se produziu[156].

As brincadeiras e piadas inseridas no ambiente de trabalho também funcionam como estratégias para descontrair e conferir ao trabalho uma sensação de leveza que alivie o sofrimento e as pressões.

Verbalizações dos entrevistados: "...o enfermeiro se torna "capacho"..."
"...mero assistente dos médicos..."

Muitos trabalhadores se utilizam da estratégia do "trabalhar, trabalhar", conforme descrito a seguir:

Verbalizações dos entrevistados: "Você tem que pensar e agir muito rápido"
"Você tem um acúmulo de funções muito grande, sejam gerenciais ou assistenciais"
"Os médicos acreditam que a enfermagem faz seu papel com muita rapidez"

Esta estratégia se refere ao mecanismo de autoaceleração, em que o próprio envolvimento com o trabalho não permitiria ao trabalhador experimentar o sofrimento[156].

Dejours define como “engajamento excessivo” na tarefa por certos trabalhadores. Isso poderá funcionar como uma armadilha, pois se o indivíduo aumentar sua carga laboral, iludido pelos ideais de produção, poderá aumentar também os riscos de adoecimento[145].

Assim, os trabalhadores desenvolvem estratégias de defesa; ou seja, adotam mecanismos que visam à manutenção de sua saúde. Ao suscitar estratégias defensivas, os indivíduos aliviam sua carga psíquica, pois estas conduzem a modificações, transformações e, em geral, à eufemização da percepção que as pessoas têm da realidade que as fazem sofrer[156].

Ressignificar o sofrimento e transformá-lo em fonte de prazer. É o que assegura ao trabalhador o fortalecimento de sua estrutura psíquica e que impede a instalação da doença, pelo uso de sua criatividade para garantir o sentido conferido ao trabalho, tornando-o fonte de prazer[140].

Finalizando, na discussão dos achados do presente estudo com as pesquisas encontradas na literatura, espera-se, a partir desta investigação, que outras sejam desencadeadas, para que o cenário dos enfermeiros psiquiatras no seu processo de trabalho no âmbito hospitalar seja refletido, reformulado e o processo de sofrimento seja ressignificado, pois, diante dos DSCs, o seu sofrimento foi contextualizado evidenciando a realidade que precisa de atenção urgente, de modo que o sofrimento não acarrete adoecimento mental. Partilhando da mesma preocupação, Pesquisas ressaltam que, além da (re)significação do sofrimento, o prazer no trabalho ocorre quando é permitido ao trabalhador desenvolver suas potencialidades, conferindo-o liberdade de criação e de expressão, favorecendo os laços cognitivo-técnicos com o resultado das atividades realizadas, promovendo a satisfação por meio da conscientização do papel do trabalhador para a organização em que trabalha e também para a sociedade em que está inserido[157].

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram identificar a existência de sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras que atuam em um hospital de internação psiquiátrica do município de São Paulo e verificar as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros psiquiatras para enfrentar possíveis sofrimentos existentes em seu processo de trabalho.

O DSC aponta a existência de sofrimento no processo de trabalho dos enfermeiros psiquiatras na instituição-cenário do presente estudo, trata-se de uma realidade que precisa de atenção urgente, de modo que o sofrimento não acarrete adoecimento mental.

A instituição hospitalar, com seus processos de gerenciamento dependentes de normas específicas e muitas vezes demoradas, principalmente em relação à compra de materiais, faz com que nem sempre a quantidade e a qualidade desses materiais sejam adequadas à assistência. Do ponto de vista organizacional, não há espaço para a enfermagem modificar essa realidade, fazendo com que a falta desses recursos para desenvolver assistência de qualidade torne-se geradora de sofrimento.

Além da falta de materiais e equipamentos, a escassez de medicamentos também é considerada fonte de sofrimento pelo enfermeiro, principalmente por impactar diretamente no resultado de suas ações e pela insatisfação do usuário.

Mesmo constituindo o grupo de maior representatividade e possuindo formação de nível superior, o enfermeiro não tem autonomia de discutir, questionar e deliberar junto ao médico sobre o andamento dos serviços prestados ao paciente, ou seja, não possuem poder de decisão. O DSC enfatiza que a vivência dessa realidade também foi revelada como geradora de sofrimento pelo enfermeiro.

Com as novas propostas de assistência desencadeadas pelo movimento de reforma psiquiátrica a atividade terapêutica vem assumindo um papel importante no processo de reabilitação dos indivíduos com transtornos mentais. No entanto, para os enfermeiros que colaboraram com o estudo, a falta de tempo ou a não priorização das atividades terapêuticas faz com que não haja espaço dentro de seus repertórios de atividades para realizá-las e afirmam que não existe valorização da prática das mesmas, assim como a realização por outros profissionais.

Através da exposição dos discursos dos colaboradores da pesquisa, fica evidente a ausência de qualquer recurso ou suporte institucional aos enfermeiros para minimizar o sofrimento decorrente dos seus processos de trabalho.

Nossos achados vão de encontro aos resultados de outros estudos realizados no âmbito hospitalar, sobretudo, envolvendo profissionais de enfermagem que atuam em serviços de atendimento psiquiátrico.

Um estudo realizado em uma unidade de emergência psiquiátrica de um hospital integrado ao Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, com profissionais de enfermagem, identificou em relação aos fatores geradores de estresse no ambiente de trabalho, que os profissionais não fazem pausa de descanso durante a jornada e, no final dessa, necessitam de muito esforço pessoal para realizar as atividades, também, revelam que exercem suas atividades com recursos materiais deficientes e insuficientes com presença de agentes físicos como ruído, luminosidade e temperatura inadequados[157].

Outro estudo realizado em um hospital psiquiátrico privado, conveniado com o SUS, localizado na cidade de São Paulo, possibilitou apreender que o objeto de trabalho, o paciente psiquiátrico, é visto como excluído socialmente Em relação às cargas de trabalho, os trabalhadores estão expostos a todos os tipos, mas essas são potencializadas pelas cargas psíquicas. Os trabalhadores apresentam intenso desgaste mental pelas condições de trabalho vivenciadas e não, especificamente, pelo convívio com o objeto de trabalho[14].

Os resultados de trabalhos realizados em outros setores hospitalares como emergência[44] e unidade de terapia intensiva (UTI)[158], também corrobora com nossos achados, pois, os resultados apontam para os riscos de adoecimento no trabalho, decorrentes da precarização das condições laborais, da sobrecarga de trabalho, do ritmo exaustivo, consequência do aumento da demanda, da superlotação das unidades de emergência, da crescente violência urbana, da má estruturação do sistema de saúde, do número insuficiente de profissionais e dos baixos salários.

As estratégias defensivas utilizadas para minimizar o sofrimento neste cenário desfavorável foram às caracterizadas como estratégias de proteção, que são representadas por situações em que os enfermeiros apresentam modos de pensar e agir com a finalidade de suportar o sofrimento, através principalmente, da racionalização, passividade, individualismo e isolamento.

Diante do que foi exposto através dos discursos dos colaboradores e pelo levantamento da literatura, acreditamos que há necessidade de se ter uma prática mais consistente no ambiente de trabalho de medidas que favoreçam o bem-estar e a promoção da saúde mental e que contribuam para prevenir ou minimizar o sofrimento dos trabalhadores por parte das organizações, sobretudo as que atuam na área da saúde.

Os colaboradores enfatizam que assegurar um quadro de trabalhadores adequado aos objetivos e finalidades do hospital constitui um desafio permanente à medida que se toma por referência processos assistenciais qualificados.

O DSC ainda ressalta fatores que colaboram para um relacionamento profissional harmonioso como a divisão de funções entre as partes, a compreensão de cada profissional acerca de seu papel no cuidado com o paciente e a compreensão da importância da boa relação profissional para o cuidado do paciente; tais fatores deveriam nortear a relação profissional dentro do ambiente hospitalar na tentativa de minimizar qualquer tipo de conflito interdisciplinar e, consequentemente, essa prática possibilitará equilíbrio entre os sentimentos de prazer e sofrimento no processo de trabalho. Acreditamos que esta realidade ainda fará parte do cotidiano das organizações de saúde e muito contribuirá para a intervenção do enfermeiro rumo a uma assistência terapêutica e de qualidade.

Assim, acreditamos que a elaboração do presente estudo nos permite efetuar algumas sugestões:

• Criar espaços institucionais que possibilitem apoio ao profissional que trabalha com tão elevada carga de fatores desgastantes, nos quais seja proporcionado maior interação entre os membros da equipe, favorecendo momentos em que os trabalhadores possam verbalizar seus sentimentos e vivências. O que se propõe aqui, face ao que foi desvelado nas falas dos entrevistados é proporcionar aos enfermeiros e demais profissionais, um espaço de escuta e acolhimento dos processos vivenciados no ambiente de trabalho que os instrumentalize para práxis;

• Discutir com chefias superiores a necessidade de contratação de profissionais capacitados para trabalhar com saúde mental dos trabalhadores, sendo estes externos ao ambiente de trabalho, para que sofrimentos e defesas não fiquem despontadas nas equipes e na instituição;

• Aquisição por parte da instituição de materiais de qualidade e quantidade adequadas, evitando o desgaste e improvisações por parte dos profissionais;

• Identificar reais causas do absenteísmo, buscando soluções viáveis para os funcionários que mais faltam ao serviço, sem preconceitos e punições estabelecidas;

• Proporcionar momentos frequentes de recreação, lazer, atividades físicas e confraternizações no espaço de trabalho como, por exemplo, datas comemorativas e aniversários;

• Estimular a discussão, junto aos enfermeiros e suas equipes, sobre a distribuição de tarefas, com ênfase nos aspectos burocráticos. Os enfermeiros precisam refletir como estão gastando seu tempo, quais tarefas são prioritárias e quais podem ser delegadas;

• Utilizar, sistematicamente, avaliações qualitativas, não como o objetivo de intimidação e dominação, mas buscando achar as lacunas existentes entre o trabalho real e o prescrito no processo de trabalho organizacional;

• Realizar estudos sobre novos modelos de trabalho e de gerenciamento que sejam menos rígidos e propiciem a participação de todos os membros da equipe, não sendo necessário que o modelo seja único para todas as equipes, pois cada uma apresenta-se com sua identidade própria;

• Realizar outros estudos, na instituição e/ou outras instituições, com a finalidade de comparar resultados, especialmente relacionados com a organização de trabalho, que também indicasse as causas dos problemas e os desencadeadores de sofrimento.

REFERÊNCIAS

1. Filizola CLA. O papel do enfermeiro psiquiatra: oprimido e opressor [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1990.

2. Hojaij CR. O que é a equipe psiquiátrica: em função do psiquiatra. Rev Psiquiatria. 1975;
21(8)11-22.

3. Beck CLC, Cesar ED, Souza LS, Holzachuch RM. O trabalhador de enfermagem psiquiátrica e sua saúde: conflitos e contradições. 2º SITEn – Seminário Internacional sobre Trabalho de Enfermagem [*on-line*]. 2010 [capturado em 02 maio 2012]. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/2SITEn/Arquivos/N.076.pdf.

4. Ornellas TCF, Monteiro MI. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. Rev Bras Enferm. 2006; 59(4):552-5.

5. Mendes AMB. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. PEPSIC. 1995; 15(1-3):34-8.

6. Brandt LC, Gomes CM. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento em uma empresa. Psicol Estud. 2007; 12(3):465-73.

7. Brant LC, Gomes CM. O sofrimento e seus destinos na gestão de trabalho. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(4):939-52.

8. Prestes FC, Beck CLC, Silva RM, Tavares JP, Camponogara S, Burg G. Prazer-sofrimento dos trabalhadores de enfermagem de um serviço de hemodiálise. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(4):738-45.

9. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde. Conceito e tipologia. Rev Saúde Pública. 2001; 35(1):103-9.

10. Leopardi MT. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Santa Catarina: Papa-livro; 1999.

11. Spinola T, Martins ERC. O estresse e a enfermagem – a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. Esc Ana Nery. 2007; 11(2):212-9.

12. Traesel ES, Merlo ARC. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. Rev Bras Saúde Ocup. 2011; 36(123):40-55.

13. Gomes GC, Lunardi Filho WD, Erdmann AL. O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver em enfermagem. Rev Enf UERJ. 2006; 14(1):93-9.

14. Carvalho MB, Felli VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. Ver Latino-Am Enfermagem. 2006; 14(1)61-69.

15. Vianey EL, Brasileiro ME. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. Rev Bras Enferm. 2003; 56(5):555-57.

16. Carvalho MB. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.

17. Fracolli LA, Granja GF. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. Rev Esc Enfermagem USP. 2005; 39 (N Esp): 597-602.

18. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. Rev Bras Enferm. 2002 Jul-Ago; 55(4):392-8.

19. Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007 Mar-Abr; 60(2):221-4.

20. Mark K. O capital: crítica da economia política. 14 ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1994. p.87-98.

21. Faria, Horácio F224p Processo de trabalho em saúde / Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos. - 2ª ed. -Belo Horizonte: Nescon / UFMG, Coopmed, 2009.

22. Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde**.** In: Leopardi MT, organizadora. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.

23. Ribeiro SOB, Sampaio SF. O processo de trabalho em enfermagem: revisão da literatura e percepção de seus profissionais. In: Anais do 14° Encontro de iniciação científica da PUC-Campinas; 2009; Campinas. São Paulo: PUC, 2009.

24. Guimarães RM, Muzi CD, Mauro MYC. Tendências modernas da gerência do trabalho da enfermagem: o caso das cooperativas. Rev. bras. Enferm. 2004 Jul-Ago; 57(4):472-474.

25. Sanches VF, Christovam BP, Silvino ZR. Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar – uma visão dos enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2006 Ago; 10(2):214-20.

26. Passos JP, Ciosak SI. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4):464-8.

27. Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm. 2004 Jul-Ago; 57(4):441-46.

28. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2009 Jun; 18(2):258-65.

29. Santos I, Castro CB. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar. Texto Contexto Enferm. 2008 Dez; 17(4):734-42.

30. Aguiar AB, Costa RSB, Weirich CF, Bezerra ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2005; 07(03):319-27.

31. Santos I, Oliveira SRM, Bittencourt C. Gerência do processo de trabalho em Enfermagem: liderança da enfermagem em unidades hospitalares. Texto Contexto Enferm 2006; 15(3):393-400.

32. Felli VEAF, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In Kurcgant P., coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. São Paulo SP: Guanabara Koogan; 2005.p.1-13.

33. Costa RA, Shimizu HE. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um Hospital-Escola do Distrito Federal. Rev Lat Am Enferm. 2005; 13(5):654-62.

34. Silva, AL. O Processo de Cuidar em Enfermagem. Revista Baiana de Enfermagem. 1993; 6(2):117-26.

35. Souza ACC, Muniz FMJM, Silva LF, Monteiro ARM, Fialho AVM. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. Rev Bras Enferm. 2006; 59(6): 805-7.

36. Stamm, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. Ciência, Cuidado e Saúde. 2002 Jul-Dez; 1(2):293-298.

37. Moura ACF, Rabelo CBM, Sampaio MRFB. Pratica profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico. Rev Bras Enferm. 2008; 61(4):476-81.

38. Thomaz VA, Guidarbello EB. Sistematização da assistência de enfermagem: problemas identificados pelos enfermeiros. Nursing. 2002; 18(4): 28-34.

39. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 272/2002. [citado em 01 nov 2012]. Disponível em: htttp://www.portalcofen.com.br/_novo portal.

40. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume; 1998. p.157-82.

41. Costa, JS. Métodos de prestação de cuidados. Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu [*on-line*]. 2009 [capturado em 30 out 2012] 1(1). Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/19.pdf.

42. Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev Bras Enferm 2007; 60(5):546-51.

43. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul Enferm. 2009; 22(3):323-7.

44. Ferraz CA. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. Acta Paulista Enferm. 2000; 13(1):91-7.

45. Lima Júnior JHV, Esther AB. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. Rev Admin Empresas. 2001; 41(3):20-30.

46. Fernandes JD, Melo CMM. Gusmão MCC. M. Fernandes J, Guimarães A. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2006 Out; 14(5):803-811.

47. Heloani JR, Capitão CG. Saúde mental e psicologia do trabalho. São Paulo em Perspect 2003; 17(2):102.

48. Lima Júnior JHV, Esther AB. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. Rev Admin Empresas. 2001; 41(3):20-30.

49. Oliveira LC, Barbosa DE, Chaves MEM. Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. Rev. Salud Pública. 2008 Jul; 10(3):405-413.

50. Paparelli R, Sato L, Oliveira F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. Rev. Bras. Saúde Ocup. 2011 Jun; 36(123):118-127.

51. Coelho JAB, Araújo TC. Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. Acta Paul. Enferm. 2010; 23(1)60-64.

52. Gelbcke FL. Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

53. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

54. Jacques MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. Psicol. Soc**.** 2003; 15(1).

55. Sampaio JR, Galasso LMR. *Stress* no mundo do trabalho: trajetória conceitual. In: França ACL, Rodrigues AL. *Stress* e trabalho: uma abordagem psicossomática. 4° edição. São Paulo: Atlas; 2005. 65-82.

56. Costa JRAC, Lima JV, Almeida PC. *Stress* no trabalho do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP. 2003; 37(3):63-71.

57. Viola ES, Vidal MCR. Estresse ocupacional, ergonomia e técnicas cognitivo-comportamentais: uma proposta de intervenção. In: XV Congresso Brasileiro de Ergonomia, 2008; Porto Seguro. Bahia: ABERGO, 2008.

58. Rocha LE, Ribeiro MD. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. Revista de Saúde Pública. 2001; 35(6):539-547.

59. Costa JRA, Lima JV, Almeida PC. *Stress* no trabalho do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP. 2003 Sep; 37(3):63-71.

60. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1997.

61. Lima, MEA. A Psicopatologia do trabalho. Psicol. Cienc. Prof. 1998; 18 (2):10-15.

62. Jacques, MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. Psicol. Soc. 2003; 15(1):97-116.

63. Rodrigues PF, Alvaro ALT, Rondina R. Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. Revista Científica Eletrônica de Psicologia. 2006 [capturado em 4 mar 2014]; 8. Disponível em: http://revista.inf.br/psicologia07/pages/artigos/edic07-anoiv-art03.pdf.

64. Abrahão JI, Pinho DLM. As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da Ergonomia. Estudos de Psicologia. 2002; 7:45-52.

65. Abrahão J, Pinho DLM. Teoria e prática ergonômica: seus limites e possibilidades. In Paz MGT, Tamayo A (Orgs). Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos. Brasília: Editora Universidade de Brasília;1999. P. 229-240.

66. Marziale, MHP, Robazzi MLCC. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. Rev. Latino-Am.Enfermagem. Ribeirão Preto. 2000; 8(6):124-127.

67. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações [*on-line*]. [capturado em 01 ago 2013]. Disponível em: http://mte.gov.br/Empregador/CBO/procuracbo/conteu do/descricao.asp.

68. Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2008;

41:287-91.

69. Seligmann-Silva E. Saúde mental e trabalho. In: Tundis SA, Costa NR. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco; 1987. p.109-25.

70. Menzies I. O funcionamento das organizações como sistemas sócias de defesa contra as ansiedades. Londres: Instituto Tavistock de Relações Humanas. 1970.

71. Meleiro AMAS. O médico como paciente. São Paulo: Lemos; 1999.

72. Mendes AM, Costa VP, Barros PCR. Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2003 Set; 3(1):28-37.

73. Facas EP. Estratégias de mediação do sofrimento no trabalho automatizado: estudo exploratório com pilotos de trem de metrô do Distrito Federal [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.

74. Dejours C. Prefácio. Em Mendes, AM. (org), Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

75.Anjos FB, Mendes AM, Santos AV, Facas EP. Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. Revista Eletrônica Sistema & Gestão. 2011; 6(4):562-582.

76. Dejours C, Molinie P. O trabalho como enigma. In: Lancman, S. & Snelwar, L. (Orgs). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15; 2011. p.155-61.

77. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. Psicodinâmica do trabalho – contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Editora Atlas S/A; 1994.

78. Dejours, C. Subjetividade, trabalho e ação. Revista Produção. 2004; 14(3):27-34.

79. Alves JJ. Mobilização subjetiva para o prazer-sofrimento no trabalho dos taquígrafos parlamentares: uma prática em clínica psicodinâmica da cooperação [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.

80. Mendes AM, Morrone CF. Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: Mendes AM, Borges LO, Ferreira MC (Orgs.). Trabalho em transição saúde em risco. Brasília: Editora da UnB, 2002. p.25-42.

81. Martins S R, Moraes RD, Lima SC. Sofrimento, defesa e patologia: o olhar da psicodinâmica sobre a violência no trabalho. In: Mendes AM (Org.). Violência no trabalho: perspectivas da psicodinâmica, da ergonomia e da sociologia clínica. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2010. p. 48-56.

82. Dejours C. Trabalho vivo sexualidade e trabalho. Brasília: Paralelo 15. 1999. p.37-56.

83. Ferreira JB. Análise clínica do trabalho e processo de subjetivação: um olhar da psicodinâmica do trabalho. In Mendes AM, Merlo AR, Morrone, CF, Facas EP (Orgs.). Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá. p. 125-135.

84. Mendes AM. Aspectos psicodinâmicos da relação home-trabalho: as contribuições de C. Dejours. Psicol. Cienc. Prof. 1995; 15(1-3):34-38.

85. Lopes DMQ. Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho [dissertação de mestrado]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2009.

86. Mendes AM, Ferreira MC. Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento-ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes A (org.). Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

87. Dejours C. A Loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho. 5° ed. São Paulo: Cortez – Oboré; 1992.

88. Morone CF.”Só pra não ficar desempregado” – ressignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais [dissertação de mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.

89. Silva L, Menezes EM. Laboratório de Ensino a Distância da UFSC [on-line]. 4º edição; Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. [capturado em 10 maio 2012]. Disponível em: http://projetos.inf.ufsc.br/arquivos/Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes_4ed.pdf.

90. Chizzotti A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. Revista Portuguesa de Educação. 2003; 16(2):221-36.

91. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20º edição. Petrópolis; 2002.

92. Andrade MM. Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas. 5º edição. São Paulo: Atlas; 2002.

93. Vergara SC. Projetos e relatórios de pesquisa em administração. São Paulo. Atlas; 2007.

94. Thiry-Cherques HR. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. Revista Brasileira de Pesquisa de Marketing, Opinião e Mídia. 2009; 3:20-27.

95. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec; 1999.

96. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n° 466/12. [capturado em 03 nov 2014]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

97. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23º edição revista e atualizada. São Paulo. Editora Cortez; 2007.

98. Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. 2005; 2(1):68-80.

99. Lefevre F, Lefevre AM. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2º edição. Caxias do Sul: Educs; 2005.

100. Lefevre F, Lefevre AM. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Liber Livro; 2010.

101. Lefevre F, Lefevre AM. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro; 2005.

102. Willig MH. Cuidar/gerenciar: possibilidades de convergência no discurso coletivo dos enfermeiros [dissertação de mestrado]. Curitiba: Universidade do Paraná; 2004.

103. Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa. 2002 Mar; 115:139-54.

104. Anselmi ML. Quadro de referência para elaboração do orçamento de enfermagem em instituições hospitalares [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

105. Libério M. Avaliação da qualidade de serviços de saúde mental. Saúde em Foco. 2001; 21:61-77.

106. Rebouças D, Abelha L, Legay LF, Lovisi GM. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. Cad. Saúde Pública. 2008 Mar; 24(3):624-32.

107. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n° 293/2004. [capturado em 05 set 2014]. Disponível em: http://www.portalcofen.com.br/_novo portal.

108. Carson J, Fagin L. *Stress* in mental health professionals: a cause for concern or an inevitable part of the job? Int J Soc Psychiatry. 1996; 42:79-81.

109. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Ausências previstas e não previstas da equipe de enfermagem das Unidades de Internação do HU-USP. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(4):109-17.

110. Becker SG. Cuidar de si, cuidando do outro, ampliando a consciência do eu. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem/UFRGS; 2004.

111. Costa FM, Vieira MA, Sena RR. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital-escola. Rev Bras Enferm. 2009; 62(1):38-44.

112. Medeiros SM, Souza TO, Macedo MLF, Silva OLS. Condições de trabalho, riscos ocupacionais e trabalho precarizado. Rio Grande do Norte, 2005. [Pesquisa Integrante do Plano Diretor – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Norte].

113. Beck CLC, Prochnow A, Silva RM, Prestes FC, Tavares JP. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. Escola de Enfermagem Anna Nery. 2010 Jul-Set; 14(3):490-95.

114. Madureira CR, Veiga K, Sant'ana AFM. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. Rev Latino Am Enferm. 2000; 8(6):68-75.

115. Schimith MD, Lima MDS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. Cad. Saúde Publica. 2004; 20(6):87-94.

116. Montanholi LL, Tavares DMS, Oliveira GR. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. Rev. Bras. Enferm. 2006 Set-Out; 59(5):661-5.

117. Silva BM, Lima FRF, Farias FSAB, Campos ACS. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006 Jul-Set; 15(3):442-8.

118. Tamayo MR, BT Trocooli. 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.

119. Zohar D. Predicting burnout with a hassle-based measure of role demands. Journal of Organizational Behaviour. 2007; 18:101-15.

120. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital-escola. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006 Jul-Ago; 14(4):517-25.

121. COREN-SP. Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: COREN-SP. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo, 1997.

122. Rolim MA, Barros S, Stefanelli MC, Texeira MB. O enfermeiro em ambulatório de saúde mental. Rev Esc Enfermagem USP. 1992 Nov; 26(3):289-302.

123. Marcolan JF. Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 1996.

124. Martins LMM, Bronzatti JAG, Vieira CSC, Parra SHB, Silva YB. Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. Rev. Esc. Enf. USP. 2000 Mar; 34(1):52-8.

125. Lautert L, Enaura HB, Chaves GM, Moura MMS. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. Rev Panam Salud Publica. 1999; 6(6):78-85.

126. Rebouças D. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, nº 3, p. 624-632, 2008.

127. Leal RMAC, Azevedo MB, Kennya RN. Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. Psicol. Teor. Prat. 2012; 14(1):15-25.

128. De Marco PF, Citero VA, Moraes E, Martins LAN. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2008; 53(7):178-183.

129. Araújo, TM, Aquino EM, Menezes GMS. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev. Saúde Pública. 2003; 37(4): 424-33.

130. Oliveira AM, Moreira LA, Machado CR, Loyola SF, Souza MF. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital-escola: a perspectiva dos médicos. Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil. 2010; 10(2):433-39.

131. Tabak N, Orit K. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. J Nurs Manag. 2007; 15:321-31.

132. Silva S.F. Relacionamento médico-enfermeiro: o caso do Hospital Universitário da UFAL [dissertação de Mestrado em Administração]. Alagoas: Universidade Federal de Alagoas.

133. Marcolan JF. Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações [dissertação de mestrado]. São Paulo: Escola de Enfermagem USP; 1996.

134. Ogata MN. Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP; 1992.

135. Silva IMBP. A relação conflituosa entre médicos e enfermeiros no contexto hospitalar [tese de doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

136. Serodio AMB, Almeida JAM. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de medicina: uma visão docente. Rev Bras Educ Méd. 2009; 33:55-62.

137. Silva ACC, Barros LCB, Barros CEC, Ferreira GE, Silva RF. Médicos e enfermeiras: o relacionamento numa unidade de emergência (UE). In: Anais 16° Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP); 2006; Fortaleza, CE. p.192-201.

138. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital-escola. Rev Latino-Am Enferm. 2006; 14:517-25.

139. Andrade RLP, Pedrão LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2005 Set-Out; 13(5):737-42.

140. Kantorski LP, Coimbra VCC, Demarco DA, Eslabão AD, Nunes CK, Guedes AC. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de Atenção. Rev. Enferm. Saúde. 2011 Jan-Mar; 1(1):4-13.

141. Cavalcante MBG. O grupo operativo como estratégia de assistência de enfermagem: a prática revelando caminhos para mudança no cotidiano dos pacientes com transtorno mental. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

142. Carvalho SC. Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem. 2004; 57(6):738-41.

143. Kantorski LP, Pinho LBD, Saeki T, Souza MCBM. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(3):317-24.

144. Barros NMGC. Riscos de adoecimento no trabalho: estudo com médicos e enfermeiros emergencialistas em um hospital mato-grossense [dissertação de mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade Novos Horizontes; 2012.

145. Magnólia AM. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações para saúde mental do trabalhador. Revista de Psicologia. 1996; 13:27-32.

146. Colares LGT. Processo de trabalho, saúde e qualidade de vida no trabalho em uma unidade de alimentação e nutrição: uma abordagem qualitativa [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2005.

147. Souza AR, Paiva LMN, Barros MGB. Estresse e ações de educação e saúde: contexto da promoção de saúde mental no trabalho. Rev. da Rede de Enf. do Nordeste. 2007 Mai/Ago; 8(2):26-34.

148. Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha; 2003.

149. Promoção da saúde mental no local de trabalho: resumo de um relatório de boas práticas [*on-line*]. Agência europeia para segurança e saúde no trabalho. Bélgica, 2012. [capturado em 01 ago 2014]. Disponível em: https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/102.

150. Costenaro RGS, Lacerda MR, Ferreira CLL. Maus-tratos institucionais no ambiente de trabalho em saúde: propostas que podem modificar esta realidade. Rev Gaúcha Enferm. 2008 Set; 29(3):481-5.

151. Oliniski SR, Lacerda MR. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. Rev Bras Enferm. 2006 Jan/Fev; 59(1):100-4.

152. Alves EF. Programas e ações em qualidade de vida no trabalho. Revista de Saúde, Meio Ambiente e Sustentabilidade. 2011 Abr; 6(1):60-78.

153. Angelucci, FL. A qualidade de vida no ambiente de trabalho e a aplicação dos princípios relativos ao programa de controle médico de saúde ocupacional [monografia para obtenção do título de especialista]. Universidade Estadual de Ponta Grossa; 2005.

154. Freire MG. Qualidade de vida no trabalho [monografia]. Centro Universitário de Brasília; 2013.

155. Coimbra VCC, Silva ENF, Kantorski LP, Oliveira MM. A saúde mental e o trabalho do enfermeiro. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2005; 26(1):42-9.

156. Costenauro, RGS, Lacerda MR, Ferreira CLL. Maus-tratos institucionais no ambiente de trabalho em saúde: propostas que podem modificar esta realidade. Rev. Gaúcha de Enfermagem. 2008 Set; 29(3):481-5.

157. Flora AC, Barbarini N. Psicodinâmica do trabalho: uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. Jornal de Saúde mental e Psicanálise da PUCPR. 2010; 5(1):1-19.

158. Nunes MBG, Mauro MYC, Cupello AJ. Estresse nos trabalhadores de enfermagem: estudo em uma unidade de psiquiatria. In: Anais do VI Congresso Latino Americano de Ergonomia (ABERGO); 2001; Gramado, RS.

159. Martins JT. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: estratégias defensivas [tese de doutorado]. Ribeirão Preto – SP: Escola de Enfermagem da USP; 2008.

APÊNDICE

Apêndice A

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA (QUESTÕES NORTEADORAS)

- Você considera que seu processo de trabalho ocasiona algum tipo de sofrimento? Se sim, você pode relatar que tipo ou alguma experiência que trouxe/traz sofrimento no processo de trabalho?

- A instituição disponibiliza algum tipo de recurso para minimizar o sofrimento no seu processo de trabalho? Se sim, qual(is) o(s) mais significativos(s)?

- Na sua concepção quais as medidas preventivas e intervenções para propiciar saúde mental para o enfermeiro psiquiatra no seu processo de trabalho?

Apêndice B

UnG universidade guarulhos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Titulo do Trabalho: Sofrimentos vivenciados pelos enfermeiros psiquiátricos: mito ou realidade?

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa conhecer o processo de trabalho da enfermagem psiquiátrica no âmbito hospitalar e identificar os sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiátricos que atuam em um hospital de internação psiquiátrica do município de São Paulo e propor medidas preventivas e intervenções para propiciar saúde mental para o enfermeiro no seu processo de trabalho.

Para tanto, a coleta de dados será feita através de uma entrevista gravada em fita cassete para facilitar a compreensão das palavras. Seu nome será guardado em sigilo e, para isso, solicito a sua permissão. As entrevistas, depois de gravadas, serão transcritas sem alteração do conteúdo da fala, sendo que as gravações serão conservadas. Tais instrumentos somente serão utilizados para esta pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, o acesso ao pesquisador será aberto e livre para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador deste trabalho é o pós-graduando do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Guarulhos **Evandro Benedito Abate, fone: 34662100**. É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, bem como deixar de participar do estudo sem quaisquer prejuízos. Será garantido o anonimato quanto os dados de identificação pessoal.

Não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Será também de direito a manutenção de atualização sobre as considerações/resultados do estudo.

É esperado ocorrer desconfortos em função de a pesquisa rememorar o processo de trabalho que evidencia os sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras.

Ficou claro para mim o propósito do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades de prejuízos ou perda de qualquer benefício.

Haverá compromisso do pesquisador de utilizar os dados obtidos para esta pesquisa e publicação em revistas e eventos científicos.

Eu,_____,RG:_____ ____, concordo em participar da pesquisa em questão e autorizo a publicação dos dados no estudo.

Guarulhos,...../...../.....

Assinatura do pesquisador responsável
Evandro Benedito Abate
E-mail: evandroabate@yahoo.com.br
Telefone: 34662100
RG: 32312603-0
COREN-SP: 171503

ANEXO

Anexo A

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SOFRIMENTOS ENFRENTADOS PELOS ENFERMEIROS PSIQUIATRAS: MITO OU REALIDADE?

Pesquisador: Evandro Benedito Abate

Área Temática:

Versão:

CAAE: 31011414.2.0000.5479

Instituição Proponente: INCT-HPV/Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa deMisericórdia de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 681.728

Data da Relatoria: 28/05/2014

Apresentação do Projeto:

Estudo de campo, do tipo descritivo, com uma abordagem qualitativa.Será constituída pelos enfermeiros que atuam na instituição, independente do setor, turno ou período em que trabalham na instituição.Os dados serão coletados através da técnica da Entrevista Semi-Estruturada, para tanto foi elaborado um roteiro com as questões norteadoras (Apêndice B). As entrevistas serão marcadas com antecedência e realizadas pelo pesquisador e serão gravadas em fita cassete para facilitar a transcrição posterior.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a existência de sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras que atuam em um hospital de internação psiquiátrica do município de São Paulo.

Verificar as estratégias defensivas utilizadas pelos enfermeiros psiquiatras para enfrentar sofrimentos existentes em seu ambiente de trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

É esperado ocorrer desconfortos em função de a pesquisa rememorar o processo de trabalho que evidencia os sofrimentos enfrentados pelos enfermeiros psiquiatras

Endereço: SANTA ISABEL
Bairro: VILA BUARQUE **CEP:** 01.221-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2176-7689 **Fax:** (11)2176-7688 **E-mail:** cepsc@santacasasp.org.br