



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Turma XV - Mestrado em Psicologia**

PAULA HERBSTER NOGUEIRA BARROCAS

**CONDIÇÕES DE TRABALHO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL PARTICULAR: BURNOUT E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS**

**WORK CONDITIONS OF NURSING TECHNICIANS OF A PRIVATE
HOSPITAL: BURNOUT AND DEFENSIVE STRATEGIES**

Fortaleza

2014

PAULA HERBSTER NOGUEIRA BARROCAS

**CONDIÇÕES DE TRABALHO DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM
HOSPITAL PARTICULAR: BURNOUT E ESTRATÉGIAS DEFENSIVAS**

**WORK CONDITIONS OF NURSING TECHNICIANS OF A PRIVATE HOSPITAL:
BURNOUT AND DEFENSIVE ESTRATEGIES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Linha de Pesquisa: Ambiente, Trabalho e Cultura nas Organizações Sociais.

Orientador: Prof^ª. Dra. Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel

Fortaleza

2014

B277c Barrocas, Paula Herbster Nogueira.
Condições de trabalho de técnicos de enfermagem de um hospital particular: burnout e estratégias defensivas / Paula Herbster Nogueira Barrocas. - 2014.
81 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2014.
“Orientação: Profª Drª Regina Heloisa Maciel.”

1. Estresse – Aspectos psicológicos. 2. Técnicos de enfermagem. 3. Condições de trabalho. I. Maciel, Regina Heloisa. II. Título.

CDU 159.944



Universidade de Fortaleza – UNIFOR
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Ambiente Trabalho e Cultura nas Organizações

Dissertação intitulada “*Condições de trabalho de técnicos de enfermagem de um hospital particular: burnout e estratégias defensivas*”, de autoria da mestranda **Paula Herbster Nogueira Barrocas**, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel – (UNIFOR) – Orientadora

Profa. Dra. Luciana Maria Maia Viana – (UNIFOR)

Prof. Dr. João Bosco Feitosa dos Santos – (UECE)

Fortaleza, 20 de novembro de 2014.

Visto:

Profa. Dra. Tereza Gláucia Rocha Matos
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
UNIFOR

Dedico este trabalho aos meus amados pais, exemplos de seres humanos e de profissionais, que sempre me apoiaram e incentivaram em todos os momentos da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, que por meio de sua graça e fidelidade me proporcionou meios para a concretização desse sonho.

Aos meus pais por serem um exemplo de pais, amigos e profissionais. Por me incentivarem a estudar e me superar, e acreditarem em mim acima de tudo. O amor, a dedicação, o apoio, o incentivo foram essenciais para a minha formação e para a realização deste trabalho.

A minha irmã pelo apoio e pela descontração que me trouxe nos momentos mais tensos e por tão nova já ser um exemplo de profissional.

Ao Renato, por ser tão importante na minha vida, sempre me incentivando a alçar os voos, fazendo-me acreditar que posso mais do que imagino. O seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor foram fundamentais para a concretização deste trabalho. Obrigada por ter investido no meu sonho, como se fosse seu sonho.

A minha querida professora, Doutora Luciana Maria Maia Viana, que me incentivou e me ajudou em todos os momentos desse trabalho.

A minha admirada orientadora, Doutora Regina Heloisa Maciel, que com extrema paciência e dedicação, soube guiar-me nas minhas angústias e dificuldades, proporcionando todas as condições para que eu pudesse desenvolver a minha pesquisa e concluir este trabalho.

Aos meus amigos Melina, Rachel, Edison com quem dividi as angústias, os medos e as alegrias. Foi muito bom poder contar com vocês.

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Psicologia pelas maravilhosas contribuições.

Aos meus amigos e colegas, pelo incentivo e pelo apoio constante.

A todos os técnicos de enfermagem que participaram direta ou indiretamente da minha pesquisa. Obrigada pela colaboração e apoio.

Barrocas, P. H. (2014). Condições de trabalho de técnicos de enfermagem de um hospital particular: *Burnout* e estratégias defensivas. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza. Fortaleza: UNIFOR.

RESUMO

A enfermagem abrange um conjunto de profissões que possuem características próprias com atividades frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica, prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas, automação por ações repetitivas, insuficiência de pessoal e material, turnos diversos e complexidade das ações executadas, entre outros. Os técnicos e auxiliares de enfermagem de nível fundamental e médio correspondem à maciça maioria dos funcionários dos hospitais, são majoritariamente mulheres e estão na linha de frente do processo terapêutico, situando-se no trabalho de cuidado direto dos pacientes. Assim, os profissionais de enfermagem estão expostos a uma carga de trabalho que pode causar sofrimento. Desse modo, objetivou-se identificar as condições de trabalho dos técnicos de enfermagem e o impacto que elas causam na saúde desses profissionais, principalmente o impacto do contato com o paciente em sofrimento e seus familiares. Busca-se ainda, identificar quais estratégias defensivas são utilizadas por esses profissionais quando se deparam com situações de sofrimento dos pacientes e suas famílias. Trata-se de um estudo de caráter descritivo com metodologia qualitativa. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, abordando como é o trabalho das técnicas, quais sentimentos elas vivenciam no trabalho e se possuem alguma estratégia, individual ou coletiva, para auxiliar a vivência do trabalho e conviver com o sofrimento do paciente. Ao terminar a entrevista solicitava-se às técnicas que respondessem ao *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para fins diagnósticos em relação à presença ou ausência de sintomas da síndrome de *burnout*. Os resultados obtidos apontaram os aspectos principais das condições de trabalho das técnicas (rotina, trabalho em equipe, rodízio de leitos, campanhas, faltas e salário) e que esses fatores não são percebidos da mesma maneira por todos os membros da equipe. No que se refere às estratégias defensivas foram encontradas estratégias de separação da vida pessoal e profissional, repressão das emoções, fuga do confronto, rodízio no atendimento e desabafo com a equipe. O estudo contribui para dar visibilidade às condições de trabalho desfavoráveis dos técnicos de enfermagem, fatores de estresse e sofrimento e possíveis melhorias dessas condições.

Palavras-chave: Enfermagem, técnicos de enfermagem, condições de trabalho, estresse no trabalho, sofrimento no trabalho.

Barrocas, P. H. (2014). Work conditions of nursing technicians of a private hospital: Burnout and defensive strategies. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza. Fortaleza: UNIFOR.

ABSTRACT

Nursing covers a set of professions that have special activities often marked by tasks fragmentation, rigid hierarchical structure, extended workload, high pace of production due to innumerable tasks, automation due to repetitive tasks, lack of staff and equipment, shiftwork and complexity of actions performed, among others. Nursing technicians of basic and middle level of education are the massive majority of employees of hospitals. They are mostly women and are on the front line of the therapeutic process, having to deal directly with patients' care. Thus, nursing professionals are exposed to a workload that can cause suffering. This research aims at identifying the work conditions of nursing technicians and the impact of their work on health, especially the impact of the contact with the patient in suffering and their families. It also aims at identifying which defensive strategies are used by these professionals when they are confronted with situations where there is suffering of patients and their families. The research is a descriptive study with a qualitative methodology. The data were collected by means of semi-structured interviews, addressing how the technicians work, which feelings they experience at work and if they have any strategy, individual or collective, to assist them to surpass the work conditions and the suffering of patients. At the end of the interviews the technicians answered the Maslach Burnout Inventory (MBI) for diagnostic purposes in relation to presence or absence of symptoms of burnout syndrome. The results showed the main aspects of the work conditions of the technicians (routine, teamwork, beds rotation, buzzers, absences, and salary) and that all team members do not perceive these factors in the same manner. As regards the defensive strategies, the following strategies were found: separation of personal and professional life, emotions' suppression, confrontation avoidance, attendance rotation and outburst with the team. The study contributes to give visibility to the poor work conditions of nursing technicians, stress factors and suffering and points to possible improvements of these conditions.

Keywords: Nursing, nursing technicians, work conditions, job stress, suffering at work.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1. Processo de trabalho na enfermagem	9
1.2. Sofrimento do enfermeiro frente o sofrimento do paciente.....	14
1.3. Estresse e síndrome de <i>burnout</i> nos profissionais de enfermagem.....	16
1.4. Estratégias defensivas.....	18
2. OBJETIVOS.....	20
2.1. Objetivo Geral.....	20
2.2. Objetivos Específicos	20
3. PERCURSO METODOLÓGICO	21
3.1. Participantes.....	22
3.2. Entrevistas.....	23
3.3. Análise dos dados.....	24
3.4. Aspectos Éticos	25
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
4.1. Diagnóstico da Síndrome de <i>Burnout</i>	26
4.2. Análise das Entrevistas	27
4.2.1. Categoria 1: Descrição de suas condições de trabalho	28
4.2.2. Categoria 2: Estratégias defensivas	42
4.2.3. Categoria 3: Reconhecimento.....	49
4.2.4. Categoria 4: Relações com os pacientes e acompanhantes	52
4.3. As técnicas de enfermagem e os sintomas de <i>burnout</i>	58
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6. REFERÊNCIAS	67
7. ANEXOS.....	73

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo identificar o impacto das condições de trabalho na saúde de técnicos da área de enfermagem. Busca-se ainda identificar as condições de trabalho dos técnicos e identificar quais as estratégias defensivas utilizadas por esses profissionais para tolerar a convivência com o sofrimento do paciente e de seus familiares.

1.1. Processo de trabalho na enfermagem

A institucionalização da enfermagem como profissão, a partir de meados do século XIX, ocorre no contexto da divisão do trabalho que configura diversos agentes da enfermagem e estabelece uma disciplina e uma hierarquia entre os profissionais. Essa divisão do trabalho tem forte relação com o taylorismo, principalmente na forma organizativa por tarefas, na qual há separação entre as atividades intelectuais e manuais (Peduzzi, 2002; Martins & Robazzi, 2012).

A regulação do exercício profissional da enfermagem foi contemplada com a aprovação da Lei nº 2.604 de 17/09/1955, da Presidência da República. Já a regulamentação do exercício da enfermagem no nível técnico, só foi conseguida, por força da Lei nº 3.780/60, que também os equiparou aos demais profissionais liberais de saúde (Germano, 2010).

No Brasil, a divisão interna da enfermagem, dá origem a diversas modalidades de trabalho: técnicos, auxiliares e atendentes, responsáveis pela maioria das atividades de assistência em saúde da população, chamadas de cuidado direto. Os enfermeiros de nível superior ficaram com as atividades de ensino, supervisão e administração, chamadas de cuidado indireto (Peduzzi, 2002).

Assim, trata-se de um conjunto de profissões que possuem características próprias com atividades frequentemente marcadas por divisão fragmentada de tarefas, rígida estrutura hierárquica, prolongadas jornadas de trabalho, ritmo acelerado de produção por excesso de tarefas, automação por ações repetitivas, insuficiência de pessoal e material, turnos diversos e complexidade das ações executadas, entre outros (Faria, Barboza, & Domingos, 2005).

Embora se perceba essas diferenças, o trabalho no campo da enfermagem tem como núcleo o cuidar. Para viabilizar o cuidado são utilizados alguns instrumentos, como o raciocínio clínico, a observação, os procedimentos de assistência e intervenção e a comunicação e interação com os pacientes e com a equipe de saúde (Hausmann & Peduzzi, 2009; Shimizu & Ciampone, 1999).

O processo de trabalho da administração em enfermagem, especialmente no ambiente hospitalar, é caracterizado por divisão do trabalho, hierarquia, autoridade legal, sistema de procedimentos e rotinas e impessoalidade nas relações interpessoais. Tem por finalidade a organização do processo de cuidar e das condições necessárias à execução do cuidado (Hausmann & Peduzzi, 2009; Shimizu & Ciampone, 1999).

Analisando a organização do trabalho hospitalar, pode-se observar que os profissionais de enfermagem com nível superior gerenciam o dia-a-dia das unidades assistenciais e possuem, internamente, uma linha de mando vertical formalizada e legitimada sobre os técnicos e auxiliares de enfermagem (Matos & Pires, 2006).

Os trabalhadores de enfermagem de nível fundamental e médio correspondem à maciça maioria dos funcionários dos hospitais, são majoritariamente mulheres e estão na linha de frente do processo terapêutico, situando-se no trabalho de cuidado direto dos pacientes. Essas profissionais realizam atividades tidas como manuais e mais simples, se comparadas às exercidas pelos enfermeiros e médicos, que prescrevem e organizam formalmente seu processo de trabalho, tendo uma possibilidade muito restrita de intervir sobre ele (Masson, Brito, & Athayde, 2011).

Os técnicos de enfermagem são uma importante força de trabalho no ambiente hospitalar. Machado, Oliveira e Moyses (2010) encontraram que no Brasil, em 1992, existiam 41.501 enfermeiros e 267.848 técnicos e auxiliares de enfermagem para 307.952 médicos, e em 2005, esses números tinham mais do que duplicado, eram 116.126 enfermeiros e 563 mil técnicos e auxiliares de enfermagem para 527.625 médicos.

Esse aumento pode ser explicado pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que acarretou grandes transformações no sistema de saúde brasileiro, trazendo, em suas diretrizes, novas formas de estruturar, desenvolver e produzir serviços em saúde. O aumento do número de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem pode

ser atribuído aos seguintes fatores: expansão da capacidade instalada, municipalização dos empregos, ambulatorização dos atendimentos, maior qualificação da equipe, feminização da força de trabalho, flexibilização dos vínculos, entre outras (Machado et al, 2010)

Um dos principais problemas do SUS na atualidade é exatamente a existência de vínculos precários, o que pode levar a insegurança, alta rotatividade e insatisfação profissional, comprometendo a dedicação dos profissionais (Machado et al, 2010).

Desse modo, o trabalho passa a ser fonte de sofrimento para o profissional. Como afirma Dejours (2011), o trabalho pode ser a gênese de realização e de prazer, o meio da pessoa desenvolver-se individual e coletivamente, fator essencial para o equilíbrio e crescimento, o que possibilita manter a saúde. Ao mesmo tempo, pode ser fonte de cansaço físico, psíquico e cognitivo, de sofrimento, tensões, angústia e estresse.

Quando o trabalho está adaptado às condições fisiológicas e psicológicas do trabalhador, o trabalhador consegue desenvolver seu trabalho de maneira mais saudável. No entanto, quando essas condições não são ideais, o trabalhador pode desenvolver estratégias de defesa, individuais ou coletivas, contra os estressores do ambiente de trabalho. As estratégias de defesa podem diminuir a carga mental e física decorrente das condições de trabalho. Condições de trabalho não adaptadas ao trabalhador podem tornar o trabalho fatigante e, nesses casos, o sofrimento decorrente do trabalho pode ser maior que o prazer. Se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica (sofrimento psíquico), ele é equilibrante. Se ele se opõe a essa diminuição, ele é fatigante (Silvino et al, 2011).

Para Dejours (2011), o sofrimento no trabalho se caracteriza por um estado de luta do sujeito contra forças que o estão empurrando em direção à doença mental, ou seja, quando a organização do trabalho entra em conflito com o funcionamento psíquico das pessoas; quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, então emerge um sofrimento patológico.

É claro que os profissionais de enfermagem estão expostos a uma carga de trabalho que pode causar sofrimento. Essa carga é composta de vários fatores tais como os fatores físicos, químicos, mecânicos, biológicos, fisiológicos e psíquicos. Estes

últimos podem ter relação com a forma como o trabalho é dividido e organizado (Gobbi & Durman, 2010).

O conceito de carga de trabalho vem sendo usado nos estudos sobre o processo de trabalho da enfermagem com vários significados, entre eles o de dependência do paciente e intensidade do trabalho. No entanto, é importante definir o que se entende por carga de trabalho em enfermagem. Dependendo da fonte da carga de trabalho e da interação entre seus fatores com o corpo do trabalhador, podem ocorrer alterações nos processos biopsíquicos, que se manifestam como desgaste físico e psíquico, potenciais ou efetivos (Schmoeller, Trindade, Neis, Gelbcke, & Pires, 2011).

O desgaste promovido por uma carga de trabalho excessiva pode incluir a perda da capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica, do trabalhador em sua tentativa de adaptar-se às condições adversas encontradas no ambiente de trabalho. Laurell e Noriega (1998) afirmam que todo o trabalho pode causar desgaste e que as doenças relacionadas ao trabalho se iniciam com um processo de desgaste, aparecendo os primeiros sinais e sintomas e evoluindo para a doença em si.

Assim, a carga de trabalho à qual o trabalhador fica exposto pode causar danos a sua saúde. Alguns fatores podem ser diretamente observáveis como os fatores físicos, mas outros carregam certa imaterialidade como os relacionados à organização do trabalho (Kirchhof, Lacerda, Sarquis, Magnago, & Gomes, 2011).

A sobrecarga psíquica, no caso dos técnicos de enfermagem, decorre da sensação constante de não poder errar, pois, no caso do cuidado dos pacientes, os enfermeiros lidam com medicamentos que, se esquecidos ou trocados, podem causar até a morte de um paciente. Por outro lado, a evolução da tecnologia para uma série de trabalhos, inclusive o trabalho hospitalar, tem se revestido de componentes cognitivos complexos e muitas vezes sobrecargas mentais nos trabalhadores (Medeiros, Ribeiro, Fernandes, Veras, 2006).

Essa sobrecarga pode estar relacionada também, no caso da enfermagem, ao fato desses profissionais sofrerem pressões da classe médica, de outros profissionais de saúde, dos auxiliares e dos pacientes e familiares. Como afirma Medeiros et al (2006), os serviços hospitalares são tensiogênicos, tanto pela natureza do cuidado prestado às

peças em situações de risco como pela divisão social do trabalho e hierarquia presentes na equipe de saúde.

Algumas questões relacionadas à organização do trabalho contribuem para o sofrimento laboral desses profissionais, o que, ao longo do tempo, pode impactar a saúde mental do cuidador. Sobre esses aspectos, Pagliari, Collet, Oliveira e Vieira (2008) observaram que o sofrimento psíquico decorre mais de fatores relacionados à organização do trabalho, ao acúmulo de horas trabalhadas em plantões, aos regimes e contratos de trabalho precários, à falta de recursos materiais e humanos, ao não reconhecimento da instituição frente ao trabalho realizado e ao relacionamento conflituoso com a equipe multiprofissional (Medeiros et al, 2006), do que aqueles relacionados aos aspectos físicos das condições de trabalho.

Nesse sentido, o trabalho hospitalar apresenta aspectos muito específicos tais como a excessiva carga de trabalho, o contato direto com situações limite e o elevado nível de tensão, o que se constitui em um alto risco para o profissional. A existência de regime de turnos e plantões permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna e esses fatores podem levar ao adoecimento (Schmoeller et al, 2011).

É importante destacar que o sofrimento no trabalho é uma experiência subjetiva e está relacionada à história do sujeito, como aponta Pagliari et al. (2008). Parte-se do princípio de que cada indivíduo é um sujeito sem outro igual, portador de desejos e projetos enraizados na sua história singular que, de acordo com aquilo que caracteriza a organização de sua personalidade, reage à realidade de maneira estritamente original.

Mas para além das características individuais está a dimensão organizacional no labor da enfermagem, isto é, a divisão das tarefas e as relações de produção, compreendendo que a origem do sofrimento e as estratégias defensivas estão diretamente associadas com o homem e com a organização do trabalho (Martins & Robazzi, 2012).

1.2. Sofrimento do enfermeiro frente o sofrimento do paciente

A preocupação com os aspectos psicológicos relativos à interação do indivíduo com o trabalho e com a organização do trabalho tem sido objeto de estudo e

investigações há muito tempo. No entanto, as mudanças no mundo do trabalho e, principalmente, o aumento de trabalhadores no chamado setor terciário, de serviços, é relativamente recente. Em vista disso, poucos estudos têm sido dirigidos à compreensão da interioridade ligada aos sentimentos e à subjetividade advinda do contato do trabalhador com o cuidar propriamente dito (Shimizu & Ciampone, 1999).

No campo da enfermagem, os objetos de trabalho são o cuidado e o gerenciamento do cuidado, concebidos como um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do paciente, no decorrer de uma doença ou ao longo de processos sócio vitais, visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde (Peduzzi, 2002).

Desse modo, os profissionais de enfermagem lidam diretamente com o sofrimento físico e emocional dos pacientes e, como relatam Sentone e Gonçalves (2002), o sofrimento psíquico é uma questão primordial, uma vez que o profissional lida frequentemente com a dor e o sofrimento do outro.

O sofrimento do paciente nem sempre pode ser aliviado, principalmente quando se trata de doentes terminais onde não há mais nada a fazer. Essa angústia de sentir-se impotente frente à situação traduz, para o profissional, uma insatisfação pessoal que pode o distanciar de seus objetivos como cuidador, desencadeando sentimentos de insegurança, ansiedade e medo (Faria et al., 2005).

A contenção dessas emoções constitui uma das principais causas de problemas psicológicos, visto que o profissional de enfermagem não pode expressar seus dissabores e fraquezas na presença do paciente, adquirindo, desse modo, um comportamento estereotipado da sua personalidade (Faria et al., 2005).

Em uma pesquisa qualitativa, realizada com oito enfermeiros do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Gobbi e Durman (2010) encontraram que 100% desses profissionais apresentavam sofrimento psíquico, em diferentes graus, em algum momento do seu trabalho. Entretanto, muitos não o percebiam ou então desenvolviam mecanismos de defesa, buscando minimizar o sofrimento. Esses mecanismos, no entanto, embora aparentemente soluções viáveis para o sofrimento momentâneo e a angústia presente na rotina de trabalho, acabam por afetar o trabalhador a longo prazo,

provocando sinais e sintomas psicológicos que podem afetar suas vidas fora e dentro do trabalho.

O fato da equipe de enfermagem confrontar-se diretamente com a realidade do sofrimento e/ou morte do outro, faz com que ela sofra o impacto total, de modo imediato e concentrado, das tensões que advém do cuidado direto dos doentes. Essa situação sempre implica sofrimento e, conseqüentemente, acionamento de mecanismos de defesa, que podem ser tanto individuais como coletivos, mas não necessariamente efetivos, a longo prazo, na proteção da saúde mental dos profissionais. (Shimizu & Ciampone, 1999)

De acordo com Castillo e Villena (1998), condições de trabalho podem ser definidas como o conjunto de elementos e circunstâncias de caráter material, psíquico, biológico e social que, influenciados e determinados por vários fatores de ordem econômica, técnica e organizacional, se inter-relacionam e interatuam, constituindo o meio e a forma em que se desenvolve a atividade laboral. O estudo das condições de trabalho da enfermagem visa a identificação de problemas e, por meio da discussão destes, a proposição de mudanças no processo de trabalho, contribuindo para a melhoria das condições de trabalho, para a promoção da saúde e a prevenção de doenças nos trabalhadores de enfermagem (Mauro, Paz, Mauro, Pinheiro, & Silva, 2010)

1.3. Estresse e síndrome de *burnout* nos profissionais de enfermagem

As pesquisas sobre estresse do trabalho tiveram início na década de 1950, seguindo a definição de Selye (citado por Calderero, Miasso, Corradi-Webster, 2008). O estresse é considerado uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência feita a ele. O estresse pode ser definido, portanto, como um estado decorrente de uma mudança no ambiente que é percebida como geradora de tensão ou desequilíbrio para a pessoa, envolvendo uma resposta fisiológica e comportamental do indivíduo que se esforça para se adaptar e se ajustar às demandas internas e externas de origens distintas e variáveis. Essas respostas podem se exteriorizar de imediato ou permanecerem silenciosas, até o momento em que causam processos patológicos importantes no indivíduo, pois a reação de cada pessoa ao estresse é diferenciada (Silva, Dias, & Teixeira, 2012).

O conceito de estresse assim como concebido por Selye na década de 1950 passou por modificações e hoje o estresse pode ser definido como um conjunto de

reações físicas, psicológicas e sociais de adaptação do indivíduo diante de um estímulo (situação) que lhe provoca excitação ou sensação forte, tanto positiva quanto negativa (Calderero et al., 2008; De Paula et al., 2010).

O estresse pode ser dividido em três grandes grupos: o ocupacional, o situacional e o pessoal, ou ainda, ser caracterizado como agudo ou crônico. Estresse ocupacional é aquele que decorre da relação entre indivíduo e seu ambiente laboral, quando este é percebido como oneroso e ameaçador às suas necessidades de realização profissional ou pessoal, à sua saúde física e/ou mental, por acreditar que esse ambiente possui demandas excessivas ou por ele próprio não possuir recursos adequados ou suficientes para enfrentá-las (Costa & Martins, 2011; Silva et al., 2012).

O conceito de *burnout* se relaciona de perto ao conceito de estresse decorrente do trabalho. Foi utilizado pela primeira vez, na década de 1970, por Herbert Freudenberg, como um conjunto de sintomas biológicos e psicossociais inespecíficos, causados por uma demanda excessiva de energia no trabalho, surgindo, normalmente, nas profissões envolvidas numa relação de ajuda. Em 1997, Maslach e Leiter ampliaram a abrangência do conceito para outras profissões que não envolvem relação de cuidado, considerando-o como uma crise nas relações com o trabalho e não necessariamente uma crise com as pessoas com as quais os profissionais lidam no trabalho (Loureiro, Pereira, Oliveira, & Pessoa, 2008).

Atualmente, o *burnout* vem sendo compreendido como um processo de exaustão física, mental e emocional, em decorrência de um período prolongado de exposição a altos níveis de estresse, que surge em profissionais voltados para atividades de cuidado com outros, envolvendo características pessoais e do ambiente de trabalho. A síndrome possui três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (Dalmolin, Lunardi, Barlem, & Silveira, 2012).

A exaustão emocional refere-se à falta de energia e sentimentos de esgotamento emocional e físico. A despersonalização caracteriza-se como um estado psíquico no qual prevalece a dissimulação de sentimentos, o distanciamento afetivo e a impessoalidade, com sentimento de indiferença completa. A baixa realização profissional caracteriza-se pela avaliação negativa que o indivíduo faz de si mesmo face às demandas do trabalho (Silva et al., 2012; Loureiro et al., 2008).

Os profissionais mais suscetíveis a problemas de saúde mental decorrentes da exposição ao estresse no trabalho são aqueles que trabalham a maior parte do tempo, com indivíduos que precisam de cuidados como as enfermeiras, os professores, as assistentes sociais, entre outras profissionais (De Paula et al., 2010).

O estresse acomete a equipe de enfermagem principalmente devido à escassez de recursos humanos e materiais nos serviços de saúde e ao contato direto com o sofrimento e a morte. Esses fatores estão, similarmente, ligados ao *burnout*. A sobrecarga e insatisfação no trabalho podem levar ao abandono da profissão por enfermeiros (Calderero et al., 2008; Silva et al., 2012; Dalmolin et al., 2012).

A enfermagem é apontada hoje em dia como uma profissão que apresenta alto nível de estresse ocupacional em razão de fatores relacionados a suas condições de trabalho como o desenvolvimento rápido e contínuo da tecnologia na área da saúde, a especialização do trabalho, a hierarquização, o clima de trabalho negativo, papéis ambíguos e falta de clareza das tarefas executadas e o ritmo de trabalho. Além disso, fatores relacionados à interação com paciente e sua família, o contato constante com a dor e a morte são elementos que potencializam a carga de trabalho, causando riscos à saúde física e mental desses trabalhadores (Costa & Martins, 2011; De Paula et al., 2010).

Em uma pesquisa realizada com 263 enfermeiros de UTI de vários hospitais das capitais de estados brasileiros, utilizando a escala Bianchi de Stress (Guerrer & Bianchi, 2008), foi encontrado que 105 (39,9%) dos entrevistados estavam com baixo nível de estresse, 96 (36,5%) com médio nível de estresse e 62 (23,6%) em alerta para alto nível de estresse e nenhum com alto nível de estresse, o que já é preocupante de acordo com os critérios da escala aplicada.

Outro estudo com 151 profissionais de enfermagem do hospital universitário do Rio Grande do Sul utilizou a escala Maslach Burnout Inventory (MBI) para mensurar os valores médios nas três dimensões da síndrome e encontrou 54 indivíduos (35,7%) com diagnóstico de *burnout*, confirmando a realidade observável da problemática abordada (Moreira, Magnago, Sakae, & Magajewski, 2009).

1.4. Estratégias defensivas

Mecanismos de defesa ou estratégias defensivas têm como principal objetivo minimizar ou camuflar o sofrimento existente, o que explica o fato de trabalhadores apresentarem características de normalidade aparente, mesmo estando em processo de sofrimento psíquico. As estratégias se manifestam por meio de comportamentos próprios de cada indivíduo, pois cada um reage de maneira particular a cada situação dependendo de sua personalidade (Dejours & Abdouchelli, 1994).

Estratégias coletivas surgem quando vários trabalhadores com sofrimento único se unem e constroem uma estratégia comum que nada mais é do que uma nova percepção da realidade, transformada e validada pela coletividade, como válida para o enfrentamento de sua situação comum de sofrimento. Trata-se de uma maneira do trabalhador tentar se adaptar à organização do trabalho (Dejours, 2011).

Em uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem, visando identificar estratégias defensivas individuais e coletivas, Martins e Robazzi (2012) encontraram como principais estratégias coletivas entre os profissionais buscar apoio na prática religiosa e promover o inter-relacionamento entre os membros da equipe. As autoras relatam que quando a equipe de enfermagem está sofrendo, as enfermeiras e enfermeiros fazem uma oração pedindo a Deus que lhes dê condições de cuidar das pessoas. Outra forma coletiva de defesa encontrada foi a promoção do inter-relacionamento da equipe através da realização de festas de aniversário, que unem o grupo, fortalecem os laços de amizade e aliviam as tensões do dia-a-dia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Esta pesquisa objetiva identificar as condições de trabalho dos técnicos de enfermagem e a repercussão que elas causam na saúde desses profissionais, principalmente a questão do contato com o paciente em sofrimento e seus familiares. Busca-se ainda, identificar quais as estratégias defensivas são utilizadas por esses profissionais quando se deparam com situações de sofrimento dos pacientes e suas famílias.

Assim, o principal propósito é compreender o impacto das condições de trabalho na saúde dos técnicos de enfermagem e as estratégias defensivas que estão diretamente associadas ao processo de trabalho.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar as condições de trabalho dos técnicos de enfermagem;
- Identificar a repercussão das condições de trabalho da enfermagem sobre a saúde dos profissionais, com foco no diagnóstico de *burnout*;
- Identificar e descrever os problemas, sentimentos e significados do sofrimento decorrentes do contato com o sofrimento do paciente e seus familiares;
- Identificar as estratégias desenvolvidas, individual ou coletivamente, para enfrentar ou minimizar a vivência dos sentimentos de sofrimento desses profissionais e dos seus colegas.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa proposta é do tipo descritiva com metodologia qualitativa. Este tipo de pesquisa permite descrever a complexidade de determinados fenômenos e levar em consideração a subjetividade do objeto a ser estudado. Optou-se por essa abordagem por ser utilizada quando se deseja compreender fenômenos subjetivos (Fonseca & Soares, 2006).

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital privado de médio porte da cidade de Fortaleza. Para sua realização foi feita, inicialmente, uma visita ao hospital, junto à coordenação de enfermagem, com o intuito de expor os objetivos do estudo e solicitar a apreciação e autorização da pesquisa nos postos de enfermagem do hospital. Nessa ocasião foi solicitado que a direção assinasse a autorização para a realização da pesquisa, conforme instruções do Comitê Nacional de Ética em Pesquisas (Anexo A). Após a autorização da coordenação, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, conforme Resolução 466/12, fundamentada pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS.

O hospital em que foi realizada a pesquisa é composto por cinco postos de enfermagem: pronto-atendimento, maternidade, clínico, cirúrgico e UTI. Trata-se de um ambiente de trabalho hierarquizado, pois foi necessário falar com a coordenação de enfermagem, que fez um encaminhamento para a supervisão de enfermagem do posto 3, e esta sim me apresentou aos técnicos de enfermagem.

No primeiro contato com a coordenação de enfermagem, esta informou que seria melhor realizar a pesquisa com as técnicas do pronto-atendimento, do posto 3 e da UTI. Após explicitar que a pesquisa versava sobre o vínculo com paciente, a coordenadora restringiu os contatos para posto 3 e UTI. E em relação ao melhor horário para a realização das entrevistas, foi sugerido o período de 11 horas da manhã, 4 horas da tarde e 8 horas da noite.

A segunda visita teve por objetivo conhecer a supervisão de enfermagem dos postos sugeridos e começar a realização das entrevistas. O posto de enfermagem da UTI fica dentro da própria UTI e o acesso é restrito. Do lado de fora há uma campainha que pode ser acionada e pode ser atendida através de uma pequena janela. Após vários toques sem resposta, esse posto foi descartado.

Já no posto 3, a supervisão de enfermagem foi bem mais acessível que a coordenação de enfermagem e informou que as terças, quartas e quintas-feiras eram dias muito “puxados” de trabalho, pois são dias em que há cirurgia e que, apesar de ser um posto clínico, eles também recebem pacientes cirúrgicos. Os melhores horários para realização das entrevistas seriam 8 e 14 horas e nos dias em que não há cirurgia, bem diferente das informações fornecidas pela coordenação.

A divisão hierárquica entre coordenação e supervisão de enfermagem é bastante rígida e isto pode ser observado por vários aspectos, entre eles o fato da coordenação de enfermagem possuir uma sala separada; as enfermeiras usarem uma cor diferente de jaleco em relação às técnicas que usam a cor branca. Além disso, ficou evidente o distanciamento da coordenação de enfermagem da rotina de trabalho das técnicas, já que os horários recomendados para a realização das entrevistas são, na realidade, os horários mais inconvenientes para as técnicas.

A pesquisa foi realizada com as técnicas de enfermagem que trabalhavam no posto 3. Esse posto é composto por 22 leitos individuais que, em sua maioria, são ocupados por pacientes clínicos que necessitam de cuidados que não podem ser prestados em casa, por isso passam meses no hospital, e por pacientes cirúrgicos em recuperação que vêm do posto 4.

O posto 3 é composto por quatro equipes de enfermagem, cada equipe é composta por seis técnicas que trabalham em turnos de 12 horas com repouso de 36 horas, de modo que a equipe A sempre recebe o posto da equipe D e sempre passa o posto para a equipe B. Mas uma das técnicas trabalha em um regime diferente: 12 por 24 horas.

3.1. Participantes

A pesquisa foi realizada em uma amostra total de nove técnicos de enfermagem. A amostra foi intencional e por conveniência. As entrevistas foram feitas com técnicos de enfermagem presentes nos turnos da manhã e da tarde e que aceitaram participar da pesquisa. Em virtude da falta de disponibilidade de horário, uma grande parte da pesquisa foi desenvolvida no horário designado pela enfermeira responsável pelo posto 3, pela manhã, logo após as técnicas fazerem as medicações dos pacientes. Inicialmente foram explicados os objetivos do estudo e os técnicos de enfermagem tiveram a

liberdade de escolha para participar ou não da pesquisa. Aqueles técnicos que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Anexo B) que foi apresentado antes da realização da entrevista.

O número total de técnicos a serem entrevistados não foi definido *a priori*, pois, a coleta permaneceu até o momento em que houve convergências suficientes para configurar o fenômeno investigado. O método da saturação dos conteúdos emergentes nos discursos permitiu a garantia de que as informações tivessem grande diversificação e abrangência em relação à reconstituição do objeto no material do estudo.

O critério de inclusão foi ser técnico de enfermagem, trabalhando no hospital particular de Fortaleza e em atividade no período de coleta de dados. Foram excluídos os técnicos que não consentiram em participar do estudo.

Os técnicos que participaram das entrevistas tinham em média 33 anos de idade, todos do sexo feminino. A maioria trabalha 12 horas e tem 36 horas de repouso, apenas um deles trabalha um turno de 24 horas por 24 de repouso e possuem entre 1 e 30 anos de profissão.

3.2. Entrevistas

A supervisão de enfermagem conversou com as técnicas sobre a pesquisa e as instruiu que à medida que fossem terminando as medicações fossem conversar comigo na sala da secretaria. A recepção e disponibilidade das técnicas foi bastante positiva.

Como técnica de coleta de dados, utilizou-se a entrevista semiestruturada, abordando dois aspectos. O primeiro diz respeito à descrição e percepção das condições de trabalho cuja pergunta norteadora foi: Como é o seu trabalho no posto de enfermagem? (Anexo C).

Em um segundo momento da entrevista, tendo como base a psicodinâmica do trabalho, que resgata os aspectos subjetivos do trabalho e sua centralidade enquanto elemento constituidor do indivíduo e de sua identidade (Lancman & Uchida, 2003), foram feitos os seguintes questionamentos: “Que sentimentos você vivencia como técnica de enfermagem?” e “Você tem alguma estratégia que desenvolve individual ou coletivamente para auxiliar a vivencia dos seus sentimentos e do sofrimento do paciente?”

Após o consentimento dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

Ao terminar a entrevista solicitava-se às técnicas que respondessem ao *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para fins diagnósticos em relação à presença ou ausência da síndrome de *burnout*. A aplicação foi realizada na presença da pesquisadora na mesma sala onde se realizava as entrevistas.

3.3. Análise dos dados

Para o tratamento das informações contidas nas entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática. A análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de tratamento de informações que permitem a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção das variáveis percebidas nas mensagens. Baseiam-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido de que se constitui a comunicação e, posteriormente, realizar os seus agrupamentos em classes ou categorias (Bardin, 2000).

A análise ocorreu em três fases distintas: a primeira compreendeu a pré-análise na qual foi realizada a organização do material, com a finalidade de tornar as ideias iniciais operacionais e esquematizadas. Foi realizada leitura flutuante dos dados transcritos do gravador eletrônico. A segunda, a exploração do material, que foi a administração sistemática das decisões anteriormente tomadas, ou seja, seleção das falas dos sujeitos e organização do material em subcategorias e categorias (Martins & Robazzi, 2012). Por fim, na terceira fase, foi realizado o tratamento dos resultados com sua interpretação. Desta maneira, pretendeu-se identificar as unidades de significado e, posteriormente, classifica-las, agrupa-las e interpreta-las à luz dos objetivos do trabalho e da literatura sobre o assunto.

3.4. Aspectos Éticos

A pesquisa foi devidamente registrada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza – Coética, sob o número 434.808 (Anexo D), de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Nº

466/12, onde expressa responsabilidade e compromisso ético nas pesquisas envolvendo seres humanos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Diagnóstico da Síndrome de *Burnout*

Os dados coletados por meio do MBI serviram apenas para estabelecer um diagnóstico de cada uma das entrevistadas em relação à presença ou ausência de sinais relacionados à síndrome de *burnout*. Para tal, os dados individuais foram computados em relação às três subescalas do instrumento: exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional. A partir da somatória dos pontos das respostas aos itens correspondentes a cada subescala, classificou-se as entrevistadas em três níveis para cada uma delas: baixo, médio e alto, de acordo com o critério utilizado proposto por Benevides-Pereira e o Núcleo de Estudos Avançados da Síndrome de Burnout (Jodas & Haddad, 2009). Os resultados desse diagnóstico podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1
Classificação das participantes nas três subescalas do MBI.

	Exaustão emocional	Desperso-nalização	Falta de realização profissional
E1	Alto	Médio	Alto
E2	Médio	Médio	Baixo
E3	Médio	Baixo	Baixo
E4	Alto	Alto	Médio
E5	Alto	Alto	Alto
E6	Médio	Médio	Médio
E7	Baixo	Médio	Médio
E8	Baixo	Alto	Baixo
E9	Baixo	Baixo	Alto

Nota-se pelos resultados da aplicação do MBI que a participante E1 apresenta níveis altos em exaustão emocional e falta de realização profissional, enquanto E4 apresenta níveis altos em exaustão emocional e despersonalização e E8 apresenta níveis altos de despersonalização. Já a técnica E5 apresenta níveis elevados nas três subescalas, sendo a única técnica entrevistada que apresenta sintomas de *burnout*, de acordo com a escala e critério aplicados.

Os resultados individuais em relação à síndrome de *burnout* serão discutidos ao final da análise das entrevistas. Sua apresentação antes das entrevistas visa dar ao leitor

a oportunidade de acompanhar as falas das profissionais com os escores obtidos na escala de *burnout*.

4.2. Análise das Entrevistas

A partir da leitura e análise das entrevistas realizadas com os técnicos de enfermagem foi possível compreender aspectos das suas condições de trabalho, das relações que se estabelecem com os pacientes e acompanhantes, do excesso de trabalho a que estão submetidos, das estratégias utilizadas para enfrentar as adversidades do trabalho e da importância de ter o trabalho reconhecido. Assim, foram identificadas quatro categorias: condições de trabalho, estratégias de defesa, reconhecimento e relações com os pacientes e acompanhantes, que se dividem em várias subcategorias.

As categorias e subcategorias foram organizadas de acordo com o esquema da tabela 2.

Tabela 2

Categorias e sub categorias encontradas nos discursos das técnicas de enfermagem

Categoria 1	Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Rotina - Trabalho em equipe - Rodízio de leitos - Campanha - Equipes desfalcadas - Baixos salários - Sobrecarga de trabalho
Categoria 2	Estratégias de defesa	<ul style="list-style-type: none"> - Separação entre a vida pessoal e profissional - Repressão das emoções - Fuga do confronto - Rodízio no atendimento - Desabafo com a equipe
Categoria 3	Reconhecimento	
Categoria 4	Relações com os pacientes e acompanhantes	<ul style="list-style-type: none"> - Apego aos pacientes - Lidando com o sofrimento dos pacientes - Relação com os acompanhantes

4.2.1. Categoria 1: Descrição de suas condições de trabalho

Durante boa parte das entrevistas as técnicas descreveram e comentaram sobre suas condições de trabalho. Em geral, as condições de trabalho são percebidas negativamente, indicando inadequações que podem ser geradoras de estresse e *burnout*. As técnicas referiram especificamente aspectos de sua rotina de trabalho, trabalho em equipe, rodízio de leitos, campainha, equipes desfalcadas, baixos salários e sobrecarga de trabalho.

Rotina

Há uma rotina expressa que as técnicas de enfermagem tentam seguir rigorosamente. A rotina se inicia com a separação dos medicamentos, visita aos leitos dos pacientes, checar os sinais vitais e fazer higienização. Para algumas técnicas, o trabalho se restringe aos cuidados biomédicos com os pacientes, como demonstram as falas a seguir.

Aí a gente vai separar a medicação, que é prioridade, principalmente antibiótico. Assim, que a gente separa, a gente vai nos leitos dos pacientes conhecer, os pacientes que a gente não conhece. (E1)

Eu bato meu ponto e começo a trabalhar, preparar medicação, atender o paciente, dar medicação no horário certo, dar banho, tudo que o paciente necessitar, até no decorrer do dia. (E3)

Em outros discursos, pode-se notar a preocupação com um cuidado mais humanizado com o paciente, que vai além de fazer medicação e higienização, posto que há uma preocupação com o estado emocional do paciente para que ele melhore.

Era como se a gente fosse mais amiga que profissional. A gente estava ali para ajudar eles a se verem como pessoa, porque tem muitos que vão para ali se achando já no fim da vida, que não tem mais jeito, e a gente está ali para dar um ânimo, para conversar,

para ajudar, para melhorar. Apoio à família também. Dar um pouco de dignidade como eles dizem, tem uns que tem muita vergonha, e a gente tem que ajudar. (E6)

Pode-se observar que convivem dentro da mesma equipe de enfermagem duas visões sobre como deve ser o cuidado de enfermagem, uma que valoriza os aspectos técnicos e biológicos da rotina de trabalho e outra que entende o cuidado vai além da técnica, valorizando aspectos emocionais e psicológicos do paciente.

De acordo com o novo modelo assistencial proposto pelo SUS, a enfermagem tem como fundamento de sua prática o cuidar para uma vida digna e plena, direito de todo cidadão. O aspecto humano do cuidado em enfermagem tem sido um dos desafios enfrentados para a implementação desse modelo assistencial, pois os conceitos do modelo biomédico e de sua tecnologia no tratamento da doença e nos cuidados de enfermagem ainda são predominantes. Outro fator que dificulta o cuidado humanizado é a rotina diária e complexa que envolve o ambiente hospitalar faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o paciente que está sua frente (Vila & Rossi, 2002; Lucena, Paskulin, Souza, & Gutiérrez, 2009).

Rotina, fazer medicação, cuidar dos pacientes, higienizar paciente, essa a rotina diária. Primeiro a gente tira as medicações, faz as medicações nos horários, higieniza, todos os cuidados de enfermagem com o paciente. (E4)

É repetitivo, todo dia a mesma coisa. Pedir material, devolver, deixar e buscar, e você acaba que ficando meio técnico mesmo, todo dia fazendo a mesma coisa, dá sete horas você liga o automático. E assim é o dia todo você trabalha no automático... Não dá tempo de você ficar dizendo pra ele: Olhe você vai tomar isso, por causa disso, serve pra isso, tem esse efeito colateral, é normal. Muitas das vezes não dá tempo você dar uma assistência de qualidade pela sobrecarga. (E5)

O cuidado pressupõe uma relação interativa. Essa interação está baseada em valores e no conhecimento do ser que cuida para e com o ser que é cuidado. O cuidado ativa sentimentos de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o

bem, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa, como se vê no relato de E2. O trabalho do técnico de enfermagem se dá na interseção entre o trabalhador e o usuário, como no acolhimento, criação de vínculo, desenvolvimento de maiores graus de autonomia, por isso deve estar pautado na ética do compromisso com a vida e com a dignidade do paciente (Waldow, 1998; Lucena et al., 2009).

Bem, aqui no trabalho a gente tem que fazer de tudo um pouco, né? A gente da assistência, da parte de tratamento clínico, é também um pouco de psicóloga, é um pouco de tudo. Porque a gente vai fazer uma visita no quarto do paciente, a gente não faz só medicação, às vezes ele começa a falar algumas coisas, a gente tem que escutar, ao mesmo tempo tem que dar uma força, porque tem paciente que é muito deprimido. (E2)

Deste modo, a atuação do técnico de enfermagem deve permitir uma mudança na lógica da atenção, onde o enfoque deixa de ser apenas a doença, para contemplar o indivíduo em sua integralidade, que se encontra temporariamente doente, mas que retornará para o contexto social de que faz parte (Lucena et al., 2009).

Trabalho em equipe

O trabalho em equipe é citado como um fator de estresse, pois há rivalidade entre as pessoas da equipe e falta de compreensão. E quando perguntadas a respeito da qualidade das relações interpessoais, elas relatam que a relação com o paciente é melhor que a relação entre os membros da equipe.

Às vezes é até mal reconhecido quando você quer fazer o trabalho direitinho 100%, aí digamos que tem alguma colega que não é igual a você, em vez dela aceitar essa diferença ela acaba agindo com rivalidade, ou então é grosseira assim entre si devido a sobrecarga, o estresse. (E2)

Porque na maioria das vezes você não é estimulado, é desestimulado. Muitas vezes é mais a equipe em si que os pacientes. Os pacientes costumam tratar melhor que a equipe. Então as vezes tem muito assim, é uma área que tem muita picuinha, você pode fazer o melhor, mas você nunca é 100%. Como ela falou você pode trabalhar o dia todinho, está morta de cansada, chega as pernas doem, mas a hora que você senta a enfermeira acha que você não está fazendo nada. “ah, tá sentada, vá fazer num sei o que...” As vezes você mal senta, “circulando”, começa... Entendeu? É por ai... (E2)

As partes boas são os pacientes emocionalmente, mas assim entre... A maioria das coisas que acontece estresse em si é entre equipe, chefia, o estresse é mais nesse círculo. É uma área muito individualista, dificilmente você vai encontrar alguém que vai reunir esforço para te ajudar naquela coisa, você vai encontrar rejeição, mais rejeição do que a parte do agrupamento. (E2)

Já para outra técnica, o trabalho em equipe é percebido como prazeroso, apesar de ser considerado requisito obrigatório para se manter na profissão.

Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim? Não! É prazer. Eu gosto e a equipe é boa, Ave Maria. A gente ri demais, é feliz. Tem que ser se não tem que mudar de profissão. (E1)

Tudo que a gente faz aqui é em equipe. Para aliviar a dor a gente faz tudo, muda a posição do paciente, vai duas vai três até conseguir resolver, vai a enfermeira, vai o médico e, se não der certo, vai para UTI. (E1)

As atitudes conflitantes intra e intergrupais foram referidas pelos enfermeiros como estressantes por atuarem com diferentes categorias profissionais que, apesar de terem como objeto de trabalho o cuidado de pacientes críticos, possuem interesses e visões de mundo diferentes, podendo propiciar situações geradoras de tensão no trabalho. Como os trabalhadores têm formação, cultura e características singulares, a convivência no ambiente de trabalho, em algumas situações, pode se tornar penosa quando os interesses são confrontados (Santos, Oliveira, & Moreira, 2005).

As situações conflitantes podem também manter vinculação com a dinâmica do setor: o número excessivo de pessoas, o ruído e a imprevisibilidade com a qual os profissionais lidam no dia-a-dia. As maneiras de se trabalhar tais problemas seriam as reuniões de equipe, o planejamento das atividades e a valorização dos distintos saberes com ênfase nas experiências dos profissionais em prol da saúde dos trabalhadores e da qualidade do trabalho (Santos et al., 2005).

O conflito intragrupal pode ser definido como uma manifestação de incompatibilidade, desacordo ou dissonância entre pessoas de um grupo, e pode ser dividido em conflito de tarefa e conflito de relacionamento. O conflito de tarefa refere-se ao conteúdo de decisões, ideias e opiniões. Já o conflito de relacionamento refere-se a percepção de incompatibilidade interpessoal, envolvendo irritação e raiva entre os membros do grupo, ambos observados no discurso de E2, que apresenta níveis moderados de despersonalização (Costa & Martins, 2011).

De acordo com os estudos de Garcia, Dellarozza, Haddad e Pachemshy (2012) e Martins et al., (2009), o trabalho em equipe revela-se fonte de sentimentos diversos. É considerado prazeroso quando está baseado em amizade entre os profissionais, ajuda mútua, como se observa na fala de E1. Já para E2, o trabalho em equipe não é fonte de prazer e sim, local de conflito, rivalidade e falta de reconhecimento.

Rodízio de leitos

É feito um rodízio de leitos semanal entre as técnicas de enfermagem. Essa forma de organização do trabalho é relatada como melhor que a técnica de sorteio, pois evita que uma técnica fique mais de uma semana seguida com o mesmo paciente. No entanto, foi relatado que mesmo com essa organização há uma sobrecarga de trabalho, posto que a lei estabelece que cada técnica deve ficar com um número máximo pacientes, e por vezes elas ficam com muito mais que o estabelecido.

Porque é uma semana, é rodízio. Ai a cada semana a gente fica com X pacientes. Uma semana eu fico com os pacientes, ai eu pulo para frente, começa do 1. Aí eu fico com cinco pacientes, ai na outra semana eu fico com o 6,7,8,9,10. Está entendendo, né? Aí vai até o final, até o 22. Aí do 22 volta de novo para o primeiro, e a gente acaba

conhecendo todos os pacientes, e se envolvendo com todos. É muito bom assim, esse tipo de rodízio, eu acho. Ai não é sorteio. Já é a escala certa, porque no HGF é sorteio, a gente fica uma semana com um paciente e pode ficar toda semana com o mesmo paciente, porque é sorteio. (E1)

O rodízio de leitos é uma forma de organização do trabalho no qual as técnicas de enfermagem não atendem os mesmos leitos durante o mês, é uma técnica diferente do sorteio, que poderia resultar na permanência da técnica com os mesmos leitos. Os leitos são numerados e cada semana uma técnica fica responsável pelo atendimento de cinco pacientes e na semana seguinte ficará com os cinco subsequentes.

Souza e Lisboa (2002) observam que na enfermagem existem algumas estratégias no sentido de parcelar a tarefa e reduzir o contato mais íntimo com o sofrimento do doente, posto que esse contato é desgastante para os profissionais.

Campainha

Emergiu dos discursos das técnicas a existência da campainha como um fator negativo no que se refere às condições de trabalho, tanto porque elas são chamadas desnecessariamente, como pelo excesso de toques. Nessas situações, a equipe se revera atender o leito que chama excessivamente.

E as campainhas chamam e a gente vai atender, às vezes é troca, às vezes é dor, às vezes quer que a gente abra a televisão, às vezes é nada. Só para chamar a campainha e a gente ir até lá, e tendo acompanhante. Aí nessas horas dá para falar alguma coisa, mas a gente não fala. A gente só diz assim “pegue o controle”. (E1)

Aí à tarde é a mesma rotina, é troca, campainha, é xixi, é coco, é diarreia, é dor. Aí vai até o final do expediente, aí quando chega o final a gente está exausta de tanta campainha tocando. (E1)

Assim, às vezes quando as campainhas tocam, e a gente já está muito cheia já, “ai não aguento mais não ir.” “Não, pois deixa eu ir” “Deixa que eu vou” Assim vai, resolve. E assim vai indo. Porque fica dividido paciente para cada uma, né? Às vezes a gente já

está estressada, a campainha fica tocando direto, às vezes para nada. Só para estressar mesmo a gente. Aí se for meu paciente: “ai gente, eu não aguento mais não.” Aí as meninas: “não deixa que eu vou lá ver o que é.” Aí as meninas vão, às vezes não é nada demais, aí volta e assim vai. (E7)

Desde o começo do século XX, os sistemas de chamada de enfermagem através de campainhas têm constituído uma conexão fundamental que permite pacientes hospitalizados se comunicarem com a equipe de enfermagem. O sistema de chamada de enfermagem é o principal método para pacientes hospitalizados chamarem a equipe de enfermagem e, portanto, representa a ferramenta mais importante para dar autonomia ao paciente (Tzeng & Yin, 2009; Kalisch, Labelle & Boqin, 2013).

Porém, o sistema de chamada também representa uma interrupção no fluxo de trabalho da equipe de enfermagem. Chamadas frequentes nesse sistema criam um acúmulo de tarefas para os técnicos de enfermagem, pois quando a campainha é ativada, o técnico de enfermagem deve tentar dar prioridade à tarefa que tem à mão, caso essa seja mais importante, ou priorizar a chamada, ou, ainda, outras chamadas, que talvez demandem atendimento prioritário. Na verdade, apenas um profissional não é capaz de atender as necessidades de múltiplos pacientes e responder, ao mesmo tempo, às chamadas do sistema (Kalisch, Weaver & Salas, 2009).

A exposição diária a *bipes* e campainhas pode ter consequências sobre os estados físico e psicológico dos profissionais, gerando problemas de comunicação, baixo desempenho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho, como foi encontrado por Aurélio e Tochetto (2010) e Costa, Lacerda e Marques (2013).

O excesso de toques da campainha ocasiona ruído e pressão na equipe de enfermagem, como relatam E1 e E7, que percebem o toque como estressante, por ser frequente e, às vezes, desnecessário. No entanto, E1, que mostrou níveis elevados no MBI na subescala exaustão emocional, parece se incomodar bastante com os toques da campainha, enquanto E7 relata se estressar com a campainha, mas poder contar com a equipe como uma estratégia para lidar com esse tipo de estresse.

Equipes desfalcadas

As faltas das companheiras de trabalho foram associadas à sobrecarga de trabalho. As equipes desfalcadas quando há necessidade de uma delas faltar prejudica a rotina, sobrecarrega as técnicas e, é claro, se reflete no cuidado dos pacientes.

Porque às vezes a gente está tão sobrecarregada, às vezes falta uma pessoa, ou duas, às vezes está com quatro auxiliares só. (E1)

Eu fiquei tão chateada que naquele dia deu vontade de pegar minhas coisas e ir embora, tu acredita? Eu não fui em consideração aos colegas porque quando falta um, os meus pacientes são divididos entre eles, então se já é sobrecarregado, imagine faltando um. (E5)

O absenteísmo na equipe de enfermagem é um problema relevante, considerando-se que a maioria das instituições, inclusive os hospitais, não prevê cobertura para os dias de falta. A sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem pode, inclusive, comprometer a qualidade da assistência prestada à clientela (Costa, Vieira, & Sena, 2009).

O absenteísmo é preocupante, pois desorganiza o trabalho, gerando insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores, diminuindo a qualidade da assistência ofertada aos pacientes como se observa nas falas de E1 e E5. Quando há impossibilidade de manter a equipe integrada, pela rotatividade e absenteísmo de trabalhadores, fica difícil estabelecer trabalho que contribua para aumentar as relações sociais, podendo instaurar o sofrimento (Martins, Robazzi & Garanhani, 2009).

Baixos salários

Os salários aparecem como um fator desfavorável à permanência na profissão de técnica de enfermagem.

Você é muito pouco remunerado, tem responsabilidade acima do seu limite da área de enfermagem, devido a ter várias graduações na equipe, você é o que está mais presente com o paciente, muito mais do que o médico, está entendendo? Você é que sabe muito mais daquele quadro porque você é que está direto. Você acompanha tudo, como eu te falei, as emoções todas do paciente quem acompanha é você, quando está bem você acompanha, quando está com raiva você acompanha, todas as emoções é você que lida. (E2)

Você se arrisca dia a dia, a cada vez que você vem trabalhar você está se arriscando. Eu digo é na integridade física mesmo, na parte da saúde, de você estar sujeita a várias doenças que se você, Deus o livre, chegar a pegar alguma coisa não tem dinheiro que pague. Seu salário não é nem a metade do tratamento que você vai precisar se um dia você chegar a pegar alguma doença hospitalar. Pronto, é essa parte que as pessoas mais falam. É uma área que você está se arriscando mais do que quem está aí na rua, trabalhando em outros empregos. (E2)

Hoje eu trabalho mais pelo ganho, né? Porque só um trabalho não dá, você trabalhar as 12 horas e receber 700,00 por mês não dá para você pagar as contas. Aí então você se frustra por isso, porque você tem que dar de conta do dia, a noite que era para você estar dormindo você está cuidando, no outro dia que era para você dormir você vai fazer seus afazeres, você acaba ficando quase sem tempo para você, para a família e eu acho que isso gera um estresse profissional pela falta de reconhecimento remunerado, porque se a gente fosse bem remunerado a gente não precisava trabalhar em dois ou três, a minha opinião é essa. (E5)

A gente ganha pouco, a gente faz porque realmente a gente gosta. Porque se não fosse, ninguém trabalha nessa área não porque a área da saúde é que ganha menos. Área da saúde e educação, né? Trabalha muito em qualquer canto que for, pior que não é só em um hospital não. É em qualquer canto que tiver. Porque a gente gosta de ajudar mesmo. Eu faço a minhas coisas, o que for para fazer eu faço. (E7)

As transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores. A intensificação laboral é traço característico da atual fase do capitalismo. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam a regimes e contratos de

trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco (Elias & Navarro, 2006).

De acordo com dados do Ministério da Saúde de 2007 (MS, 2007) a média salarial por hora trabalhada para os médicos é de R\$ 23,05; para os enfermeiros, de R\$ 11,07; e para os técnicos e auxiliares de enfermagem, R\$ 4,15, o que representa respectivamente 48% e 18% do salário dos médicos. É uma remuneração muito baixa, por isso os técnicos de enfermagem têm aumentado suas horas de trabalho em múltiplos empregos, como mecanismo de compensação pelas perdas de remuneração e substituição da ocupação autônoma (Ramalho & Nogueira-Martins, 2007; Felli, 2012). É importante notar também que os salários percebidos parecem ser inversamente proporcionais ao contato real com os pacientes.

Esses dados ficam demonstrados no relato de E5, que afirma ganhar 700,00 reais por mês, e que esse valor não consegue pagar sequer as contas, o que a leva a trabalhar em mais dois hospitais, afirmando ainda que se fosse bem remunerada não precisaria trabalhar outros turnos em diferentes instituições.

O relato de E2 mostra que o profissional sente estar realizando muito mais tarefas do que lhe caberia, atendendo um número muito grande de pacientes e não sendo reconhecido pela instituição, pelos próprios colegas e, principalmente, não tendo uma recompensa financeira que lhe possibilite descansar das tantas exigências do trabalho.

Na pesquisa de Ramalho e Nogueira-Martins (2007), os profissionais entrevistados relataram que os baixos salários repercutem na sua atuação, pois precisam estar em diferentes lugares e, mesmo assim, não têm condições financeiras para arcar com as despesas necessárias para a sua sobrevivência, muito menos para o lazer.

Sobrecarga de trabalho

Separamos a sobrecarga de trabalho como uma sub categoria em si, em vista da importância dos relatos relacionados ao excesso de demandas físicas e mentais no exercício da profissão. Pode-se observar que algumas técnicas têm consciência de que a quantidade de trabalho é excessiva para uma pessoa só e que o trabalho deveria ser feito

por mais pessoas. A sobrecarga de trabalho prejudica o cuidado com o paciente e o relacionamento com a equipe de enfermagem.

E você nunca pode estar 100% porque tem a parte de esgotamento físico. (E2)

Geralmente também, pelo que eu escuto das minhas colegas, quem está nessa área há um bom tempo sempre é uma pessoa que não quer prolongar, depois de um certo tempo quer logo procurar outro ramo porque se você ficar muito tempo... Quanto mais tempo você ficar mais acumula estresse e esgotamento físico, e é uma coisa que não volta né? Tem que ter muito amor pelo que faz (...). Quando a pessoa está com esse esgotamento físico e chega ao limite ela procura logo outro ramo, e uma coisa que renova ela. (E2)

Bem, eu trabalho com cuidado com paciente no outro turno, da noite. É bom, mas já foi melhor... Porque é desgastante (...), aí você fica com um número dobrado de pacientes, aí você acaba se sobrecarregando e não dando assistência adequada. (E5)

Não dá tempo você ficar dizendo para ele “olhe você vai tomar isso, por causa disso, serve para isso, tem esse efeito colateral, é normal.” Muitas das vezes não dá tempo você dar uma assistência de qualidade pela sobrecarga. (E5)

Porque você imagina, você trabalhar 13 anos numa profissão pegando peso, quando você for se aposentar você está toda mazelada. Você está com bexiga baixa, com bico de papagaio, com dor na coluna, porque é o que a gente ganha na profissão. Porque é muito árduo, cuidar de quem você não conhece, né? (E5)

O estresse profissional é aquelas várias horas dentro do hospital, correr para o outro emprego, chegar na hora, não faltar, é difícil, é a sobrecarga de trabalho. Não é o não gostar não, porque se você não gostar nem um pouquinho você não fica não. A sobrecarga é o principal motivo do estresse do profissional da saúde e o dinheiro que é pouco, porque eu acho que a gente devia ganhar bem, pelo que a gente faz, né não? (E5)

Por outro lado, algumas dizem não ter como avaliar se estão trabalhando em excesso, pois essa condição de trabalho pode ser encontrada em todos os hospitais privados.

Se eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego? Eu não sei se é demais, porque todo hospital particular é desse jeito. Eu não sei o que responder aqui. Quem vai para hospital particular vai para trabalhar mesmo. (E1)

Eu sinto que trabalho demais, de vezes em quando (...)porque nem sempre é todo dia a sobrecarga. Porque dia de cirurgia, que tem mais movimento, ai tem esse estresse. (E1)

O tema da carga de trabalho na enfermagem tem sido discutido, tendo em vistas a sua implicação na qualidade da assistência prestada aos pacientes, na qualidade de vida dos profissionais de saúde e nos custos hospitalares. Os técnicos de enfermagem estão submetidos a cargas de trabalho: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. Esses elementos do processo de trabalho interagem entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeando alterações nos processos biopsíquicos, que se manifestam como desgastes físicos e psíquicos potenciais ou efetivamente apresentados (Schmoeller et al., 2011).

A sobrecarga envolve aspectos psicológicos, emocionais e físicos causados por sentimentos de pressão relacionados com demanda excessiva no trabalho, frustração com o trabalho, cansaço, medo de agressão e desejo de mudanças de emprego (Leal, Bandeira, & Azevedo, 2012).

O profissional sente estar realizando muito mais tarefas do que lhe caberia, atendendo um número muito grande de pacientes. E5 atribui o desgaste a que está submetida a algumas condições de trabalho como ficar com o número de pacientes dobrados e, por consequência, não ter tempo de dar atenção e o cuidado adequados, ter dois vínculos empregatícios e baixos salários.

A carga fisiológica que decorre das diversas maneiras de se realizar as atividades e estão constituídas por elementos como esforço físico ou visual, deslocamentos e movimentos exigidos pelas tarefas, espaço de trabalho disponível, posições assumidas em sua execução. Horas extras ou intensificação do trabalho foram relatados por E5,

É interessante ressaltar que a relação com o paciente em sofrimento não foi citado como fator que cause sobrecarga nos técnicos de enfermagem entrevistados. Isso pode significar que o cuidado direto com os pacientes é identificado como fonte de prazer e gratificação, capaz de minimizar as perdas, inclusive as financeiras, como

demonstra o relato de E5. Com isso percebe-se que o prazer do trabalho está no cuidado do paciente, na sensação do trabalho cumprido, enquanto o desprazer, em geral, relaciona-se com a organização e com as condições de trabalho da enfermagem.

O trabalho noturno também não foi citado como fator que causa sobrecarga de trabalho, aparentemente, a atividade noturna pode apresentar uma redução de trabalho, diminuindo a carga de trabalho, fazendo com que às cargas fisiológicas pelo horário noturno não sejam percebidas adequadamente.

É importante destacar o fato de E1 não saber avaliar se trabalha demais porque em todo hospital particular o volume de trabalho é o mesmo. Esse relato pode ser compreendido dentro do contexto das transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho e têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores, cujo traço característico da atual fase do capitalismo que é a intensificação laboral. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que os técnicos de enfermagem se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco (Elias & Navarro, 2006).

Segundo Antunes e Pochmann (2007), foi em meados da década de 1970 que se desencadeou um conjunto grande de mudanças, de modo mais ou menos simultâneo, afetando fortemente o capitalismo e o sistema de produção de mercadorias. Essas transformações objetivavam tanto recuperar os níveis de acumulação e reprodução do capital, quanto repor a hegemonia que o capitalismo vinha perdendo, no interior do espaço produtivo. Essa transformação estrutural – que deslanchou a chamada reestruturação produtiva do capital em escala global, incentivaram as privatizações e as desregulamentações de todo tipo, da economia às relações trabalhistas, do mundo financeiro às leis fiscais. O resultado está em toda parte: desemprego explosivo, precarização ilimitada, rebaixamento salarial, perda de direitos e o trabalho nas instituições hospitalares também se modificou em função desses mesmos fatores.

Em virtude das condições desfavoráveis presentes no ambiente de trabalho, os trabalhadores acabam por buscar meios de compensar o sofrimento, tornando-se funcionários resistentes e adotando posturas defensivas. Tornam-se indiferentes ao processo laboral, optando pela fuga ao trabalho, que pode ocorrer por meio de atestados, licenças médicas ou simplesmente por faltas injustificadas que afetam os próprios

trabalhadores, bem como as organizações, comprometendo os resultados finais dos serviços (Costa et al, 2009).

4.2.2. Categoria 2: Estratégias defensivas

As estratégias de defesa são elaboradas individual e coletivamente. O sofrimento, o prazer, as aspirações e os desejos são vivências subjetivas. Elas remetem ao sujeito singular, portador de uma história e de uma experiência única, sentida de forma própria. Assim, cada indivíduo, ao vivenciar determinado sofrimento, constrói seus mecanismos de defesa, que, no plano individual, apresentam tentativas de adaptação da melhor maneira possível às condições do meio. Em situações coletivas, como nas relações de trabalho, cada sujeito, vivendo individualmente um sofrimento próprio, é capaz de unir esforços com seus pares para juntos elaborarem estratégias coletivas de defesa (Souza & Lisboa, 2002). Entre as estratégias coletivas encontramos a separação entre a vida profissional e pessoal, repressão das emoções, fuga do confronto, rodízio no atendimento e desabafo com a equipe.

Separação entre a vida profissional e pessoal

Esta subcategoria refere-se à necessidade de não levar a sobrecarga de trabalho para casa, para a família.

Então eu procuro lidar da melhor forma possível tentando fechar os olhos para certas coisas, digamos assim, não dar muita importância porque se você der muita importância para coisas você vive estressado e vive com reclamação e leva para casa. Então você tem que aprender um pouco a separar as coisas, tem que engolir muita coisa calada porque se você for se estressar com tudo que acontece você passa o dia todinho revoltada e batendo boca, então você tem que relevar muita coisa, engolir muita coisa. Depende muito do gênio de cada pessoa. (E2)

A gente tem que saber lidar porque com essa profissão a gente acaba sendo um pouco fria, então. Mas a gente fica sentida também claro, porque é um ser humano como a gente, mas tem que saber lidar, porque se a gente carregar todos os problemas que tem

aqui minha filha... a gente fica é doida. Não tem como carregar todos os problemas daqui não para gente, tem que saber separar. (E4)

A gente tem que saber diferenciar, trabalho é trabalho, vida pessoal é vida pessoal. A gente fica triste por um lado, mas tem que aceitar porque é o destino de todo mundo. (E4)

Kessler e Krug (2012) também encontram que os profissionais de enfermagem eram cautelosos em compartilhar as vivências desgastantes do ambiente de trabalho com seus familiares, o que retrata, de certa forma, uma tentativa de “poupá-los” e também de esquecer o que é vivenciado no trabalho. Pressupõe-se que é considerado saudável desconectar-se da atividade profissional no ambiente familiar, a fim de, possibilitar a reflexão sobre o vivido em busca de estratégias saudáveis de enfrentamento.

Ribeiro e Martins (2011) obtiveram relatos semelhantes ao de E4, segundo os trabalhadores mais experientes, “eles tinham sofrido bastante, mas agora estavam melhor, o tempo tinha passado,” demonstrando que embora seja inaceitável acostumar-se com o sofrimento, o tempo de trabalho pode ser um fator que minimiza o impacto inicial. “A gente até fala para as novas. Que acostumem com a ideia, que no começo se passa mal, entra em depressão, pressão alta [...] todas nós já passamos por isso.”

Repressão das emoções

Uma outra estratégia defensiva identificada foi a repressão das emoções, referindo-se à necessidade de não demonstrar sentimentos e emoções para com o paciente como exigência da profissão e para não se envolver excessivamente com os pacientes, porém elas não demonstram ter consciência dos prejuízos que essa repressão pode trazer para a saúde mental.

Quando eu tenho um estresse no trabalho, como eu sou uma pessoa muito tranquila eu fico normal, né? Não passo para os meus pacientes aquilo que eu estou passando, até mesmo com outros clientes. Trato como se nada tivesse acontecido, como se não tivesse

ouvido, como se não tivesse passado. Muitas vezes ignoro certas atitudes dos clientes e dos acompanhantes. (E9)

Todo mundo se apega aqui. Porque assim, ninguém vai chorar junto com ele, porque tem que dar força, se todo mundo ficar chorando como é que vai ser? Quem vai dar força para a família? A gente dá apoio à família, fica lá com eles, acompanhando o sofrimento deles, até eles melhorarem. Principalmente com o paciente, dar uma palavra de conforto. (E2)

Não, eu fazia meu trabalho, logicamente não transmitindo para ele o que eu estava sentindo naquele momento porque ia fazer com que ele achasse que eu estava sentindo era pena. E a gente não pode jamais transmitir isso. Eu fazia meu trabalho normalmente. Só que só eu sabia o que eu estava sentindo. (E6)

Tem que ver porque é difícil a gente tratar com doença, então eu procuro sempre ver o lado deles, e saber que eu como profissional eu tenho que me controlar, eu tenho que entender sempre o lado deles. (E7)

Essa estratégia defensiva perpassa a necessidade do trabalhador que lida com pessoas de manter um distanciamento a fim de desenvolver suas atividades, sem correr o risco de ter a capacidade profissional prejudicada pelo envolvimento emocional estreito com a clientela. O profissional deve aprender a controlar seus sentimentos, reprimir um envolvimento emocional excessivo, evitar identificações perturbadoras, manter sua independência profissional contra a manipulação e a solicitação de um comportamento não profissional (Souza & Lisboa, 2002).

A repressão consiste em afastar uma determinada ideia, evento, ou percepção, por serem potencialmente provocadores de ansiedade, impedindo que o conteúdo seja elaborado. Porém esse conteúdo reprimido continua fazendo parte da psique e causando problemas (Fonseca & Soares, 2006).

Quando as técnicas relatam que uma das obrigações é ir conhecer os pacientes nos leitos, pode-se observar que a conversa que se estabelece refere-se apenas ao estado fisiológico do paciente, possivelmente para evitar o envolvimento emocional.

Ai a gente vai conhecer os pacientes, pergunta para eles das necessidades, se estão se alimentando, se estão urinando para poder fazer observação no prontuário. (E1)

Avellar, Iglesias e Valverde (2007) depois de realizar uma pesquisa com técnicos de enfermagem afirmam haver uma exigência velada de que os sentimentos de mal-estar não devem ser demonstrados no local de trabalho.

Fuga do confronto

Refere-se à necessidade de evitar o confronto direto com o paciente e com o acompanhante, e até com a equipe de enfermagem no intuito de minimizar o estresse.

Olha, eu saio de perto. Porque se eu ficar, o sangue sobe. Eu peço licença, olhe senhora um momento, e saio. Aí vou respirar, vou respirar, vou fazer outra coisa, aí depois que eu relaxo, aí eu volto. Porque se na hora eu ficar o estresse sobre, o sangue sobe, e a gente perde a razão da gente, né? Então na hora eu saio, saio vou dar uma voltinha, vou fazer outra coisa, vou ao banheiro, bebo água, aí respiro bem fundo, aí agora eu vou encarar, é assim. (E5)

As vezes eu peço para alguém, dependendo do que for, alguma das meninas irem, tentar resolver. Aí depois eu volto de novo, e já está tudo resolvido. (E7)

A fuga, afastamento do paciente e do familiar é uma forma de proteção individual dos técnicos de enfermagem. Assim, quando se veem na eminência de um confronto com acompanhantes, os técnicos de enfermagem procuram afastar-se da família para proteger-se deste sofrimento, evitando desgaste psicológico e interferência na execução da atividade (Martins & Robazzi, 2012).

A fuga e o afastamento estão na classe de estratégias de evitação, um meio de alívio de estresse através de mecanismos que levam a tentar esquecer os estressores, adiar confrontos e/ou bloquear emoções. Corroborando a estratégia de fugir do confronto, Calderero et al. (2008) encontraram que as estratégias utilizadas são: evitar

desavenças, fugir de confusões ao máximo, sair do local e ir tomar água ou ir ao banheiro ou pedir para trocar com um colega por 30 minutos. Relatos semelhantes foram obtidos por Matumoto, Fortuna, Kawata, Mishima e Pereira (2013).

Rodízio no atendimento: apoio da equipe

Esta subcategoria refere-se ao rodízio entre as técnicas de enfermagem no atendimento de um paciente ou acompanhante que chama em excesso ou sem necessidade, embora o paciente fosse responsabilidade de uma só.

Normalmente a gente faz a rotatividade, quando um paciente é daqueles que estressa muito a gente. Aí a gente: “vai lá agora.” Aí a pessoa chama mais duas vezes, “vai fulana agora, tua vez de ir”. “Vai lá por favor,” para gente não ficar indo todo tempo e ficar se estressando muito. Aí a gente faz essa rotatividade, a estratégia é essa. (E7)

O sistema de campainha é uma ferramenta de segurança básica que permite aos pacientes comunicarem suas necessidades para a equipe, sejam essas relacionadas a cuidados de rotina ou às mudanças em sua condição de saúde. Pacientes internados confiam que, quando usam o dispositivo de chamada de enfermagem, alguém irá atendê-los em tempo hábil (Tzeng & Yin, 2009; Kalisch et al., 2013).

Porém, apenas um profissional não é capaz de atender as necessidades de múltiplos pacientes e responder ao mesmo tempo às chamadas do sistema. A equipe de enfermagem de um posto precisa trabalhar em conjunto, como um time, para prestar cuidados aos pacientes (Kalisch et al., 2009).

Deitrick, Bokovoy, Stern e Panik (2006) afirmam que uma das questões principais e mais problemáticas relacionadas às chamadas de enfermagem inclui decidir de quem é a responsabilidade de atender as campainhas. O trabalho da equipe em conjunto, atendendo todos os pacientes numa unidade permite à equipe de enfermagem responder às chamadas mais rapidamente.

De acordo com Kalisch et al. (2013) os membros da equipe de enfermagem normalmente não atendem chamadas de pacientes que não estão sob sua responsabilidade. Esse comportamento, chamado "síndrome: este não é meu trabalho", é prática comum entre equipes atendendo pacientes em unidades de hospitais de atendimento intensivo.

Contudo, isso não ficou evidenciado pelos relatos dos técnicos entrevistados. Pelo contrário, elas relatam utilizar o rodízio no atendimento como estratégia defensiva frente ao estresse causado por chamadas frequentes de um mesmo leito. Elas costumam atender chamados de pacientes que não são delas, a pedido da colega que já foi atender várias vezes o mesmo leito e está estressada, e esperam que o mesmo seja feito em relação a ela.

Essa estratégia parece ser bastante apropriada, pois envolve uma rede de apoio social e promove a interação e comunicação dentro das equipes de trabalho. Esse tipo de atitude parece ter dois bons resultados: de um lado propicia um melhor atendimento aos pacientes e, de outro, serve como um fator de coesão do grupo.

Desabafo com a equipe

A última subcategoria entre as estratégias defensivas foi o desabafo com a equipe. Refere-se ao compartilhamento dos sentimentos e emoções entre os membros da equipe como forma de obter compreensão e conselhos para lidar com a situação e continuar trabalhando.

É sair no momento. É fuga. É sair, respirar um pouquinho, falar para alguém: “olha mulher aquele paciente, aquele acompanhante tarararararaa.” Desabafo com alguém, aí eu volto. É a minha estratégia é essa, é desabafar com alguém. Falar para colega porque às vezes a colega já tem passado pela mesma coisa, aí ela diz não mulher é assim mesmo, calma, tenha paciência. Aí a pessoa dá aquele conselho, aí dá para voltar. (E5)

Geralmente é essa, o desabafo entre a equipe, é conversar. O desabafo entre nós ali, a gente vai ali num cantinho, “mulher pelo amor de Deus deixa eu te contar um negócio, olha aquela acompanhante está fazendo isso, isso e isso. Não cuida do paciente, não dá água, está tudo sujo, não banha, não corta uma unha.” É o desabafo entre si, é essa a

estratégia da gente é desabafar com os colegas. Porque se a gente não desabafar, ficar para si, a gente tem um AVC é cedo. É sério. (E5)

As expressões anteriores corroboram a ideia de que, para se conhecer as características das pessoas e do grupo, há que se criarem momentos de descontração e de possibilidade de expressão (Martins & Robazzi, 2012).

O compartilhar do enfermeiro com a equipe, a comunicação efetiva, o respeito pela individualidade, a possibilidade do crescimento coletivo por meio de reflexão e postura crítica, o desenvolvimento da criatividade, as atitudes de ouvir, a compreensão, a aceitação e o propiciar vínculos afetivos são estratégias que resultam em mais harmonia entre a equipe, fortalecendo as responsabilidades de cada um e, por consequência, obtendo a melhoria dos cuidados prestados aos pacientes e familiares (Martins & Robazzi, 2012).

Ao se proporcionar um inter-relacionamento pessoal, cria-se um espaço no qual podem ser desvelados os diferentes pensamentos que cada um traz consigo sobre o outro. Dessa forma, cria-se um ambiente favorável para buscar compreensão, afeição, harmonia, cooperação e fortalecimento do trabalho em equipe e, conseqüentemente, benefícios ao paciente (Martins & Robazzi, 2012).

4.2.3. Categoria 3: Reconhecimento

Separamos nesta categoria as falas que demonstram a importância de ter seu trabalho reconhecido pela equipe, pelos pacientes e por seus acompanhantes, para que elas tenham satisfação no trabalho e este seja considerado prazeroso.

Tem momentos que você chega a se estressar também (...)pela falta de reconhecimento, então chega o momento que você tem que lidar com a raiva, até com um pouquinho de ódio do paciente, não para com você mas por conta da doença em si, do estado sensível dele, às vezes tem paciente que te trata mal, mas não é nem porque ele quer, a doença em si que deixa ele debilitado. (E2)

É difícil, raramente tem um plantão calmo, que você sente que foi reconhecido, chega em casa satisfeita, a porque se apegar ao paciente, aquela senhorinha, fulana, eu

consegui, como é que se diz, dar um pouco de brilho aquela pessoa, consegui dar um pouco de conforto, aí você se sente satisfeita por esse lado. (E2)

Tristeza quando eles sofrem demais porque a gente não pode fazer nada, né? Fico um pouco chateada quando as famílias são muito... Não reconhece nosso trabalho tem umas que só sabe... tem umas que reclamam demais. Tem sentimento de tristeza. (E7)

Apesar da maioria ter ressaltado a falta de reconhecimento, algumas relataram que se sentem reconhecidas e se sentem satisfeitas com o trabalho.

Aí a gente fica bem, quando está de alta a gente fica melhor ainda. Ele está bem, foi curado e teve a nossa assistência, né? No momento certo. E os pacientes são muito felizes com a gente aqui, eles agradecem e sempre voltam, aí quando se internam em outros hospitais não querem, só querem vir para cá, porque aqui é mordomia, aqui é bom, a gente atende muito direitinho. (E1)

O reconhecimento é o processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, ou seja, a vivência do prazer e de realização de si mesmo. O não ser reconhecido por colegas pelo trabalho realizado, é visto como incompreensão pelo que fazem, causando-lhes sofrimento (Martins et al., 2009).

Para Dejours (2011), o sofrimento faz parte da relação do humano com o seu trabalhar, mas esse sofrimento pode ser transformado em prazer, quando o trabalhador consegue com o trabalho construir sua identidade e a realização de si, sem isso só há sofrimento patológico, estratégias defensivas e desmobilização. Portanto dinâmica do reconhecimento de seu trabalho é processo intimamente ligado à saúde mental, à construção de sentido e à transformação do sofrimento em prazer.

Com relação aos técnicos de enfermagem, é possível que a falta de reconhecimento por parte da equipe médica e do paciente, decorra do fato da atividade ser vista como pertinentes a características femininas inatas. Dessa naturalização pode ocorrer, ao menos em parte, a associação feita desse trabalho com as atividades

doméstico-maternais, além da própria história de construção da enfermagem, ligada à abnegação e submissão femininas ao hegemônico poder médico e masculino (Gomes, Masson, Brito & Athayde, 2011).

Apesar das dificuldades apresentadas, as fontes de prazer no trabalho também foram referidas destacando-se, o reconhecimento profissional proveniente dos pacientes como no relato de E1, exposto em manifestações verbais e de gratidão pelo serviço prestado. Isso significa que, apesar de conviver com situações de sofrimento e morte, a equipe tem momentos de sucesso, que se tornam gratificantes e trazem satisfação (Kessler & Krug, 2012).

Ramalho e Nogueira-Marins (2007) encontraram que a falta de reconhecimento do seu trabalho é uma grande fonte de estresse nos enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois o profissional percebe seu investimento no trabalho e os resultados, mas não tem o reconhecimento dos colegas nem dos superiores, como ficou evidenciado nesse relato: “Eu tenho um monte de coisa que faço e acaba não aparecendo aqui dentro, mas que aparece lá fora. E aí, de repente, o colega de trabalho fala: ‘você não faz nada’; isso estressa.”

A falta dessa dinâmica do reconhecimento traz um sentimento de desvalorização e torna o sofrimento no trabalho mais intenso. A dinâmica do reconhecimento do trabalho torna-se tão importante no ambiente do serviço de saúde que é considerada como fator contribuinte na produção da saúde do profissional, tornando salubre o processo em que está envolvido (Garcia, Dellarozza, Gvozdz, & Haddad, 2013; Azambuja, Pires, & Marziale, 2010).

Quando o profissional se reconhece responsável, dedicado e preocupado com o paciente, ele se ressentido que haja pessoas que não reconheçam e valorizem seu trabalho. Assim, a falta de reconhecimento pelo trabalho do profissional tem implicações na sua identidade profissional e na possibilidade de obter realização, interferindo na autoestima de forma negativa (Ramalho & Nogueira-Martins, 2007).

4.2.4. Categoria 4: Relações com os pacientes e acompanhantes

A categoria relações com os pacientes e acompanhantes se refere a situações que ocorrem na relação de cuidado com o paciente e na relação com o seu acompanhante.

Pode-se dividir esta categoria em três subcategorias: apego aos pacientes, lidando com o sofrimento dos pacientes e relação com os acompanhantes.

Apego aos pacientes

O apego ao paciente se refere às situações em que as técnicas se apegam ao paciente e à família do paciente em virtude da longa estadia no hospital.

Não, eu me sinto... Porque por mais que não queira a gente se apega com paciente, mas passado aquilo, Deus apaga da minha memória. E eu vou lidando dia a dia, vai aparecendo outros pacientes e eu vou fazendo o que eu posso. (E3)

E quando o paciente falece, que a gente tem aquela convivência diária e quando a gente chega o paciente faleceu, a gente sente, né? Mas tem que saber lidar. (E4)

Passou muito tempo e a gente fez o que pode. Porque quando o paciente passa muito tempo a gente acaba se envolvendo com a família. A família fica amiga da gente, mas infelizmente, né, ele partiu. Até o médico, o médico dele foi para o enterro dele, para o velório. E até hoje a gente lembra, o Sr. Lui, o leito 22, ficou marcado aquele leito para ele. “O fulano está no leito do Sr. Lui.” (E5)

A situação de adoecimento gera sofrimento na equipe de enfermagem, principalmente, pelo caráter humano desse trabalho, em que o envolvimento afetivo com as pessoas assistidas é inevitável. O vínculo com os pacientes pode estar relacionado ao tempo de sua internação na unidade, pois, muitas vezes, permanecem internados por muito tempo, propiciando aos enfermeiros maior aproximação. Esse fato é importante para o cuidado mais humanizado, porém, há que se estabelecer limites; ao se constituir o vínculo, o enfermeiro corre o risco de projetar o sofrimento para si mesmo, misturando os sentimentos (Martins et al., 2009; Rockembach, Casarin, & Siqueira, 2010).

Os vínculos estabelecidos podem estar correlacionados com o aspecto humanístico, característico da enfermagem, fazendo com que aflore a necessidade de dedicação, consideração, envolvimento e abnegação, gerando sentimentos de sofrimento

diante da fragilidade dos doentes em especial daqueles que se encontram em estado crítico (Martins et al., 2009).

Quando os enfermeiros se identificam com os parentes, sentindo o que eles sentem ou têm pena dos pacientes que são cuidados por eles, sentem-se incapazes por não conseguirem ajudar por sua própria limitação pessoal, ou porquê há situações em que nada mais pode ser feito, vivenciando sentimentos de sofrimento (Martins et al., 2009).

Lidando com o sofrimento dos pacientes

Esta subcategoria se refere aos sentimentos vivenciados pelas técnicas de enfermagem quando um paciente está em sofrimento físico.

A gente sofre junto com eles, às vezes passa muito tempo aqui a gente se envolve, fica amiga, gosta, eles também gostam muito da gente. É ruim. Ai quando perde também a gente sofre. (E1)

A gente fica depressiva, acaba que o dia da gente já não fica bem. Desanimada, não tem ânimo para nada. Como no dia que a gente descobriu dessa moça. Todo mundo aqui, foi a equipe toda mesmo, ela causou um baque na equipe. (E6)

Eu procuro me por no lugar do cliente. E se fosse eu nessa situação ne? Tem que ver porque é difícil a gente tratar com doença, então eu procuro sempre ver o lado deles, e saber que eu como profissional eu tenho que me controlar, eu tenho que entender sempre o lado deles. (E7)

Eu me sinto um pouco penalizada pelo paciente, mas me sinto normal. Só que a gente sente, claro, porque a gente ver uma pessoa que chega ao hospital em busca de um tratamento e de uma solução e a gente tenta passar uma certa segurança, tenta passar positividade, né, que ele vai ficar bom. Que tudo vai dar certo. (E9)

Inclusive uma das técnicas relata que em virtude da dificuldade de lidar com o sofrimento do paciente, pede para ficar na parte mais burocrática do processo de trabalho de enfermagem.

Eu ficava muito triste. Eu acho que foi mais por isso que eu saí dos cuidados. Eu sou uma pessoa muito emotiva. Eu não tenho coragem de trabalhar com criança, primeiramente. Eu trabalhava vizinho ao posto infantil quando eu via uma criança em óbito aquele dia para mim já estava perdido. Então para mim não me envolver emocionalmente com os pacientes eu procurei ficar mais na parte burocrática. (E6)

Não, eu fazia meu trabalho, logicamente não transmitindo para ele o que eu estava sentindo naquele momento porque ia fazer com que ele achasse que eu estava sentindo era pena. E a gente não pode jamais transmitir isso. Eu fazia meu trabalho normalmente. (E6)

Eu fico acompanhando de longe, eu fico olhando os exames, mas de olhar sim eu nem olhava, eu nem ia no apartamento dela. A diferença é só essa que eu não fico acompanhando de perto, não vejo, não fico olhando as expressões, aquele sofrimento de não poder fazer o que fazia antes. (E6)

Os relatos demonstram que a morte ou sofrimento de alguns pacientes constitui intenso desgaste e sofrimento para os profissionais, o que demonstra que não há separação entre o sujeito que trabalha e o sujeito que vive e tem uma história (Garcia et al., 2013).

No caso das técnicas entrevistadas, o vínculo com os pacientes pode estar relacionado ao tempo de sua internação na unidade, pois, muitas vezes, permanecem internados por muito tempo por se tratarem de pacientes idosos, que são chamados de “moradores”, o que propicia a aproximação com os técnicos de enfermagem.

De acordo com os relatos, o técnico de enfermagem deve aprender a controlar seus sentimentos, refrear um envolvimento emocional excessivo, evitar identificações perturbadoras, manter sua independência profissional contra a manipulação e a solicitação de um comportamento não profissional.

Kessler e Krug (2012) encontraram que os profissionais de enfermagem consideram o sofrimento e morte do paciente como fatores de difícil convivência a serem enfrentados na atividade laboral, pois convivem diariamente, lutam pela vida e contra a morte, tomam para si a responsabilidade de salvar, curar ou mesmo aliviar a

dor, já que a morte, na maioria das vezes, é vista como um fracasso, sendo, portanto, de difícil aceitação, como se observa nos relatos de E1e E9.

Relatos semelhantes foram obtidos por Matumoto et al. (2013) nos quais os técnicos de enfermagem perceberam que há momentos em que eles se fecham para as dores do usuário, não suportam a dor, e em algumas situações as dores do usuário são muito parecidas com a própria dor do enfermeiro. E, em um movimento de defesa e proteção, "fecham o olho", afastam-se, como o no depoimento de E6.

Relação com os acompanhantes

A última subcategoria diz respeito à relação que se estabelece com o acompanhante dos pacientes. Nesse caso, as técnicas contaram algumas histórias, mostrando que a relação com o acompanhante é, em geral, difícil.

Eu lembro de um paciente que ele era renal, e ele saia para fazer a hemodiálise dele, e durante a hemodiálise o paciente não toma medicação nenhuma. Aí quando o acompanhante chegou da diálise o acompanhante fez o maior angu porque o paciente não tinha tomado a medicação. Aí eu disse bem, eu tinha chegado no meu horário. E ela 'Por que que não foi feito? Porque que não sei o quê? Você é uma irresponsável. Você não fez a medicação.' Eu disse: 'Meu bem, o paciente chegou agora e eu estou chegando agora também.' Ela queria me culpar de uma coisa que eu nem sabia, de uma medicação. Eu disse: 'Não foi feito porque ele não estava no posto.' Aí ela disse: 'Ah pois eu vou levar seu nome não sei para onde'. Aí eu disse: 'Pois está aqui meu nome, leve.' (...) tu acredita? (E5)

Aí quando eu fui fazer a medicação no esposo dela, que eu botei a medicação, troquei o soro, porque era glicosado e o médico mudou para fisiológico, e eu troquei o soro. 'O que é isso aí?' Eu digo: 'É o soro que o médico trocou.' 'Por que?' 'Senhora, ele não me explicou porque, ele simplesmente trocou o soro.' 'É jeito de você falar comigo?!' Aí a mulher se estressou. 'Ave Maria, eu pago tão caro.' E ficou aos gritos. E eu estava no soro e fazendo o antibiótico do paciente. O paciente pobrezinho nem se mexia. E a mulher gritando, gritando assim em cima de mim. E eu aplicando, tinha que fazer a medicação devagar, eu ouvindo aqueles gritos no meu ouvido. Chega fazia zum, zum, zum. Aí a mulher gritando, 'e você não vai falar nada não?' Eu digo: 'Eu não tenho

nada para falar não, senhora. A senhora pode falar aí a vontade.’ E a mulher gritando, gritando. Aí quando eu sai da porta do quarto essa mulher fechou a porta do quarto com tanta força que por um milésimo não pegou em mim a porta. Chega estrondou o corredor. Aí eu sai, fui para o posto e comecei a chorar. Mas, aí depois eu me acalmei e pronto, deu tudo certo. (E7)

Apesar desses episódios desagradáveis, uma delas lembrou-se de um caso em que os acompanhantes ajudavam a equipe de enfermagem.

Ah, eu lembro. Tinha um paciente, lá no outro trabalho que eu tenho. Ele ficou um ano e três meses internado, então criou um vínculo, né? Com a família e com ele. Ele conhecia a gente pela voz, porque ele já não falava, já estava quase que sedado. Passou muito tempo e a gente fez o que pode. Porque quando o paciente passa muito tempo a gente acaba se envolvendo com a família. A família fica amiga da gente (...) E foi bom, uma família muito boa, muito competente, como é que eu digo compreensiva, ajudava muito a gente. ‘Não, vamos trocar, a gente ajuda.’ Porque tem muito acompanhante que não quer ajudar, quer colocar para enfermagem fazer tudo, e a gente precisa de ajuda, a gente não pode pegar todo o peso. (E5)

Nem sempre a relação paciente, acompanhante e equipe de enfermagem é harmoniosa, porque há dificuldades e conflitos entre esses atores, principalmente no que se refere às limitações do acompanhante para colaborar nos cuidados e na relação interpessoal entre ambos, apesar do reconhecimento, por parte dos profissionais, da importância da presença do acompanhante durante o período de hospitalização (Pena & Diogo, 2009; Fassarella, Cruz, & Pedro, 2013).

As técnicas relataram algumas histórias de violência ocorridas com elas e suas colegas envolvendo os acompanhantes dos pacientes. Esses relatos podem ser classificados como assédio moral pois se referem a situações em que as técnicas de enfermagem foram vítimas de tratamento abusivo por parte dos acompanhantes dos pacientes. Embora as entrevistadas não tenham mencionado o fato de discussões com acompanhantes caracterizarem assédio moral ou violência psicológica, pode-se observar

pela gravidade dos fatos relatados que tais ocorrências caracterizam assédio moral. As profissionais entrevistadas parecem compreender essas situações como normais, talvez porque sejam frequentes, e inerentes à situação em que, em geral, o acompanhante se encontra.

Oliveira e Fontana (2012) encontraram que as principais causas de agressão verbal contra técnicos de enfermagem foram dificuldades nas relações interpessoais, hostilidade e indelicadeza de usuários e/ou familiares no trato com as pessoas, e/ou insatisfações originárias da deficiência na resolutividade do sistema de saúde, segundo as respostas de 50% dos trabalhadores.

Nessa mesma pesquisa, quanto à atitude em face da agressão, metade dos sujeitos pesquisados solicitou ao agressor que cessasse os insultos; os outros responderam que as reações prevalentes no momento da agressão foram, respectivamente: solicitar ajuda de colegas; lançar mão de argumentos para defesa; buscar aconselhamento com colegas e a supervisão; não manifestar nenhuma reação; pedir transferência de setor e abrir processo.

4.3. As técnicas de enfermagem e os sintomas de *burnout*

Entre as técnicas entrevistadas, E1 apresenta altos níveis de exaustão emocional e falta de realização profissional, o que pode ser visto em suas falas na entrevista, principalmente as relacionadas com o desconforto em relação à campanha que os pacientes usam para chamar a equipe de enfermagem. A técnica mostra-se bastante incomodada com o fato de que nem sempre o chamado tem urgência e pelo fato dos acompanhantes não colaborarem com a equipe de enfermagem. Sua exaustão emocional também parece se manifestar na maneira com que descreve sua rotina de trabalho: “*Aí à tarde é a mesma rotina, é troca, campanha, é xixi, é coco, é diarreia, é dor*”. Nota-se aqui como a rotina de trabalho parece afetar o seu equilíbrio emocional.

É importante ressaltar que apesar de apresentar níveis altos em exaustão emocional e falta de realização profissional, E1 não sente que está no seu limite e não quer se aposentar: “*Eu não estou no meu limite não. Ainda não, né? [Risos]. Porque eu já posso me aposentar no próximo ano e eu não quero me aposentar.*” Seu discurso parece demonstrar que ela ainda sente prazer no trabalho em equipe e isso evita que ela chegue ao seu limite: “*Trabalhar com pessoas o dia inteiro é realmente um grande*

esforço para mim? Não, é prazer. (...) Eu gosto e a equipe é boa, Ave Maria. A gente ri demais, é feliz.”

Já a técnica E2 apresenta níveis moderados de despersonalização e de exaustão emocional, mas um índice de realização profissional bom. O distanciamento, fuga do confronto e a repressão das emoções, nesse caso, parecem funcionar como um mecanismo de defesa. Em suas falas nota-se um certo conformismo e resignação às suas condições e rotina de trabalho. Afirma que *“se você der muita importância para as coisas, você vive estressado e vive com reclamação e leva para casa”*. Parece que seu mecanismo de defesa principal está relacionado a essa resignação, à falta de ânimo e distanciamento das situações estressantes do trabalho: *“você tem que aprender a separar as coisas”, “tem que engolir muita coisa calada porque se você for se estressar com tudo que acontece você passa o dia todinho revoltada e batendo boca, então você tem que relevar muita coisa, engolir muita coisa”*. Seu distanciamento fica ainda mais claro quando ela afirma que embora *“todo mundo se apegue aqui”*, não se pode ficar *“chorando junto com a família”*.

Apesar de não apresentar falta de realização profissional, E2 relata sua insatisfação com a baixa remuneração, excesso de responsabilidade, falta de reconhecimento e ausência de possibilidades de crescimento profissional: *“Você é muito pouco remunerado, tem responsabilidade acima do seu limite da área de enfermagem.”* *“Tem que ter muito amor pelo que faz, porque se você for esperar reconhecimento e perspectiva de crescimento futuro não tem.”*

E4 apresenta altos níveis de exaustão emocional e despersonalização. A estratégia defensiva de separar a vida pessoal e profissional parece ser o mecanismo utilizado para não ter alcançado altos níveis de realização profissional. Em sua fala, fica evidenciado o componente clássico do *burnout* relacionado à despersonalização, pois ela afirma que *“com essa profissão a gente acaba sendo um pouco fria”*. Na mesma fala, logo a seguir, ela procura se justificar dessa frieza afirmando que *“a gente sente também, mas tem de saber lidar”* para não carregar todos os problemas e *“ficar doida”*.

E7 apresenta baixos níveis de exaustão e medianos níveis de despersonalização e realização profissional o que pode estar relacionado ao reconhecimento da solidariedade existente na equipe, mecanismo de defesa eficaz para evitar o desenvolvimento do *burnout*. Na sua fala fica evidente o quanto ela confia e se vale dessa solidariedade para manter um equilíbrio emocional e lidar com as condições adversas do trabalho: *“Aí as*

meninas: *‘não deixa que eu vou lá ver o que é.’ ‘Aí as meninas vão’* e *“Às vezes eu peço para alguma das meninas irem, tentar resolver”*.

Outro mecanismo de defesa utilizado por E7 é a fuga do confronto: *“Quando eu vejo que o negócio não dá para mim, eu saio, me retiro e peço para outra colega ir lá. Ou quando a família está muito atacada ou quando o cliente está sentindo dor e tudo.”* Esse relato demonstra também a despersonalização com relação ao paciente e família, a dificuldade de lidar com os sentimentos.

E9 apresenta altos níveis de falta de realização profissional e baixos níveis de despersonalização e exaustão emocional. É a técnica, dentre as participantes, que expressou de forma exemplar a estratégia defensiva que utiliza para se manter dentro da “normalidade” (Dejours, 2011): *“Quando eu tenho um estresse no trabalho, como eu sou uma pessoa muito tranquila eu fico normal (...). Trato como se nada tivesse acontecido, como se não tivesse ouvido, como se não tivesse passado. Muitas vezes ignoro certas atitudes dos clientes e dos acompanhantes”*.

Assim também em relação à despersonalização, E9 demonstra como se defende. Quando perguntada se lembrava do pior caso ou do melhor caso ou um caso que a marcou, ela respondeu: *“Não. Todo dia a gente vivencia isso, é comum.”*

Já a técnica E5 é aquela que apresentou níveis elevados nas três subescalas do *burnout*. Essa técnica de enfermagem de 32 anos, é formada há 13 anos e há 3 anos trabalha no hospital pesquisado. É importante ressaltar ainda que ela trabalha em um esquema de turno diferenciado: 24 horas de trabalho e 24 horas de folga. A técnica trabalha nos turnos da manhã e da tarde na secretaria do posto e no turno da noite com o cuidado direto ao paciente, perfazendo 24 horas em vigília, diferentemente das outras técnicas entrevistadas que trabalham 12 horas e folgam 24 horas.

Ela reconhece o estresse associado ao trabalho e o associa a *“aquelas várias horas dentro do hospital, correr para o outro emprego, chegar na hora, não faltar”*. Além disso, afirma que a *“a sobrecarga é o principal motivo do estresse do profissional”*. Queixa-se também dos baixos salários *“e o dinheiro que é pouco, porque eu acho que a gente devia ganhar bem, pelo que a gente faz, né não?”*.

A exaustão emocional, despersonalização e falta de realização profissional, ficam evidenciadas no seu discurso e pela forma como ela se refere ao trabalho, utilizando as palavras repetitivo, desgastante e trabalhar pelo que ganha. Suas falas revelam como as condições de trabalho e o sofrimento dos pacientes e seus familiares a

afetam diretamente. Se refere à repetitividade do trabalho e a uma rotina desgastante: “*É repetitivo, todo dia a mesma coisa*” e “*é desgastante (...) na correria você é para ficar com 5 e você fica com 12 [pacientes]*”.

Com relação ao prazer relacionado ao trabalho, ela parece não derivar nenhuma satisfação, afirmando trabalhar apenas pelo ganho, mostrando-se incomodada com as recompensas materiais e a falta de reconhecimento de seu trabalho. Para compensar o baixo salário percebido, afirma trabalhar em mais de um local, o que aumenta seu desconforto.

Relata sobrecarga de trabalho e sua preocupação de que as condições em que trabalha possam resultar em problemas de saúde diversos: “*trabalhar 13 anos numa profissão pegando peso, quando você for se aposentar você está toda mazelada. Você está com bexiga baixa, com bico de papagaio, com dor na coluna*”.

Ela relata que utiliza algumas estratégias de defesa para enfrentar o estresse no trabalho, como fugir do confronto e desabafar com equipe. O simples fato de a troca de informações ser colocado como desabafo já revela seu descontentamento com o trabalho que realiza. Além disso, essas as estratégias parecem não estar sendo suficientes, visto que ela obteve níveis altos nas três escalas associadas ao *burnout*.

Por outro lado mostra-se afetada pelos conflitos com os pacientes e seus familiares, não em relação ao sofrimento deles, mas sim em relação a si mesma, buscando o isolamento para resolver essas questões que a perturbam: “*Olha, eu saio de perto. Porque se eu ficar, o sangue sobe*”. No entanto, relata também que acaba se envolvendo com os pacientes e acompanhantes e é possível que esse envolvimento dificulte a prática de estratégias de defesa, fazendo com que o sofrimento dos pacientes e da família afete também a ela. Quando perguntada sobre um caso ruim que a tenha marcado, ela relata que teve um estresse muito grande com uma acompanhante que a chamou de irresponsável, injustamente e que ela teve vontade de ir embora e não voltar mais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada teve por objetivo discutir aspectos relacionados às condições de trabalho dos técnicos de enfermagem e a repercussão destas na saúde dos profissionais, aspectos relacionados aos sentimentos decorrentes do contato com o sentimento do paciente e familiares e as estratégias defensivas utilizadas para minimizar o sofrimento desses profissionais que atuam em um hospital particular por meio de uma investigação de cunho qualitativo.

No que se refere às condições de trabalho seis elementos foram relatados pelos técnicos de enfermagem entrevistados: rotina, trabalho em equipe, rodízio de leitos, campanhas, faltas e salário. A rotina de trabalho foi descrita de duas maneiras diferentes por membros da mesma equipe, os primeiros relataram que a rotina de trabalho consistia em separação dos medicamentos, visita aos leitos dos pacientes, checar os sinais vitais, checar alimentação e fazer higienização, demonstrando que quase não há envolvimento com o paciente, e quando há relaciona-se a questões de cunho biofisiológico.

Já o outro grupo relata que a rotina de trabalho vai além de fazer medicação e higienização, posto que há uma preocupação com o estado emocional do paciente para que ele melhore, demonstrando que há uma preocupação com o cuidado humanizado. Um fator relatado que dificulta o cuidado humanizado é a rotina diária e complexa que envolve o ambiente hospitalar e faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o paciente que está na sua frente.

O trabalho em equipe revelou-se fonte de sentimentos diversos, foi considerado um fator de estresse no trabalho por haver rivalidade entre os membros da equipe, falta de compreensão e reconhecimento por parte dos colegas. Os conflitos ocorrem por atuarem na mesma equipe diferentes categorias profissionais que, apesar de terem como objeto de trabalho o cuidado de pacientes críticos, possuem maneiras de trabalhar diferentes. Também foi considerado prazeroso por estar baseado na amizade entre os profissionais, ajuda mútua e por terem a possibilidade de conversar, rir e aliviar as tensões.

O rodízio de leitos é uma técnica de organização do trabalho na qual cada técnico não atende o mesmo leito durante o mês, e costuma ser utilizada como uma estratégia para diminuir o contato mais íntimo com o paciente em sofrimento, já que isso é desgastante para os técnicos de enfermagem. Assim, essa forma de organização foi considerada melhor que o sorteio dos leitos semanalmente, pois neste caso há o risco do técnico de enfermagem permanecer com os mesmos leitos semanas seguidas. Apesar do rodízio de leitos ter sido considerado melhor, ainda assim os técnicos relataram sobrecarga de trabalho em virtude de não serem seguidas as normas legais no que se refere a quantidade de máxima de leitos por técnico por semana, chegando até a ficar com o dobre de pacientes e não poderem dar a assistência adequada.

A campanha foi considerada um fator negativo no que se refere às condições de trabalho, tanto porque elas são chamadas desnecessariamente, como pelo excesso de toques. Os toques ocasionam ruído e pressão na equipe de enfermagem, que percebem o toque como estressante, por ser frequente e às vezes desnecessário. Nessas situações, os técnicos relataram que pedem que um colega faça o atendimento, revezando o atendimento ao leito que chama excessivamente.

As faltas emergiram nas condições de trabalho como um fator que sobrecarrega os outros membros da equipe. Como o hospital não prevê cobertura para os dias de falta, há uma divisão dos leitos do técnico que faltou entre os membros da equipe, de forma que o cuidado com o paciente não fique prejudicado, porém essa sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem pode, inclusive, comprometer a qualidade da assistência prestada à clientela e, é claro, impactar a saúde física e emocional.

O salário foi considerado um fator que desmotiva a permanência na profissão. O profissional sente estar realizando muito mais tarefas do que lhe caberia, atendendo um número muito grande de pacientes e não sendo reconhecido pela instituição, pelos próprios colegas e, principalmente, não tendo uma recompensa financeira que lhe possibilite esparecer de tantas exigências no trabalho. Os baixos salários repercutem na sua atuação, pois precisam estar em diferentes lugares e, mesmo assim, não têm condições financeiras para arcar com as despesas necessárias para a sua sobrevivência.

Em relação a sobrecarga de trabalho os técnicos de enfermagem entrevistados não demonstram ter clareza sobre a divisão das cargas de trabalho a que estão submetidos. Ora associam ao estresse, ora ao esgotamento físico, demonstrando a

dificuldade de identificar os aspectos físico e psíquico engajados no trabalho. Alguns técnicos de enfermagem tem consciência que a quantidade de trabalho é excessiva para uma pessoa só e que o trabalho deveria ser feito por mais pessoas, e que essa sobrecarga prejudica o cuidado com o paciente e o relacionamento com a equipe de enfermagem.

É interessante ressaltar que a relação com o paciente em sofrimento não foi citado como fator que cause sobrecarga nos técnicos de enfermagem entrevistados. Isso pode significar que o cuidado direto com os pacientes é identificado como fonte de prazer e gratificação, capaz de minimizar as perdas, inclusive as financeiras.

O trabalho noturno também não foi citado como fator que cause sobrecarga de trabalho, aparentemente, a atividade noturna pode apresentar uma redução de trabalho, diminuindo as cargas de trabalho, fazendo com que às cargas fisiológicas pelo horário noturno não sejam percebidas adequadamente.

É importante destacar o fato de E1 não saber conseguir avaliar se trabalha demais porque em todo hospital particular o volume de trabalho é o mesmo. Esse relato pode ser compreendido dentro do contexto das transformações ocorridas nas últimas décadas no mundo do trabalho e têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores, cujo traço característico da atual fase do capitalismo que é a intensificação laboral. A insegurança gerada pelo medo do desemprego faz com que os técnicos de enfermagem se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres, de alto risco.

As estratégias defensivas emergiram dos discursos dos técnicos de enfermagem quando foi perguntado como eles lidam com as condições adversas de trabalho como sobrecarga de trabalho, dificuldade de relacionamento com a equipe e com acompanhantes e sofrimento dos pacientes. Foram relatadas as estratégias separação da vida pessoal e profissional, repressão das emoções, fuga do confronto, rodízio no atendimento e desabafo com a equipe.

Em relação ao reconhecimento, apesar da maioria ter ressaltado a falta de reconhecimento, algumas relataram que se sentem reconhecidas e se sentem satisfeitas com o trabalho.

No que se refere a relação com os pacientes foi encontrado que os técnicos de enfermagem desenvolvem apego ao paciente e por isso sofrem ao vê-lo sofrer. A relação com o acompanhante foi citada como benéfica quando este ajuda os técnicos em suas obrigações, porém há relatos de violência física e verbal dos acompanhantes para com os profissionais.

Assim, pode-se concluir que os técnicos de enfermagem exercem sua atividade em condições de trabalho desfavoráveis, pois estão submetidos a cargas de trabalho elevadas. O fato de estarem em contato diretamente com o sofrimento de pacientes afeta a sua saúde mental e física, visto que alguns profissionais obtiveram níveis moderados e altos na escala de *burnout* aplicada. Em razão disso os profissionais desenvolvem estratégias defensivas para minimizar o sofrimento decorrente do trabalho que, todavia, nem sempre são efetivas.

6. REFERÊNCIAS

- Antunes, R., & Pochmann, M. (2007). A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil. In A. D. Cimdamore, & A. D. Cattani (Org.), *Produção de pobreza e desigualdade na América Latina* (pp. 195–209). Porto Alegre, Tomo Editorial.
- Aurélio, F. S., & Tochetto, T. M. (2010). Ruído em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: Mensuração e percepção de profissionais e pais. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(2), 162–169.
- Avellar, L. Z., Iglesias, A., & Valverde, P. F. (2007). Sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem em uma unidade de oncologia. *Psicologia Em Estudo*, 12(3), 475–481.
- Azambuja, E. P., Pires, D. E. P., Vaz, M. R. C., Marziale, M. H. P. (2010) É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem? *Texto Contexto - Enfermagem*, 19(4), 658-666.
- Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Calderero, A. R. L., Miasso, A. I., & Corradi-Webster, C. M. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1), 51–62.
- Castillo J. J., & Villena J. (1998). *Ergonomía conceptos y métodos*. Madrid: Complutense.
- Costa, D. T., & Martins, M. C. F. (2011). Estresse em profissionais de enfermagem: impacto do conflito no grupo e do poder médico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1191–1198.
- Costa, F. M., Vieira, M. A., & Sena, R. R. (2009). Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 38–44.
- Costa, G. D. L., Lacerda, A. B. M., & Marques, J. (2013). Ruído no contexto hospitalar: Impacto na saúde dos profissionais de enfermagem. *Revista CEFAC*, 15(3), 642–652.
- Dalmolin, G. D. L., Lunardi, V. L., Barlem, E. L. D., & Silveira, R. S. (2012). Implicações do sofrimento moral para os (as) enfermeiros (as) e aproximações com o burnout. *Texto Contexto - Enfermagem*, 21(1), 200–208.
- Dejours C. & Abdouchelli E. (1994). *Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho*. São Paulo, Atlas.
- Dejours, C. (2011). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed. São Paulo. Cortez-Oboré.

- De Paula, G. S., Reis, J. F., Dias, L. C., Dutra, V. F. D., Braga, A. L. S., & Cortez, E. A. (2010). O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. *Aquichan*, 10(3), 267–280.
- Deitrick L., Bokovoy J., Stern G., Panik A. (2006). Dance of the call bells: Using ethnography to evaluate patient satisfaction with quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(4), 315-324.
- Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). 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. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(4), 517-525.
- Faria, A. C., Barboza, D. B. & Domingos, N. A. M. (2005). Absenteísmo por transtornos mentais na enfermagem no período de 1995 a 2004. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 12(1), 14-20.
- Fassarella, C. S., Cruz, D. S. M., & Pedro, S. L. B. (2013). A comunicação entre equipe de enfermagem e acompanhante visando à segurança do paciente oncológico durante o processo de hospitalização. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 7(1), 2–11.
- Felli, V. E. A. (2012). Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: Motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. *Enfermagem em Foco*, 3(4), 178–181.
- Fonseca, A. M., & Soares, E. (2006). Desgaste emocional: Depoimentos de enfermeiros que atuam em ambiente hospitalar. *Revista RENE*, 7(1), 91-97.
- Garcia, A. B., Dellaroza, M. S. G., Haddad, M. C. L., & Pachemshy, L. R. (2012). Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 153–159.
- Garcia, A. B., Dellaroza, M. S. G., Gvozd, R., & Haddad, M. D. C. L. (2013). O sofrer no trabalho: sentimentos de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(3), 416. doi:10.4025/cienccuidsaude.v12i3.18056
- Germano, R. M. (2010). Organização da enfermagem brasileira. *Revista Enfermagem em Foco*, 1(1), 14-17.
- Gobbi, C. & Durman, S. (2010) Sofrimento psíquico no trabalho: Percepções de enfermeiros. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*, 4(1), 169-177.
- Gomes, L., Masson, L. P., Brito, J. C., & Athayde, M. (2011). Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em UTIN. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(Supl.1), 137–156.

- Guerrer, F. J. L., & Bianchi, E. R. F. (2008). Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 355–362.
- Hausmann, M., & Peduzzi, M. (2009). Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo do trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto - Enfermagem*, 18(2), 258–265.
- Jodas, D. A., & Haddad, M. D. C. L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192-197.
- Kalisch, B. J., Labelle, A. E., & Boqin, X. (2013). Trabalho em equipe e tempo de resposta às chamadas de enfermagem: estudo exploratório. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(Espec.), 242–249.
- Kalisch, B. J., Weaver, S. J., & Salas, E. (2009). What does nursing timework look like? A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(4), 298–307.
- Kessler, A. I., & Krug, S. B. F. (2012). Do prazer ao sofrimento no trabalho de enfermagem: o discurso dos trabalhadores. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(1), 49–55.
- Kirchhof, A. L. C., Lacerda, M. R., Sarquis, L. M. M., Magnago, T. S. B. & Gomes, I. M. (2011). Compreendendo cargas de trabalho na pesquisa em saúde ocupacional na enfermagem. *Colombia Medica*, 42 (Supl 1), 113-119.
- Lancman, S. & Uchida S. (2003). Trabalho e subjetividade: O olhar da psicodinâmica do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, 6, 79-90.
- Laurell A.C; Noriega, M. (1998). *Processo de produção de saúde: Trabalho e desgaste operário*. São Paulo, Hucitec.
- Leal, R. M. de A. C., Bandeira, M. B., & Azevedo, K. R. N. (2012). Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: Satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(1), 15–25.
- Lei n. 2.604, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L2604.htm
- Lei n. 3.780, de 12 de julho de 1960. Dispõe sobre a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, estabelece os vencimentos correspondentes e dá outras providências. Brasília. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3780.htm
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Revista Referência*, 2(7), 33–41.

- Lucena, A. F., Paskulin, L. M. G., Souza, M. F., & Gutiérrez, M. G. R. (2006). Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(2), 292–298.
- Machado, M. H., Oliveira, E. S. de, & Moyses, N. M. N. (2010). Tendências do mercado de trabalho em Saúde no Brasil. In Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde na Mesa de Discussão: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda, no dia 10 de junho de 2010, Hotel Sheraton, Rio de Janeiro (p. 1-11). Recuperado de <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/Tendencias%2520de%2520Mercado%2520de%2520Trabalho.pdf>
- Martins, J. T., Robazzi, M. L. C. C., & Garanhani, M. L. (2009). Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. *Ciencia e enfermagem*, 15(3), 45–53.
- Martins, J. T., & Robazzi, M. L. C. C. (2012). Estratégias defensivas utilizadas por enfermeiros de unidade de terapia intensiva: Reflexão na ótica Dejouriana. *Ciência Cuidado em Saúde*, 11(supl), 39-46.
- Masson, L. P., Brito, J., & Athayde, M. (2011). Dimensão relacional da atividade de cuidado e condições de trabalho de auxiliares de enfermagem em uma unidade neonatal. *Revista de Saúde Coletiva*, 21(3), 879–898.
- Matos, E., & Pires, D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: De Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto - Enfermagem*, 15(3), 508–514. doi:10.1590/S0104-07072006000300017
- Matumoto, S., Fortuna, C. M., Kawata, L. S., Mishima, S. M., & Pereira, M. J. B. (2013). Cartografia das dores do cuidar no trabalho clínico do enfermeiro na atenção básica. *Texto Contexto - Enfermagem*, 22(2), 318–326.
- Mauro, M. Y. C., Paz, A. F., Mauro, C. C. C., Pinheiro, M. A. S., & Silva, V. G. (2010). Condições de trabalho de enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 14(1), 13–18.
- Medeiros S. M., Ribeiro, L. M., Fernandes, S. M. & Veras V. S. (2006). Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. *Revista Eletronica de Enfermagem* 8(2), 233-40.
- Ministério da Saúde [MS] (2007). *Indicadores de gestão do trabalho em saúde: Material de apoio para o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Moreira, D. de S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7), 1559–1568.

- Oliveira, C. M., & Fontana, R. T. (2012). Violência psicológica: Um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde, 11*(2), 243–249. doi:10.4025/cienccuidsaude.v11i2.11951
- Pagliari, J., Collet, N., Oliveira, B. R. & Viera, C. S. (2008). Sofrimento psíquico da equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 10*(1), 63-76.
- Peduzzi, M. & Anselmi, M. L. (2002). O processo de trabalho de enfermagem: A cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem, 55*(4), 392-398.
- Pena, S. B., & Diogo, M. J. D. (2009). Expectativas da equipe de enfermagem e atividades realizadas por cuidadores de idosos hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*(2), 351–357.
- Ramalho, M. A. N., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicologia em Estudo, 12*(1), 123–132.
- Ribeiro, S. F. R., & Martins, S. T. F. (2011). Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. *Psicologia em Estudo, 16*(2), 241–250. doi:10.1590/S1413-73722011000200007
- Rockembach, J. V., Casarin, S. T., & Siqueira, H. C. H. (2010). Morte pediátrica no cotidiano de trabalho do enfermeiro: Sentimentos e estratégias de enfrentamento. *Revista RENE, 11*(2), 63–71.
- Santos, J. M., Oliveira, E. B., & Moreira, A. C. (2005). Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ, 14*(4), 580–585.
- Schmoeller, R., Trindade, L. L., Neis, M. B., Gelbcke, F. L. & Pires, D. E. P. (2011) Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: Revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 32*(2), 368-77.
- Sentone, A. D. D. & Gonçalves, A. A. F. (2002) Sofrimento no trabalho: Significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, 23*(1), 33-38.
- Silva, J. L. L. Dias, A. C., & Teixeira, L. R. (2012). Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. *Aquichan, 12*(2), 144–159.
- Silvino, Z. R., Rodrigues, A. M. S., Flach, D. M. A. M., Duarte, M. S. M., Kipper, V. G., & Simão, S. D. A. F. (2010). As estratégias defensivas utilizadas pelo trabalhador de enfermagem: Uma revisão integral da literatura. *Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental [online], 2*(3), 1121-1127. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3651802>

Shimizu, H. E., & Ciampone, M. H. T. (1999). Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(1), 95-106.

Souza, N. V. D. O., & Lisboa, M. T. L. (2002). Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de Enfermagem na prática hospitalar. *Revista de Escola Anna Nery de Enfermagem*, 6(3), 425–435.

Tzeng, H., & Yin, C. (2009) Are call light use and response time correlated with inpatient falls and inpatient dissatisfaction? *Journal of Nurse Care Quality*, 24(3), 232-242. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181955f30

Vila, V. S. C., & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “Muito falado e pouco vivido.” *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 137–144.

Waldow, V. R. (1998). *Cuidado humano: O resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzato.

7. ANEXOS

ANEXO – A

**CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO
SEDIADORA DA PESQUISA**

Declaramos, para os devidos fins, que concordamos em disponibilizar o **Hospital Gênesis**, inscrito junto ao CNPJ sob nº 07136971000102, situado na Av. Santos Dumont nº 1168, Aldeota, Fortaleza- Ce, para o desenvolvimento das atividades referentes ao Projeto de Pesquisa, intitulado: Percepção dos técnicos de enfermagem sobre o sofrimento no trabalho e estratégias de enfrentamento, da mestrandia pesquisadora **Paula Herbster Nogueira Barrocas** sob a responsabilidade da orientadora Prof.ª Dr.ª Regina Heloisa Mattei de Oliveira Maciel, da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, pelo período de execução previsto no referido projeto.

Fortaleza, 15 de agosto de 2013



Cecilia Simeão
Enfermeira
COREN: 91883

Wilka e Ponte Ltda

ANEXO – B

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências Humanas – CCH
Mestrado em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: A PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
SOBRE SOFRIMENTO NO TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: PAULA HERBSTER NOGUEIRA
BARROCAS

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá investigar o processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem e suas relações com os outros profissionais de saúde, pacientes e suas famílias.

Ao participar desta pesquisa você concederá uma entrevista, na qual serão coletadas informações sócio demográficas como idade, sexo, tempo de serviço e duas questões acerca do seu trabalho: Como é o seu relacionamento com os pacientes e seus familiares? Que estratégias você utiliza para enfrentar os problemas do seu trabalho?

Sua participação é opcional e voluntária, você tem a liberdade de não querer participar e pode desistir, a qualquer momento, mesmo após ter iniciado a ENTREVISTA, sem nenhum prejuízo para você.

Se você assim o permitir, a entrevista será gravada. As entrevistas gravadas serão utilizadas apenas de forma anônima nas análises que serão feitas posteriormente. Seu nome e seus dados não serão divulgados de forma alguma.

A entrevista se refere apenas ao seu trabalho, mas assim mesmo pode ser que algum assunto lhe cause desconforto por abordar informações pessoais ou confidenciais. Não desejamos que isto venha a acontecer. Mas no caso de algum tópico lhe causar incômodo, você tem a liberdade de suspender a entrevista. O procedimento da entrevista apresenta um risco mínimo disso acontecer, mas você pode não responder e expressar seu desagrado e/ou interromper a entrevista.

Com os resultados desta pesquisa pretende-se contribuir para a compreensão dos fatores que influenciam o trabalho dos técnicos de enfermagem e subsidiar ações de prevenção no sentido de minimizar os problemas decorrentes do trabalho e de suas condições.

Se você precisar de alguma orientação e/ou encaminhamento por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, você será encaminhado(a) pela pesquisadora, Paula Barrocas, telefone 32342538, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar).

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam obtidas na entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais e profissionais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum das fitas gravadas, transcrições das entrevistas e análise do conteúdo nem quando os resultados forem apresentados.

Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável:

Paula Herbster Nogueira Barrocas

Endereço: Rua Bento Albuquerque 969, ap 1031, Cocó

Telefone para contato: 32342538

Horário de atendimento: 9:00 às 17:00

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA

Universidade de Fortaleza.

Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar.

Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue e receberá uma cópia deste Termo.

O Sr(a) ou seu representante legal, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador também rubricará todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIMENTO DOS OBJETIVOS RISCOS, BENEFÍCIOS E CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce., _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisado

ANEXO - C

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – VRPPG
Centro de Ciências Humanas – CCH
Mestrado em Psicologia

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

TÍTULO DA PESQUISA: A PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
SOBRE SOFRIMENTO NO TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE
ENFRENTAMENTO

PESQUISADO RESPONSÁVEL: Paula Herbster Nogueira Barrocas

- 1- Fale-me como é o seu trabalho no posto de enfermagem?
- 2- Que sentimentos você vivencia como técnica de enfermagem?
- 3- Como você lida com esses sentimentos?
- 4- Você tem alguma estratégia que desenvolve individual ou coletivamente para compreender ou auxiliar a vivencia dos seus sentimentos de sofrimento e dos seus colegas?
- 5- Você gostaria de falar algo mais sobre isso?

ANEXO - E

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE SOFRIMENTO NO TRABALHO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Pesquisador: PAULA BARROCAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18514413.6.0000.5052

Instituição Proponente: Fundação Edson Queiroz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 434.808

Data da Relatoria: 23/10/2013

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa tem por objetivo compreender, junto aos técnicos de enfermagem, como percebem e vivenciam o sofrimento do paciente e que estratégias defensivas eles utilizam. Estes profissionais estão em contato direto com pacientes em sofrimento e com agentes estressores decorrentes do processo de trabalho da enfermagem, por isso torna-se necessário investigar se eles apresentam sofrimento decorrente do trabalho e que estratégias utilizam para suportar esse sofrimento. Utilizar-se-á um roteiro de entrevista semi-estruturada. Após a transcrição, as entrevistas serão analisadas por temas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a origem do sofrimento e as estratégias defensivas estão diretamente associadas ao processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem e a descrição desses fenômenos em auxiliares e técnicos de enfermagem que estão em atividade.

Objetivo Secundário:

Identificar o impacto da jornada de trabalho, da responsabilidade da função, do relacionamento com a equipe médica, com o paciente em sofrimento e seus familiares.- Objetiva-se identificar e descrever a exaustão emocional dos profissionais de enfermagem decorrente do contato direto e

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-005
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coelice@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 434.008

prolongado com o sofrimento do paciente e seus familiares- Analisar de uma forma mais aprofundada a questão do ζ distanciamento emocional ζ

presente na síndrome do burnout-Identificar estratégias desenvolvidas Individual ou coletivamente para compreender ou auxiliar a vivência dos seus sentimentos de sofrimento e dos seus colegas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos utilizados para desenvolver esta pesquisa poderão ocasionar riscos mínimos como, desconforto em compartilhar um pouco das informações pessoais ou confidenciais por causalidade ou alguns tópicos que você pode se sentir incomodado em falar. No entanto, não desejamos que isto venha a acontecer. Por isso, você não tem que responder qualquer pergunta que venha lhe causar algum incômodo. Os procedimentos

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

Benefícios:

A pesquisa pode contribuir para compreensão dos fatores que influenciam o sofrimento decorrente do trabalho dos técnicos de enfermagem, para compreensão do desenvolvimento das estratégias defensivas que eles utilizam, para ações de prevenção do sofrimento laboral desses profissionais e refletir sobre políticas de atenção.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

o projeto apresenta-se de forma coerente bem como sua relevância e contribuição social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml

Questões norteadoras.pdf

Formulário Plataforma Brasil Paula Herbster Barrocas.PDF

TCLE.docx

PROJETO.docx

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise na íntegra do protocolo de pesquisa conclui-se que o mesmo atende às Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos -Res.466/12 CNS/MS.

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco de Reitoria

Bairro: sala de VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-005

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coelha@unifor.br

UNIVERSIDADE DE
FORTALEZA (UNIFOR)/
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 434.008

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer de Aprovação do projeto e esclarece: Apresentação de relatório parcial e final; A pesquisa deve ser desenvolvida conforme delineada no protocolo aprovado; O CEP deve ser informado dos efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal da pesquisa; Emendas ou modificações ao protocolo de pesquisa devem ser enviadas ao CEP para apreciação ética.

FORTALEZA, 24 de Outubro de 2013

Assinador por:

Marilla Joffily Pereira da Costa Parahyba
(Coordenador)

Endereço: Av. Washington Soares 1321/Bloco da Reitoria
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coeica@unifor.br