

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

Marco Aurélio Ramos de Almeida

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO HOSPITALAR

São Bernardo do Campo

2012

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

Marco Aurélio Ramos de Almeida

PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marília M. Vizzotto

Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Linha de pesquisa: Prevenção e tratamento

São Bernardo do Campo

2012

ALMEIDA, Marco Aurélio Ramos de, **Prazer e Sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar**. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Faculdade da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, 2012. 106fl.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Marília Martins Vizzotto- Universidade Metodista São Paulo
(presidente)

Prof.^a Dr.^a Odete de Oliveira Monteiro
Titular – Universidade Federal Paulista – UNIFESP

Prof.^a Dr.^a Maria Geralda Viana Heleno
Titular – Universidade Metodista São Paulo

Prof.^a Dr.^a Hilda Rosa Capelão Avoglia
Suplente – Universidade Metodista São Paulo

Dissertação apresentada e aprovada em

____/____/____

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Al64p	Almeida, Marco Aurélio Ramos de Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar / Marco Aurélio Ramos de Almeida. 2012. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2012. Orientação de: Marília M. Vizzotto. 1. Prazer (Psicologia) 2. Sofrimento 3. Enfermeiros – Profissão 4. Qualidade de vida (Trabalho) I. Título	CDD
157.9		

A dissertação de mestrado sob o título “Prazer e Sofrimento no Trabalho do Enfermeiro Hospitalar”, elaborada por Marco Aurélio Ramos de Almeida foi defendida e aprovada em 16 de Março de 2012, perante banca examinadora composta por Prof.^a Dr.^a Marília Martins Vizzotto (Presidente/UMESP), Prof.^a Dr.^a Odete de Oliveira Monteiro (Titular/UNIFESP), Prof.^a Dr.^a Maria Geralda Viana Heleno (Titular/UMESP).

Prof. Dr. Marília Martins Vizzotto
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dr. Maria Geralda Viana Heleno
Coordenador/a do Programa de Pós-Graduação

Programa: Pós-graduação em Psicologia da Saúde

Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Linha de Pesquisa: Prevenção e Tratamento

"O homem erudito é um descobridor de fatos que já existem; mas o homem sábio é um criador de valores que não existem e que ele faz existir".

Albert Einstein

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho com alegria e satisfação primeiramente à Deus, pois tudo em minha vida é cuidadosamente permitido e conduzido por Ele.

À minha esposa Elizangela, por me ensinar a ser uma pessoa melhor do que era antes de conhecê-la, por me ajudar nas batalhas da vida, por chorar junto comigo, por rir junto comigo, por cuidar de mim, por me amar. Obrigado, eu também amo você.

À minha vovó Mercedes que sempre se importou comigo, que me deu o primeiro banho, que ficava sempre comigo e com minha irmã quando minha mãe não podia. Vó te amo muito, você também é minha mãe.

Aos meus pais José e Wilma, aos meus irmãos Gabriela, Lucas (Guguinha) e Bruna, pelo carinho, paciência, compreensão e apoio, por partilhar minhas dificuldades e vitórias necessárias para fazer com que eu chegasse até aqui. Desculpem minha ausência durante essa jornada, mas não existem conquistas sem lutas e alguns sacrifícios. Obrigado mãe, pela paciência em agüentar meus momentos de ansiedade, você é a razão da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Dra Marília Martins Vizzotto, que deu asas para voar nesse terreno ainda inexplorável por mim, a psicologia. Muito obrigado por me receber em sua casa, por respeitar meus limites durante a caminhada desse estudo e por acreditar na minha capacidade.

Obrigado à professora Dra Tânia Elena Bonfim, por suas importantes observações e contribuições a esta pesquisa.

Agradeço também à professora Dra Ana Cristina de Sá, do Centro Universitário São Camilo, pelo incentivo e força, mesmo depois da minha formação em Enfermagem.

Obrigado à supervisora de enfermagem Rosângela e à gerente de enfermagem Sônia, que sempre deram oportunidades, que sempre acreditaram no meu trabalho.

Obrigado professora Amanda por suas aulas de inglês e ajuda nas traduções deste estudo.

Duda, Maria, Luciano, Pona e Marcão, vocês também foram muito importantes para que esse trabalho fosse realizado, mesmo que de maneira indireta. Obrigado!

Valeu pela força Bruno e Ivonete. Meus companheiros inseparáveis de pronto-socorro.

Um último e especial obrigado a meu amigo Alexandre. Cara, você não imagina o quanto me incentivou para realização do sonho de um dia ser professor. Obrigado por suas palavras de coragem, força e fé.

Enfim... Obrigado a todos que contribuíram direta ou indiretamente. Obrigado!

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	XII
1. INTRODUÇÃO.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2. 1 Teorias de enfermagem e sua relação com a saúde do enfermeiro.....	19
2. 2 O trabalho do enfermeiro, a organização de trabalho, e o hospital.....	22
2. 3 Sobre a personalidade e os mecanismos de defesa.....	25
2. 3. 1 A estrutura da personalidade.....	26
2. 3. 2 A dinâmica da personalidade.....	28
2. 3. 3 As defesas do ego.....	29
2. 4 O trabalho como fonte de prazer e sofrimento.....	33
2. 5 A psicologia pode ajudar.....	34
2. 5. 1 A Psicodinâmica do Trabalho.....	34
2. 5. 2 A Psicologia Institucional.....	36
3. MÉTODO.....	39
3.1 Tipo de estudo.....	39
3.2 Local.....	39
3.3 Participantes.....	41
3.4 Instrumento.....	41
3.5 Aspectos éticos.....	42
3.6 Procedimentos.....	42
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
4.1 Primeira categoria – Prazer no Trabalho do Enfermeiro.....	49
O Cuidado com o Paciente.....	49
A Gratidão do Paciente.....	54
O Trabalho Agradável em Equipe.....	58

4.2 Segunda categoria – Sofrimento no Trabalho do Enfermeiro.....	59
O Relacionamento Desagradável com a Equipe Multidisciplinar.....	59
Os Recursos Humanos Insuficientes.....	63
A Burocracia Institucional.....	66
A Sustentação das Mágoas e Agruras dos Pacientes.....	68
O Trabalho Não Reconhecido.....	70
A Não Identificação com o Papel Social.....	71
4.3 Terceira categoria – Sentimentos Positivos.....	74
A Amorosidade com a Equipe de Trabalho.....	74
4.4 Quarta categoria – Sentimentos Negativos.....	75
O Julgamento dos Bons e Maus Pacientes.....	75
As Conseqüências Negativas de Condutas de Outros Profissionais.....	77
A Proximidade Constante com a Morte e com o Sofrimento Humano.....	77
O Medo da Morte, de Acidentes Biológicos e o Medo de Errar.....	80
A Inferioridade em Relação a Outros Membros da Equipe Multidisciplinar.....	83
A Restrição da Autonomia e a Recusa do Reconhecimento.....	85
A Tristeza Causada pela Frustração.....	87
4.5 Quinta categoria – Sentimentos Ambivalentes.....	89
O Remorso e a Tentativa de Reparação.....	90
O Envolvimento Emocional com o Paciente.....	92
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	98

Lista de Quadros

QUADRO I – Categorias e subcategorias analíticas, e indicadores temáticos.....48

Lista de Anexos

ANEXO I – Termo de consentimento livre e esclarecido

ANEXO II – Roteiro de entrevista

ANEXO III – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa

RESUMO

Pesquisa qualitativa que tem como objetivos: identificar indicadores que geram prazer e sofrimento nos enfermeiros dentro do ambiente hospitalar, analisar quais são os sentimentos vivenciados por estes profissionais e verificar quais são os principais mecanismos de defesa utilizados. O estudo contou com a participação de oito enfermeiros de diferentes setores hospitalares, em dois hospitais da região central de São Paulo. A coleta de dados ocorreu entre Novembro de 2010 e Fevereiro de 2011, realizada por meio da técnica de entrevista semidirigida com temas norteadores, cujo conteúdo foi registrado por meio de um gravador de voz e transcrito posteriormente. Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo com o respaldo teórico das contribuições da Psicodinâmica do Trabalho e Psicologia Institucional. Das entrevistas foram desveladas cinco categorias analíticas: o prazer no trabalho do enfermeiro, o sofrimento no trabalho do enfermeiro, os sentimentos negativos, os sentimentos positivos, e os sentimentos ambivalentes. Estas categorias agregaram as subcategorias: trabalho gratificante, trabalho estressante, amizade, raiva, dor, medo, inferioridade, frustração, tristeza, culpa e apego. As subcategorias por sua vez, desdobraram-se em indicadores temáticos que expressaram os mais diversos fatores que produzem prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros, bem como a ambigüidade de sentimentos vivenciados por estes profissionais. Sentimentos que variaram de um momento para o outro, sendo que, aquilo que causava dificuldades no atendimento da necessidade de ajudar e sentir-se útil, implicou em sofrimento, o que facilitou ou tornou viável as necessidades, constituíram em prazer no trabalho. Mecanismos de defesa foram utilizados pelos enfermeiros com o intuito de protegê-los, no entanto, ocultavam da consciência a causa implícita do sofrimento. Os resultados possibilitaram ampliar o universo de conhecimento da Psicodinâmica do Trabalho e Psicologia Institucional na área da enfermagem, demonstrando os processos psíquicos e sociais que circundam os significados de trabalho para o ser humano, encontrando possíveis soluções para elaboração e superação do sofrimento, e melhorando a saúde psíquica dos enfermeiros em seu cotidiano dinâmico de trabalho.

Palavras-chave: Prazer (Psicologia); Sofrimento; Enfermeiros – Profissão; Qualidade de vida (Trabalho).

ABSTRACT

Qualitative research that aims to: identify indicators that generate pleasure and suffering in nurses within the hospital environment, analyze what are the feelings experienced by these professionals and examine which are the primary defense mechanisms used. The study had the participation of eight nurses from different hospital sectors in two hospitals in central São Paulo. Data collection occurred between November 2010 and February 2011, held by semistructured interview technique with guiding themes, whose content was recorded using a voice recorder and transcribed later. For data analysis we used the technique of content analysis with the support of the theoretical contributions of the Psychodynamics of Work and Institutional Psychology. The interviews were revealed in five analytical categories: pleasure in the work of the nurse, the nurse's suffering at work, negative feelings, positive feelings, and ambivalent feelings. These categories and subcategories added: rewarding work, stressful work, friendship, anger, pain, fear, inferiority, frustration, sadness, guilt and addiction. The subcategories in turn unfolded in thematic indicators that expressed the various factors that produce pleasure and suffering in the work of nurses as well as the ambiguity of feelings experienced by these professionals. Feelings which vary from one moment to another, and which caused difficulties in meeting the need for help and feel useful, resulted in suffering, what facilitated or made possible the needs, were a pleasure at work. Defense mechanisms were used by nurses in order to protect themselves, however, concealed the underlying cause of consciousness of suffering. The results expand the universe of possible knowledge of the Psychodynamics of Work and Institutional Psychology in nursing, demonstrating the psychological and social processes that surround the meaning of work for human beings, finding possible solutions to development and overcoming of suffering, and improving mental health of nurses in their dynamic daily work.

Keywords: Pleasure (Psychology); Suffering; Nurse - Profession, Quality of life (Working).

APRESENTAÇÃO

Em 1997 com dezessete anos, iniciei um curso de auxiliar de enfermagem no SENAC. A princípio queria apenas uma profissão para pagar minha faculdade.

Aos dezenove já trabalhava em hospital, o que me fez ter uma aproximação com o sofrimento humano, o qual nunca tinha experimentado tão de perto. Via pessoas jovens, idosos, e crianças em fase terminal. Era uma profissão difícil, por isso minha decisão em cursar a faculdade de Tecnologia em Radiologia Médica, que conclui em 2003 no Centro Universitário São Camilo. Operar aparelhos de tomografia computadorizada e ressonância magnética não me deixava tão próximo dos pacientes, logo, a sensação desagradável do sofrimento alheio não incomodaria mais.

Eu trabalhava no setor de medicina diagnóstica e fazia o transporte desses pacientes entre o setor e o quarto de internação. Certo dia em que levava uma paciente para fazer um exame de tomografia, observava que essa pessoa era muito falante, alegre, com um sorriso muito cativante. Era uma senhora que tinha uma neoplasia de reto com metástase óssea e hepática. A severa doença não tirava seu sorriso do rosto e isso me intrigava muito. Naquela época eu tinha decidido abandonar as drogas, mas ainda não tinha um motivo, ou um sentido para deixar o futuro incerto, as más amizades, e as estranhas companhias.

Em um dos dias em que conversava com esta paciente, me atrevi a perguntar se ela sabia seu diagnóstico médico, e ela respondeu que sim. Eu repliquei dizendo: mas a senhora com essa doença esta sempre sorrindo, sempre brincando. Então ela disse a frase que marcaria minha vida para sempre... Enquanto viver, viverei da melhor maneira possível, viverei o mais feliz que puder.

Nunca tinha visto tamanha força de querer viver, era algo que se via no rosto dela. Nesse dia eu pensei: meus Deus, eu me destruindo aos poucos e essa senhora lutando tanto por aquilo que eu já tenho, uma vida inteira pela frente. Foi nesse dia que encontrei um sentido para deixar as drogas, sentido para viver, e viver da melhor maneira possível. Aquilo mexeu tanto comigo que decidi fazer minha segunda faculdade, me graduei em Enfermagem em 2006, também na São

Camilo. Em 2008, fiz minha especialização em Enfermagem Cardiovascular na UNIFESP.

Os temas sofrimento humano e doença terminal me inspiravam; tanto que em meu trabalho de conclusão do curso de Enfermagem, desenvolvi com outros autores, o estudo *Reflexões sobre a Morte e o Morrer: Uma Visão da Equipe de Enfermagem*. Aquele estudo me fez perceber que o enfermeiro não sabe lidar com a morte, que seu cotidiano de trabalho é muito penoso por mantê-lo constantemente próximo do sofrimento. Mesmo assim, uma pergunta sempre me instigava. Porquê o enfermeiro, mesmo vivenciando esse sofrimento no seu dia-a-dia de trabalho, não deixa de ser enfermeiro, não deixa a profissão?

Neste estudo, muitas outras histórias de enfermeiros serão relatadas, histórias que nos ajudaram a responder questões sobre o prazer e o sofrimento no trabalho, sobre o que motiva o enfermeiro a entrar no temeroso ambiente hospitalar e cuidar de seus pacientes, sobre a doença e a saúde mental desses trabalhadores frente à instituição hospitalar, e também, sobre as possíveis soluções para a promoção de saúde desses profissionais.

Assim, com quase quinze anos de profissão, busquei nesta pesquisa esclarecer minhas curiosidades pessoais com respostas científicas quanto ao entendimento dos sentimentos de prazer e sofrimento no trabalho, bem como os mecanismos de defesa utilizados pelos enfermeiros de hospital. É um estudo de reflexão, de autoconhecimento, de um sentido para o trabalho de enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

Todo trabalho inclui muitas fontes potenciais de tensão. Más condições de trabalho, número excessivo de horas, pressões de tempo e limites de prazo, além de relacionamentos difíceis com supervisores e companheiros de trabalho, são fatores que podem individualmente ou combinados, produzir pressões nocivas ao corpo e à mente dos trabalhadores. O ambiente também pode ser perturbador, como o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, irradiação, altitude), o ambiente químico (vapores, gases tóxicos, fumaças, poeiras), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), condições de higiene, de segurança e, características ergonômicas do posto de trabalho. (SPIELBERGER, 1981; DEJOURS, 1992).

Tensão refere-se tanto às circunstâncias que impõem exigências físicas e psicológicas ao indivíduo como às reações experimentadas nessas situações. É o termo usado para descrever aflição, opressão, agrura e adversidade. (SPIELBERGER, 1981).

Quando o indivíduo interpreta uma situação como tensa ou perigosa, há mudanças fisiológicas e de comportamento que resultam da ativação e excitação do sistema nervoso autônomo, produzindo uma perturbação da homeostase. A intensidade da reação é proporcional à magnitude do perigo ou ameaça percebidos pelo ser humano (SPIELBERGER, 1981).

Numa linha de raciocínio um tanto diferente da adotada por SPIELBERGER (op.cit.), mas que compartilha do princípio da homeostase (homeostase psíquica), Dejours (1992) afirma que durante o período da primeira guerra até 1968, houve uma preocupação com a proteção do corpo dos trabalhadores, contraditório à essa preocupação, surge a implementação da Teoria Científica da Administração proposta por Taylor. Essa tendência de trabalho perdura até os dias atuais, gerando exigências fisiológicas e fazendo com que o corpo apareça como ponto de impacto dos prejuízos do trabalho. O aparelho psíquico e a saúde mental dos trabalhadores não eram o foco dos estudos neste período. O autor conclui que a teoria científica da administração também tinha o propósito de dividir os

trabalhadores pela hierarquia de chefes de equipes, tornando-os cada vez mais enfraquecidos e isolados pela oposição entre os próprios trabalhadores. O fracionamento dessa coletividade exige respostas defensivas personalizadas, uma vez que o trabalhador não encontra mais o apoio no grupo. Antes da adesão da organização científica proposta por Taylor, o trabalho físico era equilibrado por intermédio da programação espontânea do trabalho. O corpo obedecia ao desejo, à liberdade, ao prazer e à imaginação. A organização científica subtrai essa liberdade criativa e intelectual. A interação entre indivíduo dotado de uma história personalizada e a organização do trabalho, portadora de regulamentos e leis despersonalizantes, faz surgir uma vivência, um sofrimento.

Executar uma tarefa sem o envolvimento afetivo, o salário que não pode atender às necessidades básicas do trabalhador e de sua família, o não reconhecimento por parte dos colegas, chefia e instituição, ou a ansiedade e o medo que são comuns em ambientes insalubres produzem insatisfação, que por sua vez, exige uma adaptação física e mental do trabalhador.

De acordo com Spielberger (1981); com o objetivo de reduzir a fonte de ansiedade ou sofrimento, o indivíduo se ajusta à situação efetuando manobras psicológicas inconscientes, destinadas a alterar e distorcer a forma como vêem o problema, tornando inconscientes os sentimentos, pensamentos e lembranças. Os processos que modificam o modo pelo qual a situação ameaçadora é encarada, sem lidar com a verdadeira fonte de tensão chamam-se mecanismos de defesa.

Nos estudos sobre a dinâmica do ser humano em seu ambiente de trabalho costuma-se separar a carga do trabalho em física e psíquica. A carga física é o perigo de um emprego excessivo sobre as aptidões fisiológicas do trabalhador. A energia pulsional retida pelos trabalhadores submetidos às excitações provenientes do exterior (de origem psicossensorial) ou interior (excitações instintivas ou pulsionais), é denominada carga psíquica (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

O trabalho torna-se perigoso ao aparelho psíquico quando ele se opõe à sua livre atividade. O trabalhador dispõe de vias de descarga da energia pulsional retida que não são as mesmas para todos, variando conforme a formação da

estrutura da personalidade e, de acordo com os mecanismos de defesa individuais ou coletivos (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

O cotidiano de um ambiente hospitalar envolve fatores que produzem tensão e sofrimento como qualquer instituição de trabalho. O hospital também é uma empresa dividida por setores, funcionando através de suas normas e rotinas, e organizada hierarquicamente por seus dirigentes. Entretanto, o ambiente de um hospital traz a dor, a morte, e outras situações de sofrimento vivenciadas pelos pacientes e enfermeiros. Embora existam mecanismos de defesa, o envolvimento entre profissionais e pacientes nessas situações torna-se inevitável. Essa não dissociação do envolvimento entre o paciente e o trabalhador de enfermagem foi citada por Wanda de Aguiar Horta (1979), quando descreveu o ser-enfermeiro como “gente que cuida de gente”.

Com relação à especificidade do labor do enfermeiro, Pires (1996) e Lima (1998) concordam e exprimem aquilo que também é ditado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1987); que o trabalho da enfermagem é realizado por uma equipe que tem diferentes graus de formação diferenciada, onde ocorre a divisão do conjunto de tarefas. O enfermeiro atua como o conhecedor intelectual para o planejamento da assistência de enfermagem que será prestada diretamente ao paciente. Além da atribuição do cuidado, ao enfermeiro também compete a gestão do setor em que atua, sendo responsável pelo zelo de equipamentos biomédicos, controle de gastos, uso e descarte de materiais e medicamentos. É responsável pelos outros integrantes da equipe de enfermagem que tem papel de executores das tarefas delegadas pelo enfermeiro.

Além da equipe de enfermagem, outros integrantes da equipe de saúde como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos, atuam nos setores hospitalares cada um com suas responsabilidades. Entretanto, pelo fato de o enfermeiro ser o profissional que mais tempo fica com o paciente, falha ou interrupções no trabalho desses outros profissionais, fomenta frustrações, ingratidões e exigências nos pacientes, que acabam projetando suas angustias nos profissionais que lhes são mais próximos (BLEGER, 1984a).

Segundo Bleger (1984a), o hospital como instituição é um ambiente altamente ansiogênico, pois além do contato diário com os problemas de doença e de morte, a relação entre equipes médica e equipes auxiliares, entre elas a equipe de enfermagem, é de transferência de tensões, onde o médico em sua conduta defensiva ao adotar uma atitude onipotente pode se distanciar do paciente. Essa atitude faz com que os anseios e medos experimentados pelos pacientes se desloquem para a equipe de enfermagem, aumentando ainda mais a carga psíquica desses profissionais.

Diante de um ambiente de trabalho com diversas fontes de tensão e sofrimento e, profissionais que constantemente deparam-se com situações que expõem a fragilidade humana como a morte, a doença e a dor, levantamos uma série de indagações:

- Quais são os recursos internos que o enfermeiro utiliza, em relação ao ambiente hospitalar?
- E os sentimentos desses? É possível encontrar prazer no trabalho do enfermeiro?
- Como promover a saúde mental desses trabalhadores?

O estudo de Santos (2008) traz a importância da reflexão sobre a dinâmica do trabalho e da relação entre prazer e sofrimento do enfermeiro no ambiente hospitalar. O trabalho de Martins (2008) levanta estratégias defensivas com o propósito de minimizar o sofrimento do enfermeiro em unidades de terapia intensiva, entretanto, a autora conclui que esses esforços dependem não somente do profissional, mas também depende das instituições e da inclusão de ementas referentes à saúde mental do trabalhador, no conteúdo curricular oferecido pelas universidades.

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), as organizações de trabalho são sempre potencialmente patogênicas. Os autores propõem estimular a dinâmica da intersubjetividade de transformação da organização de trabalho. A contribuição para esse processo de transformação é o que permite aos trabalhadores conjurar

o sofrimento. Não o apagando simplesmente, mas transformando-o em sentido e eventualmente em prazer.

Na compreensão de Lancman e Uchida (2003), a dinâmica de transformação da instituição proposta por Christophe Dejours resume-se na atividade de escuta coletiva, atenta às falas dos trabalhadores com enfoque psicanalítico. Dejours propõe a criação de um espaço coletivo que favorece a possibilidade de emergir o sofrimento verbalizado pelos trabalhadores. O mesmo espaço também pode favorecer o surgimento da solução pensada por todos os trabalhadores.

A escolha dos temas Psicodinâmica do Trabalho e Psicologia Institucional se deu pelo fato de que ambas apresentam propostas para a elaboração do sofrimento, e procuram produzir nos integrantes das organizações de trabalho, um sentido para o vivido institucional. A Psicodinâmica do Trabalho sofreu uma evolução com as pesquisas de Christophe Dejours. Anterior a este autor, o foco dos estudos era para os danos psíquicos que o trabalho causava aos trabalhadores. Pouco se falava em saúde mental e na possibilidade de se obter o prazer no trabalho. A Psicologia Institucional de José Bleger avança ainda mais nessa relação do homem e da instituição, propondo a promoção da saúde dos integrantes através da psico-higiene, também com base na teoria psicanalítica.

A relevância deste estudo ocorre na medida em que existe com ele, a possibilidade de compreender os mecanismos de defesa dos enfermeiros em seu ambiente de trabalho, e com isso, buscar o desenvolvimento da personalidade desses profissionais através da explicitação da subjetividade que há entre o prazer e o sofrimento. Esta pesquisa propõe problematizar o oculto e buscar respostas para a elaboração e superação do sofrimento, melhorando a saúde psíquica dos enfermeiros em seu cotidiano dinâmico de trabalho.

Assim sendo, o presente estudo apresenta os seguintes **objetivos**:

- Identificar indicadores que geram prazer e sofrimento nos enfermeiros dentro do ambiente hospitalar.
- Analisar quais são os sentimentos vivenciados por estes profissionais.
- Verificar quais são os principais mecanismos de defesa utilizados.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2. 1 Teorias de enfermagem e sua relação com a saúde do enfermeiro

Propomos uma investigação sobre a história dos principais pensamentos teóricos de enfermagem, com o objetivo de compreender esse pensamento ao longo de seu desenvolvimento como profissão, e buscar uma relação deste, com a saúde física e mental do trabalhador de enfermagem frente às tensões do cotidiano hospitalar.

A história do desenvolvimento da teoria e do pensamento teórico na enfermagem iniciou com a britânica Florence Nightingale no século XIX. Nightingale tornou-se a precursora da profissão através dos bons resultados obtidos na guerra da Criméia entre 1853 e 1856 (LOBO, 2000).

Nightingale teve uma educação ampla, o que não era comum para as mulheres de sua época. Usava de seu conhecimento, sua compreensão da incidência e prevalência de doenças, seu poder de observação para desenvolver um novo pensamento sobre a saúde, bem como sobre a administração e construção de hospitais (LOBO, 2000).

Antes de Nightingale, o médico desempenhava sozinho todos os momentos do processo de trabalho. Com o aumento da complexidade do conhecimento, ampliação da infra-estrutura dos hospitais e para atender as exigências do capitalismo em manter saudáveis os trabalhadores, outros profissionais foram se agregando, tornando coletivas as tarefas hospitalares (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

O principal enfoque de Nightingale era o controle do ambiente, dos indivíduos e das famílias, tanto dos sadios quanto dos doentes. Seu modelo ambiental e discurso atemporal traziam luz sobre como o enfermeiro poderia controlar o ambiente. Ela identificou a ventilação, o aquecimento, a luz, o ruído, a variação, a cama e a roupa de cama, a limpeza dos quartos e paredes, e a nutrição, como as áreas mais importantes do ambiente que a enfermeira podia controlar. Assim, quando um ou mais aspectos do ambiente estivessem desequilibrados, o paciente deveria usar maior energia para contrabalançar o

estresse ambiental, também influenciado pelo ambiente social e psicológico do indivíduo (LOBO, 2000).

Em 1952, Hildegard Peplau acentuava o processo interpessoal entre enfermeiro e paciente. A interação entre indivíduos se destacava pelo objetivo em comum. Esse objetivo era proporcionar incentivo para o processo terapêutico no qual enfermeiro e paciente se respeitam como indivíduos, ambos aprendendo e crescendo como resultado dessa relação (BELCHER; FISH, 2000).

Peplau enfatizava que o paciente e o enfermeiro amadurecem como resultado da interação terapêutica. Ambos são envolvidos em um processo de autopreenchimento que se torna uma experiência de crescimento, através do relacionamento criativo (BELCHER; FISH, 2000).

Com um foco diferente do relacionamento interpessoal de Peplau, Dorothea Orem participou de um projeto que visava a melhoria do treinamento prático de enfermagem nos anos de 1958 e 1959. Orem defendia a idéia de que quando os indivíduos são capazes, cuidam de si mesmos, quando são incapazes de proporcionar o autocuidado, então o enfermeiro providencia a assistência necessária (FOSTER; BENNETT, 2000).

O autocuidado é definido por Orem como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o desenvolvimento humano (OREM, 1991/2001).

Orem contribuiu com o desenvolvimento do Processo de Enfermagem. Este processo é a essência da prática de enfermagem, é o instrumento e a metodologia da profissão, e como tal, ajuda o enfermeiro a tomar decisões, a prever e avaliar conseqüências. É um processo de atividade intelectual contínua e de ações sistematizadas para a solução de problemas. O processo consiste em investigação do problema, diagnóstico, estabelecimento de metas para sua solução, intervenções e avaliações (PAUL; REEVES, 2000).

Entre 1971 e 1990, a enfermeira Imogene King apresentou a estrutura de sistemas abertos, a partir desta, desenvolveu uma teoria de obtenção de metas. A

estrutura consistia em três sistemas: pessoal, interpessoal e social. Os sistemas permaneciam em contínua troca com seus ambientes, onde, o sistema pessoal era o indivíduo, o interpessoal os grupos, e o social, a sociedade. Sistemas dinâmicos que interagem uns com os outros. A partir desses sistemas, King retoma a idéia de Peplau quando defende que as pessoas se unem e se organizam para ajudar e receber ajuda, ou seja, os enfermeiros fazem para e com os indivíduos, através do relacionamento interpessoal com um objetivo em comum (GEORGE, 2000a).

Entre 1989 e 1991, Myra Estrin Levine defendia em sua teoria a inter-relação dos conceitos de adaptação, conservação e integridade. A adaptação é o processo pelo qual ocorre a conservação. Os seres humanos estão em constante interação com o meio ambiente. É essa interação que cria a necessidade de adaptação. À medida que o ambiente se modifica o homem deve adaptar-se. A adaptação bem-sucedida atingirá o melhor ajuste com o ambiente, conservando a energia, a integridade estrutural, a integridade pessoal e a integridade social. A finalidade da conservação era a saúde ou a integridade do indivíduo (GEORGE, 2000b).

Levine (1990) defendia que o enfermeiro deveria proporcionar ao indivíduo os cuidados apropriados, sem perder de vista a sua integridade.

Não há como deixar de mencionar nesse retrospecto as contribuições da brasileira Wanda de Aguiar Horta. A enfermeira redefiniu o processo de enfermagem como: a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas que visa a assistência ao indivíduo, família e comunidade. A autora desenvolveu o processo de enfermagem com base na teoria das necessidades humanas básicas de Abraham Maslow, e definiu enfermagem como: a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente dessa assistência pelo ensino do autocuidado.

Assistir em enfermagem é fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo (HORTA, 1975).

Apesar dos avanços internacional e nacional da profissão de enfermagem, a bibliografia e teorias existentes, enfatizam a atenção voltada às necessidades do

paciente. No entanto, a teórica Myra Estrin Levine faz menção de que o enfermeiro não deve perder de vista sua integridade.

As ameaças à saúde física e mental do enfermeiro em sua prática dentro dos hospitais, não se resumem apenas aos riscos biológicos, físicos ou ergonômicos, mas nos relacionamentos com a equipe multidisciplinar, em situações de tensão constante e proximidade com o sofrimento humano, bem como os problemas relacionados às políticas institucionais. Nesse contexto, as teorias de enfermagem dispõem de ações que promovem a saúde do paciente, família e comunidade, sem ênfase no bem-estar de quem presta o cuidado, o enfermeiro.

A seguir, descreveremos como se constituíram historicamente o trabalho da enfermagem e suas dificuldades dentro do hospital como instituição.

2. 2 O trabalho do enfermeiro, a organização de trabalho, e o hospital

O trabalho do enfermeiro, antes de ser reconhecido como profissão com as contribuições de Nightingale, era retratado por atividades voltadas à prestação de cuidados caritativos, exercidos por prostitutas, com a função de salvação das almas dos assistidos e de quem os assistia. Os hospitais não eram vistos como locais de cura, mas sim como lugares para onde se levavam os doentes para morrerem (LUNARDI FILHO, 1995).

A profissão de enfermagem ainda se encontra envolvida por valores, preconceitos e mitos sociais, encontrados na relação da enfermagem-mulher, frágil, santa e diabólica, ajudante do médico (FARIA, 1996).

O modelo clínico era ditado pelos médicos que já trabalhavam nos hospitais. O médico adotou a parte intelectual da assistência, às enfermeiras coube o trabalho manual, onde o médico era de fato, o elemento central no processo de assistência institucionalizada de saúde (LIMA, 1998).

Dessa maneira, a prática de enfermagem era simultaneamente mascarada pelo molde religioso e submetida ao modelo médico, o que marcou sua

identificação perante a sociedade. Servir ao doente implicava em auxiliar o médico, prestar-lhe obediência e submissão (LUNARDI FILHO, 2000).

Nesse contexto, podemos observar a herança de Taylor na organização do trabalho em saúde, que atinge não somente a estrutura das funções de enfermagem, mas também a maioria dos trabalhadores de saúde. Sendo visível a separação entre o trabalho manual e intelectual, o que priva a liberdade de pensamento e criação, confinando o trabalhador com responsabilidades e operações manuais.

Na década de 1960, ocorre um progresso importante quando a profissão de enfermagem passa a ser considerada como de nível universitário. Com o desenvolvimento da profissão, principalmente das pesquisas associadas às teorias de enfermagem, ao enfermeiro torna-se necessário delegar atividades à equipe de enfermagem. Essa nova função passa a exigir do enfermeiro uma postura de coordenação, gerência das ações de cuidado, além da assistência direta ao paciente (LUNARDI FILHO, 2000).

Atualmente, a equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo que o trabalho de planejamento e delegação da assistência cabe ao enfermeiro. Com esse modelo, o trabalho de enfermagem conquista de certa forma, sua autonomia, pois passa a representar também, a fração intelectual do cuidado.

A possibilidade de o enfermeiro realizar um trabalho com certo grau de autonomia, no que se refere à organização do ambiente, bem como certas estratégias para planejar os cuidados e controlar o trabalho da equipe de enfermagem, não depende na totalidade do diagnóstico médico, mas há ainda pouco espaço para enfermagem alcançar suas metas de ampliação da assistência, e da autonomia profissional (LEOPARDI, 1991).

Silva (1996) defende que o fato de ter como objetivo de trabalho o sujeito doente, que sofre, sente dor, e morre, faz envolver os trabalhadores de enfermagem em situações causadoras de ansiedade, tensão, sofrimento, angústia, estresse, entre outros, potencializando as cargas psíquicas advindas do

ambiente hospitalar, da falta de autonomia, da divisão do trabalho por categorias e por tarefas, da supervisão constante e do ritmo intenso de trabalho.

Marziale (1990) demonstrou em seu estudo que os diferentes turnos de trabalho dos enfermeiros, causam aspectos penosos à estes profissionais como, por exemplo, o desrespeito aos ritmos biológicos e aos horários de alimentação, as longas distâncias percorridas durante as atividades laborativas, destacando-se o estresse da atividade do enfermeiro e da equipe de enfermagem.

De acordo com Menzies (1970), poucos profissionais deparam-se com a realidade do sofrimento alheio e da ameaça da morte como os enfermeiros. Seu trabalho, além de envolver tarefas desgastantes e atemorizantes, suscita vivências de sentimentos contraditórios, tais como a piedade, a compaixão, o amor, a culpa, o prazer, a ansiedade, o sofrimento e o ódio. Todos eles podem surgir das reações do paciente, da família, e da equipe de trabalho no decorrer da sua assistência.

Para Melo (2000), o que se espera do enfermeiro diante do paciente é que seja um profissional que execute seu trabalho com competência e também que atenda às necessidades do paciente e de sua família, entendendo as manifestações de dor e dependência, compreendendo seus temores mas sem criar envolvimento nem inter-relacionamento. Dessa forma, o enfermeiro encontra-se no cotidiano de seu labor, envolvido em vivências de angústia, medo, dúvida, sofrimento, prazer, satisfação e insatisfação, que o leva a não ter tempo para sentir e trabalhar suas próprias emoções. As instituições não prevêm, não estimulam, e muito menos mostram compreensão com os profissionais de enfermagem.

Contudo, Bulhões (1998) ainda explica que no hospital existem riscos como: contaminações com matéria biológica, acidentes com materiais perfurantes e cortantes, acidentes com materiais químicos, problemas de ergonomia como a iluminação e a temperatura do ambiente, além de levantar peso excessivo seja de pacientes ou equipamentos. Aliás, em decorrência dos baixos salários, a necessidade de mais um emprego obriga muitos trabalhadores desta categoria a

permanecerem nesse ambiente a maior parte do tempo de suas vidas produtivas, elevando o risco pelo período maior de exposição.

Desse modo, corpo e aparelho mental aparecem como vítima da sua autonomia limitada, da submissão ao trabalho do médico, dos mitos, da falta de reconhecimento social que atravessa gerações, do sistema imposto pelas organizações de saúde, dos riscos advindos do ambiente hospitalar insalubre, entre outros.

Para preservar o equilíbrio físico e psíquico ou, a homeostase, citada por Spielberger (1981) na introdução deste estudo, o enfermeiro busca adaptar-se.

Discutiremos agora, sobre a dinâmica da personalidade e sobre os mecanismos de defesa, necessários para manter o equilíbrio das opressões provenientes dos meios externo e interno.

2. 3 Sobre a personalidade e os mecanismos de defesa

São muitas teorias que explicam o funcionamento do comportamento humano. Uma teoria é constituída de um conjunto de hipóteses relacionadas com fenômenos empíricos relevantes, e de definições empíricas que permitem ao pesquisador passar da teoria à prática. Uma teoria da personalidade é um conjunto de hipóteses relevantes para o comportamento humano, juntamente com as necessárias definições empíricas (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000a).

Lembremos a definição de mecanismos de defesa descrita por Spielberger (1981): são manobras psicológicas inconscientes destinadas a alterar e distorcer a forma como o indivíduo vê o problema, tornando inconscientes os sentimentos, pensamentos e lembranças.

Para Laplanche e Pontalis (2001), os mecanismos de defesa são definidos como diferentes tipos de operações em que a defesa pode ser especificada. Os mecanismos predominantes diferem segundo o tipo de afecção considerado, a etapa genética, o grau de elaboração do conflito defensivo, etc. Entretanto, para verificar como esses fenômenos se manifestam, é necessário entender a estrutura da personalidade e seu funcionamento.

Como mencionamos, existem muitas teorias sobre a personalidade. Nesse estudo, nos embasaremos na teoria psicanalítica de Sigmund Freud.

2. 3. 1 A estrutura da personalidade

Para Freud, a personalidade é composta por três grandes sistemas: o *id*, o *ego*, e o *superego*. Embora cada um desses sistemas tenha suas próprias funções, propriedades, componentes, princípios operantes, dinamismos e mecanismos de funcionamento, atuam um sobre o outro tão estreitamente, que é difícil senão impossível, destacar seus efeitos e determinar a contribuição de cada um para o comportamento humano. O comportamento humano é quase sempre o resultado da interação desses três sistemas, raramente um sistema funciona com exclusão dos demais (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

O *id* é o sistema original da personalidade; é a matriz, dentro do qual o *ego* e o *superego* se diferenciam. O *id* consiste de tudo o que é psicologicamente herdado, que está presente no nascimento, inclusive os instintos¹. É o reservatório de energia psíquica que põe em funcionamento os outros sistemas. Freud chamava o *id* de verdadeira realidade psíquica, porque ele representa o mundo interno da experiência subjetiva e não tem conhecimento da realidade objetiva (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

O *id* não tolera energias muito intensas experimentadas como estados desconfortáveis de tensão. Em consequência, quando o nível de energia é elevado, resultante de uma estimulação externa ou de excitações internas, o *id* funciona de maneira a descarregar a tensão imediatamente, fazendo o organismo retornar a um nível de conforto constante e de baixa energia (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Como o *id* não tolera o desprazer, forma uma imagem de um objeto que removerá a tensão, por exemplo, o *id* dá ao indivíduo faminto uma imagem mental de alimento. Obviamente, esse processo por si só não poderá remover a tensão

¹ A palavra instinto é melhor traduzida por pulsão, uma vez que Freud utilizou a palavra alemã *triebe* e não *instinkt* (KNOBEL, 1986).

por si mesmo, já que o indivíduo faminto não poderia se alimentar de imagens mentais de alimento. Então, entra em cena o segundo sistema da personalidade, o ego (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

A pessoa faminta tem que procurar, encontrar, e consumir alimento, para que a tensão da fome seja eliminada. Isso significa que ela precisa aprender a diferenciar entre, a imagem mental do alimento e a percepção real dele como existe no mundo externo. Essa é a diferença básica entre o id e o ego, o primeiro conhece somente a realidade subjetiva da mente, enquanto o segundo, distingue entre as coisas da mente e as do mundo exterior (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

O ego funciona como um executivo da personalidade porque a ele cabe o controle da direção das ações, interagindo com o meio externo, e decidindo quais instintos serão satisfeitos e de que modo. O indivíduo faminto não poderá saciar a fome se no local onde se encontra comida, reside um leão, por exemplo. Esse é o papel do ego, intermediar entre as exigências instintivas do organismo e as condições do ambiente externo.

No desempenho dessas altas funções executivas para saciar as exigências do id, o ego ainda se depara com o terceiro sistema da personalidade, o superego. Esse novo sistema da personalidade entra em cena, e muitas vezes, com exigências contrárias às do id. É tarefa que pesa sobre o ego, integrar as exigências do id, do superego e do meio externo (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

O superego é o último sistema da personalidade a desenvolver-se. Ele é o representante interno dos valores e ideais tradicionais da sociedade, transmitidos pelos pais, e reforçados pelo sistema de recompensas e castigos impostos à criança. O superego é a arma moral da personalidade, representa mais o ideal do que o real, e tende mais à perfeição do que o prazer. Sua preocupação principal é decidir se alguma coisa é certa ou errada, de fazer o indivíduo agir em harmonia com os padrões morais autorizados pelos agentes da sociedade (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Como árbitro moral internalizado, o superego resulta do que a criança aprende com o sistema de recompensas e punições dos pais. Para obter recompensas e evitar punições, a criança aprende a conduzir-se de acordo com as normas ditadas pelos pais. As punições, resultantes da quebra de normas, tendem a incorporar-se à *consciência*, que é um dos subsistemas do superego. As ações merecedoras de aprovação tendem a incorporar-se ao *ego-ideal*, que é o segundo subsistema do superego. A consciência pune a pessoa fazendo sentir-se culpada, o ego-ideal recompensa, fazendo-a sentir-se orgulhosa. Com o desenvolvimento do superego, o controle dos pais é substituído pelo autocontrole. (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

2. 3. 2 A dinâmica da personalidade

Observamos que os três sistemas atuam com forças ambivalentes.

O id interessa-se apenas em saber se a experiência é agradável ou desagradável. O ego certifica se uma experiência é real ou falsa, o superego preocupa-se em decidir se alguma situação é certa ou errada.

Em seus escritos, Freud elucidou a natureza ambivalente da mente: o prazer e o desprazer, o amor e o ódio, a ternura e a crueldade. São forças opostas, que desencadeiam os mais diversos comportamentos do homem (KNOBEL, 1986).

Assim como no exemplo da fome, quando há satisfação ou, quando a fome é saciada, o id descansa sem incomodar o ego. Também é pacífica a relação desses dois sistemas, id e ego, quando as moções pulsionais do id ganham acesso ao território do ego e, o ego por sua vez, procurando o alimento, satisfaz o desejo do id (FREUD, A., 1964/2006).

Nos casos favoráveis o ego não faz objeções aos intrusos, mas, se os desejos de prazer do id cruzarem o território do ego e, encontrarem uma exigência de que sejam respeitados os imperativos da realidade, ou mais, que se conformem às leis éticas e morais por cujo intermédio do superego, procura

controlar o comportamento do ego, o conflito estará estabelecido (FREUD, A., 1964/2006).

As pulsões continuam esforçando-se por conseguir seus fins, com a tenacidade e energia que lhes é peculiar, efetuando incursões hostis no ego, na esperança de o derrubarem por um ataque de surpresa. O ego, por seu turno, torna-se desconfiado e trata de contra-atacar, invadindo o território do id. Seu propósito é colocar as pulsões permanentemente fora de ação, por meio de medidas defensivas apropriadas, designadas a garantir as próprias fronteiras (FREUD, A., 1964/2006).

2. 3. 3 As defesas do ego

Embora existam diversos mecanismos de defesa do ego, nos deteremos aos principais.

Entre os diversos mecanismos de defesa, alguns foram elucidados por Freud, outros, discutidos e observados por outros autores. Nesse estudo, apanharemos os mecanismos descritos por Freud e Melanie Klein.

Identificação: é o mecanismo onde a pessoa assume os papéis de uma outra, incorporando-os à sua própria personalidade. Ela aprende a reduzir a tensão modelando seu comportamento de acordo com o da outra. Freud preferia o termo identificação ao termo imitação (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Tomamos por modelo as pessoas que parecem mais capazes de satisfazer seus desejos do que nós mesmos, por exemplo, a criança identifica-se com os pais porque eles lhe parecem onipotentes, pelo menos durante os primeiros anos. Ao crescer, a criança descobre outras pessoas e com elas se identifica, porque suas condutas estão na linha de seus desejos. A maior parte desse processo ocorre inconscientemente e não, como poderia parecer, conscientemente. A pessoa pode identificar-se com animais, com caracteres imaginários, com instituições, como idéias abstratas e com objetos inanimados, bem como seres humanos (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Deslocamento: quando um objeto de escolha original de uma pulsão se torna inacessível em virtude de obstáculos externos ou internos, forma-se uma nova imagem para gratificação do id, exceto quando há interferência de forte repressão. Se essa nova imagem também for bloqueada, ocorre outro deslocamento, e assim, sucessivamente, até que seja encontrado um objeto para reduzir a tensão. Esse objeto passa a ser apropriado pela pessoa até que ele perca a força para reduzir a tensão, iniciando-se então, nova busca de um objeto ideal. Por toda a série de deslocamentos que constituem, em ampla medida, o desenvolvimento da personalidade, o impulso e o objetivo do instinto permanecem constantes, só o objeto varia (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Repressão: é uma operação psíquica que tende a fazer desaparecer da consciência um conteúdo desagradável ou inoportuno. Em um sentido mais amplo, ocorre quando a escolha de um objeto que provoca alarme ou, é intolerável ao ego, é expulsa da consciência (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b; LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

As repressões do ego podem forçar a passagem pelo território do id, expressando-se em forma de deslocamento. Por exemplo, o filho que reprimia sentimentos de hostilidade em relação ao pai, via de regra, manifesta esses sentimentos contra outros símbolos de autoridade (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Negação: é o processo de defesa do ego que embora formulando seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então reprimidos, continua a se defender deles, negando que lhes pertença (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

A capacidade de negar impulsos desagradáveis da realidade é em contrapartida, a realização alucinatória dos desejos, uma falsificação ou distorção da realidade (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Projeção: é mais fácil ao ego enfrentar a ansiedade real do que a moral, logo, a pessoa pode obter maior alívio para a sua ansiedade, se a origem dessa

ansiedade puder ser atribuída mais ao meio externo do que aos impulsos primitivos do indivíduo, ou às ameaças da sua consciência (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Chama-se projeção o mecanismo pelo qual a ansiedade moral é convertida em medo objetivo. Na projeção a pessoa diz “ele me odeia” quando devia dizer “eu o odeio”, ou “ele me persegue” quando devia dizer “minha consciência me perturba”. A projeção serve a um duplo propósito. Reduz a ansiedade pela substituição de um perigo maior por outro menor, e habilita a pessoa a externar seus impulsos sob o disfarce de defender-se contra seus inimigos (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

É uma defesa encontrada em ação, particularmente na paranóia (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Formação Reativa: esta medida defensiva envolve a substituição, na consciência, de um impulso ou sentimento produtor de ansiedade pelo seu oposto, por exemplo, o ódio é substituído pelo amor. O impulso básico permanece, porém, atenuado pela presença de um outro que não causa ansiedade (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

A formação reativa é extravagante em sua manifestação, a pessoa protesta com veemência e vem marcada pela compulsividade. As formas extremas de comportamento, qualquer que seja sua espécie, indicam formação reativa. Às vezes, a formação reativa consegue satisfazer o impulso original de que a pessoa procura defender-se, como quando a mãe dispensa a seu filho afeição e atenção extrema, sendo a pulsão original, o ódio que pelo filho a mãe sente (HALL; LINDZEY; CAMPBELL, 2000b).

Controle Onipotente: o controle é um mecanismo primitivo que responde à impotência do ego ante seus impulsos destrutivos, e a estes impulsos projetados no objeto. É uma maneira fantasiosa de possuir controle e manipulação tanto do ego quanto do objeto idealizado (PICCOLO, 2009).

Os estágios iniciais da primeira infância são caracterizados por pensamentos, sentimentos, e fantasias onipotentes. Para Melanie Klein, a onipotência como defesa é uma maneira de evitar experiências de separação, dependência e inveja (HINSHELWOOD, 1992).

O desenvolvimento da onipotência se dá pela experiência do desamparo, por uma maneira mediada por objetos continentos externos, que podem ser introjetados e com eles se estabelecer identificação. O abandono ou incorporação narcísica de objetos constitui passo essencial no desenvolvimento da posição depressiva, e do reconhecimento da realidade dos objetos por seu próprio direito (HINSHELWOOD, 1992).

Reparação: também é um mecanismo defensivo descrito por Melanie Klein, onde o indivíduo procura reparar os efeitos produzidos no seu objeto de amor, suas fantasias destruidoras. A reparação se dá em resposta à angústia e à culpabilidade, inerentes às fantasias de destruição e hostilidade para com o objeto de desejo (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Sublimação: nas formulações de Freud, sublimação é o mecanismo de canalização de impulsos instintivos para atividades criadoras, socialmente adaptadas, como resultado de um processo bem sucedido de renúncia a um fim instintivo. Ou seja, sublimação são desejos originalmente rejeitados que são canalizados ou descarregados, com comportamentos socialmente úteis e aceitos (BLEGER, 1984b; PICCOLO, 2009).

As abordagens de Melanie Klein permitem vincular o conceito de sublimação às ansiedades e ganhos derivados da situação depressiva. A dor e o sofrimento pelos objetos queridos e valiosos, aos quais se teme haver destruído, mobiliza impulsos reparatórios, de recriação dos objetos internos e externos, que constituem a base da criatividade e da sublimação (PICCOLO, 2009).

2. 4 O trabalho como fonte de prazer e sofrimento

Elencamos alguns dos principais mecanismos de defesa do ego ou, defesas que o indivíduo dispõe para adaptação e equilíbrio psíquico e físico.

No trabalho, o indivíduo encontra situações estressantes que exigem adaptação, entretanto, existem situações que favorecem o equilíbrio ou a homeostasia.

Com essa afirmação, recordemos o que foi suscitado na introdução deste estudo por Dejours, Abdoucheli e Jayet, (1994). Os autores definem carga física como emprego excessivo sobre as aptidões fisiológicas do trabalhador e, carga psíquica, como energia pulsional retida pelos trabalhadores submetidos às excitações provenientes do exterior (de origem psicossensorial) ou interior (excitações instintivas ou pulsionais).

Assim, se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é um trabalho *equilibrante*. Se o trabalho opõem-se a essa diminuição, ele é *fatigante* (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Se a energia psíquica se acumula, tornando-se fonte de tensão e desprazer, a carga psíquica cresce até que aparecem a fadiga, a astenia, e a partir daí, a patologia. Inversamente, um trabalho livremente escolhido ou livremente organizado, oferece geralmente, vias de descarga mais adaptadas às necessidades; o trabalho torna-se então um meio de relaxamento, às vezes a tal ponto que, uma vez que a tarefa seja terminada, o trabalhador sente-se melhor que antes de tê-la começado. Dessa maneira, é preciso então postular a existência de uma “descarga psíquica” de trabalho. Esse é o caso do trabalho que reverte em proveito da homeostasia (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Em geral, a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade de organização do trabalho diminui. Quando não há mais arranjo possível da organização do trabalho pelo trabalhador, abre-se então, o domínio do sofrimento.

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho esta bloqueada, quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e adaptação, sem conseguir mudar

sua tarefa. Quanto mais a organização de trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo (DEJOURS, 1992).

A insatisfação evoca um sofrimento cujo ponto de impacto é, antes de tudo, mental, em oposição ao sofrimento resultante do conteúdo ergonômico do labor. Contudo, o sofrimento mental resultante de uma frustração, por exemplo, pode igualmente levar à doenças somáticas (DEJOURS, 1992).

Com o exposto até aqui, voltemos às indagações desta pesquisa.

É possível encontrar prazer no trabalho do enfermeiro?

Como promover a saúde mental dos enfermeiros frente às dificuldades encontradas no dia-a-dia de trabalho?

2. 5 A psicologia pode ajudar

Os estudos sobre a Psicodinâmica do Trabalho e a Psicologia Institucional apresentam propostas para promover a saúde mental dos trabalhadores. Veremos agora, como as contribuições dessas disciplinas podem ajudar o trabalhador frente às dificuldades encontradas nas organizações de trabalho.

2. 5. 1 A Psicodinâmica do Trabalho

As pesquisas de Christophe Dejours conduziam-no à compreensão de que as dinâmicas do trabalho ora produzia prazer, ora sofrimento. Além disso, percebia que o medo podia seguir diferentes desdobramentos que culminavam em patologia mental e psicossomática. Como médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista, Dejours edificou suas idéias sobre a dinâmica do homem e organização de trabalho, mudando a antiga opinião de autores que se preocupavam em identificar síndromes e doenças mentais, produzidas por essa relação (SELIGMANN-SILVA, 1994; LANCMAN; SZNELWAR, 2004; MENDES, 2007).

Na década de 90, a escola de Dejours foi se constituindo em um grupo de pesquisa formado por diversos especialistas, primeiramente na França, e depois em outros países. Os estudos passaram por um processo de amadurecimento e hoje são conhecidos como Psicodinâmica do Trabalho.

A Psicodinâmica do Trabalho é um tema que designa o estudo dos movimentos psicoafetivos gerados pela evolução dos conflitos subjetivos, existentes entre a organização prescrita e a organização real do trabalho (MENDES; ABRAHÃO, 1996; MENDES, 2007).

A psicodinâmica analisa a dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pelo confronto do sujeito com a realidade (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Por meio do trabalho, os indivíduos interagem nas relações sociais, para onde transferem questões relacionadas com a hereditariedade de seu passado e de sua história. Surge assim, a ressonância simbólica como condição fundamental para a articulação do sofrimento individual, herdado da própria história psíquica de cada indivíduo.

Podemos assim dizer que a Psicodinâmica do Trabalho é o estudo do confronto entre tarefas a serem executadas e história singular, crenças e desejos de cada trabalhador. Nessa relação muitas vezes, os desejos do indivíduo diferem-se dos interesses institucionais, que produz o desprazer ou a insatisfação.

Assim, os trabalhadores engendram uma normalidade aparente, marcada pelo sofrimento, no espaço de luta situado entre o bem-estar e a doença mental, ou até mesmo a loucura (DEJOURS, 1993).

Dejours propõe o exercício da reflexão coletiva, que tem por finalidade a inteligibilidade comum, conduzida pela compreensão de acordos, normas e de novas regras do trabalho. Para isso, Dejours defende a criação de um espaço no qual as pessoas possam se expressar e ouvir, para que realmente a transformação do processo de organização do trabalho ocorra (DEJOURS, 1999).

Os pensamentos de Lunardi Filho (1995), Lancmam e Sznelwar (2004), corroboram com o de Dejours (1999), quando dizem que a criação de espaços organizacionais nos quais o reconhecimento pelos pares e pela hierarquia

favoreça a expressão do saber-fazer, o prazer vindo do reconhecimento, tanto em relação à conformidade com as regras do ofício, quanto com o da construção da singularidade do sujeito, proporcionando engajamento, senso de responsabilidade e mobilização da criatividade, que passam a ser investidos no trabalho.

Esse raciocínio também corrobora com o de Arendt (1981), ao afirmar que no coletivo se constrói o sentido comum dos sofrimentos vividos, e é por meio de ações comunicativas que se compartilham os sentimentos. Para isso, é necessário a criação de um espaço comum, no qual a palavra possa criar uma linguagem comum, que leve a uma nova inteligibilidade, a uma nova interpretação e a um novo sentido para o trabalho.

A psicodinâmica então cria um espaço para que o trabalho do ser humano não ocupe um lugar marginal na identidade do sujeito. Por isso a energia sublimada no labor é fundamental para a construção e a manutenção psíquica de cada indivíduo, sendo então, a alavanca para modificar e transformar as situações adversas do trabalho, geradoras de sofrimento (DEJOURS, 1993).

2. 5. 2 A Psicologia Institucional

Desde a década de 60, José Bleger torna-se um autor conhecido por seus trabalhos sobre psicanálise, psicologia, grupos e instituições. Seus escritos referem-se à saúde mental, à psico-higiene dos grupos nas atividades de vida diária. Para Bleger, o psicólogo é um técnico da relação interpessoal, dos vínculos humanos, da explicitação do implícito. Tem o objetivo de promover a saúde e o bem-estar dos integrantes da instituição e não esperar que o indivíduo adoça para intervir. (BLEGER, 1984a; GUIRADO, 2004).

A psicologia deve se inserir, penetrar cada vez mais na realidade social e em círculos mais amplos, incluindo o estudo dos grupos, das instituições e da comunidade de todo tipo. Para o autor a psicologia tem a possibilidade de compreender e orientar a organização e a vida dos seres humanos (BLEGER, 1984a).

Para promover a saúde nas instituições, Bleger sugere o método clínico através do enquadramento da técnica psicanalítica. No entanto, o método deve ser adaptado às necessidades desse ambiente institucional, com o propósito de que os agentes e grupos da instituição possam também observar, refletir, aprender e buscar os sentidos do “vivido institucional” (GUIRADO, 2004).

O ser humano encontra nas distintas instituições um suporte e um apoio, um elemento de segurança, de identidade e de inserção social ou pertença. Do ponto de vista psicológico, a instituição forma parte de sua personalidade, e na medida em que isso ocorre, configuram distintos significados de valores da instituição para os distintos indivíduos ou grupos que a ela pertencem. Desta maneira, toda instituição não é só um instrumento de organização, regulação e controle social, mas também, um instrumento de regulação e de equilíbrio da personalidade, e da mesma maneira que a personalidade tem suas defesas dinamicamente organizadas, parte destas se acham cristalizadas nas instituições. Nas instituições se dá o processo de reparação tanto como os de defesa contra as ansiedades (BLEGER, 1984a).

O raciocínio de Bleger coloca em questão da identidade do trabalhador, ou seja, ela jamais será um corte absoluto de individuação. O ambiente é o “pano de fundo” por onde se delinearão os contornos da personalidade (GUIRADO, 2004).

Com essa afirmação, podemos dizer que as instituições de trabalho fazem parte da personalidade do trabalhador, sendo que, qualquer mudança na organização de trabalho implica em mudanças da personalidade do indivíduo. Como ambiente e ser humano estão em constante mudança, os conflitos são intermitentes.

Bleger diz que o melhor grau de dinâmica dentro de uma instituição não é dado pela ausência de conflitos, mas sim pela possibilidade de explicitá-los, manejá-los e resolvê-los dentro dos limites da instituição. O conflito é um elemento normal e imprescindível no desenvolvimento de qualquer manifestação humana (BLEGER, 1984a).

É importante destacar que o psicólogo tem papel de assessor ou consultor dentro da instituição, deixando a solução e a execução em mãos dos organismos

próprios da instituição. O psicólogo não deve ser nenhum administrador nem diretor, nem executivo, nem deve sobrepor-se na instituição como um novo organismo, mas deve manter-se a uma certa distância que lhe possibilite uma observação impessoal dos acontecimentos que devem ser estudados, sem que seu papel específico seja abandonado (BLEGER, 1984a).

Com o conteúdo do referencial teórico exposto até aqui, finalizamos esse levantamento bibliográfico com o que se tem de conhecimento sobre a gênese do trabalho do enfermeiro, suas dificuldades no ambiente hospitalar, como se defende a essas dificuldades através dos mecanismos de defesa do ego, e quais são as estratégias atualmente conhecidas para promover a saúde mental deste trabalhador, transformando o sofrimento em inteligibilidade e em um novo sentido para o trabalho.

Seguiremos então, para a descrição do método deste trabalho científico.

3. MÉTODO

3. 1 Tipo de estudo

Para entender a relação do homem em seu ambiente de trabalho, pretende-se nessa pesquisa, considerar os aspectos subjetivos dessa relação. Dessa maneira, este estudo foi realizado com a perspectiva da pesquisa qualitativa, com o intuito de compreender a subjetividade presente no indivíduo e em sua comunicação.

Como explicam Martins e Bicudo (2003), a pesquisa qualitativa busca compreender as múltiplas relações e determinações de um fenômeno, focar o específico, o peculiar e o individual, porém, sempre visando a compreensão dos fenômenos estudados e não apenas a verificação de hipóteses.

O ambiente natural com sua fonte de dados, e o pesquisador como principal instrumento, são características básicas da pesquisa qualitativa. O significado que os indivíduos dão às coisas e à sua vida, deve ser o objetivo maior do pesquisador. Sempre haverá a tentativa de perceber como os informantes descrevem as questões de interesse, assim, a análise de dados segue um processo indutivo (BOGDAN; BIKLEN, 1992).

3. 2 Local

O presente estudo foi desenvolvido em dois hospitais privados, localizados na região central de São Paulo.

Os nomes dos hospitais escolhidos para a realização desta pesquisa não serão revelados, com o propósito de garantir a privacidade dos participantes, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I). No entanto, podemos informar que recentemente os hospitais conquistaram um importante selo de qualidade relacionado à assistência prestada aos pacientes. A Joint Commission International é uma organização de acreditação hospitalar conhecida

internacionalmente por exigir qualidade das instituições de saúde por ela avaliadas.

O processo de acreditação hospitalar leva a instituição a uma mudança de normas e rotinas existentes, e à criação de outras regras com o intuito de preservar a segurança do paciente e evitar iatrogenias.

De acordo com Bleger (1984a) e Guirado (2004), os seres humanos não mudam mecânica e imediatamente sua estrutura psicológica pelo fato de uma mudança institucional imediata. Desse modo, qualquer mudança que se provoque em uma instituição, com tarefas e objetivos comuns no espaço e no tempo, implica numa mudança da própria personalidade do trabalhador.

Assim, além dos fatores ansiogênicos característicos de hospitais, as recentes mudanças necessárias para assegurar qualidade e maior atenção com os pacientes, fazem com que esses hospitais sejam locais apropriados para verificar também, os recursos internos dos enfermeiros frente às novas exigências institucionais.

A equipe de enfermagem desses hospitais divide-se entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo que cada técnico ou auxiliar de enfermagem é responsável pelas atividades integrais dos pacientes, com exceção da Central de Materiais Esterilizados, onde os técnicos e auxiliares trabalham especificamente com a limpeza, esterilização e o preparo dos materiais utilizados no hospital. Aos enfermeiros competem as funções de gerenciar a assistência ao paciente e as atividades dos funcionários nas diversas áreas hospitalares, bem como educar, administrar, prestar cuidados aos pacientes e fornecer informações aos familiares.

A equipe de enfermagem divide-se entre os turnos da manhã, tarde e noite, sendo a carga horária desses profissionais, de quarenta horas semanais.

3. 3 Participantes

Os participantes foram compostos por enfermeiros que trabalham nos turnos da manhã e noite dos referidos hospitais, mediante a prévia autorização dos gestores de cada hospital (ANEXOS III e IV).

A amostra deste estudo é do tipo não-probabilística, de conveniência, totalizando oito participantes. Sobre esse aspecto amostral é interessante destacar que Rea e Parker (2000), consideram a amostragem não-probabilística de conveniência, como aquela em que os participantes são selecionados com base na sua semelhança presumida e na sua disponibilidade imediata.

No presente estudo, o número de participantes não foi definido a priori, pois nesta perspectiva de estudo, a coleta permanece até que haja convergências suficientes para a configuração do fenômeno que se pretende investigar.

Salienta-se também, que houve convergências suficientes com oito entrevistas, e para que houvesse maior abrangência de investigação, foram escolhidos enfermeiros de diferentes áreas da prática de enfermagem, tais como: o pronto-socorro, a clínica médica e cirúrgica, a unidade de terapia intensiva, o centro cirúrgico e a central de material. Os critérios de seleção dos participantes não se fez relevante, porém, foram convidados e entrevistados os enfermeiros pertencentes ao quadro ativo de funcionários, com no mínimo um ano de trabalho em um dos hospitais, e mínimo de três anos de experiência como enfermeiro hospitalar, que trabalharam em um dos hospitais durante o processo de coleta de dados, bem como os que consentiram em participar desta pesquisa.

3. 4 Instrumento

O instrumento utilizado para coleta de dados é um Roteiro de Entrevista (ANEXO II), elaborado especialmente para o presente estudo e que contempla os seguintes tópicos a serem levantados e investigados:

- O trabalho e a área de atuação.
- Sentimentos que vivencia como enfermeiro hospitalar.
- Situações que denotam sofrimento durante a jornada de trabalho no hospital.
- Como lida com esse sofrimento.

Essas entrevistas seguiram a técnica semidirigida. Adotou-se essa técnica, pois, entende-se conforme Ocampo e Arzeno (2009), que esta, dá ao entrevistado a liberdade para expor seus pensamentos começando por onde preferir e incluindo o que desejar. Isto é, quando permite que o campo psicológico configurado pelo entrevistador e o entrevistado se estruture em função dos objetivos da pesquisa. Entretanto, diferindo da técnica de entrevista totalmente livre, o entrevistador intervêm a fim de assegurar o cumprimento dos objetivos da entrevista.

3. 5 Aspectos Éticos

A presente investigação atende aos requisitos descritos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo do comitê de ética da Universidade Metodista de São Paulo (ANEXO V).

Todos profissionais enfermeiros foram orientados sobre a proposta do trabalho e a natureza acadêmica deste estudo. Foi solicitado a todos os participantes, o preenchimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3. 6 Procedimentos

Foi solicitada através de cartas encaminhadas aos hospitais, a autorização para a realização desta pesquisa. Após o consentimento, os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista semidirigida, antes porém, foram coletados dados objetivos como o gênero, idade, tempo de atuação como

enfermeiro, tempo de atuação na instituição hospitalar e a quantidade de empregos, para caracterizar o participante. Os participantes foram esclarecidos quanto à voluntariedade, gratuidade e o sigilo dos dados conforme o termo de consentimento livre e esclarecido.

O período de coleta de dados ocorreu entre Novembro de 2010 e Fevereiro de 2011.

As entrevistas foram gravadas através de um mini-gravador de voz pelo próprio pesquisador, nos períodos matutino e noturno. As entrevistas após gravação, foram transcritas e analisadas posteriormente.

Os dados foram obtidos em salas dentro dos hospitais. Nestas salas permaneceram durante a coleta de dados, apenas o pesquisador e o entrevistado, garantindo a privacidade dos participantes. Estas salas apesar de localizadas dentro dos hospitais, são afastadas do setor onde os profissionais trabalham, em um ambiente neutro, sem interferências externas.

Nas entrevistas qualitativas o pesquisador não é uma pessoa distante, nem neutra, mas estabelece um relacionamento com o sujeito da pesquisa. A empatia, o humor, a sensibilidade e a sinceridade são considerados instrumentos importantes para a condução do estudo, ou seja, é também uma interpretação pessoal do pesquisador, relativa à percepção que o mesmo tem dos dados levantados, sendo que toda leitura constitui-se em uma interpretação, e por isso, não há leitura neutra. (RUBIN; RUBIN, 2004).

Análise dos dados - Para análise dos dados relativos aos temas norteadores abordados na entrevista, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo definida por Bardin (2004), como: um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com a finalidade de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, os indicadores que permitem deduzir o conhecimento relativo às condições de produção e recepção destas mensagens.

O material proveniente da comunicação verbal e não verbal, pode se constituir em matéria-prima da análise de conteúdo. Os dados provenientes dessa

matéria-prima chegam em estado bruto ao pesquisador, e devem ser processados de forma científica, possibilitando a compreensão, interpretação e inferência necessárias à análise de conteúdo. (LOPEZ-ARAGUREN, 1986).

Para desenvolver a análise de conteúdo, faz-se necessário classificar, ordenar, quantificar e interpretar as respostas verbais e outras manifestações simbólicas, dos indivíduos e dos grupos (FRANCO, 1986).

Os dados manifestos e explícitos foram coletados sem descartar as entrelinhas, ou o sentido oculto da mensagem. As entrevistas foram gravadas por um gravador de voz e posteriormente foram transcritas. Os dados então foram interpretados e contextualizados. Assim sendo, segundo Franco (1986), é preciso entender o texto para compreender o contexto, uma vez que a linguagem da comunicação é simbólica e, para entender seu significado, se faz necessário considerar o contexto.

Existe a necessidade de superar o conteúdo manifesto da mensagem para através da inferência, atingir uma interpretação mais profunda (BARDIN, 2004).

Através do raciocínio, a inferência é apresentada pela análise categorial, proposta para a análise do conteúdo, em três momentos cronológicos e distintos: a pré-análise, a exploração do material e a tratamento dos resultados (BARDIN, 2004).

As etapas deste estudo obedeceram às etapas propostas por Bardin (2004), quais sejam:

Pré-análise – consiste na organização do material. É um momento que pode ocorrer eliminação de dados e substituição de outros que possam contribuir para o conhecimento do problema. Nesta etapa é realizada a aproximação do pesquisador com o material a ser analisado. No presente estudo, foi o momento de aprofundar a leitura das transcrições das entrevistas e formular hipóteses, como o pressuposto de que os enfermeiros no ambiente hospitalar, com a constante proximidade com sofrimento humano, a desvalorização do trabalho, a falta de reconhecimento social e institucional, sofrem; defendem-se através dos mecanismos de defesa e também sentem prazer, cuidando dos seus pacientes.

A pré-análise é também o momento de indicar os núcleos de significados que serão buscados nos discursos. O recorte do discurso pode ser feito considerando o nível semântico (tema) ou lingüístico (frase). Nesta pesquisa, utilizamos o tema como direcionador da identificação dos núcleos de significado.

Com a escolha do direcionador da identificação dos núcleos de significado, na pré-análise, todo o material foi categorizado. A categorização (ROCHA, 2002) é a operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação, seguida por reagrupamento, segundo o gênero, com os critérios previamente definidos. A categorização divide-se em: inventário (recorte dos elementos) e classificação, que é a divisão organizada dos elementos da mensagem.

Exploração dos materiais – Esta etapa se resume na administração sistemática das decisões previamente tomadas. Nela é realizada a exploração dos materiais e operações de categorização.

Categoria é um conceito que agrupa elementos ou aspectos que possuem características semelhantes. Nesta etapa foram então listadas categorias e subcategorias de análise, e delas, também foram frisados seus indicadores, ou seja, o conteúdo que explica e passa a dar significado à categoria.

Tratamento dos resultados – É o último passo da análise de conteúdo. As categorias analíticas surgem por meio da convergência dos indicadores temáticos, tendo por base o pressuposto teórico para subsidiar o processo de reflexão.

Dessa maneira, de acordo com o que se pretende investigar, e conforme os indicadores temáticos despontados das entrevistas, estabelecemos para o tratamento dos resultados as seguintes categorias: Prazer no trabalho, Sofrimento no trabalho, Sentimentos positivos, Sentimentos negativos e Sentimentos ambivalentes.

É importante dizer que para manter o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por P1, P2, P3...

Nos resultados deste estudo, foram introduzidas partes das entrevistas transcritas, frases de livros e artigos. Em alguns casos, estes serão destacados com a fonte de letra menor.

Nas partes em que as entrevistas foram destacadas, utilizamos três pontos (...), que significa que um fragmento ou parte da fala foi excluído.

Os principais mecanismos de defesa foram verificados e discutidos à medida que os dados foram analisados. Estes mecanismos estão realçados nos resultados deste estudo, com fonte de letra *Monotype Corsiva*.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas duraram entre 30 e 40 minutos e foram transcritas logo após a gravação, tentando ser o mais fiel possível às falas dos participantes.

Tal como descrito no método dessa pesquisa, a amostra estudada foi composta por oito enfermeiros, sendo quatro (50%) do sexo feminino e quatro (50%) do sexo masculino.

Quanto à faixa etária, constatamos que seis enfermeiros (75%) apresentavam idade entre trinta a quarenta anos, um (12,5%) abaixo dos trinta anos de idade, e um enfermeiro (12,5%) acima dos quarenta anos.

Com relação aos ambientes hospitalares, três (37,5%) trabalhavam em clínica médica e cirúrgica, dois (25%) em pronto-socorro, um (12,5%) em unidade de terapia intensiva, um (12,5%) em centro cirúrgico e um (12,5%) na central de materiais esterilizados.

Ao analisar o tempo de experiência como enfermeiros hospitalares, encontramos quatro (50%) enfermeiros com mais de dez anos, dois (25%) com cinco anos, e dois (25%) com menos de cinco anos de experiência.

Dos entrevistados, cinco (62,5%) trabalhavam em dois hospitais e três (37,5%) em um hospital.

Observamos assim, que esses participantes exerciam funções em diferentes setores do hospital, tinham experiência na profissão, e tinham mais de um emprego (62,5%). Chamou a atenção nesses dados, o fato do trabalho em mais de um emprego. Sobre esse aspecto, Ferreira e Martino (2006) corroboram com a citação de Bulhões (1998), aludida anteriormente, e referem que o enfermeiro busca um segundo vínculo empregatício devido à baixa renda salarial e falta de reconhecimento. A dupla jornada de trabalho somada à alta responsabilidade, ao trabalho com pacientes graves e à elevada demanda de pacientes, causa o aumento do estresse nesses profissionais, além de elevar as chances de acidentes de trabalho.

A construção dos resultados deste estudo foi realizada a partir da análise das entrevistas transcritas. A análise conduziu a interpretação através de

indicadores, que por sua vez, foram separados em onze subcategorias e cinco categorias analíticas.

O (quadro I) apresentado a seguir, apresenta categorias e subcategorias analíticas, bem como os indicadores temáticos extraídos dos discursos dos enfermeiros, que versaram sobre o fenômeno estudado: prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	INDICADORES
1. O PRAZER NO TRABALHO DO ENFERMEIRO	Trabalho Gratificante	O cuidado com o paciente
		A gratidão do paciente
		O trabalho agradável em equipe
2. O SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO	Trabalho Estressante	O relacionamento desagradável com a equipe multidisciplinar
		Os recursos humanos insuficientes
		A burocracia institucional
		A sustentação das mágoas e agruras dos pacientes
		O trabalho não reconhecido
		A não identificação com o papel social
3. OS SENTIMENTOS POSITIVOS	Amizade	A amorosidade com a equipe de trabalho
4. OS SENTIMENTOS NEGATIVOS	Raiva	O julgamento dos bons e maus pacientes
		As conseqüências negativas de condutas de outros profissionais
	Dor	A proximidade constante com a morte e com sofrimento humano
	Medo	O medo da morte, de acidentes biológicos e o medo de errar
	Inferioridade	A inferioridade em relação a outros membros da equipe multidisciplinar
	Frustração	A restrição da autonomia e a recusa do reconhecimento
	Tristeza	A tristeza causada pela frustração
5. OS SENTIMENTOS AMBIVALENTES	Culpa	O remorso e a tentativa de reparação
	Apego	O envolvimento emocional com o paciente

Quadro I – Demonstrativo das categorias e subcategorias analíticas, e indicadores temáticos, identificados a partir das falas dos enfermeiros. São Bernardo do Campo, 2012.

A seguir, serão apresentadas essas categorias de forma descritiva e analítica.

4. 1 PRIMEIRA CATEGORIA – PRAZER NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Nessa categoria, buscou-se organizar os conteúdos que indicassem satisfação, alegria, sensações de gratificação e ações gratificantes, relatados pelos enfermeiros tanto no ambiente de trabalho como em outras situações vivenciadas e narradas por estes participantes.

Em seguida, desdobramos a categoria **O Prazer no Trabalho do Enfermeiro** em uma subcategoria analítica, pois compreendemos que a subcategoria ajuda a expressar de forma mais clara, o significado do conteúdo. Deste modo, a subcategoria foi denominada como **Trabalho Gratificante**.

Dentro desta subcategoria, apresentam-se os indicadores temáticos que também expressam as variações de gratificação desse trabalho e que descreveremos a seguir.

O Cuidado com o Paciente

Percebemos que a ação de cuidar tem diversos significados de acordo com o que apareceu nos discursos dos enfermeiros. Cuidado pôde ser traduzido como doação, necessidade de obter reconhecimento, tentativa de reparação, e identificação com o sofrimento do outro.

Os depoimentos dos oito participantes evidenciam que a tarefa do cuidar do paciente é a atividade fundamental do enfermeiro e dos demais membros da equipe, como o auxiliar e o técnico de enfermagem. Ao enfermeiro também cabe as responsabilidades, desde o que acontece com os pacientes no que concerne ao estado de saúde, na administração setorial e até na realização de tarefas assistenciais, como aplicações de injeções e realização de curativos.

Sobre esse aspecto é interessante lembrar segundo Uustal (1992), que o cuidar para os enfermeiros, sempre foi e continua sendo valorizado como

fundamental na profissão. Esse sentido parece ter sido bem evidente para os enfermeiros, como observamos a seguir nas falas dos participantes 1, 2, 3 e 7.

P1: Se ele chama vai de bom coração, a gente esta aqui pra fazer isso aí. É um ser humano que esta ali, não é um objeto qualquer, então vai de bom coração cara, porque essa situação que a pessoa passa, amanhã pode ser a gente que pode estar passando por essa situação.

P2: É um trabalho que eu acho gratificante porque você acaba fazendo um bem para as pessoas. É a oportunidade que nós temos de estar fazendo um bem pra alguém, de poder estar se atualizando em algumas situações e com essas atualizações que nós temos, poder ajudar a vida de alguém.

P3: É a sensação de assim... Eu fiz parte desse processo, eu ajudei essa pessoa a estar viva hoje ou, eu ajudei no restabelecimento da vida dessa pessoa. Isso é gratificante pra qualquer ser humano. Não só enquanto enfermeiro, mas enquanto pessoa. É um sentimento de... Não dá para descrever... Mas é um sentimento de... Eu fiz alguma coisa, eu fiz o meu melhor.

P7: Tudo estimula a gente levantar de bom humor, vir trabalhar de boa vontade. A responsabilidade que a gente tem, o poder ajudar o próximo eu acho que é muito bom.

Assim, observamos que esses conteúdos acima apresentados, além do cuidado e da ajuda para com os pacientes, também revelam a presença da responsabilidade assumida pelos profissionais, e nesse sentido, encontramos respaldo em Dejours (1997), quando afirma que a responsabilidade e autonomia são elementos que geram, no trabalhador, um sentimento de utilidade, propiciando redução da carga psíquica do trabalho e conseqüentemente o prazer.

Ainda em relação ao cuidado, observemos o próximo relato:

P2: Procuo ajudar o máximo às pessoas (...). (...) tenho uma filha pequena, tenho um monte de coisa pra fazer, ajudar na lição de casa, tenho meu esposo, tenho meus gatos que é uma terapia total, que quando eu os vejo, eu deito no chão, brinco de bolinha e esqueço de um monte de coisa. Daí eu procuro estar me confortando com Deus. Rezo, tanto no hospital como fora de casa, por exemplo, quando eu vejo uma criança pedindo alguma coisa, se eu puder dar alguma coisa, sei lá, se eu tenho um lanche, um dinheiro até dou, mas eu rezo para que aquela pessoa seja ajudada.

É notório que a ação de cuidar também ocorre fora do hospital. A participante se preocupa com o sofrimento do outro, ajuda crianças pobres, cuida da própria filha, dos gatos, do esposo. Quando percebe a impotência em relação aos fatos, recorre à fé, para que seja feita a justiça com os que não conseguem cuidar de si mesmos. No entanto, a mesma participante que demonstra interesse em ajudar aos necessitados, também julga arbitrariamente os pacientes com doenças menos complexas, separando-os entre “bons” e “maus” pacientes. As subcategorias **Raiva** e **Culpa**, discutidas mais adiante, retratam como um sentimento agressivo e destruidor pode levar à reparação, mecanismo que também pode ser compreendido como motivação para o ato de cuidar. Entretanto, cabe salientar aqui, também o narcisismo como motivação para o cuidar, relacionado ao desejo de obter reconhecimento social, e a sublimação, como meios de alívio das tensões e obtenção de prazer.

Neste sentido, é importante retomarmos Sigmund Freud (1923/1980), ao descrever sobre as forças ambivalentes que regem o comportamento humano. Freud sugere que o homem é controlado por duas pulsões: a pulsão de vida e a pulsão de morte.

A função da pulsão é remover ou reduzir essa estimulação por meio de algum comportamento, como o ato de comer, beber ou manter relações sexuais. (FREUD, 1915/1980).

Pulsões referem-se às fontes internas de estimulação corporal, e inspirado nas obras de Charles Darwin, Freud inferiu que as pulsões estão relacionadas à preservação do organismo e à preservação a espécie (FREUD, 1923/1980).

Do ponto de vista da motivação, Abraham Maslow (1954/1987), em sua obra *Motivação e Personalidade*, explica que o comportamento humano é motivado pelas necessidades humanas. Para Maslow, a motivação é o resultado dos estímulos que agem com força sobre os indivíduos, levando-os a ação. Para que haja ação ou reação é preciso que um estímulo seja implementado, seja decorrente do ambiente externo ou proveniente do próprio organismo.

Dessa maneira, a idéia de Maslow passa a ter também, um papel importante na dinâmica do trabalho e no processo de enfermagem, com suas

contribuições à teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta. A teoria de Maslow distribui as necessidades humanas em cinco níveis piramidais, numa hierarquia de importância e de influência, sendo a base dessa pirâmide, as necessidades fisiológicas ou básicas, seguida por necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de auto-estima e necessidades de auto-realização.

De acordo com Maslow (1954/1987), as necessidades básicas constituem a sobrevivência do indivíduo e a preservação da espécie: alimentação, sono, repouso, abrigo, etc. As necessidades de segurança constituem a busca de proteção contra a ameaça ou privação, a fuga e o perigo. As necessidades sociais incluem a necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afeto e amor. As necessidades de auto-estima envolvem a auto-apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social e de respeito, de status, prestígio, independência e autonomia. As necessidades de auto-realização são as mais elevadas, de cada pessoa realizar o seu próprio potencial, de se autodesenvolver continuamente, relacionada ao desenvolvimento da moralidade e ética.

Baseados na psicanálise de Sigmund Freud e na teoria da motivação de Abraham Maslow, entendemos que as pulsões têm papel fundamental na preservação da espécie, a qual forma a base da pirâmide de Maslow, diretamente relacionada à existência e sobrevivência.

As argumentações de Freud e Maslow nos faz entender que a ação de cuidar é primitiva, no entanto, a sensação de prazer no ato de cuidar ou, o prazer de participar da melhora do paciente também pode estar relacionado aos outros níveis da pirâmide de Maslow. Assim, podemos dizer que o cuidar não é apenas uma necessidade de preservação da espécie que é o primeiro nível da pirâmide, mas também, uma necessidade de aprovação social, de amizade, de amor, de desenvolvimento da moralidade e ética.

Maslow (1954/1987) dividiu as necessidades humanas hierarquicamente, sem que houvesse relação entre elas e, para se alcançar o próximo nível, seria necessário satisfazer as necessidades do nível precedente. Para entendermos que

o ato de cuidar não corresponde exclusivamente a um determinado nível das necessidades humanas, vejamos o exemplo da pirâmide invertida dos níveis de integração, elucidada por José Bleger.

Bleger (1984b) demonstrou que a conduta humana pode ser compreendida em níveis: o nível físico-químico, o nível biológico, o nível social, o nível psicológico e o nível axiológico. No entanto, diferente de Maslow, Bleger defende que os níveis coexistem, se relacionam, se integram.

Seguindo o pensamento de Bleger, não pode haver uma definida divisão hierárquica das necessidades humanas sem que haja uma relação entre elas, também como ocorre nas ciências humanas.

Dessa forma, a lógica de cuidar do outro no sentido de preservação da espécie, nos leva a refletir sobre a idéia de que o grupo é mais forte que o indivíduo sozinho. Essa preocupação com o próximo tem em seu Verne, aspectos primitivos, mas também aspectos mais elaborados como a moral e a ética, onde não só o indivíduo que cuida se beneficia.

A ética não visa apenas os interesses individuais, mas também os interesses coletivos, com ênfase na coesão e harmonia social (FORTES, 1998).

Como citado anteriormente pela teórica de enfermagem Hildegard Peplau, de acordo com Belcher e Fish (2000), enfermeiro e paciente são envolvidos em um processo de autopreenchimento; uma experiência de crescimento tanto para o paciente que procura ajuda quanto para o enfermeiro que provê a ajuda.

O relato a seguir é um exemplo de que cuidar do outro é uma maneira de cuidar de si mesmo, uma ação de interesses coletivos ou relacionais. Vejamos:

P5: (...) é por isso que eu estudei, de prestar uma assistência legal e tudo mais. Isso pra mim não tem preço! Ajudar o outro é como se você fosse mais beneficiado do que a pessoa.

Com base nas teorias de Freud e Maslow, e nas contribuições psicanalíticas de Bleger, podemos dizer que o cuidar também é um ato pulsional (de amor e de ódio), de preservação da espécie e, ao mesmo tempo, uma necessidade humana mais elaborada que visa os interesses individuais e grupais, o que de certa maneira também é aceito pela teoria de enfermagem de Peplau.

A identificação com o sofrimento do outro também foi compreendida como motivação para a ação de cuidar. Vejamos os relatos do participante um:

P1: Teve uma certa vez... Eu sempre trabalhei em UTI também. Eu tive um paciente que era um cara que ajudava muito as pessoas, e ele tinha uma neoplasia de estômago cara. Ele fez uma cirurgia pra poder estar retirando e deu uma deiscência. Esse cara ficava conversando com a gente direto... Era um paciente que você via que ele se dedicou a vida para ajudar os outros, então você vai vendo o sofrimento que ele está passando com aquele diagnóstico dele né? Isso vai, deixa a gente um pouco chateado, porque você vê que é um cara que fez o bem, fez as coisas para ajudar as pessoas também. Não sendo na área de enfermagem, mas era uma pessoa que ta sempre lidando em comunidade, trabalhando com pessoas pobres.

P1: (...) essa situação que a pessoa passa, amanhã pode ser a gente que pode estar passando por essa situação.

O enfermeiro identifica-se com a dor porque vê projetado no paciente, parte de sua personalidade (que cuida). O paciente também cuidava das pessoas, logo, o enfermeiro se viu no lugar do paciente.

A *identificação projetiva* é o mecanismo pelo qual o ego se projeta total ou parcialmente num objeto para o lesar, para o possuir ou para o controlar. O objeto então, passa a ter as características do ego projetado (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001; PICCOLO, 2009).

A *introjeção* é o modo fantasístico onde o sujeito faz passar de “fora” para “dentro”, objetos e qualidades inerentes a esses objetos (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001; PICCOLO, 2009).

A Gratidão do Paciente

A gratidão e o reconhecimento estão inter-relacionados, uma vez que, a gratidão do paciente representa o reconhecimento pelo cuidado prestado. No entanto, o enfermeiro também espera o reconhecimento de sua supervisão e gerência, bem como o reconhecimento de toda a instituição e sociedade. Mais adiante discutiremos o seu contrário, a falta de reconhecimento no trabalho como um indicador da categoria **O Sofrimento no Trabalho do Enfermeiro**.

O reconhecimento é o processo de valorização do esforço investido na tarefa e até mesmo do sofrimento investido para a realização do trabalho, quando propicia o crescimento das características próprias do indivíduo (MENDES, 2007).

Vejamos nos depoimentos a seguir, como o reconhecimento pelo feito ou a gratidão, são importantes para a satisfação, prazer e desenvolvimento do trabalho do enfermeiro:

P1: O trabalho do enfermeiro eu acho que é muito gratificante, porque envolve a vida de pessoas né? É bom quando a gente vê a pessoa entrar com um diagnóstico e a vê sair bem desse diagnóstico. E ela fica bastante agradecida a nós.

P2: Tem também os momentos de alegria, quando tem um paciente que foi intubado que aconteceu uma coisa grave, vem depois agradecer a gente dizendo que esta bem, conversa com a gente, fala que gosta muito daqui. Essa parte é muito gratificante, que é quando alguém reconhece o trabalho.

P5: É gostoso você sentir a gratidão e a pessoa perceber que você esta tentando ajudar, fazer o máximo... Eu trabalho para os pacientes... Isso é bom pra mim, é que me fortalece.

É interessante observar que embora exista um conteúdo narcisista nas falas dos entrevistados, pois os profissionais esperam que o outro reconheça seus propósitos, sua dedicação e doação, também essa (o narcisismo) é uma condição da natureza humana (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Por isso, a espera do reconhecimento do outro para consigo também se inclui como prazer no trabalho.

Com relação a essa condição humana narcisista, pode-se lembrar que o narcisismo referido seria uma espécie de narcisismo secundário na teoria freudiana, ou seja, Laplanche e Pontalis (2001), explicam que o narcisismo divide-se em primário e secundário. O primário designa um estado precoce em que a criança investe toda a sua libido² em si mesma, já o secundário, designa um retorno ao ego da libido retirada dos seus investimentos objetais, trata-se pois, de uma forma de narcisismo mais elaborado, embora ainda seja construído com base no narcisismo primário.

² Libido é a energia postulada por Freud como: substrato das transformações da pulsão sexual que no curso de seu fluxo através do aparelho mental, torna-se “dessexualizada” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Vejamos o relato do participante três. Ele descreve uma experiência que exprime o valor do trabalho reconhecido, o prazer que o enfermeiro tem ao ver a paciente restabelecer o nível de consciência e melhorar o quadro clínico. O retorno da paciente para agradecer é o resultado de uma imersão do relacionamento humano, uma relação de confiança e gratidão:

P3: (...) em determinado momento eu recebi uma paciente da ginecologia, que é uma especialidade que eu não tenho tanta familiaridade. A paciente chegou intubada, tinha parado com quadro de anóxia, e ela ficou seis meses em COMA. Em seis meses a gente pedia pro marido trazer o filho, incentivava o pai colocar o filho do lado da mãe, incentivava o filho a mamar, a gente fazia ordenha, o esposo levava o leite pra casa. E eu sempre falava pra ela:

- Você tem que acordar. Porque o seu filho esta crescendo e precisa de você.

Sempre em determinadas situações eu dava o banho e eu brincava com ela dizendo:

- Olha, hoje esta aquela garoa lá fora que seu esposo disse que você adora.

Passados seis meses, eu sai de férias e quando eu voltei a paciente não estava mais. Eu imaginei, morreu? Aí me disseram que ela acordou de uma hora pra outra e foi embora.

Então eu encontrei essa paciente outro dia e não a reconheci. Ela me reconheceu pela voz e falava assim pra mim:

- Eu lembro da sua voz porque eu lembro de você falando pra eu acordar, porque meu filho estava crescendo e ele precisava de mim. Então uma coisa que eu nunca vou esquecer é a sua voz. A sua voz marcou muito.

O reconhecimento da paciente em relação ao atendimento de enfermagem prestado pelo enfermeiro, é aqui interpretado como o sentido do trabalho ou, o prazer vivido pela ação de ser reconhecido. O prazer nesse contexto, que pode ser adquirido através do mecanismo de *sublimação*.

Lembrando a sublimação referida por Bleger (1984b) e Piccolo (2009), vejamos também a definição de Laplanche e Pontalis (2001): sublimação é um recurso do ego e é indissociável das exigências do ideal trazidas pelo próprio ego. Esse mecanismo de defesa visa objetos socialmente valorizados como o cuidado com o paciente. O processo de sublimação foi postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da propulsão sexual.

A sublimação é mais um mecanismo de defesa verificado neste estudo, bem como o mecanismo de onipotência, que também se enquadra nas verbalizações dos enfermeiros, sendo a onipotência (HINSHELWOOD, 1992), também é uma necessidade narcisista.

Em *Além do Princípio do Prazer*, Freud (1920/1980) traz o exemplo do menino que encenava a partida da mãe, lançando longe seu carretel de brinquedo. O jogo era encontrar o objeto lançado como quem espera o reaparecimento da mãe. Uma forma lúdica de domínio do sofrimento, de ser o dono da situação angustiante (a espera de sua mãe).

O *controle onipotente* (HINSHELWOOD, 1992) é uma forma de domínio que se desenvolve concomitantemente ao desenvolvimento do ego, é um mecanismo primitivo adquirido na infância, mas que pode ser reproduzido na vida adulta.

De acordo com esse raciocínio, a onipotência de poder controlar o estado de saúde do paciente, mudando de mal-estar por um de bem-estar, reforça o narcisismo, "eu cuidei" ou "eu ajudei". Outrora, quando a realidade aparece, já que a onipotência é uma fantasia, a impotência surge como frustração, uma vez que o processo saúde-doença não é totalmente controlado pelo homem.

Parece que quando há um encontro com uma situação de tensão muito grande, como é o encontro com a morte e o sofrimento alheio, o enfermeiro recorre a mecanismos primitivos para o domínio do sofrimento. Assim, quando se vê impotente, recorre à onipotência. Quando a realidade é então percebida, o sentimento de **Culpa** (subcategoria discutida posteriormente) é evidenciado, como podemos observar no relato a seguir:

P1: Você tá lidando naquele dia-a-dia, tá fazendo aquele curativo, vendo a evolução, a melhora, vendo a piora daquele paciente. Quando vê a melhora você fica contente (...). Quando o paciente tá afundando também, parece que faltou alguma coisa em você pra você tá dando um suporte para aquele paciente né? A gente fica bastante chateado né? A gente vê que tá perdendo aquele paciente, mas é a situação que a gente passa no nosso dia-a-dia, infelizmente...

O Trabalho Agradável em Equipe

É função do enfermeiro liderar equipes e ser responsável por manter a harmonia e a organização entre os integrantes, sendo uma função inerente ao processo de enfermagem, também a organização e condução dessa equipe.

Embora o relacionamento com a equipe também seja um indicador que provoque sofrimento (como veremos mais adiante), o trabalho em equipe e a harmonia entre os integrantes foram entendidos como propiciadores do prazer no trabalho. Vejamos:

P6: Às vezes quando os técnicos estão ocupados, eu deixo de fazer minha parte e vou medicar o paciente, vou colocar a comadre, vou ajudar a fazer o curativo, enfim, a gente acaba assumindo o papel completo, mas eles me ajudam bastante também, então é uma troca. Eu faço eletrocardiograma, punciono veia, colho sangue, e quando eu preciso de ajuda, eles me ajudam também.

P7: Então, aqui eu acho que é um ambiente muito gostoso de trabalhar. A equipe como um todo se dá muito bem, então é um ambiente bem gostoso, são sentimentos positivos.

Assim, podemos entender com Bersusa e Riccio (2000), que nos relatos desses enfermeiros, esta implícita a questão gregária humana. Esses autores observam que o ser humano não consegue trabalhar sozinho. O trabalho coletivo é vital para obtenção de resultados, pois, um conjunto de pessoas tem propriedades e qualidades coletivas que separadamente não se manifestam. O labor em equipe é instrumento básico para o enfermeiro.

Nessa linha de raciocínio também esta Dejours (2000), quando explica que trabalhar em equipe é fundamental, pois, é por meio das trocas de experiências, ajuda mútua e solidariedade que se fortalece as responsabilidades, propiciando o inter-relacionamento e a solução dos problemas próprios do trabalho.

A enfermagem, para desenvolver o cuidado, necessita de um trabalho em equipe. Essa forma de trabalho é entendida, segundo Crossetti (1997), como uma maneira de compartilhar as diversas tarefas a serem desenvolvidas, ou seja, o cuidar é realizado por muitas mãos.

A interação entre as pessoas parece ser essencial na vida social. O enfermeiro pode propiciar a interação e cooperação do grupo, compartilhando e aprendendo a conviver com as diferenças de cada um, mantendo a equipe mais unida e disposta à realização do objetivo final que é a assistência de enfermagem (BERSUSA; RICCIO, 2000).

É responsabilidade do enfermeiro a atenção aos integrantes da equipe de enfermagem para que uns cuidem dos outros e todos cuidem do paciente, desenvolvendo o espírito de equipe e coleguismo, de motivação e respeito às individualidades, crenças, e à subjetividade, que é inerente a cada um.

4. 2 SEGUNDA CATEGORIA – SOFRIMENTO NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Nessa categoria buscou-se organizar o conteúdo que denota sofrimento e insatisfação no cotidiano do trabalho do enfermeiro. Os aspectos do sofrimento no trabalho surgiram durante as entrevistas e foram desdobrados em uma subcategoria: **Trabalho Estressante**. Os indicadores de tal categoria e subcategoria representam sofrimento e podem ser observados como: O Relacionamento Desagradável com a Equipe Multidisciplinar; Os Recursos Humanos Insuficientes; A Burocracia Institucional; A Sustentação das Mágoas e Agruras dos Pacientes; O Trabalho Não Reconhecido, e A Não Identificação com o Papel Social.

O Relacionamento Desagradável com a Equipe Multidisciplinar

Vimos como o trabalho em equipe pode ser agradável e prazeroso, entretanto, as falas dos enfermeiros a seguir, revelam como o relacionamento com a equipe também pode gerar insatisfação e sofrimento. Vejamos os relatos que expressam essa insatisfação:

P1: Às vezes o médico não dá um atendimento legal para o paciente e até mesmo para o familiar que quer saber alguma coisa sobre o paciente. Às vezes o médico não explica direito sobre o diagnóstico e sobre o problema dele. O paciente fica nervoso com o médico e quer descontar em cima de quem entra no quarto. Quem é a primeira pessoa que entra no quarto? É o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, então os pacientes já vêm com pau e pedra na mão. Até você entrar no quarto, conversar com o paciente e explicar toda a situação. O paciente já te xingou, já parte da agressividade.

P8: Quando a ansiedade explode, o paciente explode com quem? Ele explode com a enfermagem que está ali vinte e quatro horas com ele. Ele passa as frustrações que ele está sentindo do médico para a enfermagem, só que ele passa pra enfermagem de uma forma agressiva como se você fosse o culpado do problema.

Bleger (1984a) descreve sobre o hospital como instituição e cita a dificuldade do relacionamento multidisciplinar, afetado também, pelo ambiente hospitalar que suscita condições de dor, morte e doenças. Além da equipe de enfermagem, outros integrantes da equipe de saúde atuam nos setores hospitalares. No entanto, o enfermeiro é o profissional que mais tempo fica com o paciente, já que é responsável pelos cuidados diretamente prestados e pela observação de qualquer alteração na estabilidade global dos pacientes. Quando há falhas ou interrupções no trabalho de outros profissionais, os pacientes projetam suas angústias, frustrações, ingratidões e exigências, nos profissionais que são mais próximos.

Os relatos acima corroboram com as idéias de Bleger (1984a) sobre como o paciente projeta suas tensões na equipe de enfermagem quando o médico não consegue amenizar suas angústias, ou quando não presta o atendimento que o paciente gostaria de ter, ou mesmo quando se afasta do paciente e familiares.

Observamos que o enfermeiro é uma espécie de catalisador das tensões entre pacientes e equipes multidisciplinares (médicos, nutricionistas, farmacêuticos, equipe de limpeza do hospital). O enfermeiro atua como um gerenciador de conflitos como segue nas falas dos entrevistados:

P1: A gente tem que ter um jogo de cintura muito grande para lidar com isso. Às vezes a nutrição... Tudo sobra pra nós. É... Nutrição, medicações, farmácia, limpeza. Tudo sobra para o enfermeiro, tudo sobra pra gente.

P2: Então, situação estressante é a parte que a gente acaba tendo que conviver com a família, que eu acho que é o pior de tudo. Tem a parte também de estresse que é muita cobrança da empresa. De uma certa forma o enfermeiro é muito cobrado, porque tudo gira em torno dele. Se o paciente não tem dieta, é porque o enfermeiro não pediu, se porque alguma coisa está demorando é porque o enfermeiro não foi ver.

Além das dificuldades com outros profissionais, falhas nos setores de apoio e suportar as angústias dos pacientes, os enfermeiros também encontram dificuldades dentro da própria equipe de enfermagem. A organização da equipe de enfermagem tem o enfermeiro como gestor responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem que será prestada ao paciente. O enfermeiro também é responsável pelos outros integrantes da equipe de enfermagem que tem papel de executores das tarefas delegadas por ele. Entretanto, segundo informações colhidas, existem alguns auxiliares de enfermagem que não cooperam, ou até mesmo se opõem ao enfermeiro, ou seja, essa oposição da equipe auxiliar é assim expressada no sentido de não cooperação:

P1: Às vezes tem auxiliares que reclamam demais... Tem pessoas que são difíceis de trabalhar. Então pra se ter um bom serviço, um bom dia de trabalho. A gente tem que saber o perfil do auxiliar. Tem aquele auxiliar que é tranquilo que faz tudo que você pede. Tem aquele outro auxiliar que você já pede pra ele fazer qualquer serviço e fica te questionando... Às vezes eles deixam a gente bastante estressado. Eu não sei se eles fazem isso pra ficar provando o enfermeiro, mas tem auxiliar que é difícil cara.

Também é mencionado o inverso. Quando o enfermeiro líder ou supervisor é o que não colabora com a união da equipe:

P4: O enfermeiro é desunido, o enfermeiro passa a ser supervisor e passa a massacrar a equipe dele ao invés de defender.

Essa oposição entre trabalhadores poderia ser equiparada à teoria científica da administração proposta por Taylor, que dividiu os trabalhadores pela hierarquia de chefes de equipe, como explicou Dejours (1992) na introdução deste estudo.

Posteriormente, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) dissertaram sobre a tal tese do individualismo, uma ideologia defensiva nascida da evolução social com origem nos tempos atuais, que conduz à desconfiança, tendências interpretativas, ao comportamento de cada um por si, ao desengajamento, à recusa de

responsabilidades, à desmotivação no trabalho e à dissolução das solidariedades. Esse individualismo tem em sua tese que as crises nas relações sociais em geral, sejam no trabalho, comunidades ou nas grandes cidades, resultam em uma espécie de alienação, onde não poderia haver bem-estar senão no singular. Concluem os autores que o individualismo como conduta defensiva aniquila as defesas coletivas, os trabalhadores se separam e desconfiam uns dos outros. É a ideologia de “cada um por si”.

Além dessa oposição entre trabalhadores, manter o equilíbrio e gerir os conflitos dentro da equipe de enfermagem, também foi verbalizado como um dos aspectos do sofrimento no trabalho:

P1: Às vezes também o conflito entre os auxiliares, eu tenho que intervir bastante, eu gosto bastante das coisas certas. Então isso aí é uma coisa também que às vezes me causa um pouco de sofrimento isso aí... Porque tudo o que eu vejo eu gosto de chegar e falar.

De acordo com Dejourns, Abdoucheli e Jayet (1994), tensões entre equipes chegam a ponto de se cristalizarem em conflitos abertos, muito dolorosos para serem vividos psicologicamente e afetivamente.

Vejamos o desabafo a seguir, sobre a triste maneira como o profissional enfermeiro é abordado, por uma tarefa que não cabe exclusivamente à equipe de enfermagem:

P4: Eu tomei uma bronca do médico, porque estava mandando um e-mail pra chefia de um problema que aconteceu. E o telefone estava tocando lá no canto. Sabe o que ele falou pra mim? Ele falou:
- O cabeçaço! Não tá escutando o telefone? Você tem que puxar a ligação!

Neste caso, atender ao telefone não é uma tarefa exclusiva da equipe de enfermagem. Escriturário, faturista, fisioterapeuta, médico... Qualquer profissional pode atender e direcionar a ligação telefônica. Como veremos mais adiante, o enfermeiro sofre de forma subjetiva, o controle do médico. Além disso, a sociedade tem uma visão do enfermeiro como um auxiliar do médico. Esse conceito de que o enfermeiro é o auxiliar do médico foi observado no estudo de

Stacciarini (1999), que evidenciou através de um questionário entregue à populares, a visão dessas pessoas sobre o profissional.

Também Pires (1999), entende esse aspecto com o fato de que o modelo clínico dominante é aquele no qual o médico é o elemento central da assistência ao paciente e à sua família, sendo os demais profissionais vistos como meros auxiliares, ou seja, para a sociedade o médico detém a última palavra, seja ela certa ou errada, sem reconhecer o trabalho do enfermeiro. Vejamos outro relato que corrobora com este raciocínio:

P8: (...) os pacientes sabem que você não é totalmente responsável por ele. Ele está ali porque o médico colocou ele ali. Então ele entende o médico como o maior responsável dele, por mais que você cuide dele. Isso já aconteceu comigo. Uma vez o paciente falou para eu me colocar no meu lugar porque eu não sou médico. Mesmo que você explique, mostre e prove o que está falando, ele não quer falar com o enfermeiro e sim com o médico.

De acordo com Lancman e Sznelwar (2004), a construção da identidade mobiliza um processo de retribuição simbólica de reconhecimento do trabalhador em sua singularidade pelo outro, por meio das suas feitos. Ou seja, para os autores, o não reconhecimento do trabalho, implica na construção da identidade do trabalhador.

A não identificação no trabalho será aprofundada mais adiante no indicador: A Não Identificação com o Papel Social.

Os Recursos Humanos Insuficientes

Observamos ainda que os problemas com a equipe de enfermagem não se resumem apenas no relacionamento diário. O número insuficiente de recursos humanos sobrecarrega a equipe de enfermagem, como mencionado abaixo pelos participantes:

P5: A cobrança é muito grande... A enfermeira da manhã cobra muito, a supervisora cobra muito, mas é humanamente impossível pela falta de colaboradores, organizar a central de material da maneira que a chefia quer.

P6: Então quando tem um técnico de enfermagem de folga eles ficam só em dois. Sobrecarrega um pouco e você percebe que os técnicos ficam desmotivados, até mesmo porque eles não conseguem folgar o dia que eles querem, porque só pode folgar um por dia.

P8: Às vezes você tem falta de funcionário. Então você tem dezessete pacientes pra tentar dividir com dois auxiliares. Você sabe que em dois fica sobrecarregado. Você sabe que vai ter hora que um vai estar jantando e (...). E aí a campanha toca.

De acordo com os relatos dos participantes 5, 6 e 8, a sobrecarga de trabalho pela insuficiência de recursos humanos é um indicador evidente da subcategoria **Trabalho Estressante**.

A participante seis fala sobre o descontentamento da equipe e da sobrecarga que a impede de realizar suas tarefas para ajudar o grupo com o trabalho assistencial direto. Sobrecarga de trabalho que interfere na qualidade do processo de enfermagem.

O horário de janta referido na entrevista oito é benéfico, fazendo com que o trabalhador descanse e restaure suas energias através da alimentação, no entanto, esse período de alimentação é estressante para equipe, pois reduz ainda mais o número de pessoal. O que já era insuficiente torna-se drástico, já que é inviável apenas para um enfermeiro e um técnico, prestar assistência a dezessete pacientes.

O dimensionamento correto do pessoal de enfermagem é responsabilidade do enfermeiro e da institucional. De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), para cada paciente de cuidados mínimos (capaz de realizar o autocuidado, estável sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente auto-suficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas) é necessário 3,8 horas de enfermagem, sendo 33% desse tempo, o tempo do enfermeiro na assistência mínima ou intermediária e, o tempo restante, para assistência dos técnicos de enfermagem.

Assim, segundo o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (2010), podemos dizer que no caso do participante oito, que deve dividir seus 2 auxiliares de enfermagem para cuidar de 17 pacientes, que o número ideal de

colaboradores seria igual a 4, no período de doze horas de trabalho. Ou seja, seria necessário dobrar o número de auxiliares para prestar assistência aos pacientes sem sobrecarregar o trabalhador.

Utilizando esse mesmo método de dimensionamento para o número de enfermeiros prestando assistência a 17 pacientes, com cuidados mínimos de enfermagem, o ideal seria 2 enfermeiros em um período de doze horas.

É contraditório para hospitais que buscam a qualidade da assistência através de instituições de acreditação hospitalar, que o número de profissionais de enfermagem seja inferior ao determinado por lei segundo a resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem, COFEN (2004).

Para os profissionais que lidam diretamente com a vida das pessoas e necessitam de atenção no preparo de medicações e outros procedimentos técnicos, é importante que o número de profissionais seja o adequado, evitando a possibilidade de iatrogenias. Além disso, o número insuficiente de trabalhadores aumenta a carga física e psíquica desses profissionais, gerando sofrimento relacionado à desconsideração da instituição em relação ao trabalhador.

É relevante destacar que cabe à administração hospitalar prever a falta de colaboradores e promover o correto dimensionamento de pessoal.

De acordo com Dejourns, Abdoucheli e Jayet (1994), o número reduzido de profissionais evidencia uma inadequação entre o processo e a organização do trabalho, despertando sentimentos de angústia, estresse e medo que são contribuintes do sofrimento no trabalho. Dessa maneira, para concretizar os objetivos do trabalho prescrito pela instituição, muitas vezes há a necessidade de modificações, reajustamentos e improvisações. Nesse contexto, o trabalhador terá que quebrar regras e assumir o risco.

Os recursos humanos insuficientes no labor ainda contribuem, segundo Alves (1996), com o aumento dos índices de absenteísmo ocasionando uma sobrecarga e insatisfação maior nos trabalhadores, propiciando uma diminuição da qualidade do cuidado prestado ao ser humano.

O fato é confirmado com o estudo de Costa (2005), que mostra que a falta de trabalhadores faz com que haja sobrecarga de trabalho sobre os profissionais

de enfermagem em cada plantão, significando uma carga psíquica extra, adquirida.

A Burocracia Institucional

Ficou evidenciado anteriormente que o prazer relatado pelos enfermeiros dessa pesquisa está no cuidado direto com os pacientes, na sua recuperação e melhora no processo saúde-doença. Assim, também fica evidente a aversão que os entrevistados têm das tarefas consideradas burocráticas. Vejamos:

P1: (...) eu gosto bastante de entrar no quarto quando eu estou passando visita, seja na enfermaria, seja na UTI, eu gosto de ver o paciente, eu gosto de olhar tudo que ele tem, eu gosto de fazer o meu exame físico detalhado né?

P6: Às vezes, mesmo super corrido, você para e vê aquele paciente que esta com dor, aquele paciente que esta sozinho e todo urinado, então você para, deixa o papel de lado e vai cuidar do paciente, do ser humano. Essa é a visão da enfermagem. Quando eu faço isso eu me sinto bem porque quando você fica só preenchendo papel, eu acho que você perde a essência.

Segundo Shimizu (1996), o trabalho do enfermeiro tem por objeto de trabalho, o cuidar dos pacientes. A finalidade primordial é recuperar e/ou controlar a doença, através da assistência de enfermagem, em um processo contínuo de vinte e quatro horas. Entretanto, é importante dizer que é de competência do enfermeiro a distribuição da equipe de enfermagem em escala mensal e diária, o preenchimento de pedidos de medicamentos e materiais, de conserto de equipamentos, dentre outros.

O cuidado confere aos enfermeiros satisfação, pois lhes possibilitam executar no campo prático, as tarefas profissionais em consonância com o imaginário individual, social e o ensinado nos cursos de graduação. As tarefas burocráticas afastam-no do cuidado ao paciente (PADILHA, 1994).

Lunardi Filho (2000) supõe que o enfermeiro somente sentirá a gratificação quando estiver junto ao paciente, prestando cuidado.

Percebe-se nas entrevistas um sentimento de culpa e frustração, por se afastarem dos pacientes a fim de resolverem tarefas burocráticas:

P4: Eu estava sozinha de enfermeira e fiquei as doze horas preenchendo papéis, enquanto meu técnico de enfermagem ficou fazendo a parte assistencial pra mim. Porque ou eu fazia uma coisa, ou eu fazia outra. Tiveram várias intercorrências e procedimentos que eu poderia estar junto, poderia estar participando. De todas as outras coisas, de endoscopia, broncoscopia, de punção torácica, de tudo que aconteceu aqui, o meu técnico participou de tudo. Eu só preenchi papéis. Isso me frustra!

P5: E ele estava tão estável que eu acabei saindo da sala e fui fazer a parte burocrática. Eu achei que ele iria sair dessa, mas quando eu voltei, ele já tinha morrido. Não tinha o que fazer. Ele já tinha parado umas duas vezes na sala... Já estava sangrando muito. Eu fiquei chateado por não estar na sala... Eu como enfermeiro, por obrigação, eu deveria estar na sala.

P6: Também me frustra o fato de não ter tempo suficiente pra dar um bom atendimento, de fazer o meu papel, de fazer um bom exame físico, de realizar uma boa evolução de enfermagem, conversar com o paciente, orientar o paciente no pós-alta que é o papel do enfermeiro. Você não poder fazer isso porque não tem tempo devido a outros afazeres, me deixa frustrada, porque eu sei que eu não estou fazendo o meu papel cem por cento. Qual é a prioridade o paciente ou preencher papéis? Não que esses papéis não sejam importantes, mas o paciente é prioridade.

Os relatos dos participantes corroboram com os pensamentos de Padilha (1994) e Lunardi Filho (2000), ao especificarem que a satisfação do enfermeiro esta voltada para o ato de cuidar.

Os sentimentos de culpa e frustração serão abordados mais adiante na categoria **Sentimentos Negativos**.

Agora vejamos mais um relato a seguir, que desvela a angústia do enfermeiro ao vivenciar a separação entre pai e filho durante uma situação de emergência, por uma assinatura exigida no ato da internação do paciente.

P3: A doutora pediu para o pai descer pra assinar a internação e ele desceu. Quando ele voltou o filho estava parado, intubado. A gente ficou uma hora e meia em cima dessa criança. Essa criança não voltou e os últimos momentos que o pai tinha pra ficar com essa criança, a gente tirou esse direito. Por uma burocracia... Quer dizer, a assinatura era mais importante do que o vinculo do pai. A criança podia até ter morrido como morreu, mas se o pai tivesse perto...

É interessante observar como o enfermeiro toma para si as “dores” do pai e da criança, questiona algumas exigências burocráticas em momentos inoportunos.

É compreensível o fato de que em momentos de histeria, familiares que se deparam com a possível morte do ente querido possam atrapalhar a concentração e os procedimentos emergenciais, no entanto, em nenhuma circunstância esses momentos devem ser retirados dos pacientes e familiares, principalmente nos casos onde a criança tem por direito legal (BRASIL, 1990), a presença de seus responsáveis, integralmente, durante a permanência no hospital.

A Sustentação das Mágoas e Agruras dos Pacientes

Como mencionado anteriormente, o enfermeiro é o profissional que fica maior tempo com o paciente. Dessa forma, quando há falhas no trabalho de outros integrantes da equipe multidisciplinar, o primeiro a sofrer com as agruras do paciente é o enfermeiro. Os pacientes deixam sua casa e a companhia de seus familiares para enfrentar a enfermidade em um ambiente estranho (o hospital), encaram a mortalidade e a impotência de frente.

A perda do controle, o afastamento de sua rotina habitual, a insegurança e a aflição, muitas vezes são transformados em raiva (KÜBLER-ROSS, 1998).

Em sua obra *Sobre a Morte e o Morrer*, Elisabeth Kübler-Ross (1998) descreve sobre as diversas reações comportamentais do homem frente ao processo de morte. A autora enfatiza que os enfermeiros são alvo constante da raiva dos pacientes. A autora escreve o seguinte:

Na maioria das vezes, as enfermeiras são alvo constante da raiva dos pacientes... Tudo o que pegam, pegam errado; assim que deixa o quarto, a campainha toca de novo; nem bem se sentam para fazer o relatório para o pessoal do turno seguinte, já se acende a luz de chamada; quando vão arrumar a cama e afofar os travesseiros são acusadas de jamais deixá-los em paz; quando são deixados em paz, a luz se acende de novo para que eles venham ajeitar a cama com mais conforto (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 56).

Tal como nos dizeres dessa autora, pudemos observar no conteúdo do discurso do enfermeiro a observação a seguir:

P8: Cara é impressionante. Quando um chama todo mundo quer chamar ao mesmo tempo. Aí toca quatro, cinco ou seis campainhas. Tem uns que esperam, tem uns que querem pra ontem, parece que fazem de propósito. E você não consegue descobrir qual que quer pra ontem. Você vai no primeiro que você viu... Às vezes é uma troca de fralda e você já se amarra ali e fica mais quatro tocando. Às vezes é um acesso venoso perdido e ficam mais três campainhas tocando...

De acordo com Kübler-Ross (1998), ao agredir os profissionais de enfermagem com duras palavras ou irritá-los com a insistência das campainhas, faz com que os integrantes da equipe de enfermagem reajam com uma raiva ainda maior e um comportamento hostil. Os enfermeiros podem evitar o contato com os pacientes, podem encurtar as visitas ou entrar em atritos desnecessários.

Vejamos outro relato:

P4: Uma vez eu fui baixar o volume da televisão de uma paciente porque estava muito alto. No dia seguinte tinha uma reclamação dizendo que uma enfermeira grossa, estúpida e arrogante, entrou no quarto, abaixou o volume da televisão sem a paciente falar que podia abaixar.

Não é possível identificar se a enfermeira agiu de forma grosseira ou se a paciente foi muito rígida em sua reclamação, todavia, a análise de dados busca compreender o conteúdo nas falas dos entrevistados e não julgar. De qualquer modo, podemos afirmar que o relacionamento entre o paciente e o profissional enfermeiro pode ser desgastante independente do fator que desencadeia o desentendimento. A falta ou a evitação de um diálogo com o paciente pode ser uma ação defensiva da enfermeira, a reclamação do paciente, uma forma de dizer:

Não esqueçam que estou vivo! Vocês podem ouvir minha voz, ainda não estou morto! (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 57)

O paciente em UTI, além de fragilizado por sua doença, ainda esta fragilizado por sua condição de doente. Desse modo, e de acordo com Kübler-Ross (1998), o paciente em estado crítico ou terminal sente que é um objeto, muitas vezes ignorado pela equipe multidisciplinar. A evitação do enfermeiro pode fazer com que o paciente se sinta indigno. Esse descaso com o paciente em

resposta à sua agressividade, também faz o enfermeiro reagir de forma agressiva, piorando ainda mais essa relação.

Veremos mais à frente que o tema morte e como lidar com ela é assunto pouco abordado nos cursos de graduação e qualificação profissional, do trabalhador de enfermagem.

O Trabalho Não Reconhecido

O reconhecimento é indicador de prazer no trabalho.

O reconhecimento da supervisão de enfermagem, do paciente e dos próprios integrantes da equipe é relatado como desejo do profissional de enfermagem. O seu contrário, ou a falta de reconhecimento, também é interpretado como sofrimento no trabalho.

Vejamos os relatos a seguir:

P4: Aqui! No serviço privado eu sou tratada, sei lá... Todo mundo é enfermeira. Não se sabe a diferença (...). Uma vez aqui teve uma alta, e o enfermeiro ligou comunicando o familiar. O familiar achou um absurdo e disse:

- Que absurdo, um enfermeirinho me ligou pra avisar da alta. Onde já se viu uma coisa dessas?

O familiar esperava que o médico lhe desse uma satisfação do porque que o paciente estava saindo de alta.

P8: Ele fala que o médico que cuidou dele, que o médico sarou ele, mas a equipe de enfermagem não aparece. Só que a enfermagem é quem esta fazendo curativo, dando remedinho na boca, trocando a fralda. Nós estamos o tempo todo com o paciente.

Podemos entender como Mendes (2007) que o reconhecimento é um processo de valorização do esforço e do sofrimento investido para a realização do trabalho, que possibilita ao sujeito a construção de sua identidade, ou a vivência do prazer e da realização de si mesmo.

A diversidade de papéis que o enfermeiro efetua como gestor da unidade de cuidados, apoio ao paciente e, de colaborador no trabalho do médico, dá ao enfermeiro um certo espaço de poder. No entanto, esse poder é sempre controlado, mesmo que de forma subjetiva pelo médico e instituição. A

polivalência do trabalho do enfermeiro é essencial no ambiente hospitalar, mas é abafado perante a sociedade, ocupando um lugar de retaguarda (LOPES, 1997).

De acordo com a participante quatro, a sociedade desvaloriza o trabalho do enfermeiro quando mal sabe reconhecê-lo dentro da equipe de enfermagem. Conforme seu relato: “todo mundo é enfermeira”.

O participante oito também demonstra sua insatisfação por não ser reconhecido e diz: “a equipe de enfermagem não aparece”.

Essa falta de reconhecimento pode produzir um sentimento de inferioridade, que veremos posteriormente na categoria **Sentimentos Negativos**.

Na frase a seguir, vemos um ambiente institucional diferente (embora seja a mesma instituição de trabalho dos participantes quatro e oito), onde os profissionais das equipes multidisciplinares reconhecem o trabalho do enfermeiro:

P5: Eu posso não ter o reconhecimento da minha supervisão, mas eu tenho o reconhecimento dos médicos, dos pacientes (...). Tinha uma época que eu trabalhava de dia e quando eu mudei para o noturno, alguns médicos me encontram e falam que eu estou fazendo falta durante o dia. Ou senão eu chego mais cedo, e eles falam que as coisas vão ser resolvidas porque eu cheguei.

É possível que haja harmonia, respeito e reconhecimento entre equipes multidisciplinares. Isso também é possível na própria equipe de enfermagem, como vimos anteriormente no indicador Trabalho Agradável em Equipe.

O reconhecimento é decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e personalidade, o que é chamado de motivação no trabalho. O reconhecimento quando conduzido pelo indivíduo ao plano de construção de sua identidade, traduz-se por um sentimento de alívio e prazer. Às vezes de leveza de alma e até elevação. O trabalho inscreve-se então na dinâmica do ego (DEJOURS, 2000).

A Não Identificação com o Papel Social

Na fala a seguir, podemos observar que existe um estereótipo do trabalhador de enfermagem e que as características deste trabalhador estereotipado não é aceita. Vejamos:

P2: Primeiro que você não pode usar nenhum acessório, maquiagem é sempre leve. Pintar unha, nossa! Eu não pinto a unha de vermelho acho que há anos, a não ser que eu esteja de férias. O modo da gente se vestir, de sentar, de se comportar. Não pode dar risada alta, você tem sempre que prender o cabelo, ficar com cara de vó e de tia. Então assim, são certas coisas que anulam sua personalidade, e que com isso, dá impressão que quando chega no ambiente de trabalho, você se transforma em um personagem que vai começar a atuar e trabalhar, porque não é você mesmo. Eu acho que isso anula muito os nossos gostos, as nossas características, tudo que a gente traz. Isso foi sempre, desde a época da faculdade. Você tem que se vestir direitinho, o sapato limpinho, a maquiagem pouca, o cabelo preso, a unha pintada de claro. Você não pode sentar na maca do paciente, tem que sentar direitinho na cadeira, você não pode usar o computador. Então muitas vezes você deixa de ser você mesmo pra incorporar um personagem, pra poder atuar no seu meio de trabalho. Isso é péssimo!

O trabalhador de enfermagem assim como o advogado, o bombeiro e o estudante, têm suas características definidas pelos trajes ou maneira de se vestir e se comportar no meio social. O advogado muitas vezes será visto pelas ruas de terno e gravata, o bombeiro com seu uniforme e o estudante com mochila e livros. Assim como estes, o trabalhador de enfermagem também tem suas características definidas no comportamento, em seus trajes brancos, cabelos presos e unhas bem feitas.

É interessante lembrarmos que a idéia de vestir trajes brancos se deu no início da profissão de enfermagem com sua precursora, Florence Nightingale. Como diz Lobo (2000), Nightingale relacionava a limpeza pessoal com a saúde, sendo que essa limpeza deveria estender-se à enfermeira, incluindo a lavagem contínua das mãos.

No caso da participante dois, podemos perceber que há uma negação, ou não aceitação da imagem preconcebida como modelo de enfermeira.

Obviamente, se houvesse uma liberdade de vestir-se e arrumar-se da maneira que lhe conviesse, isso dificultaria identificação do profissional dentro da instituição, bem como dificultaria também a organização do hospital. Ainda podemos dizer que não haveria identidade profissional ou papel social, se os enfermeiros não aceitassem esse paradigma.

Vimos anteriormente com Lunardi Filho (1995) e Faria (1996), que a origem da profissão de enfermagem foi retratada por preconceitos e mitos sociais que

antes de ser considerada como profissão, o cuidado era exercido por prostitutas com função caritativa.

Assim, conforme Lunardi Filho (2000), a identidade do profissional enfermeiro ficou marcada perante a sociedade, mascarada pelo molde religioso e submetida ao modelo médico.

Lembrando os dizeres de Lancman e Sznelwar (2004), a construção da identidade esta relacionada ao reconhecimento do trabalhador em sua singularidade, pelo outro.

Segundo Laplanche e Pontalis (2001), a identificação é o processo psicológico pelo qual o sujeito assimila um aspecto, uma prioridade, um atributo do outro e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo desse outro. Neste contexto, o outro é entendido como a sociedade.

A *não identificação* com o papel social pode ser herança da idéia de preconceito, de desvalorização, de não reconhecimento social do trabalho do enfermeiro, que vai desde os primórdios da profissão até os dias atuais. A enfermeira introjeta o preconceito da sociedade como se dissesse “se não me aceita, eu não me aceito”.

Mesmo que o desejo de cuidar exista e haja o interesse em proporcionar ajuda ao outro, sugerimos que a entrevistada não se sente enfermeira, não se identifica totalmente com o grupo profissional, e nega este fato, quando diz que não se vê em outra profissão, embora comente sobre a profissão de veterinária:

P2: Se tivesse que começar tudo de novo, como enfermeira assistencial, fazendo tudo que eu fiz, faria tudo de novo. Não me vejo em outra profissão, fiz dois anos de veterinária, gostaria de ter terminado, mas assim, por um hobbie meu, uma coisa pessoal minha.

Pichon-Rivière (1995) corrobora com nossa observação quando afirma que para que se tenha um grupo de trabalho, primeiramente é necessária a identificação com os processo grupais, no entanto, algumas pessoas podem manter determinada distância, sem incluir-se totalmente no grupo.

4. 3 TERCEIRA CATEGORIA – SENTIMENTOS POSITIVOS

A categoria três foi construída para agrupar expressões que realçam bons sentimentos, sentimentos que produzem bem-estar no trabalho do enfermeiro. No entanto, é oportuno destacar que o único sentimento positivo relatado nas entrevistas foi o sentimento de amizade. Surgiu assim, de acordo com os discursos das entrevistas, a subcategoria **Amizade**, e seu indicador temático discutido a seguir.

A Amorosidade com a Equipe de Trabalho

Como visto anteriormente na subcategoria **Trabalho Gratificante**, a ajuda recíproca entre os integrantes da equipe de enfermagem é uma maneira de satisfação no trabalho.

Para que haja parceria entre os trabalhadores, a união deve estar sempre presente e a comunicação deve ser efetiva. A comunicação é necessária em todos os aspectos das ações e relações laborais no cotidiano. É por meio dela que se pode desenvolver a compreensão e o respeito mútuo, indispensáveis no trato com os colegas de trabalho, pacientes e familiares (KRON; GRAY, 1994).

Vejamos a fala a seguir:

P2: O que mais de sentimento? Ah! De amizade, de carinho, porque a gente convive com a equipe, então tem algumas pessoas que a gente tem mais afinidade, tem essa parte de carinho, de você também conseguir levar uma amizade para o lado pessoal, não só no trabalho. Isso é muito legal.

P6: Às vezes quando os técnicos estão ocupados, eu deixo de fazer minha parte e vou medicar o paciente, vou colocar a comadre, vou ajudar a fazer o curativo, enfim, a gente acaba assumindo o papel completo, mas eles me ajudam bastante também, então é uma troca. Eu faço eletrocardiograma, punciono veia, colho sangue e quando eu preciso de ajuda eles me ajudam também.

P8: O hospital em si é bom pra trabalhar, pela amizade, coleguismo (...).

O bom relacionamento pode ser muito prazeroso e até mesmo criar vínculos mais duradouros.

De acordo com Carnegie (2003), a amizade pode ter como origem um instinto de sobrevivência da espécie, com a necessidade de proteger e de ser protegido por outros seres, assim como discutido antes em **Trabalho Gratificante**, a idéia da motivação do cuidar do outro.

4. 4 QUARTA CATEGORIA – SENTIMENTOS NEGATIVOS

Esta categoria foi organizada com o conteúdo que indica sentimentos negativos ou, sentimentos ruins, sentimentos que causam tensão no enfermeiro durante suas atividades laborais. Os sentimentos foram expressos durante as entrevistas e foram ordenados em seis subcategorias: **Raiva, Dor, Medo, Inferioridade, Frustração e Tristeza**. Os indicadores de que tal categoria e subcategorias representam os sentimentos negativos expressos em: O Julgamento dos Bons e Maus Pacientes; As Conseqüências Negativas de Condutas de Outros Profissionais; A Proximidade Constante com a Morte e com Sofrimento Humano; O Medo da Morte, de Acidentes Biológicos e o Medo de Errar; A Inferioridade em Relação a Outros Membros da Equipe Multidisciplinar; A Restrição da Autonomia e a Recusa do Reconhecimento, e A Tristeza Causada pela Frustração.

Na subcategoria **Raiva**, destacamos dois indicadores temáticos, conforme com o que foi relatado em entrevista semidirigida.

O Julgamento dos Bons e Maus Pacientes

No que se refere ao julgamento de bons e maus pacientes como indicador de que a emoção ou sentimento de raiva estava presente, é importante esclarecermos que raiva (Krech e Crutchfield, 1974) é um sentimento de contrariedade, irritação ou frustração, principalmente quando existe uma “barreira” que se opõe à realização de um objetivo.

A raiva também pode ser conhecida por outros nomes como fúria, ira, cólera, ódio, crueldade, etc.

De acordo com nossa análise, a segunda participante faz uma cisão entre os pacientes “bons” e pacientes “maus”, julgando-os conforme sua interpretação e arbitrariamente decidindo qual dos pacientes necessitam do atendimento médico ou de enfermagem.

Vejamos o relato a seguir:

P2: Esse sentimento de raiva é porque muitas vezes você vê que o paciente não tem nada, pessoa folgada, quer passar na frente dos outros, enquanto que você está vendo que o que realmente necessita, está ali, e você está deixando de dar atendimento a quem precisa, porque o outro está fazendo escândalo lá na frente. Então é desnecessário você estar cuidando de um paciente, sei lá, com gripe... Isso eu acho que é o fim da picada (...).

A clivagem do objeto é um mecanismo descrito por Melanie Klein, onde o objeto, visado pelas pulsões eróticas e destrutivas, cinde-se em um “bom” e um “mau” objeto, que terão, então, destinos diferentes no jogo das introjeções e projeções (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Neste caso da participante dois, a clivagem do objeto acompanha uma clivagem correlativa do ego em “bom” e “mau” ego. A *clivagem do ego* (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001), descrito por Freud, é um fenômeno que evoca duas atitudes psíquicas distintas. Uma leva em conta a realidade, a outra nega a realidade em causa e coloca em seu lugar uma produção do desejo.

O julgamento é sucedido pelo sentimento de raiva, traduzido pelo protesto aos pacientes maus que vão ao hospital sem realmente ter necessidade de cuidado. No entanto, essa cisão entre bons e maus pacientes não representa a realidade exterior, e sim, a projeção dos desejos da enfermeira.

A enfermeira cuida dos pacientes que julga necessário. Os desnecessários são negados, assim como a realidade é negada. Sendo que a realidade de fato é que quando o paciente procura o hospital, tem alguma necessidade de atendimento.

Há diferença entre avaliar o grau de complexidade da doença, estabelecendo prioridades do atendimento de enfermagem, e separar os

pacientes de acordo com o desejo do ego, como se separa quem merece cuidado dos que merecem desprezo.

Mais adiante, na categoria **Sentimentos Ambivalentes**, veremos que a raiva pode produzir um sentimento de culpa, que por sua vez, pode deflagrar uma ação reparatória.

As Conseqüências Negativas de Condutas de Outros Profissionais

É um indicador desses sentimentos de raiva os relatos a seguir:

P2: O paciente que da raiva, é aquele que joga pra enfermagem uma coisa que não é nossa, não é da nossa alçada. Mas ao mesmo tempo eu entendo, porque a enfermagem é alguém que esta mais próxima do paciente, então a gente sempre acaba descarregando na pessoa mais próxima.

P6: Isso me faz sentir revoltada, eu acho que é raiva e um sentimento de... Injustiçada. Porque se é alguma coisa relacionada à enfermagem eu sou a primeira a querer resolver, se for alguma coisa relacionada a algum técnico de enfermagem ou alguma coisa da equipe, eu vou querer resolver porque eu vou querer ver o que pode ser melhorado. Agora eu resolver o problema da nutrição ou do biomédico... Porque eles não sobem pra tentar resolver o problema e tentar ver onde esta o erro deles?

A raiva também é relatada quando o enfermeiro assume o papel de outros integrantes da equipe multidisciplinar, como já discutido anteriormente na categoria **O Sofrimento no Trabalho do Enfermeiro**, entretanto, raiva é um sentimento em resposta a esse sofrimento e, ao assumir as responsabilidades de outros membros da equipe multidisciplinar, o enfermeiro reage.

A Proximidade Constante com a Morte e com Sofrimento Humano

A palavra dor origina-se do latim *dolore* e é definida como uma impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão, ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele (PESSINI, 2002).

As doenças que levam o paciente ao término da vida causam não somente a dor física como definida acima. O processo de morrer também traz a dor

psíquica, a dor moral e a espiritual, tendo conotações culturais, subjetivas, sociais e éticas (PESSINI, 2002).

A dor sentida pelo sofrimento do paciente foi outro sentimento relatado nas entrevistas, e então, foi desdobrada em subcategoria. A proximidade constante com a dor do outro é identificar-se com a vivência sofrida pela doença, é suportar as angustias dos pacientes e envolver-se.

A vivência constante com o sofrimento alheio, com a morte, a sustentação das mágoas e agruras dos pacientes, fazem com que os enfermeiros se defendam continuamente através dos mecanismos de defesa. Entretanto, de acordo com os estudos de Bellato (2007), Palú (2004), Shimizu (2007) e Suzaki (2006), os temas morte, morrer e luto, são pouco presentes na formação dos profissionais de enfermagem. Isso implica na maneira com que o enfermeiro lida com a morte e outras situações de sofrimento. Estes estudos corroboram com a fala da sétima participante:

P7: A morte é um sentimento que eu não consigo lidar. Isso é algo que eu tenho que trabalhar. Às vezes quando um paciente vem a óbito, eu até me proponho a ir fazer o tamponamento, pra ver se eu vou me adequando mais. Mas é uma coisa que me deixa muito mal. Depois, durante o dia, quando eu chego em casa, eu fico pensando. É uma coisa que ainda... Em dez anos eu ainda não consegui trabalhar muito bem.

Vejamos outros relatos que realçam a identificação e o envolvimento dos enfermeiros com os pacientes e familiares. Esse envolvimento é interpretado como negativo, por ser sucedido pela dor ao manter a proximidade constante com o sofrimento humano:

P1: Ali eu como enfermeiro ficava bastante sentido com aquela situação, não gostava de ver aquela situação daquele paciente, até mesmo porque poderia ser alguém da nossa família que tivesse ali.

P2: Situações que envolvem pessoas jovens com doenças. Uma pessoa jovem, não sei, vinte e cinco anos com câncer terminal. Uma moça que veio com câncer de mama com metástase cerebral. Ela estava completamente confusa, fiquei morrendo de dó. Porque ela tinha filhos, tinha acabado de se casar, um futuro inteiro pela frente.

P3: Óbitos. Não o óbito propriamente dito, mas você dar a notícia de que o familiar daquela pessoa faleceu e presenciar essa notícia junto com a equipe médica me faz sentir impotente, é difícil, eu me coloco no lugar do familiar. Essa situação me causa um pouco de desconforto, aquela sensação de impotência de não poder ajudar aquela família naquele momento.

P5: Tem situações que te marcam um pouquinho mais. Eu lembro de um paciente que não chegou a morrer comigo, mas ele era mais novo do que eu e tinha um câncer bem avançado. Aquilo me marcou muito por ele era mais novo do que eu. E isso faz você repensar um pouco na sua vida, no que você está fazendo e tudo mais.

Nesses relatos acima, observamos que a identificação é um mecanismo permanente, quando o enfermeiro lida com pacientes e familiares fragilizados pela doença. A *identificação* é o processo psicológico pelo qual o sujeito assimila uma característica do outro e se transforma, segundo o modelo desse outro. Esse mecanismo segundo Freud (1921/1980), é conhecido pela psicanálise como a mais remota expressão de um laço emocional com outra pessoa.

A identificação é um dos motores que fazem com que o cuidado promova prazer no enfermeiro, ou seja, uma vez que haja identificação, o bem estar do outro também resultará no bem estar do enfermeiro. No entanto, como nos relatos acima, a identificação nem sempre conduz o enfermeiro ao prazer, principalmente quando o enfermeiro se identifica com a dor, com a morte e com sua própria limitação.

O movimento de colocar-se no lugar do paciente e promover o cuidado, se difere de colocar-se no lugar do paciente e sofrer com ele. Para que o enfermeiro consiga ajudar o paciente é necessário dissociar-se.

A dissociação instrumental é um método utilizado pelo psicólogo que exige treino, conhecimento para interpretar, assinalar e apontar as oscilações dos campos que se criam durante a entrevista com seus pacientes (GUIRADO, 2004).

Ao citar Bleger, Guirado (2004) enfatiza que o trabalho do entrevistador é ele mesmo, sua própria personalidade, e que ele trabalhará sempre, em certa medida, dissociado. Ou seja, ao mesmo tempo em que se identifica com a situação do paciente, permanece no papel diferenciado de entrevistador, garantindo a distância mínima para interpretar e promover ajuda.

Bleger explica que a ansiedade é maior quanto menor a distância entre o que se propõe à aprendizagem (entrevistador/sujeito), e aquilo que se propõe a ser aprendido (entrevistado/objeto) (GUIRADO, 2004).

Assim sendo, no presente estudo pareceu-nos que o enfermeiro identifica-se com o paciente, mas não se dissocia da situação. O sofrimento do paciente torna-se então, o sofrimento do enfermeiro.

Certamente há dificuldade de dissociação onde sujeito e objeto são parecidos, são humanos, assim como descreveu Horta (1979), “gente que cuida de gente”. Torna-se complexo a ação de dissociação com sujeito e objeto tão parecidos, ainda mais para um profissional que não tem o preparo do psicólogo para lidar com tais situações de dor.

O Medo da Morte, de Acidentes Biológicos e o Medo de Errar

O medo pode não ser um sentimento negativo, pois traz cautela em situações perigosas, o que pode ser útil para proteger e preservar a vida. Entretanto, o medo e seus indicadores foram reunidos nessa categoria, **Sentimentos Negativos**, por seu caráter desagradável, ligado a uma situação indesejada.

Ao observar operários de construções civis, Dejours (1992) percebeu o medo desses trabalhadores, relacionado ao risco de prejuízos físicos como explosões, incêndios ou traumatismos. O autor afirma que o medo raramente aparece à superfície, pois se encontra contido pelos mecanismos de defesa como a negação ou o desprezo pelo perigo.

A seguir, vejamos a resposta do primeiro participante após uma pergunta da entrevista semidirigida:

PESQUISADOR: Na sua área de atuação você lida com medicações e materiais que podem te contaminar, materiais biológicos. O ambiente é insalubre. Com esses perigos, você tem algum receio de trabalhar em hospital?

P1: Não... Não porque a gente quando faz a graduação, eles ensinam muito pra gente. Eu como já fui auxiliar e técnico, então eu sempre procurei me prevenir. E a minha prevenção eu procuro passar pra equipe de enfermagem (...). Porque às vezes o paciente tem um HIV, uma hepatite, ou alguma doença contagiosa que se contraia por sangue ou secreção, e o funcionário pode às vezes estar pegando. (...) eu gosto de chegar e trabalhar certo. A equipe que eu lidero eu gosto de cobrar também.

O medo pode não ser verbalizado pelos trabalhadores, com uma tentativa de escondê-lo, no entanto, pode ser observado por detrás dos mecanismos de defesa.

De acordo com Piccolo (2009), a *negação* é uma resposta fantasiosa de que aquilo que não é visto, não existe e, portanto, não implica perigo.

O *controle onipotente* (Piccolo, 2009) tem por finalidade a fantasia de possuir e manipular tanto ego quanto o objeto persecutório.

Neste caso, podemos observar os dois mecanismos de defesa associados, a negação e o controle onipotente.

O enfermeiro usa a negação e o controle onipotente com a finalidade de não caso ver os aspectos do ego (medo) e do objeto persecutório (contaminação com materiais biológicos) que o aterrorizam.

Para Dejours (1992), o medo tem um propósito no funcionamento simbólico da defesa coletiva dos trabalhadores. Eles se defendem de modo que ninguém pode demonstrar o medo, nem falar sobre a morte, acidentes, ou sobre o próprio medo. Esses trabalhadores não gostam de ser lembrados do que penosamente procuram esconder.

Vejamos outro discurso:

P2: Então a gente começa a dar risada, brincar, falar que “olha chegou o seu primo”, quando tem algum paciente que você achou parecido com algum auxiliar de enfermagem ou outra pessoa da equipe. Então a gente acaba fazendo com que o ambiente fique mais leve, dando risada durante o plantão.

Neste caso, podemos observar que ao chegar o paciente, a enfermeira muda sua atenção para um momento de descontração, brincando com a equipe e evitando o paciente.

A *evitação* é um mecanismo de defesa, é uma maneira de afastar-se ou mover-se na direção contrária do confronto com sentimentos que suscitam o sofrimento (SCHUST; PICCOLO, 2009).

Ao chegar o paciente enfermo, o enfermeiro e outros profissionais da saúde deparam-se com questões inexoráveis, como a sua impotência diante da morte e sua própria finitude.

A morte constitui um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal... (KÜBLER-ROSS, 1998, p. 9)

O medo da morte é um sentimento natural vivenciado pelo ser humano por se tratar de algo desconhecido. A dificuldade do profissional de enfermagem em lidar com a morte está em partes relacionada a este fato, ele teme a sua própria morte. (KOVÁCS, 2003)

O medo precisa ser evitado a todo custo, neste caso, brincar é um comportamento defensivo que tem propósito de aliviar as ansiedades de morte, tão comuns no ambiente de trabalho do enfermeiro.

Vejamos outras falas relacionadas ao medo:

P4: Eu abro o e-mail da empresa várias vezes, quando eu chego em casa, quando eu acordo no final do dia, de madrugada, quando eu estou no outro serviço eu abro de novo. Entendeu? Naquela expectativa. Será que deu certo? Se eu não recebi nenhum e-mail da chefia é porque deu tudo certo. É aquela situação limite... Tipo se eu pisar fora da linha eles me mandam embora. É uma sensação de insegurança, como se alguém estivesse sempre te observando. Tudo é advertência, suspensão, não posso errar nada senão eu vou ser punida.

P8: E a gente acaba tendo um pouco de medo, porque é tanto problema cara que você batalha pra não errar, trabalha sob pressão pra não errar e é nessa pressão que você erra. Então não tem muita coisa boa pra falar por causa dessa pressão e dessa repressão. (...) quando estou folgando eu fico pensando: Será que quando eu voltar vai ter alguma reclamação minha? Será que a gerência vai me entender ou me ouvir?

Nos casos dos participantes quatro e oito, o medo de errar suscita o medo de punição. A soma dos medos pode resultar em um estado paranóico.

A paranóia é caracterizada por um delírio mais ou menos bem sistematizado de perseguição, pelo predomínio da interpretação (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

De acordo com esses indicadores, o enfermeiro no ambiente hospitalar tem várias razões para ter medo. Existe o medo contido de se acidentar com materiais biológicos, como vimos na fala do participante um, o medo do sofrimento e da morte, como foi possível contextualizar com a evitação da participante dois, e o medo paranóico de errar e de ser punido como observamos na entrevista quatro e oito.

Em relação ao discurso do participante oito, é importante observar que o medo foi verbalizado, ao contrário dos outros participantes que o esconderam através dos mecanismos de defesa. Esse medo verbalmente revelado pode ser uma maneira de elimina-lo através da catarse.

A catarse (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001) é um método de psicoterapia em que o efeito terapêutico visado é uma “purgação”, uma descarga adequada de qualquer estado desagradável. A catarse permite ao sujeito evocar ou reviver acontecimentos penosos e reagir, libertando-se do sentimento reprimido.

A Inferioridade em Relação a Outros Membros da Equipe Multidisciplinar

Como já mencionado na subcategoria **Trabalho Estressante**, quando o enfermeiro não tem o reconhecimento de seu trabalho ou, quando o médico é o elemento central da assistência ao paciente, sendo os demais profissionais meros auxiliares, um sentimento de inferioridade pode emergir conforme relatado na quarta entrevista:

P4: Aqui! No serviço privado eu sou tratada, sei lá... Todo mundo é enfermeira. Não se sabe a diferença. No outro, eles sabem claramente a diferença. Nenhum auxiliar de enfermagem lá me chama de enfermeira, todos me chamam de chefe. Pra todo paciente lá eu sou doutora. Aqui você é inferior, e o familiar não quer falar com você.

De acordo com Addler, segundo Laplanche e Pontalis (2001), no complexo de inferioridade o indivíduo procura compensar com maior ou menor êxito a sua deficiência, compensação no sentido de uma exaltação do sentimento de personalidade. O sujeito forja para si um objetivo final, puramente fictício, caracterizado pela vontade de poder.

Observamos que a participante quatro tem dois vínculos de trabalho. Um no hospital privado onde a pesquisa foi realizada e outro em um hospital público. No serviço privado a participante se queixa da falta de reconhecimento, o que não ocorre no hospital público, pelo contrário, é no serviço público que a enfermeira encontra satisfação e reconhecimento, segundo suas verbalizações:

P4: No meu outro trabalho eu sou completamente realizada. Porque eu brinco com as pessoas dizendo que eu não uso nem caneta para trabalhar. É um problema do serviço público? Pode ser. Só que lá, eu atendo o paciente. Eu faço aquilo pra que eu me formei. Eu atendo emergência, atendo pacientes graves... É o famoso "coloco a mão na massa". Eu punciono veia, eu medico, eu ajudo o médico iniciante a passar cateter central, ajudo a intubar. Ensino um monte de coisas pra eles porque eles não sabem. Então lá eu sou completamente realizada. Aqui na UTI eu sou uma pessoa frustrada. Porque você não pode tomar uma conduta sem pedir pro médico por mais simples que ela seja, porque aqui na UTI não se aceita.

No serviço público seu trabalho é valorizado e sua autonomia respeitada. Nesse momento, o desejo de ser reconhecida (como é o caso do profissional médico) é confundido pelo desejo de ser o médico, conforme dito pela participante e sublinhado na frase, "lá eu sou doutora".

No serviço público existem hospitais que abrem suas portas para que os profissionais da saúde aprendam na prática, o conteúdo abordado em sala de aula. São os hospitais-escola, hospitais onde os alunos de medicina, enfermagem, fisioterapia, entre outras profissões, aprendem sobre técnicas e procedimentos de acordo com o seu curso de graduação. Nestes ambientes, existem alunos que mal entraram em um hospital antes, dessa forma, o saber da enfermeira é valorizado:

P4: No outro serviço se eu falar pro médico iniciante que não é assim que faz, ele acata porque ele não sabe. Lá você escuta o médico pedindo pra ensinar a puncionar uma veia, pra ensinar a colocar os parâmetros no ventilador, montar o circuito do ventilador de transporte. Tudo eles querem que você ensine. Tudo que você sabe é muito valorizado. Eles não sabem medir uma pressão venosa central, não sabem fazer nada, não sabem puncionar uma artéria. Você faz muita coisa, você aprende muita coisa, você sabe muito mais do que eles. Até os auxiliares de enfermagem sabem mais do que eles, e isso é muito gratificante.

Como vimos no indicador O Trabalho Não Reconhecido, o reconhecimento é um processo de valorização onde o esforço do sofrimento investido para a realização do trabalho possibilita ao sujeito a construção de sua identidade. Como a identidade do enfermeiro torna-se prejudicada pela indiferença ou pelo não reconhecimento, é preciso em algum momento criar um personagem fictício que tem autonomia, que é valorizado e que detém o conhecimento.

O sentimento de inferioridade pelo trabalho não reconhecido pode provocar um outro sentimento que veremos a seguir, a frustração.

A Restrição da Autonomia e a Recusa do Reconhecimento

Para Laplanche e Pontalis (2001), frustração é a condição do sujeito a quem é recusada, ou que recusa a si mesmo, a satisfação de uma exigência pulsional. De acordo com os autores, a psicologia atual tende a emparelhar frustração e gratificação, e a defini-las como condição de um organismo submetido, respectivamente, à ausência ou à presença de um estímulo agradável. No entanto, o termo freudiano *Versagung* (frustração) tem outras implicações: não designa apenas à ausência de um estímulo agradável, mas a relação que implica uma recusa. Freud fala de *Versagung* para exprimir qualquer obstáculo, externo ou interno, à satisfação da libido.

Vejamos as falas a seguir:

P4: Aqui na UTI eu sou uma pessoa frustrada. Porque você não pode tomar uma conduta sem pedir pro médico por mais simples que ela seja, porque aqui na UTI não se aceita.

P5: Aqui é assim, eles te dão um limãozinho e você tem que fazer uma limonada com esse limão. A cobrança é muito grande em cima de resultados, tem que dar conta, isso te dá muita frustração, você não consegue exercer sua função de enfermeiro, eles não te dão respaldo...

P6: Você não poder fazer isso porque não tem tempo devido a outros afazeres me deixa frustrada, porque eu sei que eu não estou fazendo o meu papel cem por cento. Qual é a prioridade o paciente ou preencher papéis? Não que esses papéis não sejam importantes, mas o paciente é prioridade.

No discurso da participante quatro a frustração se dá pela restrição da autonomia, pela limitação da liberdade e da criatividade por parte da instituição, tornando sua tarefa desinteressante, indigna.

Podemos observar nas falas dos entrevistados cinco e seis, que o excesso de afazeres e a cobrança, também por parte da instituição, afasta o enfermeiro do paciente. Como discutido anteriormente, a ação de cuidar é fonte de prazer do trabalhador de enfermagem, afastando-o desta condição, o resultado é a frustração procedente.

De acordo com Dejours (1992), a falta de significação e a inutilidade dos gestos formam uma imagem narcísica feia, pálida e miserável. Executar uma tarefa sem um investimento afetivo, seja pela restrição da autonomia e/ou pela recusa do reconhecimento, alimenta a sensação de adormecimento intelectual, de paralisia da imaginação, marcando o triunfo da insatisfação e do comportamento produtivo.

Dejours (1992) defende a idéia de que as instituições exploram o sofrimento do trabalhador com o intuito de aumentar a produção no trabalho. A erosão da vida mental dos trabalhadores é útil para a implantação de um comportamento condicionado e favorável à produção, fazendo com que o sofrimento mental apareça como intermediário necessário à submissão do corpo.

A introjeção de um comportamento condicionado faz com que o trabalhador confunda seus desejos próprios com a injunção organizacional, que substitui seu livre arbítrio e dá origem à alienação. Vencido pela vontade contida, o trabalhador usa todos os seus mecanismos de defesa para tolerar esse enxerto contra a sua natureza, ao invés de fazer valer sua própria vontade.

As afirmações de Dejours corroboram com as verbalizações a seguir:

P8: É o sistema que é assim, então não tem pra onde você correr, você sabe que é assim hoje e amanhã e depois, o mês inteiro, o ano inteiro, então você se adapta não querendo se adaptar. Mas como você sabe que o sistema é assim, você relaxa conforme o sistema e acaba acatando a situação. Você sabe que poderia ser melhor e sabe que não poderia passar por aquilo, mas você segue o sistema.

A frustração sobrevinda da restrição da autonomia, da cobrança descomedida de resultados, associada à recusa do reconhecimento por parte da instituição hospitalar, é reforçada quando o paciente também não valoriza o trabalho do enfermeiro. Vejamos o próximo discurso:

P8: Por mais que você fale que o médico do pronto-socorro não é o médico do paciente, que ele não sabe do caso e que a gente está lá todo dia. A gente sabe quais são os problemas, mesmo assim, ele quer o médico (...). (...) isso frustra a gente! Porque você sabe o que está falando, o que está orientando, mas mesmo assim ele não te dá crédito. Isso frustra um pouco, desanima...

O acúmulo de frustrações provoca em conjunto, uma agressividade reativa. É essa agressividade que vai ser explorada pela organização do trabalho. Na impossibilidade de se encontrar uma saída direta, a única saída é voltar a agressividade contra si mesmo. A agressividade volta transformada em culpa e frustração que alimenta a disciplina (DEJOURS, 1992).

A Tristeza Causada pela Frustração

Tristeza é um sentimento ligado à perda de algo ambicionado ou valorizado (KRECH; CRUTCHFIELD, 1974).

Nos relatos dos enfermeiros participantes, observamos que são muitos os sentimentos negativos. Porém, o sentimento de tristeza foi verbalizado quando sucedido pela frustração:

P8: Ah! Um pouco de tristeza né? Por causa da frustração dá um pouquinho de tristeza sim, mas você acaba se adaptando (...).

Retomando Dejours (1992), tristeza e medo são na maior parte dos casos, ocultos pelo trabalhador. Dessa maneira, a dor permanece desconhecida aos observadores e também dos próprios trabalhadores. Se a sua primeira função de defesa é aliviar o sofrimento pela criação da ocultação, esse poder volta-se contra seus criadores, ou seja, sem conhecer a forma e o conteúdo desse sofrimento, é difícil lutar eficazmente contra ele. Desse modo, as estratégias defensivas em razão da sua própria eficácia em relação ao equilíbrio mental, opõem-se a uma evolução que poderia levar a uma estabilidade ou homeostasia.

Observemos a fala a seguir:

P1: Quando eu chego em casa assim, eu gosto de andar bastante, gosto de ver filmes, gosto de ler também, ler sobre tal assunto, gosto de estar pesquisando sobre aquele assunto lá. É uma maneira de quando eu passar por uma situação daquela, já estar mais a par daquela situação, então eu procuro ler bastante a respeito dos assuntos.

Neste caso percebemos que o enfermeiro ameniza o sofrimento ocultando-o de forma lógica, coerente e racionalizada.

A *racionalização* (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001) é um mecanismo de defesa, onde o sujeito procura apresentar uma explicação coerente ou aceitável do ponto de vista moral para uma atitude, uma ação, uma idéia, um sentimento, cujos motivos verdadeiros não se percebe; fala-se mais especialmente da racionalização de um sintoma, de uma compulsão defensiva, de uma formação reativa.

Vejamos outros discursos:

P4: No meu outro trabalho eu sou completamente realizada. Porque eu brinco com as pessoas dizendo que eu não uso nem caneta para trabalhar. (...) lá, eu atendo o paciente. Eu faço aquilo pra que eu me formei.

P5: Então assim... Depois que eu entrei no outro serviço, melhorou, porque lá tem uma política diferente e isso me deu um ânimo, porque eu estava bastante frustrado com a enfermagem.

Vimos com Ferreira e Martino (2006), e Bulhões (1998), que muitos enfermeiros procuram outras instituições de trabalho devido à baixa renda salarial e à falta de reconhecimento. Analisando as falas dos participantes quatro e cinco,

percebemos que uma das instituições é considerada melhor em relação à outra. Conferimos assim, outro mecanismo defensivo, a idealização.

A *idealização* é o processo psíquico pelo qual as qualidades e o valor do objeto são levados à perfeição. A identificação com o objeto idealizado contribui para a formação e para o enriquecimento do ego ideal³ (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Dessa maneira, podemos dizer que os enfermeiros encontram na outra instituição, a instituição ideal, o prazer e a realização. Essa segunda organização de trabalho no entanto, pode não ser tão boa como relatado pelos enfermeiros. São instituições levadas à perfeição pelo fato de que seria muito desgostoso trabalhar em dois ambientes tão ruins, logo, é preciso criar uma instituição-mãe, uma instituição que “amenize” o duro trabalho do enfermeiro.

O ambiente hostilizado por doenças e morte, a instituição que não ampara o trabalhador, e todas outras causas do sofrimento do enfermeiro discutidas até aqui, provocam sentimentos negativos. O desprazer desencadeia defesas psíquicas que ocultam o sofrimento, tornando às vezes, a resolução efetiva do problema, mais distante do enfermeiro.

4. 5 QUINTA CATEGORIA – SENTIMENTOS AMBIVALENTES

Nessa categoria buscou-se organizar o conteúdo que indicasse sentimentos ambivalentes, ou seja, sentimentos positivos e negativos, denotados através do que foi expresso pelos participantes. Esse conteúdo emergiu durante as entrevistas e fora disposto em duas subcategorias: **Culpa e Apego**.

A ambivalência (HINSHELWOOD, 1992) significa a sustentação de estados contraditórios de sentimentos no relacionamento com determinado objeto. A contradição de sentimentos pode alternar entre: *Cisão* (estados mentalmente dissociados onde amor e ódio, prazer e sofrimento, dão lugar um ao outro) e

³ Expressão utilizada por Freud para designar a convergência do ego com o narcisismo, com as identificações com os pais, com os seus substitutos, e com os ideais coletivos (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Fusão (quando as pulsões se misturam tornando praticamente impossível distinguir entre amor e ódio, prazer ou sofrimento).

As subcategorias foram desdobradas em dois indicadores temáticos descritos a seguir.

O Remorso e a Tentativa de Reparação

O indicador de culpa foi separado nesta categoria, **Sentimentos Ambivalentes**, por caracterizar o desagradável sentimento de remorso quando o enfermeiro se responsabiliza pela dor do paciente, e o sentimento amoroso, quando a culpa engendra reparação.

A culpa (HINSHELWOOD, 1992) é um estado mental angustiado que surge de um conflito interno, onde o superego censura o ego por transgredir os padrões e ideais internos corporificados, durante o desenvolvimento do superego.

O sentimento de culpa é uma expressão utilizada em psicanálise que pode designar um efeito afetivo consecutivo a um ato que o sujeito considera repreensível, ou ainda um sentimento de indignidade pessoal sem relação com um ato determinado de que o sujeito se acuse, ou seja, a culpa nem sempre é uma experiência consciente, onde o ego (acusado) e superego (acusador) se clivam. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Na opinião de Melanie Klein, segundo Hinshelwood (1992), o conflito entre ego e superego é inerente à mente desde o nascimento, isto é, possui raízes inatas nos dotes pulsionais. Klein ligou esse conflito à teoria das pulsões de Freud, onde pulsão de vida e pulsão de morte coexistem e também se opõem. Dessa maneira, no nascimento atribuiu-se ao ego a tarefa de lutar para controlar essas duas pulsões contrárias, indo desde a punição horrenda e persecutória até o remorso sofrido, o luto e a reparação.

Observemos a seguir as falas da participante dois, anteriormente discutidas nas subcategorias **Raiva e Trabalho Gratificante**:

P2: Esse sentimento de raiva é porque muitas vezes você vê que o paciente não tem nada, pessoa folgada, quer passar na frente dos outros, enquanto que você esta vendo que o que realmente necessita, esta ali, e você esta deixando de dar atendimento a quem precisa, porque o outro esta fazendo escândalo lá na frente.

P2: Procuo ajudar o máximo as pessoas (...). Rezo, tanto no hospital como fora de casa, por exemplo, quando eu vejo uma criança pedindo alguma coisa, se eu puder dar alguma coisa, sei lá, se eu tenho um lanche, um dinheiro até dou, mas eu rezo para que aquela pessoa seja ajudada...

Retomando a análise dos discursos dessa participante, podemos verificar na segunda fala, ações de tentativa reparatória, decorrentes talvez, de um sentimento de culpa que se procedeu da raiva verbalizada (primeira fala), em oposição aos pacientes “maus”.

A perseguição retaliatória do sentimento de culpa é aliviada pela ação reparatória, ajuda aos pacientes “bons”, às crianças e pessoas necessitadas.

Como já mencionado, a *reparação*, segundo Laplanche e Pontalis (2001), é um mecanismo defensivo que se dá em resposta à angustia e à culpabilidade inerentes às fantasias de destruição e hostilidade para com o objeto de desejo.

Concluindo a análise da participante dois, inferimos que a enfermeira tem raiva dos pacientes que julga como “maus”, sente-se culpada e em seguida tenta reparar esse sentimento de raiva persecutório, através de ações de ajuda.

É importante ressaltar que esse sentimento de culpa não é necessariamente movido pela raiva que a enfermeira sente dos pacientes julgados como “maus”. Ou seja, a culpa, tal como descrito por Melanie Klein, segundo Hinshelwood (1992), pode ser originária de outros momentos do desenvolvimento humano, como no complexo de Édipo⁴, onde o ódio e a inveja da criança pelos pais é posteriormente convertido em afeição. Neste caso, a análise de conteúdo desse estudo torna-se limitada, pois revela apenas partes da história individual de cada enfermeiro, não sendo possível a interpretação holística dos sentimentos referidos e/ou percebidos.

⁴ Conjunto de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais: desejo de morte do progenitor do mesmo sexo e desejo sexual pelo progenitor do sexo oposto (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Vejam os outros relatos que se destacaram como indicadores desta subcategoria:

P5: E ele estava tão estável que eu acabei saindo da sala e fui fazer a parte burocrática. Eu achei que ele iria sair dessa, mas quando eu voltei, ele já tinha morrido. Não tinha o que fazer. Ele já tinha parado umas duas vezes na sala... Já estava sangrando muito. Eu fiquei chateado por não estar na sala... Eu como enfermeiro, por obrigação, eu deveria estar na sala.

P7: Meu pai morreu dentro de casa. Ele teve uma parada cardio-respiratória e eu não consegui ajudar ele. Então eu tenho um sentimento um pouco de culpa assim... Eu passo por essa situação de fazer um tamponamento e eu fico lembrando do meu pai.

No caso do participante cinco, a culpa se dá pelo fato do enfermeiro ter que deixar o paciente e fazer outros trabalhos burocráticos. Essa fala reforça ainda mais o desejo do enfermeiro em estar com o paciente, sendo que as tarefas burocráticas, de acordo com os resultados deste estudo, não são foco desses profissionais enfermeiros.

Na fala da participante sete temos uma situação peculiar, onde a enfermeira sente-se culpada por não ter conseguido salvar seu pai. A dificuldade que ela sente em tamponar os pacientes mortos envolve o processo de *identificação projetiva*, onde a cena do paciente morto é uma projeção da cena do pai morto.

O Envolvimento Emocional com o Paciente

O apego com o paciente também tem um significado ambivalente para os entrevistados.

De acordo com o que vimos até aqui, segundo as verbalizações dos participantes, o objeto de desejo dos enfermeiros é o cuidar do paciente. Ajudar significa prazer no trabalho, isto é, quando a relação entre enfermeiros e pacientes proporciona sentimentos de gratidão, confiança e cumplicidade ou, quando há melhora do estado de saúde do paciente, também haverá satisfação e entusiasmo. Contudo, quando há piora do estado de saúde dos pacientes, esse envolvimento é marcado pelo sofrimento da provável perda do objeto, pela

realidade que se apresenta de sua impotência sobre o controle da morte, pela culpa reforçada de uma tentativa frustrada de reparação, favorecendo o desprazer e fazendo com que o enfermeiro tome para si as dores do paciente e de seus familiares.

Vejamos nos relatos a seguir, a ambivalência que existe entre o querer e o não querer envolver-se:

P1: O enfermeiro como profissional procura não se envolver com os pacientes, mas muitas vezes cara, você acaba se apegando com o paciente e acaba se envolvendo com aquilo. Quando você menos espera, você já está envolvido com aquela situação, com aquela doença do paciente né?

P2: (...) sentimento de aprender a não se envolver, não levar muito pra casa, não que a gente não leve nunca, mas não se envolver com o que acontece aqui no hospital.

Mesmo que o mecanismo de *evitação* seja utilizado como uma maneira de evitar o envolvimento e conseqüentemente a dor, em algumas situações esse envolvimento é inevitável, tal como mencionado nos indicadores descritos até aqui.

Com estes resultados discutidos, partiremos agora para as considerações finais deste estudo qualitativo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise das categorias analíticas deste estudo e do referencial teórico apresentado, pudemos perceber que a abrangência de sentimentos experimentados pelos enfermeiros varia de um momento para o outro, sendo que, aquilo que dificultou o atendimento da necessidade de proporcionar ajuda, sentir-se útil e reconhecido, implicou em sofrimento; o que facilitou ou tornou possível a satisfação dessas necessidades, se constituiu em prazer no trabalho. Contudo, também percebemos que em algumas situações o enfermeiro vivencia sentimentos ambivalentes, em que o prazer e o sofrimento se confundem, fazendo com que ao mesmo tempo em que procura estar perto do paciente, também o evita.

Assim como ocorreu com os sentimentos, também se confundiram os desejos do enfermeiro com os objetivos institucionais. O conformismo pode evoluir para alienação e provocar sofrimento, e ainda, submete o corpo e a mente aos interesses da instituição de trabalho.

A tarefa de proporcionar ajuda e cura, nos mostrou que a onipotência é peculiar ao profissional da saúde. Quando há piora do estado clínico do paciente o enfermeiro vivencia frustração e culpa, revelando seus limites da capacidade em lidar com a morte.

Os enfermeiros utilizaram mecanismos de defesa individuais e ações em grupo como o trabalho em equipe, com o intuito de protegê-los. Apesar disso, essas ações de preservação ocultaram da consciência a causa implícita do sofrimento.

Mesmo com as recentes mudanças de normas e rotinas institucionais exigidas pela Joint Commission International, nenhum dos entrevistados mencionou dificuldades sobre essas mudanças, nas entrevistas semidirigidas.

É importante destacar que o conjunto de asserções relatadas, interpretadas e analisadas neste estudo, representa parte do fenômeno estudado. A pesquisa reúne a descrição de oito enfermeiros de diferentes áreas hospitalares e diferentes

turnos de trabalho, com suas características próprias, suas individualidades, crenças, cultura, entre outras.

Acreditamos que esse grupo de profissionais nos forneceu percepções significativas enquanto trabalhadores enfermeiros dos hospitais selecionados, abrangendo os indicadores que têm envolvimento com a origem do prazer e do sofrimento, bem como seus mecanismos de defesas utilizados frente ao sofrimento no trabalho.

Assim sendo, o presente estudo propiciou sugestões para a prevenção do sofrimento e promoção da saúde mental dos enfermeiros. Entre essas, apontamos que a organização hospitalar poderia criar espaços que possibilitassem apoio ao enfermeiro que trabalha com tão elevada carga horária e fatores estressantes. Espaços que sejam discutidos os problemas da equipe de enfermagem, favorecendo maior interação entre os trabalhadores e possibilitando a explicitação de seus sentimentos e vivências relacionadas ao cotidiano laboral. Essas sessões de escuta e acolhimento do profissional de enfermagem devem ser acompanhadas por um psicólogo. Esse psicólogo, assessor ou consultor da instituição, trabalharia para que o enfermeiro elaborasse seus sofrimentos e procurasse produzir um sentido para o vivido institucional. Dessa maneira, o enfermeiro e o grupo de enfermagem como um todo, poderiam sentir-se amparados e contar uns com os outros, pois, tal como vimos neste estudo, é essencial assistir e zelar pela saúde física e psíquica do profissional de enfermagem, de modo que suas ações e processos de cuidados sejam efetivos aos pacientes que buscam ajuda. Em suma, é preciso cuidar de quem cuida, é necessário maior atenção da instituição hospitalar para com seus enfermeiros, principalmente quando o foco da instituição é a qualidade.

Seria interessante também, a criação de espaços para que os enfermeiros pudessem realizar atividades físicas, com acompanhamento de profissionais habilitados, inclusive nos horários de trabalho, como uma pausa para essas atividades físicas. É possível, apenas se faz necessário estabelecer um cronograma que permita a participação de todos.

No que se refere à burocracia institucional, os enfermeiros precisam refletir como têm despendido seu tempo, quais são as tarefas prioritárias e quais podem ser delegadas a outros membros da equipe de enfermagem. Essa burocracia faz parte do trabalho gerencial do enfermeiro, mesmo que seu desejo seja de estar maior tempo com o paciente. Portanto, é necessário organizar essas atividades para que não sejam cansativas e que não ocupem tanto tempo do profissional. É importante ressaltar que essa organização também é de responsabilidade do hospital e depende dos canais de comunicação estabelecidos entre instituição e trabalhador, ou seja, o trabalhador precisa ouvir e também ser ouvido, compartilhar seus problemas e as possíveis soluções.

Em relação à carga horária excessiva de trabalho e desvalorização profissional, o enfermeiro e seus órgãos de classe precisam lutar por salários justos, campanhas para diminuir a carga de trabalho mensal, além de programas que orientassem a população sobre as competências do enfermeiro e sua indispensável presença contínua, na recuperação e cuidado com o ser humano.

Os conselhos federal e regionais de enfermagem poderiam agir com maior abrangência no que se refere à fiscalização dos recursos humanos nos hospitais, para que a equipe de enfermagem não trabalhe com um número reduzido de profissionais, o que também contribui para o sofrimento.

As academias poderiam discutir a respeito do conteúdo curricular de graduação em enfermagem, para a inclusão de ementas referentes à saúde mental do enfermeiro, às dificuldades que o profissional pode enfrentar no ambiente hospitalar com pacientes e familiares, à temas difíceis como a morte e o morrer. Para isso, sugerimos que as universidades disponibilizem locais para simulação de situações de estresse e de conflito, como as situações de agressão verbal ou física, as situações de morte, frustrações, medos e sentimentos desagradáveis que podem surgir durante o trabalho.

Por último, acreditamos que é preciso desenvolver na enfermagem, um pensamento de preservação da saúde do trabalhador. São poucas as teorias de enfermagem que defendem a saúde do enfermeiro como estratégia para promover maior qualidade de assistência no processo de enfermagem. O trabalhador que se

sentir valorizado, mentalmente e fisicamente saudável, conseqüentemente terá maior disposição para cuidar de seus pacientes, conquistar seu valor e alcançar o prazer em seu dia-a-dia de hospital.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a equipe de enfermagem enquanto trabalho. In: _____. (Orgs.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 19-20.

ALVES, M.; JOUCLAS, V. M. G. (Orient.) **Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem**: uma dimensão de sofrimento. 1996. 140 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ARENDT, H. **A condição humana**. São Paulo: Edusp, 1981. 338 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BELCHER, J. R.; FISH, L. J. B. Hildegard E. Peplau. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. Cap. 4, p. 45-57.

BELLATO, R. et al. A abordagem do processo do morrer e da morte feita por docentes em um curso de graduação em enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**, Cuiabá, v. 20, n. 3, p. 255-263, 2007.

BERSUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. Trabalho em equipe: instrumentos básicos de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.) **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 61-67.

BLEGER, J. **Psico-higiene e psicologia institucional**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984a. 138 p.

_____. **Psicologia da conduta**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984b. 242 p.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Qualitative research for education**: an introduction to theory and methods. 2. ed. Boston: Allyn and Bacon, 1992. 262 p.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 94406 de 08 de junho de 1987 - regulamenta a lei 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de junho de 1987, p. 8853-8855.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998. 278 p.

CARNEGIE, D. **Como fazer amigos e influenciar pessoas**. 51. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2003. 312 p.

COSTA, A. L. R. C.; MARZIALE, M. H. P. (Orient.) **As múltiplas formas de violência no trabalho**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência clínica em um hospital público. 2005. 227 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução 293/2004. **Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados**. Rio de Janeiro, 21 de setembro de 2004.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Dimensionamento de pessoal** – elaboração. São Paulo, 2010.

CROSSETTI, M. G. O.; ARRUDA, E. N. (Orient.) **Processo de cuidar**: uma aproximação à questão existencial na enfermagem. 1997. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicologia de trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992. 168 p.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. T. (Org.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993. 320 p.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1997. 104 p.

_____. **Conferências brasileiras**: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho. São Paulo: Edições Fundap, 1999. 160 p.

_____. **A banalização da injustiça social**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2000. 160 p.

FARIA, A. B. A. Submissão na formação enfermeiro: uma revisão literária. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 79-88, 1996.

FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F. O estresse do enfermeiro: análise das publicações sobre o tema. **Revista de Ciências Médicas**. Campinas, v. 15, n. 3, p. 241-248, 2006.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos. São Paulo: EPU, 1998. p. 25.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M.; OREM, D. E. In: GEOGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 7, p. 83-101.

FRANCO, M. L. P. B. O que é análise de conteúdo? **Cadernos de Psicologia da Educação**. São Paulo, n. 7, p. 1-31, ago. 1986.

FREUD, A. **O ego e os mecanismos de defesa**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 124 p.

FREUD, S. Os instintos e suas vicissitudes. In: _____. **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1915/1980. v. 14. 1 CD-ROM.

_____. Além do princípio do prazer. In: _____. **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1920/1980. v. 18. 1 CD-ROM.

_____. Psicologia de grupo e análise do ego. In: _____. **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1921/1980. v. 18. 1 CD-ROM.

_____. As duas classes de instintos. In: _____. **Obras psicológicas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1923/1980. v. 19. 1 CD-ROM.

GEORGE, J. B. Imogene M. King. In: _____. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à pratica profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000a. Cap. 13, p. 169-183.

GEORGE, J. B. Myra Estrin Levine. In: _____. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à pratica profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000b. Cap. 12, p. 159-166.

GUIRADO, M. **Psicologia institucional**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2004. 133 p.

HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. A natureza da teoria da personalidade. In: _____. **Teorias da personalidade**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000a. cap. 1, p. 28-30.

_____. A teoria psicanalítica clássica de Sigmund Freud. In: _____. **Teorias da personalidade**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000b. cap. 2, p. 53-68.

HINSHELWOOD, R. D. **Dicionário do pensamento kleiniano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 507 p.

HORTA, W. A. O processo de enfermagem – fundamentação e aplicação. **Enfermagem em Novas Dimensões**. São Paulo, v. 1, n. 1, p. 10-16, 1975.

_____. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979. p. 3.

KNOBEL, M. **Psicoterapia breve**. São Paulo: EPU, 1986. 110 p.

KOVÁCS, M. J. Bioética nas questões da vida e da morte. **Psicologia USP**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 115-167, 2003.

KRECH, D.; CRUTCHFIELD, R. S. As emoções do homem. In: _____. **Elementos de psicologia**. 5. ed. São Paulo: Pioneira, 1974. Cap. 9, p. 271-276.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente**: colocando em ação as habilidades da liderança. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994. 320 p.

KÜBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296 p.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2004. 346 p.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**. São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. **Vocabulário da psicanálise**: Laplanche e Pontalis. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 552 p.

LEOPARDI, M. T.; ALMEIDA, M. C. P. (Orient.) **Método de assistência de enfermagem**: análise da utilização do instrumento no processo de trabalho. 1991. 176 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

LEVINE, M. E. Conservation and Integrity. In: PARKER, M. E. **Nursing theories in practice**. Nova Iorque: National League for Nursing, 1990. p. 189-201.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. (Orient.) **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LOBO, M. L. Florence Nightingale. In: GEOGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. Cap. 3, p. 33-44.

LOPES, P. Formação em enfermagem e cidadania. **Enfermagem em Foco**. Lisboa, v. 26, p. 37-42, 1997.

LOPEZ-ARAGUREN, E. El análisis de contenido. In: FERNANDO, M. G. et al. **El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación**. Madrid: Alianza Editorial, 1986. p. 365-395.

LUNARDI FILHO, W. D.; MAZZILLI, C. (Orient.) **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem**. 1995. 284 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Econômicas) - Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Editora Universitária/UFPel, 2000. 206 p.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI; M. L. C. C. (Orient.) **Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidades de terapia intensiva: estratégias defensivas**. 2008. 199 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. 4. ed. São Paulo: Centauro, 2003. 110 p.

MARZIALE, M. H. P.; HROZESTRATEN, R. A. (Orient.) **Estudo da fadiga mental de enfermeiros atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes**. 1990. 132 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

MASLOW, A. H. et al. **Motivation and personality**. 3. ed. Hong Kong: Longman Asia Ltd, 1987. 334 p.

MELO, C. C. C. P.; LUIS, M. A. V. (Orient.) **Vivência de enfermeiras diante da dor, sofrimento e morte no seu cotidiano de trabalho**. 2000. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

MENDES, A. M.; ABRAHÃO, J. I. A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica. **Revistade Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 26 n. 2, p. 179-184, 1996.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: _____. (Org.) **Psicodinâmica do trabalho: teoria, métodos e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 368 p.

MENZIES, I. E. P. **O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade**. São Paulo, 1970.

OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. A entrevista inicial. In: OCAMPO, M. L. S. et al. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. Cap. 2, p. 15.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. Saint Louis: Mosby, 2001. 542 p.

PALÚ, L. A. et al. A morte no cotidiano dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 56-79, 2004.

PADILHA, K. G.; SAWAIA, B. B. (Orient.) **Des-cuidar: as representações sociais do enfermeiro de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem**. 1994. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEOGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. Cap. 2, p. 21-32.

PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Bioética**. São Paulo, n. 5, p. 51- 72, 2002.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Fontes, 1995. 181 p.

PICCOLO, E. G. Defesas nos testes gráficos. In: OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. Cap. 8, p. 255-380.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p. 25-48.

PIRES, D.; LOPES, J. R. B. (Orient.) **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 347 f. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

REA, L. M.; PARKER, R. A. **Metodologia de pesquisa**: do planejamento à execução. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2000. Cap. 8, p. 137-153.

ROCHA, S. S. L.; FELLI V. E. A. (Orient.) **Qualidade de vida no trabalho em enfermagem**: percepção de enfermeiros docentes de uma universidade privada. 2002. 146 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

RUBIN, H. J.; RUBIN, I. S. **Qualitative interviewing**: the art of hearing data. 2. ed. Londres: Sage, 2004. 304 p.

SANTOS, C. M. F.; TAHARA, Â. T. S. (Orient.) **Dinâmica do prazer-sofrimento na organização do trabalho da enfermeira**. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SCHUST, M. C.; PICCOLO, E. G. Índices diagnósticos e prognósticos no teste desiderativo a partir do estudo das defesas. In: OCAMPO, M. L. S.; ARZENO, M. E. G. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009. Cap. 4, p. 101.

SELIGMANN-SILVA, E. S. Da psicologia à psicodinâmica do trabalho: marco de um percurso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p. 13-19.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-262, 2007.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. (Orient.) **Sufrimento e prazer no trabalho vivenciado por enfermeiras que trabalham em unidade de terapia intensiva em um hospital-escola**. 1996. 188 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, V. E. F.; KURCGANT, P. (Orient.) **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: estudo da relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. 289 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SPIELBERGER, C. **Tensão e ansiedade**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981. 128 p.

STACCIARINI, J. M. et al. Quem é o enfermeiro? **Revista Eletrônica de Enfermagem** (online), Goiânia, v. 1, n. 1, out-dez. 1999. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/658/744>>. Acesso em: ago/2011.

SUSAKI, T. et al. Identificação das fases de processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. **ACTA Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 144-149, 2006.

UUSTAL, D. B. The ultimate balance: caring for others. **Orthopedic Nursing**, New Jersey, v. 11, n. 3, May/June 1992.

ANEXOS

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar livremente da pesquisa: **“Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar”** realizada pelo enfermeiro Marco Aurélio Ramos de Almeida, sob orientação da Prof^a Dr^a Marília Martins Vizzotto, docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, que tem por objetivos: Identificar indicadores que geram prazer e sofrimento nos enfermeiros dentro do ambiente hospitalar, analisar quais são os sentimentos vivenciados por estes profissionais e verificar quais são os principais mecanismos de defesa utilizados. Isso quer dizer que pretende-se estudar como os enfermeiros lidam com situações de ansiedade no seu cotidiano de trabalho, dentro do ambiente hospitalar. Com isso, espera-se que este estudo possa contribuir com a busca de propostas futuras que auxiliem estes profissionais a lidarem com suas angústias de maneira a amenizar ou superar o sofrimento.

Fui informado (a) que minha participação é dada apenas no consentimento de entrevista ao pesquisador. A entrevista será gravada por um gravador de voz e transcrita para posterior análise de modo que, esses dados colhidos nessa entrevista, terão seu conteúdo analisado e contextualizado de forma científica, possibilitando compreensão e interpretação necessárias para alcançar os objetivos deste estudo.

Declaro ainda ter compreendido as informações e que estou ciente de que não sofrerei nenhum prejuízo de ordem psíquica e física; que a minha privacidade será respeitada e preservada, sendo mantido sigilo sobre minha identidade. O conteúdo dos dados levantados tem fins exclusivamente acadêmicos e científicos; de maneira que não haverá uma devolutiva do conteúdo aos hospitais onde a pesquisa será realizada. Esses dados, sendo científicos, poderão ser veiculados em periódicos ou livros didático-acadêmicos, sendo essa a forma de devolutiva a ser dada à comunidade científica.

Fui esclarecido de que esse estudo não incide em nenhum custo financeiro e que minha participação é voluntária, sem qualquer remuneração.

Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos.

Estou ciente de que posso solicitar informações deste estudo durante toda a fase da pesquisa, mesmo após sua publicação.

Também fui informado (a) de que poderei a qualquer momento comunicar minha desistência em participar desta pesquisa, sem que haja prejuízo de qualquer espécie à minha pessoa.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

assinatura do participante

Roteiro de Entrevista

- 1) O trabalho e a área de atuação.
- 2) Sentimentos que vivencia como enfermeiro hospitalar.
- 3) Situações você denotam sofrimento durante a jornada de trabalho no hospital.
- 4) Como lida com esse sofrimento.
- 5) Gostaria de falar algo mais?

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP

Título do Projeto de Pesquisa: “Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro hospitalar”.

Pesquisador Responsável: Marco Aurélio Ramos de Almeida.

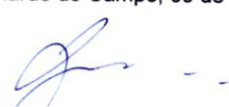
Curso/Faculdade: Faculdade da Saúde

O Comitê de Ética em Pesquisa reunido em **09/12/2010** deliberou como segue sobre o protocolo em questão: O presente projeto de pesquisa tem como objetivo identificar fatores que geram prazer e sofrimento nos enfermeiros dentro do ambiente hospitalar; verificar quais são os principais mecanismos de defesa utilizados por estes profissionais e analisar quais são as emoções evocadas por estes enfermeiros. O estudo contará com a participação de doze enfermeiros em dois hospitais da região central da cidade de São Paulo. A coleta de informações será realizada por meio de entrevista. Após leitura, análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi constatado que nada consta no processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa.

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa **APROVADO**, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais)
- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa

São Bernardo do Campo, 09 de dezembro de 2010.



Prof. Dra. Fernanda Angelieri
Coordenadora do CEP-UMESP