



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Silvia Regina Carvalho de Souza da Silva

**Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do
trabalhador de enfermagem**

Rio de Janeiro
2015

Silvia Regina Carvalho de Souza da Silva

**Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do
trabalhador de enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira

Rio de Janeiro
2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S586 Silva, Silvia Regina Carvalho de Souza.
Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem / Silvia Regina Carvalho de Souza. - 2015. 91 f.

Orientador: Elias Barbosa de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Saúde do trabalhador. 3. Saúde mental. 4. Estresse psicológico. 5. Equipe de enfermagem. I. Oliveira, Elias Barbosa de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Silvia Regina Carvalho de Souza da Silva

Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem

Dissertação de Mestrado apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 08 de janeiro de 2015.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (Orientador)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Dra. Rosâne Mello

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha amada madrinha Helena Boiteux (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Ao Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira, por acreditar que eu era capaz e pela orientação que participou efetivamente nas discussões da temática e na elaboração do estudo. Carinhosamente me ensinou que, às vezes, temos que ter autonomia e avançar no processo de construção de uma dissertação. Só tenho a agradecer aos seus ensinamentos (pessoais e acadêmicos), orientações, palavras de incentivos, paciência e dedicação. Você é uma pessoa ímpar, onde busco inspiração para me tornar melhor em tudo o que faço e irei fazer daqui para frente. Tenho orgulho em dizer que um dia fui sua orientanda.

À Prof.^a Dra. Maria Yvone Chaves Mauro, Prof.^a Dra. Rosane Mello e Prof.^a Dra. Célia Caldeira Fonseca Kestenberg pela inestimável contribuição dada quando a realização do exame de qualificação.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem (PPGENF) e a Coordenação do Programa.

Aos professores do Mestrado em Enfermagem, para construção do meu conhecimento.

Aos trabalhadores de enfermagem da psiquiatria da instituição que serviu como campo de estudo, contribuindo com suas experiências e vivências me proporcionando reflexões acerca do objeto de estudo.

À minha mãe, pelo amor que me mostrou a direção correta e me ensinou a ter fé na vida. Sempre acreditou em minha capacidade, me fortaleceu e me fez tentar ser uma pessoa melhor e dar o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

Ao meu querido esposo, por ser tão importante na minha vida. Sempre ao meu lado, me incentivando e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pode ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

Ao meu filho! Luz de minha vida! Apesar de cinco anos de idade, ensina-me a cada segundo o valor imensurável da existência humana. Amor incondicional!

Ao meu padrinho, pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional. Que sempre me impulsiona em direção às vitórias dos meus desafios.

A todos os meus familiares e, em especial, meu padrasto Juarez, minha tia Eleonora, meus primos Nádia e César que vibraram comigo, desde a aprovação na prova, e sempre fizeram “propaganda” positiva a meu respeito. Obrigada pela força!

Às minhas amigas do mestrado, pelos momentos divididos juntas, especialmente a Ariane Pires e Fernanda Henriques, que se tornaram verdadeiras amigas e tornaram mais leve meu trabalho. Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias e ouvirem minhas queixas. Foi bom poder contar com vocês!

Durante esses dois anos, só tenho a agradecer a todos que passaram pelo meu caminho e que com certeza deixaram um pouco de si. Os momentos de alegria serviram para acreditar na beleza da vida e cujo sofrimento, serviu para o meu crescimento pessoal único. É muito difícil transformar sentimentos em palavras, mas serei eternamente grata a vocês, pessoas imprescindíveis para a realização e conclusão deste trabalho.

RESUMO

SILVA, Silvia Regina Carvalho. **Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico**: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem. 2015. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Trata-se de um estudo que possui como objeto as cargas de trabalho de enfermagem em hospital psiquiátrico e as repercussões para a saúde. O trabalho da enfermagem em hospital psiquiátrico tem particularidades ao se considerar a dinâmica do serviço e o cuidado de pacientes com diversos perfis de adoecimento psíquico; portanto com necessidades de cuidados e monitoramento extenuantes por parte da enfermagem durante 24 horas. Objetivos: identificar as cargas de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital psiquiátrico; descrever como as cargas de trabalho no hospital psiquiátrico afetam a saúde dos trabalhadores de enfermagem; analisar os mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem diante das cargas de trabalho no hospital psiquiátrico. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, tendo como campo um hospital psiquiátrico, situado no município do Rio de Janeiro. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e protocolado com o nº 619.262. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2014, tendo participado do estudo 30 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) a partir dos critérios de inclusão estabelecidos. Na coleta dos dados, realizada no primeiro semestre de 2014, trabalhou-se com a técnica de entrevista do tipo semiestruturada mediante um roteiro e na caracterização dos participantes, utilizou-se um instrumento autoaplicado. Após a transcrição dos depoimentos recorreu-se à análise de conteúdo do tipo temática, que apontou os seguintes resultados: as cargas presentes em hospital psiquiátrico, na visão dos trabalhadores, devem-se aos cuidados prestados aos pacientes de ordem subjetiva e objetiva, como também em relação à imprevisibilidade do quadro clínico, principalmente nas emergências psiquiátricas. Para o grupo, as cargas de trabalho, tanto físicas quanto psíquicas são intensificadas em função da precariedade das condições de trabalho, a ausência de poder do trabalhador frente a organização e ao volume de trabalho. As cargas acarretam o sofrimento psíquico evidenciado através de queixas como cansaço, nervosismo, incômodo, ansiedade, irritação e desgaste, dores musculares, insônia e cefaleia. Diante do sofrimento psíquico decorrente das cargas de trabalho o grupo elabora mecanismos de enfrentamento centrados na solução de problemas; momentos em que buscam a chefia e conversam com os pares. Quanto aos mecanismos de enfrentamento centrados na emoção, os trabalhadores, buscam afastar-se temporariamente do trabalho, procuram não pensar, não falar a respeito ou extravasam a tensão através de gestos e reclamações. Conclui-se que o hospital psiquiátrico possui cargas de trabalho específicas em função do tipo de trabalho realizado e clientela assistida que exigem dos trabalhadores de enfermagem observação e cuidados contínuos. Pelo fato de as cargas acarretarem prejuízos à saúde do trabalhador, há necessidade de uma política voltada para a prevenção e a promoção da saúde do grupo. Sugere-se a criação e manutenção de grupos de suporte aos trabalhadores com vistas a elaboração e discussão dos problemas enfrentados, assim como a continuidade dos estudos.

Palavras chaves: Enfermagem. Saúde do trabalhador. Saúde mental. Sofrimento psíquico.

ABSTRACT

SILVA, Silvia Regina Carvalho. **Work Charge at a psychiatric hospital**: repercussions on nursing worker health. 2015. 91f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

This study aims at nursing work charge at a psychiatric hospital and its repercussion on health. The nursing work at a psychiatric hospital has its peculiarities when considering the service dynamics and patient care of several psychic illness profiles; thus, requiring 24-hour nursing care and strenuous monitoring. Aims: identifying work charge experienced by nursing workers at a psychiatric hospital; describing how work charge affects nursing workers health; analyzing coping mechanics adopted by nursing workers as for work charges at a psychiatric hospital. Qualitative, exploratory and descriptive study has been used having a psychiatric hospital in the district of Rio de Janeiro as field. This project has been approved by The Committee of Ethics in Research and registered under no 619.262 Data collection has been done in the first semester of 2014, and 30 nursing workers (nurses, nursing technicians and nursing aids) have taken part in it, from established insertion criteria. During this time, semi-structured type interview upon a script technique has been applied and for participant characterization, a self-applied tool has been used. After speech transcription, thematic type content analysis has been done which pointed at the following results: the actual charges at a psychiatric hospital, under workers' view, are due to subjective and objective patients provided care, as well as in relation to the unpredictability of clinical status, mainly in psychiatric emergencies. For this group, those work charges, both physical and psychic are intensified due to work conditions precariousness, workers power absence against organization and volume of work. These charges result psychic suffering which is proved through their complaints such as fatigue, nervousness, discomfort, anxiety, irritation, physical wear, muscular pain, insomnia and headache. Facing the charges that cause psychic suffering this group make out problems solution centered coping mechanisms; when they search for their leaders and discuss with their pairs. As for emotion centered coping mechanisms, the workers look for keeping temporarily away from work, try not to think about it or talk about it or spill tension out through gestures and complaints. It has been concluded that the psychiatric hospital has specific work charges due to work and assisted clientele who demands observation and continuous care from nursing workers. For these charges cause damage to workers health, there is the need of a policy turned to this group health prevention and promotion. It is suggested the creation and maintenance of workers support groups aiming at elaborating and discussing those faced problems as well as the studies continuity.

Keywords: Nursing. Worker health. Mental health. Psychic suffering.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cargas de trabalho e cuidado do paciente com transtorno mental - Rio de Janeiro - 2014	44
Quadro 2 – Cargas psíquicas do trabalho frente à organização - Rio de Janeiro – 2014	50
Quadro 3 – Implicações das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador: o sofrimento no trabalho - Rio de Janeiro - 2014	60
Quadro 4 – Mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2014	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Características dos sujeitos do estudo - Rio de Janeiro - 2014	42
Tabela 2 –	Perfil profissional dos sujeitos do estudo - Rio de Janeiro - 2014	43
Tabela 3 –	Perfil de saúde e adoecimento dos trabalhadores - Rio de Janeiro - 2014 .	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Bases de Dados da Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HD	Hospital Dia
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LER	Lesões por esforços repetitivos
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MET	Ministério do Trabalho e Emprego
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTPS	Ministério do Trabalho e da Previdência Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NRIS	Núcleo de Reabilitação e Inserção Social
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PSF	Programa de Saúde da Família
SGESTES	Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralização
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidades de registro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
1.1	A saúde do trabalhador e o trabalho no setor saúde	19
1.2	A Reforma Psiquiátrica e o hospital psiquiátrico	24
1.3	O trabalho de enfermagem psiquiátrica: a organização do trabalho	27
1.4	As cargas de trabalho em hospital psiquiátrico	30
1.5	O sofrimento no trabalho e as estratégias de defesa	32
2	METODOLOGIA	35
2.1	Tipo de pesquisa	35
2.2	Campo da pesquisa	35
2.3	Participantes da pesquisa	37
2.4	Técnica e instrumento de coleta dos depoimentos	37
2.5	Aspectos éticos da pesquisa	38
2.6	A análise de conteúdo	39
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
3.1	Caracterização dos participantes	42
3.2	Categoria 1: Cargas de trabalho e associação com o cuidado do paciente com transtorno mental	44
3.2.1	<u>Subcategoria 1: Tecnologias leves: cuidados de ordem subjetiva</u>	45
3.2.2	<u>Subcategoria 2: Demandas de cuidados centrados no corpo</u>	46
3.2.3	<u>Subcategoria 3: Imprevisibilidade e vigilância</u>	48
3.3	Categoria 2: Cargas psíquicas do trabalho e a organização hospitalar	49
3.3.1	<u>Subcategoria 1: Precariedade das condições de trabalho</u>	50
3.3.2	<u>Subcategoria 2: A ausência de poder frente à organização do trabalho</u>	55
3.3.3	<u>Subcategoria 3: Quando as cargas se superpõem</u>	59
3.4	Categoria 3: Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental e física do trabalhador de enfermagem: o sofrimento no trabalho	60
3.4.1	<u>Subcategoria 1: Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental: o sofrimento no trabalho</u>	61
3.4.1.1	O estresse no trabalho decorrente da imprevisibilidade do quadro clínico do paciente	61
3.4.1.2	O cansaço no trabalho e sua vinculação com as exigências da organização	62

3.4.1.3	Extravasando a carga do trabalho: a perda do controle	64
3.4.2	<u>Subcategoria 2 – Repercussões físicas das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador: quando o corpo fala</u>	65
3.4.2.1	Exigências de esforços físicos e dores no corpo	66
3.4.2.2	Insônia após um dia de trabalho	67
3.5	Categoria 4: Cargas de trabalho e mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem	68
3.5.1	<u>Subcategoria 1: mecanismos de defesa centrados na tentativa de resolução de problemas</u>	69
3.5.1.1	Procurar conversar e dividir o problema com os demais colegas	69
3.5.1.2	Busca de apoio com os psicólogos do serviço	70
3.5.1.3	Buscam falar dos problemas de trabalho com a família e amigos	71
3.5.2	<u>Subcategoria 2: mecanismos de enfrentamento centrados na regulação da emoção</u>	71
3.5.2.1	Afastamento temporário do ambiente de trabalho	72
3.5.2.2	Prática de lazer	73
	CONCLUSÃO	75
	REFERÊNCIAS	77
	APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista e Coletas de Dados	85
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	88
	ANEXO B – Folha de Rosto, Plataforma Brasil	91

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem “como objeto cargas de trabalho em hospital psiquiátrico e as repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem”. O interesse pelo objeto ocorreu em função das minhas inquietações como enfermeira e docente de um grande hospital psiquiátrico situado no município do Rio de Janeiro. Durante a minha trajetória profissional, pude acompanhar de perto as mudanças que ocorrerem nesta unidade de atenção à saúde mental, envolvendo usuários e profissionais de saúde.

Com o processo da Reforma Psiquiátrica instaurada no país a partir da década de 80 e legitimada através da Lei nº 10. 216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2003), a instituição que serviu como campo de estudo passou por uma série de mudanças. Tais mudanças tinham como premissas o redirecionamento da assistência psiquiátrica mediante a atuação de uma equipe multidisciplinar, a redução do número de leitos e participação da família em todas as fases do tratamento. Além destas premissas, havia também o incentivo a diminuição do tempo de internação de pacientes, que deveriam permanecer na instituição pelo período de no máximo 15 dias e retorno o mais breve possível para as suas residências para a continuidade do tratamento em Centros de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas e Hospital Dia.

Se por um lado a Reforma Psiquiátrica significou um avanço sem precedentes no paradigma da assistência psiquiátrica no país e que se refletiu nas práticas e saberes relacionados à assistência em saúde mental. Por outro lado não houve avanços no que se referiram as questões relacionadas a projetos voltados para o bem estar e a saúde do trabalhador, principalmente da enfermagem. Pude constatar em minhas observações que ocorreram poucas mudanças neste campo, pois o trabalhador de enfermagem encontrava-se exposto ao desgaste físico e mental no trabalho, decorrentes da carga horária de trabalho em regime de turnos, do número de pacientes sob os cuidados da equipe e do nível de dependência de pacientes que exigiam observação constante.

No cotidiano institucional os trabalhadores de enfermagem cuidam de pacientes com quadros psiquiátricos graves, que se caracterizam por sinais e sintomas como: ansiedade, delírio, alucinação, agressividade, agitação, alternância de humor e hostilidade. Acrescenta-se a necessidade de observação e intervenção por parte da equipe daqueles pacientes em crise aguda, momento em que a enfermagem atua como mediadora de conflitos e realização de contenção química (uso de medicação) e mecânica; cuidados tidos como tradicionais, com pouca participação dos demais componentes da equipe de técnicos em saúde mental.

Considerando que, em algumas situações, o quantitativo de trabalhadores não era suficiente para um atendimento individualizado, havia uma sobrecarga de trabalho devido à necessidade de vigilância, realização de cuidados como higiene corporal, alimentação e deambulação. Além desta problemática, existiam questões de ordem estrutural referidas pelos trabalhadores como a planta física e mobiliário inadequados, iluminação deficiente, limpeza ineficaz e falta de material para realização dos procedimentos.

Quanto às condições de trabalho na psiquiatria, Jorge et al. (2011) referem que os trabalhadores convivem com instalações físicas, com espaços pequenos e inadequados para o desenvolvimento das atividades. Há problemas relativos à insuficiência de profissionais, a escassez de materiais e equipamentos, ocasionando a formação de equipes pequenas e sobrecarregadas de trabalho. A precarização da força de trabalho também se faz presente tendo em vista os baixos salários, os vínculos empregatícios terceirizados (precarizados) e com insuficiência de formação continuada em serviço.

Para Vianey e Marislei (2003), o trabalho em ambiente hospitalar psiquiátrico é considerado dinâmico, estimulante e heterogêneo. Simultaneamente, os trabalhadores de enfermagem realizam atividades insalubres, penosas e difíceis por cuidarem de pacientes na fase aguda da doença, expondo-se a situações estressantes que podem acarretar ao longo do tempo agravos psíquicos e físicos a sua saúde. A elevada tensão emocional dos trabalhadores de enfermagem psiquiátrica, advinda do processo do trabalho associado às longas jornadas, a baixa remuneração, ao frequente duplo vínculo empregatício e a realização de tarefas desagradáveis, tem sido enfatizado por pesquisadores como fatores contributivos para o estresse psicológico ou sofrimento psíquico.

Neste contexto laboral, os trabalhadores de enfermagem são submetidos a cargas de trabalho que, segundo Selligmann-Silva (2011), representam o conjunto de esforços despendidos pelo trabalhador para atender as exigências da tarefa, que abrangem esforços físicos, cognitivos e os psicoafetivos (emocionais), que agem de forma integrada. A carga quantitativa (demasiado trabalho, atenção concentrada e contínua pressão de tempo, etc) diz respeito ao volume de trabalho mental exigido dentro de determinada unidade de tempo. A carga qualitativa refere-se ao nível de complexidade do trabalho e à possibilidade de aplicação, ao mesmo dos interesses significativos, experiências, capacidades e potenciais do trabalhador.

A minha experiência como enfermeira, atuando na gerência de unidade e assistência, contribuiu para a identificação de um número expressivo de faltas não justificadas e licenças para tratamento de problemas de saúde de trabalhadores de enfermagem; inclusive de outras

unidades que tinham a mesma dinâmica de trabalho. O absenteísmo, para a maioria dos trabalhadores, deve-se ao desgaste psicofísico vivenciado no ambiente do trabalho. Além desta problemática, alguns trabalhadores chegavam a verbalizar o desejo de serem transferidos para outras áreas de trabalho e, até mesmo abandono do emprego, devido ao cansaço e insatisfação com o trabalho.

O trabalho da enfermagem na psiquiatria, segundo Carvalho e Felli (2006), por suas características revela-se, sobretudo, suscetível ao fenômeno do estresse ocupacional devido à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade de clientes em que o sofrimento é inevitável, exigindo dedicação no desempenho de suas funções e aumentando a probabilidade de ocorrência de desgaste emocional.

As consequências negativas do estresse na acepção de Bicho e Pereira (2007), a nível individual são acarretadas pelos prejuízos a saúde física e mental devido às cargas de trabalho, podendo acarretar doenças quando se tratam de situações muito prolongadas, intensas ou frequentes, ou quando o indivíduo não possui recursos adequados de adaptação e resistência. Para as organizações, é significativo o aumento de custos diretos (decorrentes do aumento do absenteísmo, do incremento da taxa de rotatividade, queda na eficiência dos trabalhadores, aumento do número de acidentes de trabalho, por exemplo) e indiretos (relacionados à queda na motivação, no moral, na satisfação e qualidade de vida no trabalho, desestruturação de relações interpessoais, etc).

A relação entre trabalho e adoecimento, na concepção de Vianey (2003), é complexa, pois se trata de um processo específico para cada trabalhador de enfermagem psiquiátrica, envolvendo sua história de vida e de trabalho. Assim, para que haja uma interligação consistente entre onexo causal no trabalho e o adoecimento nesta área, é necessário à descrição detalhada das atividades desenvolvidas, do ambiente, da organização e da percepção da influência do trabalho no adoecer.

Frente à problemática apresentada, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras do estudo: Quais são as cargas de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem em hospital psiquiátrico? Como as cargas de trabalho afetam a saúde dos trabalhadores de enfermagem em hospital psiquiátrico? Quais são os mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem frente às cargas de trabalho em hospital psiquiátrico? Mediante essas questões foram traçados os seguintes objetivos:

- a) identificar as cargas de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem em hospital psiquiátrico;

- b) descrever como as cargas de trabalho em hospital psiquiátrico afetam a saúde dos trabalhadores de enfermagem;
- c) analisar os mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem diante das cargas de trabalho em hospital psiquiátrico.

Este estudo justifica-se por haver uma escassez de pesquisas na área de psiquiatria com trabalhadores de enfermagem que discutam o processo de trabalho da enfermagem em hospital psiquiátrico, as cargas de trabalho e as repercussões para a saúde do trabalhador. Em levantamento realizado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ) no período de 1989 a 2013, foi encontrado apenas um estudo sobre o estresse da equipe de enfermagem em um serviço de emergência psiquiátrica.

No intuito de subsidiar o estudo, foi realizada uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar a produção do conhecimento sobre aspectos relacionados à saúde do trabalhador de enfermagem que atua em serviços de saúde mental. Foi consultada a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) no banco de dados da *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados da Enfermagem (BDENF). Na busca dos artigos produzidos pela enfermagem brasileira no período de 2003 a 2013, utilizou-se as seguintes palavras tema: enfermagem psiquiátrica; estresse ocupacional; sofrimento psíquico; saúde do trabalhador.

Foram encontrados 12 artigos, sendo nove estudos originais e três de revisão. No período de 2003 foram publicados quatro artigos e cinco de 2010 a 2013. Os métodos adotados nos estudos foram o qualitativo, em sete estudos e o quantitativo em 2 (16,60%). Nos estudos de campo (artigos originais), recorreu-se a entrevista em 4 (40%) estudos, sendo o hospital psiquiátrico o cenário de investigação em 7 (70%) estudos. No que se referiu aos dados qualitativos, os estudos apontaram, que apesar da criação de outros espaços de cuidado em saúde mental como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e hospital dia, o hospital psiquiátrico é setor de atenção à saúde mental que congrega o maior quantitativo de trabalhadores de enfermagem. Em seu cotidiano os trabalhadores ainda convivem com condições de trabalho insalubres em decorrência de problemas relativos a insuficiência de recursos humanos e materiais; os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) são admitidos nos serviços sem o devido treinamento, sendo os papéis indefinidos, as tarefas repetitivas e cansativas.

Esta revisão evidenciou que a produção do conhecimento sobre a saúde do trabalhador de enfermagem na psiquiatria é incipiente e recente, apesar de o trabalho de enfermagem em psiquiatria é um dos mais antigos no mundo. Como referem Carvalho e Felli (2006), há insuficiência de estudos que abordam a saúde do trabalhador de enfermagem atuante na psiquiatria, reforçando a necessidade de se conhecer os problemas que os trabalhadores de enfermagem em âmbito psiquiátrico estão expostos.

Oliveira et al. (2010), em revisão integrativa da literatura sobre os riscos psicossociais presentes no trabalho da enfermagem no período de 1999 a 2010, ratificaram esta problemática ao relatar que dos 102 artigos publicados pela enfermagem brasileira, apenas dois (1,96%) estudos discutiam os riscos psicossociais presentes em serviço de psiquiatria. Neste estudo, evidenciou-se que o estresse ocupacional decorrente dos riscos psicossociais no trabalho da enfermagem, responde por licenças para tratamento de distúrbios físicos e psíquicas e absenteísmo com sérios encargos para o indivíduo e a organização.

Deste modo, como salienta Sell (2002), o trabalho agride o trabalhador de diversas formas podendo ser de ordem física decorrente de acidentes de trabalho e, neste caso, ferimentos, contusões até a morte, passando por lesão incapacitante ou graves doenças do trabalho. Mas, o trabalho também pode agredir psicoemocionalmente o trabalhador devido às tensões no trabalho, a pressão por produtividade e as exigências do posto de trabalho, tendo como consequência o estresse ocupacional e suas repercussões para a saúde.

O estudo contribuirá com a ampliação do acervo na linha de pesquisa Trabalho Formação e Gerência em Enfermagem e a Saúde do Trabalhador no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, de modo a ampliar os conhecimentos produzidos sobre o trabalho de enfermagem na psiquiatria e as repercussões para a saúde do trabalhador.

Na graduação, subsidiará a discussão e análise sobre o processo de trabalho da enfermagem em hospital psiquiátrico, principalmente no que diz respeito às cargas de trabalho que os trabalhadores de enfermagem encontram-se expostos em seu exercício cotidiano de cuidar de pessoas com transtorno mental, proporcionando ao graduando o conhecimento e reflexão necessários sobre os problemas vivenciados pelos trabalhadores nesta área.

Na saúde do trabalhador o estudo propiciará a discussão sobre as cargas de trabalho presentes no ambiente de trabalho e o modo como a saúde do trabalhador é afetada, subsidiando intervenções no ambiente de trabalho pelo Serviço de Saúde Ocupacional. Neste sentido, é vital a participação dos trabalhadores, de maneira que medidas sejam adotadas pelo

serviço com vistas a saúde do trabalhador, minimizando problemas como insatisfação, desmotivação e absenteísmo por causas diversas.

Cabe pontuar que o absenteísmo na enfermagem, acarreta altos encargos sociais e econômicos a organização, devido à necessidade de reposição de pessoal, tendo como consequência queda da qualidade da assistência e conflitos entre a gerência e servidores. Por se tratar de uma área com suas especificidades, há necessidade de concursos públicos para suprir a necessidade de especialistas em saúde mental, diante de problemas decorrentes da rotatividade e conseqüente contratação de pessoal temporário. Tal problemática relacionada aos recursos humanos, repercute em todo o processo de trabalho, com sobrecarga aos demais trabalhadores que se mantêm no posto de trabalho, exigindo da gerência medidas como remanejamentos e solicitação de substituição.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 A saúde do trabalhador e o trabalho no setor saúde

A medicina do trabalho, enquanto especialidade médica, surgiu na Inglaterra na primeira metade do século XIX, sendo o primeiro serviço implantado em 1830 com a entrada do médico nas fábricas. Naquele momento, o consumo da força de trabalho, resultante da submissão dos trabalhadores a um processo acelerado e desumano de produção, exigiu uma intervenção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e reprodução do próprio processo. Os elementos básicos da expectativa do capital quanto a tais serviços eram: os serviços deveriam ser dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo; deveriam ser serviços dirigidos por médicos; a prevenção de danos à saúde resultantes dos riscos ocupacionais deveria ser atribuição do médico e a responsabilidade pela ocorrência de danos a saúde era da responsabilidade do médico. Este modelo rapidamente se expandiu por outros países, paralelamente ao processo de industrialização (MENDES, 1991).

No século XX, no período em que transcorreu a II Guerra Mundial (1938-1945), os trabalhadores permaneceram nas industriais em condições extremamente adversas e intensidade de trabalho extenuante, em algumas categorias, tão pesado e doloroso quanto o da própria guerra. Sobretudo porque, terminado o conflito bélico, o gigantesco esforço industrial de pós-guerra estava recém iniciando. Num contexto econômico e político de guerra e pós-guerra, o custo provocado pela perda de vidas por acidentes de trabalho e por doenças do trabalho, começou a ser sentido tanto pelos empregadores quanto pelas companhias de seguro, às voltas com pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho. Desvela-se, deste modo, a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção (MENDES, 1991).

Como resultado deste processo, um novo modelo de atenção à saúde do trabalhador emerge dentro das grandes empresas. Trata-se da saúde ocupacional com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais e a ênfase na higiene “industrial”, refletindo a origem histórica dos serviços médicos e o lugar de destaque nas indústrias em países “industrializados”. O modelo proposto tinha como pressupostos a racionalidade científica da atuação multiprofissional e a estratégia de intervenção nos ambientes de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais. A

prática da saúde ocupacional centrava-se na teoria da multicausalidade do processo saúde-doença, na qual um conjunto de fatores de risco é considerado na produção da doença, avaliada através da clínica médica e de indicadores ambientais e biológicos de exposição e efeitos (MENDES; DIAS, 1991).

Como afirma Mauro (2004), se os gentes/riscos são assumidos como peculiaridades naturalizadas de objetos e meios de trabalho, descontextualizados das razões que se situam na sua origem, repetem-se na prática, as limitações da Medicina do Trabalho. As medidas que deveriam assegurar a saúde do trabalhador, em seu sentido mais amplo, acabam por restringir-se a intervenções pontuais sobre os riscos mais evidentes. Enfatiza-se a utilização de equipamento de proteção individual em detrimento do que poderia significar a proteção coletiva; normatizam-se formas de trabalhar consideradas seguras, o que em determinadas circunstâncias, conforma apenas um quadro de prevenção simbólica. A partir destas concepções, são imputados aos trabalhadores o ônus pelos acidentes e doenças, concebidos como decorrentes da ignorância e da negligência do trabalhador.

A partir do final dos anos 1960, começam a surgir críticas em relação a saúde ocupacional e as denúncias dos efeitos negativos da medicalização e do caráter ideológico e reprodutor das instituições médicas. O termo saúde do trabalhador apareceu no Brasil durante o Movimento pela Reforma Sanitária, no contexto da transição democrática, que se intensificou nos anos 1980, tendo na Reforma Sanitária Italiana, seu exemplo inspirador. Portanto, a Saúde do Trabalhador como o conjunto de saberes e práticas, resultou da união dos esforços de técnicos de saúde ligados às universidades e ao Ministério da Saúde (MS) com os trabalhadores, dentro da emergência do Novo Sindicalismo e em sintonia com o que ocorreu no mundo ocidental. Este processo social desdobrou-se em uma série de iniciativas e expressou-se nas discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na realização da IX Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, no mesmo ano, e foi decisivo para a mudança do enfoque estabelecido na nova Constituição Federal de 1988 (NARDI, 2006).

O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo – como e porque ocorre – e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção a apropriação pelos trabalhadores da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica. A saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente de resistência, de constituição e do fazer histórico. No âmbito das relações saúde versus trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as

condições e o ambiente de trabalho para torná-los mais saudáveis, sendo, portanto, sujeitos deste processo (MENDES, 1991).

No cenário das mudanças políticas e sociais ocorridas nas décadas de 1980 e 1990 e no contexto da Reforma Sanitária, o mundo do trabalho e da atenção à saúde dos trabalhadores passou por significativas reformulações. Destaca a definição da área da saúde do trabalhador no campo da abrangência da saúde pública. Até então, a saúde no Brasil ou era um benefício previdenciário restrito aos contribuintes ou um bem de serviço pago na forma de assistência médica, ou ainda uma ação de misericórdia oferecida aos que não tinham acesso à previdência, nem recursos para pagar a assistência privada, prestada por hospitais filantrópicos, a exemplo das Santas Casas de Saúde (BRASIL, 2011).

Precedendo a Constituição Federal de 1988, ações de estruturação da área da saúde do trabalhador no âmbito da rede pública vinham se sucedendo em todo o País. Cabe salientar que neste mesmo período, existiu um movimento mundial de modificação nas legislações de saúde e de segurança no trabalho, que foram respaldadas nas políticas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Criou-se deste modo, uma nova nomenclatura de serviços que antes eram denominadas como de Higiene, Segurança e Medicina Ocupacional, Industrial ou do Trabalho, passando a serem chamados de Serviços de Saúde do Trabalhador ou de Saúde do Trabalho (NARDI, 2006).

Em 1988, a Constituição Federal foi promulgada, sendo um marco legal do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, voltado para ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, onde se instituiu uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias e especialização dos saberes (BRASIL, 2004).

Apesar dos avanços acumulados no que se referiram aos seus princípios norteadores e à descentralização da atenção e da gestão, o SUS ainda enfrenta desafios decorrentes de problemas como: fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais e da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; sistema público de saúde burocratizado e verticalizado; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe; poucos dispositivos de fomento à cogestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004).

Em 20 de setembro de 1990, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (BRASIL, 1990), que regulamenta os artigos referentes à saúde presentes na Constituição Federal, estabelecendo o conceito da saúde do trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta lei dispõe e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado e no art. 6º, § 3º, define a saúde do trabalhador como

um conjunto de atividades que se destina, por meios das ações da Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária, a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (RIBEIRO, 2008, p. 38).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) publicou o manual de procedimentos para os serviços de saúde / sobre doenças relacionadas ao trabalho, ampliando seu escopo ao referir que a saúde do trabalhador é uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção nas relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS.

Na atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS a Saúde do Trabalhador compreende a articulação de conhecimentos e práticas delimitadas pelas inter-relações entre produção, trabalho e saúde no contexto socioambiental do desenvolvimento das sociedades humanas. Parte do pressuposto de que o trabalho é um importante determinante do processo saúde-doença, com expressões diversas sobre a saúde física e mental dos trabalhadores, assume a concepção de que os trabalhadores são sujeitos de sua história e experiência laborativa e atores fundamentais na conquista de melhores condições de trabalho e saúde. Em suas práticas, articula conhecimentos de diversos campos disciplinares, das ciências humanas, da saúde, das ciências exatas, bem como dos saberes e experiências dos trabalhadores (BRASIL, 2011).

Na legislação previdenciária, os agravos à saúde do trabalhador no ambiente de trabalho são classificados em acidentes de trabalho conforme dispõe o art.19 da Lei nº 8.213/91. É o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados – referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando lesão

corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade de trabalho. Doença profissional é entendida, produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social (MTPS). Doença relacionada ao trabalho, assim entendida, adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada no inciso I. Para a Previdência Social, essas três classificações são designadas, genericamente, de acidente do trabalho e são cobertas por um seguro (RIBEIRO, 2008).

Quanto às ações de diagnóstico, tratamento e vigilância em saúde e o estabelecimento da relação da doença com o trabalho, o Ministério da Saúde (MS), cumprindo a determinação contida no art. 6º, § 3º, inciso VII, da Lei Orgânica da Saúde, elaborou uma Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, publicada na Portaria/MS nº 1.339/1999. Essa lista de doenças foi também adotada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), regulamentando o conceito de Doença Profissional e de Doença Adquirida pelas condições em que o trabalho é realizado, Doença do Trabalho, segundo prescreve o artigo 20 da Lei Federal nº 8.213/1991, constituindo o Anexo II do Decreto nº 3.048/1999 (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 1339/GM de 18 de novembro de 1999, define os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, como aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas e a estrutura hierárquica organizacional. A lista possui 12 doenças mentais: Demência; Delirium; Transtorno cognitivo leve; Transtorno orgânico de personalidade; Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado; Alcoolismo crônico; Episódios depressivos; Estado de estresse pós-traumático; Neurastenia; Outros transtornos neuróticos especificados (inclui Neurose Profissional); Transtorno do ciclo vigília sono devido a fatores não orgânicos; Sensação de estar acabado (Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional) (BRASIL, 1999).

1.2 A Reforma Psiquiátrica e o hospital psiquiátrico

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar. Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

No ano 1960 o processo de Reforma Psiquiátrica iniciou-se como movimento contestado na perspectiva medicalizante da doença mental, envolvendo propostas alternativas em relação ao manicômio. O chamado movimento da antipsiquiatria percorreu vários países, com o objetivo de dissolver a barreira entre assistentes e assistidos; abolir a reclusão e repressão impostas ao paciente e promover a liberdade com responsabilidade dos pacientes (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Ao final dos anos 1970, em meio à crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico e a partir dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento passa a protagonizar e construir denúncias da violência dos manicômios, da comercialização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a elaborar coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

Nos diversos encontros de trabalhadores de saúde mental que se realizaram, principalmente, em cidades da região sudeste, as discussões iniciais objetivaram denunciar as condições degradantes da assistência que eram prestadas nos asilos e hospitais psiquiátricos. Realizaram uma autocrítica sobre o papel que vinham desempenhando nessa assistência que era de baixa qualidade, desrespeitosa aos doentes mentais, e sobre um novo papel político que precisariam assumir para transformar tal realidade. Veio à tona a necessidade de lutar pelo

resgate da cidadania dos doentes mentais durante a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987, quando foram traçadas estratégias para processar modificações na legislação psiquiátrica, sanitária, trabalhista, civil e penal. Tais modificações dariam suporte ao novo enfoque de cidadania que se queria constituir. Nessa mesma Conferência foram definidos os pontos principais do novo modelo de assistência em saúde mental e que foi aperfeiçoado em momentos posteriores (FRAGA; SOUZA; BRAGA, 2006).

A criação do SUS, em sintonia com a constituição de 1988, prioriza a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. Com os mecanismos de descentralização e cogestão em sua organização, o SUS contemplou em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, incluindo o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Segundo os autores supracitados, o SUS e a Reforma Psiquiátrica no Brasil consistiram em um processo que incluiu movimentos sociais e políticos, que desconstruíram tanto os conceitos de saúde em geral, como os de práticas em psiquiatria. Neste sentido a elaboração Lei nº 10.216 foi um marco e em sua consecução, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e sobre a reinserção social do doente mental em seu meio e a contratação pelo serviço público de leitos. Desta forma, a internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Neste contexto, cabe destacar a importância do processo de desconstrução do conceito de clínica, o que deixaria de ser o isolamento terapêutico proposto por Philippe Pinel (Sec. XVIII) para torna-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades no contexto da atual processo de reforma psiquiátrica; o sujeito da experiência da loucura, antes excluídos no mundo da cidadania. Nesta concepção, a desinstitucionalização torna um processo ético-estético, de reconhecimento de novas relações, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2003).

Compreende-se que a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que inicia no manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Porém, o objeto ao invés de ser a doença, torna-se a existência do sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social. Neste sentido, a desinstitucionalização é um processo crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto bastante diferente do anterior (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Segundo Esperidião et al. (2013), as transformações ocorridas do modelo assistencial em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica e a lógica da desinstitucionalização norteiam a Política Nacional de Saúde Mental. Essa política reverteu o Modelo Manicomial para o de Atenção Psicossocial, onde o acesso, o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento das pessoas em situações-limite têm sido realizados por serviços no território. Em 2001, a Política Nacional de Saúde Mental é instituída tendo como diretrizes a desinstitucionalização, com a redução progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos; a expansão e consolidação da rede de atenção especializada, priorizando-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; a atenção integral ao usuário de *crack*, álcool e outras drogas; a implantação de um programa permanente de formação de profissionais para Reforma Psiquiátrica; a promoção dos direitos de usuários e familiares e por fim a implantação de um programa de geração de renda e trabalho.

Neste sentido, propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, inclusive de hospitais especializados, com sua substituição por outras modalidades assistenciais. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei nº 10.216 foi finalmente sancionada pelo Presidente da República em 6 de abril de 2001, lei esta que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. A lei em questão proíbe, em todo o Brasil, a construção de novos hospitais psiquiátricos e a contratação pelo serviço público de leitos e unidades particulares deste tipo; estabelece que os tratamentos devem ser realizados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental e, como finalidade primordial, procura a reinserção social do doente mental em seu meio. A internação só será indicada quando, os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2005).

Portanto, precisa ter um investimento na redução dos leitos, incremento da rede extra-hospitalar como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, bem como na atenção básica, com destaque para o Programa de Saúde da Família (PSF), a fim de ampliar o acesso a população aos serviços de saúde mental em todo país (ROCHA, 2008).

Tais serviços são diferenciados com as estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária; são impulsionados pelos projetos de reforma psiquiátrica, que vêm sendo implementados em grande parte dos estados brasileiros. O resultado dessa nova política e organização foi a redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos (MILHOMEM; OLIVEIRA, 2009).

1.3 O trabalho de enfermagem psiquiátrica: a organização do trabalho

Um dos principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura. O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais dos trabalhadores formação técnica e teórica, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho. Ainda, várias localidades do país têm muitas dificuldades para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas nos grandes centros urbanos. Por esta razão, desde o ano de 2002, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que incentiva, apoia e financia a implantação de núcleos de formação em saúde mental para a Reforma Psiquiátrica. Através de convênios estabelecidos com a participação de instituições formadoras com participação de universidades federais, dos municípios e estados. A partir de 2003, o Ministério instituiu uma estrutura organizativa mais ampla, a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGESTES), para enfrentar as necessidades qualitativa e quantitativa de recursos humanos para o SUS (BRASIL, 2005).

Ao se refletir sobre o processo de formação de profissionais para trabalhar na psiquiatria, há de se considerar que o trabalho de enfermagem psiquiátrica, desde os primórdios da sua existência (sec. XVIII), esteve marcado pelo modelo controlador e repressor, tendo suas atividades realizadas por indivíduos leigos, ex-pacientes, serventes dos hospitais e, posteriormente, desenvolvido pelas irmãs de caridade. O cuidar significava o condicionamento dos internos às barbaridades dos guardas e carcereiros. Os maus tratos, a vigilância, a punição e a repressão eram os tratamentos preconizados e, geralmente, aplicados pelo pessoal de “enfermagem”, que se ocupava do lugar das religiosas (VILLELA; SCATENA, 2004).

A organização de trabalho neste período no interior das instituições asilares e, posteriormente, dos hospitais psiquiátricos constituíam-se por tarefas de vigilância e manutenção da vida dos doentes que envolviam práticas de higiene, alimentação, supervisão e execução de tratamentos prescritos. Com a descoberta dos neurolépticos e eletroconvulsoterapia na década de 1940 foi exigida da enfermagem uma assistência mais qualificada, fazendo com que sua prática fosse desenvolvida com a utilização de habilidades médico-cirúrgico, conferindo-lhe um caráter científico (VILLELA; SCATENA, 2004).

Para Moreira et al. (2008), o trabalho de enfermagem psiquiátrica, em face das novas diretrizes da política nacional de saúde mental, vem passando por importantes transformações nas últimas décadas e com isso novas práticas estão sendo assimiladas pelo profissional, na tentativa de aperfeiçoar a assistência integral ao paciente com transtorno mental. Conseqüentemente, os profissionais têm sentido a necessidade de refletir sobre suas ações, pois o processo de trabalho é constituído por conflitos e resistências, necessitando ser repensado no cotidiano em que se constrói.

Conforme Ramminger (2006), o trabalhador da área de psiquiatria assim como em outras áreas, possui uma história individual, construída a partir das relações entre as figuras parentais e a sociedade. A diferença está no fato de que o trabalhador de saúde mental utiliza essa rede de relações intersubjetivas, enquanto ferramenta de trabalho. Lancman e Costa (2008) sustentam esta afirmação quando declara que, o instrumento terapêutico dos profissionais de psiquiatria, é o seu próprio aparelho psíquico.

Segundo Lancman (2008), as ligações entre o hospital psiquiátrico e o trabalho são bem maiores do que podemos supor em um primeiro momento. Essas ligações já aparecem na origem no manicômio e surge a partir da reformulação do processo de trabalho, determinando a divisão da sociedade entre indivíduos capazes e incapazes. Além disso, a especificidade do hospital psiquiátrico determinou diferentes modos de trabalho, dando origem, a primeira especialidade médica: a psiquiatria e conseqüentemente a primeira escola de enfermeiros. Na atualidade as novas práticas de Saúde Mental estimulam mudanças no desempenho das ações de enfermagem psiquiátrica, no modo de cuidar, voltada para relação humana.

Para Ramminger (2006), no processo da reforma psiquiátrica a assistência ao paciente vem sendo marcada pela extinção progressiva dos manicômios e do estabelecimento de uma nova realidade, por outro entendimento sobre a loucura e conseqüentemente sobre o atendimento em saúde mental. No entanto, não é suficiente modificar apenas as relações dos pacientes com os hospitais e com a sociedade. É urgente que se possa problematizar e refletir sobre a organização do trabalho e a saúde / doença dos trabalhadores em psiquiatria, de forma continuada.

Deste modo, poucas áreas de conhecimento e atuação são tão complexas e com tanta transversalidade de saberes quanto é a área da psiquiatria. O trabalho, nesse campo, faz com que os profissionais sejam confrontados diariamente com a dor, o sofrimento, cujos pacientes por terem doenças crônicas e recidivantes, nutrem grande dependência em relação aos trabalhadores e serviços. Conviver com a precariedade da existência e com a sua fragilidade

traz, grande sofrimento aos trabalhadores, que, a todo instante, são lembrados da vulnerabilidade que o sofrimento psíquico produz (MAGNUS; MERLO, 2012).

Pires, Gelbcke e Matos (2004) referem que a organização do trabalho da enfermagem na perspectiva do materialismo histórico-dialético, envolve dimensões macro e microsociais, bem como a dinâmica das relações que se estabelecem no trabalho. O termo organização do trabalho alude às relações entre os profissionais de enfermagem, as suas relações com os usuários dos serviços de saúde, com os familiares, com os outros profissionais de saúde ou grupos de trabalhadores da instituição; os constrangimentos e as facilidades provocados pela estrutura institucional; as relações hierárquicas; o conhecimento e as tecnologias disponíveis em saúde e na enfermagem; a divisão do trabalho; o modelo de gestão da instituição e da própria enfermagem; e as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde.

A transição no perfil das características do trabalho em psiquiatria vem sendo acompanhada de sérios problemas de âmbito gerencial. A falta de investimentos em recursos humanos na área vem se agravando, tem gerado déficit de profissionais qualificados, achatamento salarial e não reposição de pessoal. Estes problemas, além de ocasionarem contratações de trabalhadores temporários, cooperativas de profissionais, serviços terceirizados, não tem minimizado a sobrecarga de trabalho sentida pela equipe, tendo como consequência altos níveis de estresse, sintomas depressivos e ansiosos (DE MARCO et al., 2008).

Objetivando o enfrentamento do problema, que afeta diretamente a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, reconhecer e valorizar o trabalho humano em todas as suas dimensões foi criado o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho, onde gestores das três esferas de governo e lideranças trabalhistas estão analisando e debatendo alternativas para combater a precariedade do trabalho no SUS, através do estabelecimento de vínculos que assegurem direitos e estabilidade aos trabalhadores e também a organização dos serviços de saúde oferecidos à população, considerando que o vínculo precário tem reflexos diretos na qualidade dos serviços oferecidos e na regularidade do trabalho dos profissionais (BRASIL, 2006).

1.4 As cargas de trabalho em hospital psiquiátrico

Na sociedade atual, caracterizada como organização formal, ocorre a maior parte das experiências profissionais das pessoas. As organizações oferecem maior ou menor qualidade de vida no trabalho e adotam as mais variadas políticas na gestão dos recursos humanos, influenciando de forma importante na satisfação do trabalho. O termo “qualidade de vida no trabalho” representa o grau em que os membros de uma organização são capazes de satisfazer as necessidades pessoais, através das suas experiências no contexto organizacional. Nesta perspectiva, a qualidade de vida no trabalho não é determinada apenas pelas características individuais (necessidades, valores, crenças e expectativas) ou situacionais (estrutura organizacional, tecnologia, sistemas de recompensas), mas sim pela interação sistêmica das características individuais e organizacionais (MARTINS, 2008).

Ao analisar a inter-relação entre saúde mental e trabalho, Dejours e Abdoucheli (1994) acentuam o papel da organização do trabalho no que tange aos efeitos negativos ou positivos que aquela possa exercer sobre o funcionamento psíquico e a vida mental do trabalhador. Traz como conceito de organização do trabalho a divisão das tarefas e a divisão dos homens. A divisão das tarefas engloba o conteúdo das tarefas, o modo operatório e tudo que é prescrito pela organização. A divisão dos homens compreende a forma pela qual as pessoas são divididas em uma empresa e as relações que aí se estabelecem. Do ponto de vista da Ergonomia, a análise da organização do trabalho deve-se levar em conta: o trabalho prescrito e o trabalho real. O trabalho prescrito refere-se às normas, regras, rotina estabelecida pela organização, ou seja, o que é considerado certo dentro da organização; já o trabalho real está relacionado com o que o sujeito adiciona de seu à organização, ou seja, a criatividade e a inteligência prática com que ele lida com as situações do dia a dia.

O descompasso entre o trabalho prescrito e o real favoreceria o aparecimento do sofrimento mental, uma vez que levaria o trabalhador à necessidade de transgredir para poder executar a tarefa. Neste sentido, o conceito de carga de trabalho tem sido utilizado na literatura para estudar a saúde dos trabalhadores, sendo definida como “um dos elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeando alterações nos processos biopsíquicos, que se manifestam como desgaste físico e psíquico, potenciais ou efetivamente apresentados” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 109).

Para Laurell e Noriega (1989), a categoria “carga de trabalho” pretende alcançar um conceito mais preciso como “condições ambientais”, no que diz respeito ao processo de

trabalho. Desta forma, busca ressaltar na análise do processo de trabalho os elementos deste que interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste, entende-se como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica. Assim sendo, o conceito de carga possibilita uma análise do processo que extrai e sintetiza os elementos que determinam, de modo importante, o nexo biopsíquico da coletividade operária e confere a esta um modo histórico de “andar da vida”.

As cargas de trabalho se subdividem em físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas. As fisiológicas e psíquicas possuem materialidade interna ao corpo do trabalhador, enquanto as demais possuem materialidade externa. Essa distinção é feita, pois as cargas fisiológicas e psíquicas só manifestam-se por meio de um distúrbio ou de uma doença, enquanto que as demais – de materialidade externa – são passíveis de observação no ambiente de trabalho (MIRANDA et al., 2011).

Como cargas físicas, temos a título de exemplo o ruído, o calor, que podem ser detectados medidos sem envolver o corpo humano e, dessa forma, tem uma materialidade externa a ele (LAURELL; NORIEGA, 1989). As cargas ao interagirem com o corpo do trabalhador provocam processos intracorporais complexos, desencadeando mecanismos de adaptação, tais como irritação, sudorese, resfriado, reações alérgicas, efeitos biológicos (MIRANDA et al., 2011).

As cargas químicas são os pós, os medicamentos, a fumaça, os vapores, os gases, os líquidos (antissépticos, desinfetantes, esterilizantes, etc) e as pastas, ou seja, substâncias presentes no ambiente de trabalho, algumas manipuladas pelo trabalhador para atingir a finalidade do seu trabalho, como no preparo dos medicamentos. As cargas biológicas são os inúmeros micro-organismos (provenientes de doenças infectocontagiosas, fluidos e secreções, manipulação de materiais contaminados) e vetores, que normalmente nos ambientes de trabalho da enfermagem adquirem diferenças qualitativas, sendo mais infectantes (MIRANDA et al., 2011).

As *cargas mecânicas* são derivadas dos instrumentos de trabalho e materiais que compõem o ambiente de trabalho, quando esses não recebem a devida manutenção, ou não são projetados e/ou instalados adequadamente e se convertem em lesões, como as contusões, as fraturas, as feridas - no caso de acidentes. As *cargas fisiológicas* são derivadas do esforço físico, das posições incômodas e inadequadas, da ruptura no ciclo circadiano provocada pela alternância no turno de trabalho. Já as *cargas psíquicas* podem ser classificadas em dois grupos: sobrecarga psíquica e subcarga psíquica. A sobrecarga psíquica é causada por situações de tensão prolongada, enquanto a subcarga, pelo uso limitado do conhecimento e

habilidades do trabalhador em desenvolver seu trabalho. Entre as cargas psíquicas, temos: a monotonia, a repetitividade, o trabalho parcelado, trabalho em ritmo acelerado, a interferência de outros trabalhos retardando o alcance da finalidade, a atenção permanente, o tipo de supervisão- muita exigência, falta de autonomia, entre outras (MIRANDA et al., 2011).

Segundo Dejours (2012), o prazer no trabalho resulta da descarga de energia psíquica que a própria tarefa autoriza o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho. Se este trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele se torna equilibrante. Quando se opõe essa diminuição, ele é fatigante. Para exemplificar, temos o trabalho por peças, no qual não há quase espaço para atividade fantasmática e a via de descarga psíquica esta fechada; a energia psíquica cresce até que aparecem a fadiga, a astenia e a, partir daí, a patologia é o trabalho fatigante. Deste modo, a fadiga é uma testemunha não específica da sobrecarga que pesa um o outro dos setores do organismo psíquico e somático, portanto, esse modo princípio de difusão é válido nos dois sentidos: a carga psíquica pode ter traduções viscerais e musculares.

1.5 O sofrimento no trabalho e as estratégias de defesa

Segundo Elias e Navarro (2006), existe um reconhecimento do ambiente hospitalar como insalubre, penoso e perigoso para os trabalhadores, sendo um local propício para o adoecimento e riscos de acidentes. Tais considerações são ratificadas por Schmoeller et al. (2011), ao relatarem que um marco crescente de sofrimento psíquico deve-se à alta pressão social e psicológica a que estão submetidos os profissionais de enfermagem, tanto na esfera do trabalho devido as más condições e de vida que podem estar relacionadas a ocorrências de transtornos mentais, como ansiedade e depressão.

Para Lacman e Szenelwar (2011), as transformações no mundo do trabalho atingem também as condições de trabalho daqueles que ainda estão no emprego. Os assalariados terminam por ceder a precarização das condições de trabalho, as perdas de direitos trabalhista e previdenciários, bem como mecanismos de proteção e de fiscalização em relação à saúde, expondo-se a mais riscos de adoecimentos e de acidentes. No entanto, essas mudanças das novas organizações de trabalho aumentam outras formas de adoecimentos, tais como: afecções musculoesqueléticas, estresse, problemas psíquicos e outros.

Neste sentido, o estudo dos aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho não pode desprezar que as vivências de prazer-sofrimento decorrentes da organização do trabalho são dialéticas, e por isso não podem ser estudados separadamente. Não obstante, podemos identificar elementos específicos da organização do trabalho que favorecem uma ou outra vivência, assim como a dinâmica delas decorrente. Isto só é possível por meio da fala dos trabalhadores, do discurso manifesto e latente, da análise da palavra, que se constitui mediadora entre representações psíquicas e a realidade. Neste sentido, o sofrimento é apontado pela insatisfação do trabalhador, de tal maneira, de não ter no trabalho uma via de descarga de energia que seja efetiva e de acordo com sua personalidade, como mesmo no que se refere a desejos e motivações. O trabalhador, em confronto com a realidade do trabalho, busca significação para as tarefas que realiza perante a organização do trabalho. Na existência do conflito, há sobrecarga comportamental e grande insatisfação do trabalhador pela falta de meios de canalização de suas pulsões (DEJOURS, 2012).

O resultado da relação do homem com o trabalho é o sofrimento que ocorre nas situações onde o desejo do trabalhador vai de encontro com a organização do trabalho, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora. Quando o rearranjo da organização de trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa e a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho, se acumula no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão (DEJOURS, 2011).

Existem muitas formas de sofrimento no trabalho e, entre elas, a derivação em direção a atitudes agressivas, até mesmo comportamentos violentos, preocupação em relação a certas situações de trabalho particularmente penosas, esperas *stand-by* muitas vezes prolongadas, desaparecimento das confraternizações no trabalho, medo de boatos e desconfiança em relação aos outros, desânimo, desencorajamento, sentimento de não reconhecimento dos méritos específicos, vivência de injustiça e iniquidade em faces de níveis de remuneração ou reconhecimentos de serviços prestados, tensões entre equipes, crises no interior de uma equipe, várias equipes, destruição muito preocupante da confiança recíproca, desenvolvimento de um individualismo e de um fechamento de cada um em sua esfera privada (DEJOURS, 2012).

Para Lacman e Szenelwar (2011), a organização do trabalho tem uma relação estreita com os procedimentos defensivos contra o sofrimento decorrente dos processos de

organização do trabalho. Encontrando um desencadeamento: sofrimento, defesa protetora, defesa adaptativa e defesa exploratória. Surgindo a questão da alienação pelo trabalho, bem como pela organização do trabalho. O sofrimento acaba surgindo de uma forma bivalente, sendo necessário transformar a organização do trabalho, tornando o trabalho mais leve. Surge, então, a questão das condições de uma ação coletiva sobre a organização do trabalho.

Dejours (2012) ressalta que o conflito entre organização do trabalho e o funcionamento psíquico pode ser reconhecido como fonte de sofrimento, ao mesmo tempo como chave de sua possibilidade de análise. Mas o sofrimento suscita estratégias defensivas. A descoberta empírica mais surpreendente foi a das estratégias defensivas construídas, organizadas e gerenciadas coletivamente. Para lidar com o sofrimento inerente ao trabalho, existem defesas instaladas e amparadas pelos trabalhadores, coletivamente, determinadas como estratégias coletivas de defesa e, entre elas, desvencilhar-se das responsabilidades, uma atitude de fechamento em uma autonomia máxima.

As estratégias se manifestam por meio de comportamentos próprios de cada indivíduo, pois cada um reage de um modo particular, a cada situação dependendo da sua personalidade. As estratégias defensivas podem ser individuais ou coletivas. As coletivas surgem quando um grupo de trabalhadores com sofrimento único se unem e constroem uma estratégia comum que nada mais é do que uma nova percepção da realidade, transformada e validada pela coletividade. É uma maneira de o trabalhador tentar se adaptar à organização do trabalho. Visto de outro ângulo, o sofrimento pode ter como implicação a criação de uma defesa, isto é, a criatividade é usada para modificar-se o sofrimento aumentando a resistência do trabalhador ao risco de desestabilização psíquica e somática. Neste caso, o trabalho funciona como mediador da saúde (DEJOURS, 2011; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2012).

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de pesquisa

A pesquisa científica, segundo Gonçalves (2011), permite a formação e ampliação do conhecimento científico e da consciência crítica do investigador, por incidir na observação dos fatos com tal como ocorrem de forma espontânea. Para tal, utiliza-se métodos de modo a responder as questões ou resolver problemas, sendo a meta final da pesquisa desenvolver, refinar e expandir um corpo de conhecimentos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Neste estudo, optei pela pesquisa qualitativa, do tipo exploratória e descritiva, considerando que o objeto investigado pertence a uma realidade ligada ao mundo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes resultantes de ação humana objetiva, apreendidos por meio do cotidiano, da vivência e da explicação das pessoas que vivenciam determinada situação (MINAYO, 2007).

O estudo descritivo, na concepção de Gil (2006), tem como proposta a descrição sistemática de um fenômeno, população ou campo de interesse, de forma objetiva e detalhada como um meio adequado para se atingir os objetivos de uma pesquisa.

No que se refere aos estudos exploratórios, como assevera Minayo (2013), a fase exploratória de uma investigação é tão importante que é em si é considerada uma pesquisa exploratória e compreende desde a etapa de construção do projeto até os procedimentos e testes para entrada em campo. Porém, a fase exploratória termina formalmente com a entrada em campo, embora, como já tem sido repetido por diversas vezes, as etapas se interpenetrem e o esforço de delinear esse começo de caminho tenha sentido pela necessidade de balizar tanto com a teoria e como prática.

2.2 Campo da pesquisa

Segundo Minayo (2010), entende-se por campo na pesquisa qualitativa, o recorte espacial que diz respeito à abrangência em termos empíricos do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação. A exploração do campo propriamente dito é de

fundamental importância precedê-lo desde a etapa exploratória que contempla as seguintes atividades: a escolha do espaço de pesquisa; escolha do grupo de pesquisa; estabelecimento dos critérios de amostragem; estabelecimento das estratégias de entrada no campo. Para entrada no campo, devem-se prever os detalhes do primeiro impacto da pesquisa, ou seja, merece preparação do processo de como descrevê-la aos interlocutores, como investigadores se apresentam, a quem se apresentam e por meio de quem (MINAYO, 2013).

O estudo foi realizado em um hospital psiquiátrico de grande porte, situado no município do Rio de Janeiro, pertencente à rede municipal de saúde e opera atualmente com capacidade de ocupação de 227 leitos para pacientes do Sistema Único Saúde de Saúde (SUS).

Considerando que a instituição possui várias modalidades de atendimento em saúde mental, e entre elas unidades de internação, ambulatório, moradia assistida e serviço de portas abertas, optei por realizar a pesquisa em cinco unidades de internação que pertencem ao um núcleo de atenção à crise. Este núcleo atende a pacientes externos oriundos da emergência geral do município, internos do Núcleo de Reabilitação e Inserção Social (NRIS) que funciona 24 h. As unidades de internação compreendem enfermarias de curta permanência com 14 leitos adultos e quatro infantis, duas enfermarias femininas de tratamento de pacientes com quadros agudos (46 leitos), duas enfermarias de tratamento de pacientes masculinos com quadros agudos (40 leitos).

A enfermaria de curta permanência é a porta de entrada do serviço, contando com 14 leitos destinados para a internação de adultos de ambos os sexos, quatro leitos para crianças e adolescentes. Os usuários são encaminhados pelo Posto de Atendimento de Emergências Psiquiátricas pertencente à instituição e localizado na área programática do território.

Após o encaminhamento da unidade de emergência referida, o usuário é recebido na unidade de curta-permanência, onde é acolhido por uma equipe multidisciplinar (assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo e técnico de enfermagem). O acolhimento consiste em avaliar o quadro clínico e a necessidade de internação. Nas situações em que o período de internação é superior a 72 horas, o usuário é destinado às enfermarias de crise, de acordo com sua área programática.

2.3 Participantes da pesquisa

Os sujeitos do estudo, na concepção de Polit, Beck e Hungler (2004), são indivíduos representativos e com condições de produção do conhecimento em face das vivências e experiências relacionadas ao objeto de estudo.

A equipe de enfermagem da unidade de internação é composta de um enfermeiro e três técnicos de enfermagem, escalados em plantão de 12x60 horas, sendo um técnico de enfermagem diarista, um enfermeiro no turno manhã e um à tarde num total de seis enfermeiros no serviço diurno. Ressalta-se que no período noturno a equipe assistencial fica bastante reduzida com apenas um enfermeiro responsável pela supervisão, um médico plantonista e dois técnicos de enfermagem por unidade de internação.

Os sujeitos da pesquisa foram 30 trabalhadores (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) lotados na unidade de internação, a partir dos seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- a) ser do quadro permanente da instituição ou em regime de contrato;
- b) atuar na unidade de internação pelo menos a seis meses de exercícios efetivo.

Critérios de exclusão:

- a) trabalhadores de enfermagem que se encontrarem de férias ou licença de qualquer natureza ou terem menos de seis meses de efetivo exercício nas unidades de internação.

2.4 Técnica e instrumento de coleta dos depoimentos

Na obtenção dos depoimentos, trabalhei com a técnica de entrevista, mediante um roteiro (APÊNDICE A) contendo questões abertas acerca do objeto de estudo. A entrevista é muito utilizada nas pesquisas de campo, constituindo-se em uma modalidade eficaz para o recolhimento de dados fidedignos (GONÇALVES, 2005). Como relata Minayo (2010), as

entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização, sendo classificadas em sondagem de opinião, no caso de ser elaborada mediante um questionário, no qual a escolha do informante esta condicionada a dar respostas a perguntas formuladas pelo investigador.

As entrevistas foram realizadas após a autorização do estudo pela instituição e emissão do parecer pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPE) de nº 619.262 (CAAE - 23356414.6.0000.5259) em 09/04/2014. Realizado agendamento e de acordo com a disponibilidade dos depoentes, as entrevistas foram gravadas em meio digital e duraram em média 30 minutos, sendo realizadas no próprio local de trabalho em local privativo e sem interrupções, tendo os entrevistados assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Anterior à obtenção dos depoimentos, foi realizado teste piloto com dois profissionais de enfermagem da psiquiatria (enfermeiro e técnico de enfermagem) que atuavam em setores com características similares ao campo de estudo. Após a transcrição dos depoimentos e análise do material, concluiu-se que não houve necessidade de alterações do roteiro, considerando que o mesmo atendeu aos objetivos propostos.

2.5 Aspectos éticos da pesquisa

O código de Nuremberg, de 1947, estabeleceu princípios para realizar pesquisas em seres humanos. No ano 1964, a Associação Medica Mundial implantou normas para garantir a eticidade das pesquisas biomédicas realizadas em todo o mundo, aprovando diretrizes que ficaram conhecidas como Declaração de Helsinque, a qual foi revisada em 1975 e estabeleceu a obrigatoriedade de protocolo de aprovação no comitê de Ética. No Brasil, a Resolução 196/96 (BRASIL, 1998), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabeleceu diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos, onde aborda a necessidade de aprovação previa de protocolo de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Esta resolução juramenta que cada instituição onde se realiza pesquisa crie o seu CEP fundamentando-se nos principais documentos internacionais e incorpora, sob a ótica do individuo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, pelo consentimento livre e esclarecido dos participantes e pela proteção a grupos vulneráveis; não maleficência, pela garantia de que prováveis danos serão evitados; beneficência, pelo

compromisso em proporcionar o máximo de benefícios e o mínimo de danos e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado (DYNIEWICZ, 2009).

Na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Ministério da Saúde (MS), que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos (BRASIL, 2012).

2.6 A análise de conteúdo

Terminadas as entrevistas e após a transcrição na íntegra dos depoimentos, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011).

Como afirma a autora supracitada, fazer uma análise temática consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. O tema, enquanto unidade de registro, corresponde a uma regra de recorte (do sentido e não forma) que não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas.

Para Bardin (2011), o tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências e outros. As respostas a questões abertas, as entrevistas (não diretas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo, de inquérito ou de psicoterapia, os protocolos de testes, as reuniões de grupo, os psicodramas, as comunicações de massa e outros podem ser, e frequentemente são, analisados tendo o tema por base.

A escolha de unidades de registro (UR) deve responder de maneira pertinente aos elementos recortados do texto. A unidade de registro de significação codificada corresponde ao segmento de conteúdo considerado unidade de base visando à categorização e a contagem frequencial. A unidade de registro pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis (BARDIN, 2011).

É necessário fazer a distinção entre unidade de registro, ou seja, o que se conta e a regra de enumeração – o modo de contagem. Já a frequência geralmente é a medida mais usada, correspondendo o seguinte postulado (válido em certos casos e em outros não): a importância de uma unidade de registro aumenta de acordo com a frequência de aparição. Pode-se recorrer a um sistema de ponderação, se o pesquisador supuser que a aparição de determinado elemento tem mais importância de que outro, correspondendo a uma decisão tomada *a priori*, mas pode também traduzir as modalidades de expressão ou intensidade de um elemento (BARDIN, 2011).

A medida de intensidade com que cada elemento aparece é indispensável na análise de valores (ideológicos, tendências) e das atitudes. A direção e a ponderação da frequência traduzem um caráter quantitativo (intensidade) ou (qualitativo): a direção. A direção pode ser favorável, desfavorável ou neutra (eventualmente ambivalente), no caso de estudo de favoritismo. Os polos direcionais podem, no entanto, ser de natureza diversa: bonito/feio (critério estético), pequeno/grande (tamanho) (BARDIN, 2011).

As fases da análise de conteúdo foram organizadas em três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e, ao final, o tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011). Na pré-análise foram desenvolvidas as operações preparatórias para a análise, baseadas em um processo de escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise (BARDIN, 2011).

A exploração do material refere-se ao processo através do qual os dados brutos são transformados ordenadamente e acrescentados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto. No tratamento dos dados, busca-se alocar em conceitos as informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexa como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras e modelos (BARDIN, 2011).

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob o título genérico, agrupamento efetuado em razão das características comuns destes elementos. O critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas: por exemplo, todos os temas que significam a descontração ficam agrupadas sob título conceitual “descontração”), sintático (os verbos, os adjetivos), léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinônimos e

expressivo (por exemplo, categorias que classificam as diversas perturbações da linguagem) (BARDIN, 2011).

Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles. É possível, contudo, que os outros critérios insistam em outros aspectos de analogia, talvez modificado consideravelmente a repartição anterior. A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas: o inventário: isolar os elementos; a classificação: repartir os elementos e, portanto, procurar ou impor certa organização as mensagens (BARDIN, 2011).

As categorias e subcategorias são apresentadas na seguinte ordem:

Categoria 1: Cargas de trabalho e associação com o cuidado do paciente com transtorno mental

Subcategoria 1: Tecnologias leves: cuidados de ordem subjetiva

Subcategoria 2: Demandas de cuidados centrados no corpo

Subcategoria 3: Imprevisibilidade e vigilância

Categoria 2: Cargas psíquicas do trabalho e a organização hospitalar

Subcategoria 1: Precariedade das condições de trabalho

Subcategoria 2: A ausência de poder frente a organização do trabalho

Subcategoria 3: Quando as cargas se superpõem

Categoria 3: Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental e física do trabalhador de enfermagem: o sofrimento no trabalho

Subcategoria 1: Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental: o sofrimento no trabalho

Subcategoria 2 – Repercussões físicas das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador: quando o corpo fala

Categoria 4: Cargas de trabalho e mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem

Subcategoria 1: mecanismos de defesa centrados na tentativa de solução de problemas

Subcategoria 2: mecanismos de enfrentamento centrados na regulação da emoção

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização dos participantes

O perfil dos sujeitos que participaram do estudo é apresentado na Tabela 1, o qual foi elaborado a partir do instrumento de coleta de dados elaborado no sentido de dar suporte a discussão dos dados qualitativos.

Tabela 1 – Características dos sujeitos do estudo - Rio de Janeiro - 2014

Características	F	F (%)
Sexo		
Masculino	5	16,7
Feminino	25	83,3
Total	30	100
Faixa etária		
26 a 34	03	10
35 a 45	7	23,3
46 a 55	13	43,3
Acima de 55	07	23,3
Total	30	100
Estado civil		
Solteiro	7	23,3
Casado	14	46,6
Divorciado	6	20
União consensual	1	3,3
Viúvo	2	6,6
Total	30	100
Renda familiar em salários mínimos		
1 a 3	9	30
4 a 07	20	66,6
Acima de 07	1	3,3
Total	30	100

Nota: N= 30.

Participaram do estudo 30 trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) lotados em um hospital psiquiátrico do município do Rio de Janeiro em 2014. São do sexo feminino 25 (83,3%) e 5 (16,7%) masculino, cuja faixa etária variou de 26 a 60 anos, sendo em sua maioria com idades de 35 a 55 anos, ou seja, em sua fase produtiva de trabalho. Eram casados 15 (50%) e cuja renda familiar concentrou-se em

torno de 4 a 7 salários mínimos. Considerando que, em sua maioria, são do sexo feminino, deve-se refletir sobre as atividades extratrabalho no que concerne à criação dos filhos e demais atividades do lar.

Tabela 2 - Perfil profissional dos sujeitos do estudo - Rio de Janeiro - 2014

Características	F	F(%)
Formação		
Ensino Médio	14	46,6
Superior	11	36,6
Superior Incompleto	5	16,6
Total	30	100
Tipo de jornada de trabalho		
Diurno	21	70
Noturno	3	10
Tarde	2	6,6
Total	30	100
Carga horária de trabalho neste hospital		
Até 30	22	73,3
32	3	10
40	5	16,6
Total	30	100
Número de Vínculos empregatícios		
1	15	50
2	15	50
Total	30	100

Nota: N=30.

Como evidenciado na Tabela 2, são trabalhadores que possuem níveis de escolaridades distintos, independente da função ou cargo exercido, pois 11 (36,6%) possuem nível superior completo, 5(16,6%) superior incompleto. Tais resultados refletem uma necessidade de aquisição de conhecimentos por parte dos trabalhadores, o que corresponde maiores anos de estudos e também inserção no mercado de trabalho.

Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 17 (56,6%) referiram trabalhar há mais de seis anos, o que reflete no conhecimento da instituição como um todo, assim como no que diz respeito a área de trabalho e a sua especificidade.

No que diz respeito à jornada de trabalho, 24 (80%) trabalham em regime de turnos diurno e noturno (plantão) de 12 horas por 60, sendo que os trabalhadores estatutários cumprem carga horária de 30 horas e os celetistas 40 horas semanais. Sobre o trabalho em turno na psiquiatria, trata-se de um fator que contribui para o desgaste físico e mental no trabalho, tendo em vista que os trabalhadores passam 12 horas ou mais em contato

permanente com a clientela e suas necessidades de cuidados contínuos que vão desde administração de medicamentos, banhos, alimentação, vigilância e atendimento das emergências psiquiátricas.

Um fator agravante do desgaste dos trabalhadores de enfermagem no presente estudo é o fato de uma parcela significativa 15 (50%) acumular mais de um vínculo empregatício, o que amplia em muito a carga horária semanal de trabalho com mais de 50 horas semanais. Tal realidade de trabalho, além de aumentar o cansaço físico e mental, também expõe o trabalhador a riscos de acidentes e adoecimento no trabalho.

3.2 Categoria 1: Cargas de trabalho e associação com o cuidado do paciente com transtorno mental

Nesta categoria, foram identificadas 270 (41,09%) UR do total das unidades de registro (657) identificadas no estudo, cujas unidades de significação contribuíram para a construção das seguintes subcategorias: tecnologias leves: cuidados de ordem subjetiva; demandas de cuidados centrados no corpo; imprevisibilidade e vigilância: quando o paciente agride.

Quadro 1 - Cargas de trabalho e cuidado do paciente com transtorno mental - Rio de Janeiro - 2014

UR	%	Unidades de Significação	Subcategorias	Categoria
128	47,4	Cargas psíquicas e cuidados ao paciente	Sub1: tecnologias leves: cuidados de ordem subjetiva	Cargas de trabalho e associação com o cuidado do paciente com transtorno mental
79	29,2	Cargas físicas e cuidados ao paciente	Sub2: demandas de cuidados centrados no corpo	
63	23,3	Cuidados subjetivos e vigilância	Sub3: imprevisibilidade e vigilância: quando o paciente agride	
270	100			

Legenda: Unidades de registro (UR).

Nota: N= 30.

Evidenciou-se nesta categoria que o cuidado do paciente com transtorno mental, devido às próprias características, exige da equipe de enfermagem cuidados de ordem subjetiva centrados no acolhimento, na escuta, nas orientações e observação quanto aos riscos

diante da possibilidade de fuga, automutilação e suicídio. Os demais cuidados de ordem objetiva são voltados para a realização de técnicas como: medicação, higiene corporal, auxílio durante a alimentação, realização de curativos e demais procedimentos. Cabe destacar que, em algumas circunstâncias, principalmente nos quadros de agitação psicomotora, as cargas físicas são acentuadas devido à necessidade de contensão química e mecânica do paciente; o que exige habilidades específicas e pessoal tecnicamente preparado.

3.2.1 Subcategoria 1: Tecnologias leves: cuidados de ordem subjetiva

A equipe de enfermagem psiquiátrica por estar mais próxima da clientela atende a inúmeras demandas de ordem subjetiva e objetiva. As demandas de ordem subjetiva são atividades específicas de cuidados em saúde mental, requerendo competências no que dizem respeito ao atendimento que extrapolam os cuidados de centrados no corpo. Neste sentido, os trabalhadores relataram a importância da observação, da escuta e da atenção centrados na expressão do sofrimento do paciente, que nem sempre são traduzidos por palavras.

É um trabalho cuidadoso, tem que prestar bastante atenção aos pacientes, ter reflexo, às vezes chega paciente agitado, tem que ter calma, paciência. (TE25)

Cuidar é conseguir escutar um sofrimento, entender o que levou a crise observar o suporte que aquela pessoa na vida familiar sua relação com sociedade procurar um meio de melhorar um cuidado incluindo isso um tratamento externo. (ENF 2)

É um desafio muito grande e muitas vezes dá certo na maioria das vezes. Felizmente! Mas tem muitas vezes também que não dá certo! Não se consegue atingir aquele momento a forma que o paciente se apresenta para gente seu sofrimento! A gente fica assim meio sem saber como fazer. (TE2)

Apesar da evolução tecnológica no setor saúde, com introdução de aparatos sofisticados – conhecidos como tecnologias duras ou trabalho morto, por serem recursos materiais obtidos através do uso de equipamentos como instrumento do trabalho, na psiquiatria, os trabalhadores recorrem às tecnologias leves. Tais tecnologias, na concepção de Merhy (2007), são identificadas no âmbito das relações, que se caracterizam pelo trabalho vivo em ato, na relação direta entre usuário e profissional.

Neste sentido, a enfermagem, segundo Rocha (2005), possui papel essencial na recuperação do paciente diante do vínculo estabelecido, da confiança e da aliança terapêutica, cabendo ao profissional utilizar de habilidades empáticas, favorecendo, deste modo, o

relacionamento terapêutico. Portanto, tem cabido às instituições responsáveis pela formação e inserção de profissionais neste campo, papel essencial no sentido de oferecer conhecimentos teóricos e práticos aos futuros profissionais.

Como relatado por Rocha (2005), para um trabalho seguro e livre de riscos tanto para o paciente quanto para o profissional, há necessidade de conhecimentos específicos, preparo e capacitação profissional para intervir diante de situações que coloquem em risco a integridade do paciente. Entre as situações de desgaste vivenciadas pelos trabalhadores da psiquiatria, há as emergências psiquiátricas, que podem acarretar considerável desgaste da equipe, principalmente diante da falta de pessoal com conhecimentos e experiências e também diante do déficit de recursos humanos.

Assim, é necessário garantir a qualificação dos profissionais de saúde mental, tendo como diretrizes para as suas intervenções os seguintes fatores: acolhimento, vínculo, responsabilidade, interdisciplinaridade, integralidade e humanização da atenção, resolutividade para as demandas dos serviços de saúde e o permanente repensar das práticas assistenciais e das relações estabelecidas na equipe com usuários e diferentes redes de apoio (OLSHOWSKY et al., 2005).

Por outro lado, ao se analisar o trabalho da enfermagem psiquiátrica na atualidade, deve-se considerar que o trabalhador, principalmente que atua no hospital psiquiátrico enfrenta tanto o sofrimento psíquico do usuário quanto o seu. Deve-se atentar para outros fatores que contribuem para o desgaste do profissional e, entre eles a pressão diária trazida pelas atribuições de rotina, que influencia a saúde emocional dos trabalhadores. O fato de lidar com a loucura, por si só, já faz emergir os mais diversos sentimentos, dentre eles, a raiva, o preconceito, a impotência, a angústia (LANCMAN; COSTA, 2008).

3.2.2 Subcategoria 2: Demandas de cuidados centrados no corpo

Além das tecnologias leves ou cuidados de ordem subjetiva, devem-se considerar as tecnologias leve-duras; ou seja; relacionadas às atividades de ordem técnica como realização de procedimentos, contenção e intervenção em crise. A contenção é uma prática asilar que remete a sanções e até mesmo punição, principalmente para os leigos. No entanto, trata-se de uma técnica de manejo da crise, diante dos riscos implícitos para o paciente e equipe, por

vezes utilizada para a proteção do próprio paciente e terceiros, incluindo outros pacientes e a própria equipe.

Nestas situações de trabalhos, a carga psíquica é intensificada, principalmente nas emergências psiquiátricas em função do medo, da apreensão e da necessidade de sedação do paciente.

Difícil a gente ver um paciente contido! É muito difícil! Só quem está ali na pele sabe o que é quando é um paciente que está agressivo quer bater, fazer e acontecer quer quebrar a gente! Tem que conter [...] não pode deixar de conter e deixar o paciente quebrar tudo. (TE12)

Meu trabalho é abrangente em todos os níveis de atuação de acordo com a necessidade do momento [...] aqui eu conduzo os pacientes para o banho, muitos não querem outros vão espontaneamente mas como todos tem de serem higienizados. (TE02)

Ter essa função de orientar, de cuidar. Essa parte é muito pesada aqui no hospital. Muito pesada, esses pacientes com transtornos mentais. (TE 10)

Cabe salientar que na instituição que serviu como campo de estudo, as unidades são de média e longa permanência, cujos pacientes são matriciados de outras unidades de saúde, após passaram por uma avaliação de um serviço de emergência psiquiátrica do município. No entanto, há ocasiões em que o paciente pode apresentar quadro de agitação psicomotora, por se tratar de uma unidade de tratamento de agudos. No entanto, a instituição por não possuir equipe de apoio no que se refere à segurança do patrimônio (vigias), a enfermagem se sente bastante insegura, principalmente em períodos onde existe déficit de profissionais.

Apesar de instaurada a Reforma Psiquiátrica no país a partir da promulgação da lei 10.216 de 2001, na concepção de Paes, Maftum e Mantovani (2010), o hospital continua sendo uma referência para o atendimento em saúde mental, cabendo à enfermagem funções tradicionais como a vigilância e contenção química e/ou mecânica, acarretando nos profissionais o medo de agressão e insegurança em sua atividade de cuidar.

Por outro lado, como salienta Ramminger (2006), a enfermagem psiquiátrica deve acompanhar a transformação dos movimentos da psiquiatria em que o profissional não deixa de ter as características de sua especificidade, mas tem seu lugar na equipe multidisciplinar, reorganizando suas práticas com propostas terapêuticas. Nesta concepção, é preciso entender a organização do trabalho e o processo de trabalho da enfermagem no contexto hospitalar, na especificidade da psiquiatria que tem particularidades decorrentes da forma como ele é organizado e desenvolvido, submetendo os trabalhadores a cargas de trabalho específicas que podem trazer repercussões importantes à sua saúde física e mental.

3.2.3 Subcategoria 3: Imprevisibilidade e vigilância

A imprevisibilidade do quadro clínico dos pacientes sob os cuidados da equipe é um fator que contribui para o aumento carga psíquica do trabalho, diante dos efeitos de vigilância pelo fato de alguns pacientes, apesar da aparente estabilidade podem a qualquer momento – como referido, apresentar um quadro de agitação psicomotora. Tal situação requer da equipe de enfermagem, que permanece a maior parte do tempo no posto de trabalho, observação e/ou vigilância contínua para que medidas possam ser prontamente adotadas.

É agitado, bem agitado! Tem momentos que tá calmo, mas tem horas que agita! [...] Porque que é agitado! O paciente tá bem, daqui a pouco do nada ele já levanta assim gritando, querendo agredir os outros pacientes e por conta disso agita os outros pacientes e o setor fica todo agitado. (TE 24)

Sempre de olho também, porque eles são imprevisíveis. A gente não relaxa nunca, porque de repente você pode perder um momento de atenção e ser surpreendida. (TE 28)

Saber que você precisa ficar atento a todo minuto porque não sabe qual a reação deles, você fica de um lado para o outro vigiando [...] tem uns que sempre precisa ter mais cuidados. (TE09)

Apesar de a Reforma Psiquiátrica ter em seu bojo a proposta de trabalho multi e interdisciplinar, ainda tem cabido à enfermagem algumas atividades tradicionais e, entre elas, a de manter observação e controle dos pacientes em regime de internação. Tal fato pode ser explicado, em parte, diante de uma atividade que exige do profissional a sua permanência no posto de trabalho nas 24 horas. Deste modo, a carga psíquica é intensificada devido ao estado de alerta permanente, principalmente ao se considerar a jornada de trabalho em regime de plantão.

Os efeitos da vigilância sobre a saúde mental do trabalhador na acepção de Dejours (2011) são de considerável monta, pois tais efeitos implicam em cargas psíquicas que se intensificam, principalmente na ausência de uma atividade motora utilizada como estratégia para extrair a energia pulsional acumulada, sendo a energia acumulada e dando origem a ansiedade, a tensão e doenças de origem psicossomática.

Em estudo realizado por Paula e Oliveira (2013) em um hospital psiquiátrico de médio porte, evidenciou-se que os trabalhadores de enfermagem convivem com situações imprevisíveis em relação ao quadro clínico dos pacientes, sendo susceptíveis à violência psicológica e física no trabalho, principalmente nas emergências psiquiátricas. O estudo

ratifica a importância do preparo das equipes para saber como conduzir a abordagem do paciente, evitando a todo custo o confronto, cujo atendimento deve ser feito em grupo, envolvendo, deste modo, os demais profissionais, o que diminui a sobrecarga e os riscos para a saúde física e mental do profissional.

Na Enfermagem, os profissionais são estimulados a desenvolverem um cuidado com respeito e dignidade para com o outro. Em saúde mental, essa atenção deve ocorrer fundamentada no relacionamento terapêutico, em que o profissional é o próprio instrumento de trabalho que possibilita a abordagem holística do usuário (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

A prática de enfermagem nos serviços de saúde mental, como relatam Miranda e Santos (2009), muitas vezes, é desestruturada em virtude de uma formação limitada, que caminha entre o modelo biomédico e a formação humanista. Os dados encontrados nesta pesquisa encontram apoio em resultados de um estudo que enfoca a necessidade de os profissionais se capacitarem em saúde mental para atuar em qualquer ponto da rede de atenção (NUNES; JUCÁ; VALENTIM, 2007).

3.3 Categoria 2: Cargas psíquicas do trabalho e a organização hospitalar

Nesta categoria, foram identificadas 158 (20,8%) UR do total das unidades de registro identificadas no estudo, cujas unidades de significação contribuíram para a construção das seguintes subcategorias: Precarização das condições de trabalho, a ausência de poder frente à organização do trabalho e quando as cargas se superpõem (Quadro 2).

Quadro 2 - Cargas psíquicas do trabalho frente à organização - Rio de Janeiro – 2014

UR=158		Unidades de Significação	Subcategorias	Categoria
22	13,9	Falta de material	Sub1: Precariedade das condições de trabalho	Cargas psíquicas do trabalho e a organização hospitalar
11	6,9	Falta de pessoal		
09	5,6	Planta física inadequada		
17	10,7	Interrupções no trabalho		
11	6,9	Ambiguidade de papéis		
16	10,1	Falta de autonomia	Sub2: A ausência de poder frente a organização do trabalho	
10	6,3	Cobranças		
09	5,6	Ausência da chefia de enfermagem		
09	5,6	Falta de apoio da coordenação		
13	8,2	Falta de reconhecimento	Sub3: Quando as cargas se superpõem	
31	19,6	Sobrecarga de trabalho		

Legenda: Unidades de registro (UR).

Nota: N= 30.

Evidenciou-se que além das cargas de trabalho concernentes ao cuidado do paciente com transtorno mental, devem-se considerar aquelas oriundas da organização do trabalho e, entre elas a precariedade das condições de trabalho devido ao déficit de recursos humanos, de materiais e a planta física inadequada. Acrescentam-se as cargas psíquicas oriundas da inexistência de uma chefia de enfermagem e ausência de apoio por parte da coordenação do serviço, acarretando a superposição das cargas físicas e psíquicas de trabalho de acordo com o Quadro 2.

3.3.1 Subcategoria 1: Precariedade das condições de trabalho

A precariedade das condições de trabalho foi evidenciada diante da falta de recursos humanos e materiais para a prestação de uma assistência digna ao paciente em regime de internação. A ausência de recursos afeta o trabalho da equipe, principalmente diante de intercorrência clínica e necessidade de atendimento de pacientes com maior gravidade e risco de vida, como referido pelo grupo:

Essa parte clinica que a gente não tem um suporte! Não tem um medico clinico 24 horas! Não tem material necessário para uma intercorrência mais seria! São todos esses problemas que a gente enfrenta aqui todos os dias. (ENF 01)

Fico triste porque não tem material para atender o doente! Não só eu da enfermagem, mas os médicos e a equipe também reclamam. Não adianta pedir me dá isso me dá aquilo! Porque não vai ter. Não tem suporte para atender o paciente em caso de maior gravidade! Não tem material. (TE 19)

Aqui na enfermaria não vem o lado clínico! Então as nossas condições para trabalhar em qualquer intercorrência clínica são bem difíceis! Não tem recursos! Falta material e suporte para atuar numa parada. (TE04)

Apesar de a maioria dos pacientes serem internados em hospitais psiquiátricos para o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais, não se pode esquecer que tais pacientes também já chegam, em algumas situações com problemas de ordem clínica como diabetes, hipertensão e outras desordens; portanto, com necessidade de tratamento médico especializado e realização de cuidados por parte da enfermagem. Por outro lado, há pacientes que devido ao transtorno mental de base, têm dificuldades para se alimentar, ingerir líquidos ou, às vezes, o contrario, como no caso do paciente bipolar, extremamente agitado e com risco de desidratação, hipotensão e queda.

A precariedade das condições de trabalho contribui para a intensificação do trabalho, devendo-se atentar para outros fatores de ordem estrutural e organizacional como o aumento da jornada, o acúmulo de funções e a maior exposição a fatores de risco para a saúde do trabalhador. Neste sentido, o descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e à segurança além de contribuírem para a insatisfação do profissional, é mais um fator de desgaste e sofrimento no trabalho. Tal problemática acarreta encargos sociais e emocionais ao trabalhador e a organização, devido ao absenteísmo e ao adoecimento dos trabalhadores (AZAMBUJA; KERBER; KIRCHHOF, 2007).

A planta física inadequada foi outra queixa referida pelos trabalhadores e que traz repercussões para o processo de trabalho em seu cotidiano, obrigando o grupo a realizar adaptações e improvisações; táticas que comprometem a realização de cuidados e intensificam as cargas de trabalho devido à perda de tempo, a tentativa de solução de problemas e o sentimento de impotência.

A estrutura da enfermaria [...] uma coisa que é deficiente o banheiro! Poderia ser melhor! A estrutura física podia ter sido mais bem elaborada! A parte elétrica com fiação muitas vezes aparente. (TE 12)

A estrutura também basicamente não é uma estrutura legal! É adaptada! Irregular uma enfermaria grande! Muito extensa! Que não dá visão para todos os pacientes. (ENF1)

Falta um banheiro decente para o paciente! Nós não temos condições de dar um banho direito no paciente! A gente toma banho junto como paciente e ainda você fica preso. (TE6)

Na instituição onde foi realizado o estudo, a arquitetura antiga das enfermarias se sobressai por se tratar de locais amplos, fazendo com que a equipe tenha de se deslocar ou até mesmo correr em caso de alguma intercorrência. O posto de enfermagem não é centralizado, o que dificulta a observação e o cuidados dos pacientes em seus leitos, havendo inclusive o risco de queda, principalmente daqueles mais idosos e outros que se encontram sedados. A planta física inadequada, principalmente dos banheiros que fica distante do posto de trabalho, não oferece condições ao trabalhador para realizar a higiene de forma segura. Há riscos tanto para o paciente quanto para o profissional, devido à possibilidade de queda e até mesmo de o profissional sofrer agressões por parte do paciente.

No caso dos hospitais brasileiros que integram a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se o sucateamento, bem como uma grave crise diante da falta de condições dignas de trabalho no que se referem à manutenção das estruturas. As condições precárias de trabalho vão de encontro às expectativas do trabalhador em ter o seu trabalho reconhecido e desenvolve-lo em condições seguras e salubres, conforme preconizado pela Organização Internacional do Trabalho (MAURO, 2008).

Souza et al. (2012) constataram que a exposição do trabalhador de enfermagem aos riscos ocupacionais ocorre a partir de uma variedade de agentes e entre eles, as cargas oriundas do trabalho como as biológicas, as físicas e as ergonômicas, sendo a vivência laboral permeada por agravos decorrentes de inadequações estruturais em termos de espaço físico, de equipamentos em quantidade e qualidade e de número insuficiente de profissionais de enfermagem. Diante disso, o processo de trabalho e exposição aos riscos ocupacionais, repercutem diretamente na saúde dos trabalhadores, manifestando-se por meio do estresse, cansaço e distúrbios osteomusculares. Deste modo, há necessidade de planejamento e implementação de ações para a promoção da saúde destes trabalhadores.

Pereira e Bellato (2004) relatam que os hospitais, ao longo das décadas, vêm apresentando inadequação do espaço físico não condizente com o objetivo do trabalho em saúde que é curar e salvar vidas, mostrando-se cada vez mais precarizados, com tetos, pisos e paredes que não obedecem às normas definidas na Resolução da Diretoria Colegiado 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A precariedade do espaço físico de pessoas internadas revela-se de diversas formas, sendo a situação do mobiliário e dos equipamentos destinados à assistência bastante indicativa de uma faceta perversa da responsabilidade técnica e ética de gerentes, repercutindo negativamente na dimensão subjetiva dos trabalhadores e colocando-os em risco de adoecimento psicossomático e mental (PEREIRA; BELLATO, 2004).

O trabalho de enfermagem no hospital psiquiátrico é amplo e dinâmico, com demandas diversificadas, no que dizem respeito à realização de procedimentos técnicos e assistência direta de pacientes, cujo quadro clínico necessita de intervenções contínuas e com alto nível de dependência dos profissionais. Trata-se de uma atividade com alta carga psíquica, pois mesmo na ausência de realização de cuidados técnicos, existem as exigências relacionadas à observação, escuta e acolhimento. Tais atividades, por requerem tempo e atenção, nem sempre são realizados de maneira metódica devido a uma séria de interrupções por parte do próprio paciente, do telefone que toca e da necessidade de controle da entrada e saída de pessoas externas e internas ao serviço pela enfermagem, como evidenciado.

[...] então toca a campainha e você precisa largar a medicação que esta fazendo! As vezes o colega esta lá atrás! [...] Aí você, tem que largar aquilo tudo que você esta fazendo para ir ali abrir a porta [...] isso quebra a sua atenção. (TE04)

Chego de manha vou dar o banho no paciente, fazer a medicação, aí a campainha toca! Abro a porta e fecho! Interrompe! Paciente entra no posto e atrapalha a gente (TE05).

Pacientes tem uma exigência, pois querem tudo na hora! São bastante solicitantes, sempre estão pedindo alguma coisa! [...] nos interrompem! Às vezes estamos fazendo uma evolução! Constantemente essas coisas acontecem e nós da enfermagem não temos ajuda de ninguém! É só a gente que tem que fazer isso (TE20).

Reitera-se que apesar das mudanças ocorridas com a Reforma Psiquiátrica e cujo modelo de atenção ao sofredor psíquico encontra-se alicerçado na Comunidade Terapêutica, ou seja, um trabalho realizado em equipe, sendo todos os profissionais técnicos em saúde mental, muitos das atividades tidas como tradicionais, como vigilância, intervenção em crise e cuidados centrados no corpo, ainda são realizados pela enfermagem. Acrescenta-se a ausência de outros profissionais que deveriam compor a equipe de apoio na instituição psiquiátrica como secretários e vigias, auxiliar de farmácia, funcionários de manutenção e conservação e limpeza, etc. Esta realidade de trabalho acarreta nos profissionais de enfermagem a necessidade de se submeterem as regras institucionais, resvalando para ambiguidades de papéis devido à pressão sofrida pela organização.

Não é a toa que alego que sou um só, não tenho como resolver tudo me dividindo em duas ou três pessoas ao mesmo tempo (TE20)

A gente por varias vezes e por muitas vezes a gente tem que cobrir buracos de outros funcionários de outras especialidades (ENF 2)

Você tem que se dividir em varias tarefas ao mesmo tempo é complicado você faz uma coisa faz outra ai que não da sua função o paciente tá lá dependo da gente (ENF1)

A falta de clareza por parte dos profissionais quanto ao papel desempenhado na instituição ou quando o trabalhador sofre pressão por parte de outros componentes da estrutura organizacional, para a realização de atividades que não são da sua alçada, fere a dignidade do trabalhador e acarreta sentimentos de menos valia. Tal situação pode afetar o relacionamento interpessoal e gerar conflitos na equipe, com repercussões no processo de trabalho. Na medida em que o trabalho real vai de encontro ao prescrito, sobrevém o sofrimento no trabalho diante da sobrecarga devido ao volume aumentado de trabalho e a indefinição de papéis.

Ressalta-se que por muitos momentos o trabalhador de enfermagem precisa estar suprimindo a ausência de outro profissional, devido ao déficit de recurso humanos, embora a proposta de trabalho no hospital psiquiátrico seja multidisciplinar. Deste modo, o trabalhador de enfermagem ao tentar suprir a ausência de outro profissional se confunde com o próprio papel e a função a ser desempenhada, como relatado.

Os trabalhadores de enfermagem que atuam no contexto hospitalar possuem atribuições específicas e respaldadas na lei do Exercício Profissional. Desses trabalhadores são exigidas competências e habilidades para o livre exercício de suas atividades. Devem-se considerar outros atributos como flexibilidade, polivalência e multifuncionalidade, a fim de dar conta da multiplicidade de atividades que lhes são atribuídas. Tais demandas estão cada vez mais complexas e exigindo por parte do profissional constante capacidade de adaptação, devido às mudanças no contexto de trabalho da saúde (MUROFUSE, 2004).

Assevera-se que em seu cotidiano, o trabalhador de enfermagem enfrenta dificuldades de toda ordem, dentro e fora do trabalho, sendo obrigado a dar conta de uma série de atividades, acumulando diversas funções e transformando-se em verdadeiras máquinas na prestação da assistência aos clientes. E, como já mencionado, o modelo neoliberal exige do trabalhador multifuncionalidade, polivalência, elevado ritmo de trabalho, perda das pausas laborais e controle subjetivo do trabalhador (GONÇALVES et al., 2013).

3.3.2 Subcategoria 2: A ausência de poder frente à organização do trabalho

Diante das cargas físicas e psíquicas decorrentes da precariedade das condições de trabalho no que se referem à planta física inadequada, ao déficit de recursos humanos e materiais e da ambiguidade de papéis devidos à falta de pessoal da área administrativa (secretários) e de segurança (vigias), os trabalhadores de enfermagem, além de se sentirem sobrecarregados em sua função de técnicos em saúde mental, perpassaram em seus depoimentos a pouca autonomia no trabalho.

A enfermagem tem uma pouca autonomia aqui onde eu trabalho em relação os outros profissionais envolvidos [...] são eles que tomam as atitudes. (TE7)

[...] o psicólogo tem voz! A assistente social tem voz! O acompanhante terapêutico tem voz e eu vejo a enfermagem muito abafada. (ENF3)

Porque a gente não tem autonomia no nosso trabalho e com o paciente. O técnico de enfermagem passa 12 horas com paciente! Ele acompanha [...] a gente acompanha a reação do paciente quanto a medicação! Só que na hora que tem reunião eles escolhem outros profissionais de referencia dos pacientes que é um pessoa que passa uma 2 ou 3 horas por dia com o paciente e eles nem se quer nos consultam (TE23)

Os trabalhadores de enfermagem da psiquiatria, apesar de realizarem um trabalho relevante no contexto do cuidado em saúde mental, nem sempre se sentem reconhecidos pelos demais integrantes da equipe multiprofissional. A pouca participação nas decisões no que dizem respeito ao tratamento, acarreta no grupo insatisfação, principalmente ao se considerar que se trata de trabalhadores que por prestarem cuidados contínuos aos pacientes possuem um saber prático, que apesar de essencial, nem sempre são considerados pela organização (CARVALHO; FELLI, 2006).

Com a Reforma Psiquiátrica foram modificando a forma de trabalho e a organização do trabalho no hospital psiquiátrico, sendo muitos dos serviços coordenados por profissionais de outras áreas como psicologia, serviço social e medicina, havendo casos em que a enfermagem também assume a coordenação. No entanto, diante das questões políticas que envolvem a indicação do coordenador, nem sempre a enfermagem tem a oportunidade de assumir esta função, sendo muitas questões, de ordem técnica e administrativa, delegadas a outra categoria, que nem sempre reconhece o papel deste grupo.

Como evidenciado no estudo, a ausência de uma chefia de enfermagem na instituição, fere a dignidade do trabalhador, que tem de se submeter a uma organização, onde há pouca

participação do grupo nas discussões e questões que dizem respeito aos problemas vivenciados em seu cotidiano.

Não tem uma coordenação de enfermagem para garantir o seu lado hierárquico! [...] alguma eventualidade ou situação de trabalho com técnico é reportada direto para a direção! Muitas vezes o funcionário não se sente bem! Não tem um coordenador de enfermagem. (TE15)

Não tem chefia direta de enfermagem! A gente tem que recorrer aos psicólogos que estão nas chefias e coordenações das enfermarias! A gente tem que ficar ligando para os psicólogos que não tem uma visão de enfermagem, para resolver as nossas questões. (ENF01)

Aqui é um hospital psiquiátrico liderado por psicólogo e não pela enfermagem! A enfermagem aqui não tem muita voz. (TE16)

Assim, é indispensável à atividade gerencial como elemento integrante do trabalho do enfermeiro, principalmente na área de psiquiatria, visando privilegiar os interesses coletivos, assegurando um cuidado que leve em consideração as reais necessidades do cliente portador de sofrimento psíquico. A atuação do enfermeiro como líder é essencial para o cuidado de enfermagem psiquiátrica, cuja complexidade do paciente exige da equipe, elementos como criatividade, determinação e envolvimento, que podem ser conquistados através do exercício de uma liderança positiva, que estimule o desenvolvimento da equipe (MACHADO et al., 2006).

Além do pouco poder decisório nas questões que envolvem a gerências do corpo de enfermagem e os aspectos técnicos relacionados ao cuidado do paciente, em seus relatos os entrevistados verbalizaram a falta de apoio da coordenação da instituição, destacando que o adoecimento da equipe de enfermagem é uma crescente, porém sem o suporte necessário em termos de prevenção e/ou encaminhamento ao especialista. Os depoentes enfatizaram que se trata de uma questão por demais antagônica, e referiram que por se tratar de um hospital que cuida da saúde mental, os trabalhadores deveriam receber algum tipo de apoio, tendo em vista as exigências e o desgaste decorrente de problemas com os quais convivem em seu trabalho.

Hospital que trata da saúde mental dos outros e não ter quem cuida da nossa! Aqui já vi vários profissionais precisando de ajuda médica profissional e a instituição virar totalmente as costas. (TE6)

Eu disse uma vez para o coordenador: vocês têm tanta coisa com os pacientes! Tem que também escutar os funcionários! Então teria que ter apoio dos psicólogos para os funcionários. (TE 13)

Se tivesse alguém para nos ouvir... mas, não tem e vou dizer uma coisa: se tivesse esse lugar a pessoa ia te ouvir e não te virar as costas! Infelizmente as pessoas fazem isso com a equipe de enfermagem. (TE14)

Na instituição, por não haver um Serviço de Saúde do Trabalhador, as questões relacionadas à saúde e ao bem estar dos trabalhadores, não vem recebendo o suporte em termos de prevenção e acompanhamento dos problemas de saúde, sendo que muitos dos trabalhadores acabam sendo afastados de seus postos devido ao adoecimento, inclusive com problemas relacionados à saúde mental.

No intuito de realizar um diagnóstico das condições de saúde do grupo, foi realizado um levantamento onde se identificou que 5(16,6%) trabalhadores alegaram ter sido afastados devido à problemas de saúde, 4(13,3%) sofreram algum tipo de acidente de trabalho, 15 (50%) faziam uso de algum tipo de medicamento e 15(50%) possuem diagnóstico de algum doença, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Perfil de saúde e adoecimento dos trabalhadores - Rio de Janeiro - 2014

Características	F	F (%)
Licença médica para tratamento da saúde		
Sim	5	16,7
Não	25	83,3
Total	30	100
Ocorrência de acidentes de trabalho no último ano		
Sim	4	13,3
Não	26	86,6
Total	30	100
Consumo de medicamento		
Sim	15	50
Não	15	50
Total	30	100
Doença diagnosticada		
Sim	15	50
Não	15	50
Total	30	100

Nota: N=30.

Pelo fato de os trabalhadores, em sua maioria, acumularem mais de um vínculo empregatício e cumprirem uma jornada de trabalho superior a 50 horas semanais e trabalharem em regime de turnos – fatores que por si contribuem para o aumento das cargas e o adoecimento no trabalho, ratifica-se a importância de acompanhamento do estado de saúde e realização de projetos voltados para o autocuidado.

A queixa sobre a falta de apoio institucional e valorização profissional é observada com certa frequência nos ambientes de trabalho em saúde. Muitas vezes, convive-se com condições estruturais inadequadas, remunerações insatisfatórias, falta de reconhecimento,

sobrecarga de atribuições e deveres, dentre outras. Essas condições dificultam o desenvolvimento do trabalho. Assim, faz-se imprescindível entender a influência da organização no trabalho não somente para a compreensão e intervenção em situações que podem desencadear várias formas de sofrimento, como impotência, frustração, isolamento, ansiedade e desmotivação, mas também para superar e transformar essas organizações. Quando não se organiza o processo de trabalho, abre-se um espaço para o sofrimento e para a sensação de impotência diante dos fatos, o que influencia diretamente na qualidade do serviço prestado (MACHADO et al., 2007).

Os trabalhadores de enfermagem ao se referirem à organização, relataram que os gestores não possuem conhecimentos e nem entendimento sobre as necessidades e a especificidade do trabalho da enfermagem, como também no que dizem respeito aos problemas enfrentados no cotidiano, não sendo ouvidos, não sendo reconhecidos e silenciados. Os depoimentos retratam este contexto de trabalho e a insatisfação do grupo.

Eles (se referindo a coordenação) não têm esse entendimento! Não tem! É só cobrança! Eles não param para ouvir os técnicos de enfermagem. (TE4)

Aqui você não tem direito de falar! A enfermagem na verdade não pode falar nada! Nem o auxiliar! Nem o técnico! Nem o enfermeiro pode falar! (TE 14)

Vamos dizer assim: o psicólogo tem voz, a assistente social tem voz, o acompanhante terapêutico tem voz e eu vejo a enfermagem muito abafada. (ENF3)

Por sua vez, a cultura do silêncio, no trabalho da enfermagem, foi denunciada como geradora de uma aparente harmonia e de um ambiente politicamente correto, favorecendo a convivência cotidiana dos trabalhadores, com sentimentos de medo e impotência, diante do reconhecimento da necessidade de denúncias (SELLI, 2005)

Nessas situações relatadas, é possível constatar evidências de um sofrimento moral por parte dos profissionais da equipe de enfermagem, tanto pelo desrespeito e até pela negativa da sua condição de sujeitos, pela necessidade de negação e omissão de seus valores, crenças e saberes. Deste modo, é possível, também, confirmar que a prática de cuidados de saúde é uma atividade moral, já que o modo como os profissionais desempenham seus papéis tem implicações morais para os múltiplos sujeitos envolvidos. Nesta perspectiva, deve-se atentar para as diferentes relações de forças, de poder, de múltiplas desigualdades sociais, culturais, de linguagem e de saber presentes (INGRAVALLO et al., 2013).

Para Dejours (2011), a falta de reconhecimento que é tão verbalizada pelo trabalhador, não é considerada com a devida seriedade e ocupa posição periférica nas discussões sobre

gestão, havendo duas formas de reconhecimento baseadas em julgamento de utilidade proferido pelos supervisores hierárquicos e pelos subordinados. Deste modo, a busca do reconhecimento encontra nas resistências hierárquicas sua principal barreira, pois implica na constatação de falhas no trabalho prescrito e das imperfeições inerentes à organização do trabalho, que leva receio e temores dos dirigentes (TRAESEL; MERLO, 2009).

3.3.3 Subcategoria 3: Quando as cargas se superpõem

Fatores como a superlotação da unidade e o quantitativo de profissionais de enfermagem devem ser considerados na análise das cargas psíquicas e físicas de trabalho diante do volume de trabalho a ser realizado. Como referido, além do aumento da carga de trabalho, deve-se atentar para o aumento das horas trabalhadas, o que acentua o desgaste do trabalhador ao se considerar as longas e cansativas jornadas de trabalho, como evidenciado nos depoimentos:

[...] o numero de funcionários de enfermagem é menor! Eu acho que tem muito paciente, sobrecarrega. Agora que alguns plantões têm um pouco mais de funcionário! deu um pouco mais de alívio. Mas eu acho que é muito paciente! Superlotação! Eu acho que ainda é a pior parte. (TE21)

[...] muitas vezes a gente fica sozinho com dois pacientes! Aí para cuidar de um tem que estar controlando o outro! Não tem outra pessoa para dar apoio! A gente fica sozinho. (TE23)

É um setor trancado a chaves! São vinte e poucos pacientes. Eu trabalho com pacientes do sexo masculino com transtorno mental batendo de frente um com outro. (TE26)

Os recursos humanos são os mais complexos em qualquer organização, já que os insumos materiais e tecnológicos requerem a presença daqueles para que possam ser utilizados. Na enfermagem, os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos vêm atraindo a atenção dos enfermeiros administradores dos serviços, haja vista o dimensionamento inadequado de pessoal, que repercute negativamente na qualidade da assistência e na saúde do trabalhador. A falta de pessoal gera doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho, porque desgasta física e psiquicamente os trabalhadores por conta do acúmulo de atividades e conseqüente intensificação do ritmo de trabalho, constatando-se absenteísmo e aposentadorias precoces (KURCGANT; TRONCHI; MELLEIRO, 2006).

3.4 Categoria 3: Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental e física do trabalhador de enfermagem: o sofrimento no trabalho

Nesta categoria, foram identificadas 153 (20,2%) unidades de registro ou unidades de significação, sendo 116 (15,3%) queixas de ordem subjetiva e 42 (5,5%) objetiva, relacionadas aos aspectos físicos, cujas unidades de significação contribuíram para a construção das seguintes subcategorias: Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental: o sofrimento no trabalho; repercussões físicas das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador (Quadro 3).

Quadro 3 - Implicações das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador: o sofrimento no trabalho - Rio de Janeiro - 2014

UR=153		Unidades de Significação	Subcategorias	Categoria	
153	100		Sub1: Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental: o sofrimento no trabalho	Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental e física do trabalhador de enfermagem: o sofrimento no trabalho	
40	25,3	Estresse/nervosismo/incomodo/ansioso/angustiado/preocupado/chat eado			
21	13,2	Irritação/tensão/desgaste/impaciente			
20	12,6	Cansaço generalizado			
17	10,7	Descontrolado/agitado/alterado			
13	8,2	Depressão			
111	72,5				Sub2: Repercussões físicas das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador
17	10,7	Dores na coluna/dores no corpo			
9	5,6	Insônia			
8	5,0	Cefaleia			
3	1,8	Hipertensão			
3	1,8	Limitações físicas			
2	1,2	Lesões da pele			
42	27,4				

Legenda: Unidades de registro (UR).

3.4.1 Subcategoria 1: Implicações das cargas de trabalho para a saúde mental: o sofrimento no trabalho

3.4.1.1 O estresse no trabalho decorrente da imprevisibilidade do quadro clínico do paciente

O estresse no trabalho em hospital psiquiátrico foi a principal queixa de ordem subjetiva referida pelos trabalhadores de enfermagem, o qual perpassou as implicações das cargas de trabalho para a saúde mental do grupo. Acrescentam-se outras queixas como, incomodo, nervosismo, irritação, tensão, desgaste, ansiedade, impaciência e angustia como relatado abaixo:

Fico estressada, às vezes! Tem dia que não consigo nem ouvir uma musica devido ao barulho da enfermaria! Fazendo esforço além do necessário durante a contenção física ou separando brigas. (TE 18)

[...] porque na minha fragilidade fui me deixando... ficando estressada mas sem querer passar para os meus pacientes e também até para os meus supervisores mas eu comecei a sofrer de pressão no trabalho. (TE22)

Estressante. E estressante sim, Eu não fico nervosa, irritada a toa... mas eu fico triste!
Logo na primeira semana que comecei a trabalhar aqui eu queria sair correndo!
Chorei (ENF3)

O estresse ocupacional é definido como fruto da complexidade das relações entre condições laborais, condições extralaborais e características do trabalhador, nas quais as demandas do trabalho excedem as suas habilidades de enfrentamento. Dessa forma, ocorre um desgaste anormal e/ou uma redução das capacidades do organismo para o trabalho, decorrente da intolerância de superação ou de adaptação às exigências de natureza psicológicas percebidas como abusivas, insuperáveis e inesgotáveis (MENDES; BORGES; FERREIRA, 2002).

Cabe enfatizar que o estresse ocupacional é uma doença que gera outros desdobramentos, podendo originar uma síndrome grave denominado *Burnout*. Nesta síndrome, o trabalhador após passar pela fase de exaustão, ou seja, um período prolongado de estresse pode, caso não haja nenhuma intervenção por parte da organização, entrar na despersonalização e perda progressiva do interesse pelo trabalho (SOUZA et al., 2012).

O sofrimento mental dos trabalhadores da saúde é capaz de desenvolver morbidades diversas, com determinações estruturais, haja vista que as instituições de saúde vivenciam a escassez de material e recursos humanos com baixa resolutividade dos serviços, acarretando sobrecarga de trabalho e estresse. Além disso, aludem-se as características do trabalho em saúde, que envolve lidar cotidianamente com a dor, a carência econômica, a doença dos usuários, situações que afetam emocionalmente os profissionais (SARQUIS; FELLI, 2009).

Para Carvalho e Felli (2006), os trabalhadores de enfermagem que atuam na psiquiatria são considerados, frequentemente na literatura, como uma categoria particularmente exposta ao estresse ocupacional, em consequência das contínuas demandas físicas e emocionais requeridas dos pacientes. Acrescenta-se que o trabalhador de enfermagem, geralmente possui mais de um vínculo empregatício, em sua maioria pertence ao gênero feminino configurando a tripla jornada de trabalho, devido às atividades domésticas. Deste modo, o pouco tempo destinado ao lazer, à prática de exercícios e ao cuidado com a própria saúde, são fatores que devem ser considerados na análise da qualidade de vida desses profissionais.

3.4.1.2 O cansaço no trabalho e sua vinculação com as exigências da organização

Na análise do cansaço no trabalho e sua vinculação com as exigências da organização, deve-se considerar também os fatores externos ao hospital psiquiátrico. Reitera-se que os trabalhadores, em sua maioria, possuem duplo vínculo empregatício, cumprem carga horária semanal acima de 50 horas e como são do sexo feminino, ainda existem as exigências de cunho social e familiar a serem cumpridas. No entanto, quanto ao cansaço geral relatado pelos trabalhadores, existe o agravante do trabalho em turnos, as exigências dos pacientes em termos de cuidados dispensados e vigilância.

Às vezes chegava no final do plantão muito cansada sugada de energia eu tentava não entrar na mesma sintonia do paciente tentava explicar [...] via que ficava muito cansativo. (TE15)

É meio complicado! A gente fica meio perdida! Muito trabalho e tendo que dar jeito para tudo, principalmente nos finais de semana que não tem o restante da equipe multidisciplinar! Fica só a enfermagem e aí a gente tem que dar conta disso tudo! Isso me afeta bastante! Saio do plantão cansada demais! Muito cansativo. (ENF1)

[...] no meu caso quando o cansaço bate fico assim... não é que eu tenha dor de cabeça! Eu fico enjoada mentalmente! Cansada mesmo! Fico assim... parece que

estou flutuando no final do plantão [...] vou embora eu fico meio assim... enjoada cansada demais. (TE16)

Como relatado pelos trabalhadores, há uma sobrecarga de trabalho na enfermagem, que por se manter no posto de trabalho nas 24 horas, finais de semana e feriados, é o principal profissional para onde convergem problemas de toda a natureza, tendo o enfermeiro e equipe de se desdobrar em inúmeras atividades de cunho gerencial e assistencial.

O trabalho tem importância central na organização psíquica e social do indivíduo. No entanto, quando o trabalho excede as capacidades físicas e mentais do trabalhador, sobrevém o cansaço, sendo o desgaste acentuado, suscitando vários distúrbios psicossociais. Tal realidade ocupacional acarreta profunda transformação no cotidiano do indivíduo, invadindo a vida fora do trabalho e atingindo as relações sociais e familiares, principalmente daqueles que trabalham em regime turnos alternados (SELLIGMANN-SILVA, 2011).

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (2012), o trabalho ocupa parte considerável dos dias e das nossas vidas. Apesar de o trabalho ser fonte de prazer, um meio de desenvolvimento social de interesse e de realização, por outro lado ele pode se reverter em fonte de cansaço, aborrecimento e sofrimento. Devido a tal problemática, o trabalhador sofre impactos negativos em sua saúde, evidenciando-se angústia, frustração, tristeza, insatisfação, estresse laboral, taquicardia, dor nas costas, na coluna espinhal, cansaço, entre outras alterações espoliantes para o processo saúde-doença (RAMOS et al., 2013).

Em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital geral, Gonçalves (2014), refere que na atualidade, com a flexibilização do trabalho, a precarização e a perda de direitos trabalhistas, que conformam o modelo neoliberal no processo e organização laboral da enfermagem, o trabalhador sofre de inúmeras alterações negativas na saúde e dentre elas: taquicardia, hipertensão arterial sistêmica, sudorese, cefaleia, tontura, epigastralgia, dores em membros superiores e inferiores, dor lombar, irritabilidade, tristeza, estresse, insônia, cansaço físico e mental. Como desdobramento de tais manifestações, constata-se ainda, o aumento do absenteísmo, presenteísmo, afastamento do trabalho por motivo de doença, readaptação funcional e aposentadorias precoces.

3.4.1.3 Extravasando a carga do trabalho: a perda do controle

Uma queixa bastante preocupante relatada pelos trabalhadores foi a perda do autocontrole em situações de trabalho, cujas cargas foram tão acentuadas que provavelmente excederam a sua capacidade de negociação e resistência. Momento, em que devido a estresse prolongado e o sentimento de desamparo conduz o trabalhador e expressar um comportamento estereotipado. Tais queixas, perpassaram que a carga psíquica por ser acentuada encontra na fala e no gestual, formas de escape das tensões acumuladas, como evidenciado:

Os nossos parentes percebem que você esta muito alterada! Você esta nervosa! Você precisa ter mais paciência! Falam para eu sair deste trabalho, pois já perdi a paciência! Chegam a me comparar com os pacientes. (TE5)

Eu fico falando um pouco alto demais, um pouco sem paciência, irritada. [...] um pouco às vezes estressada! Acho que isso afeta sim! No convívio até com minha família! (TE21)

Se por acaso me irritar [...] se eu tiver que gritar e brigar eu vou brigar! Eu brigo e falo! Isso tudo vai me deixando com raiva! Revoltado! Se eu tiver que falar eu falo. (TE12)

Para Dejourns (2011), na medida em que o indivíduo sofre com as excitações advindas do meio social e físico, a carga se intensifica e a energia se acumula no organismo, podendo a mesma ser liberada através de três vias: a via motora, a fantasmagórica e a visceral. Na via motora, o indivíduo irá encontrar formas ou atividades que possibilitem a liberação da energia acumulada, seja gesticulando, falando ou realizando atividades que exijam esforços físicos. Na ausência de uma forma de descarga, a energia se acumula, sendo a origem das doenças de ordem psicossomática ou o indivíduo sofre com os pesadelos e abalos musculares durante o sono.

Na acepção de Spindola e Martins (2007), os trabalhadores de enfermagem estão expostos a uma elevada carga psíquica no desempenho de suas tarefas rotineiras, decorrentes do aspecto emocional pela convivência diário com a dor e o sofrimento alheios. Nos dias atuais, as expressões como “você está estressado”, “está nervoso” ou “está irritado” são associadas ao esgotamento físico e mental que acomete muitas pessoas, especialmente aquelas que vivenciam situações geradoras de conflitos ou fortes emoções que ocasionem uma sobrecarga, sejam estas do convívio social ou do trabalho. Quanto ao trabalho da enfermagem

os recursos disponíveis, tais como pessoal e material, para a realização das atividades que, na rede pública, são escassos contribuem para a elevação da carga psíquica laboral.

A equipe de enfermagem da psiquiatria encontra-se suscetível a sofrer danos a própria saúde mental, devido ao tempo e a dedicação aos pacientes. Considerando as condições impróprias de trabalho no hospital, o trabalhador convive com sentimentos de impotência, de não poder fazer o seu trabalho como gostaria que fosse realizado, de sentir por diversas vezes sobrecarregado para dar conta das demandas, provocando tristeza e desânimo como demonstram os depoimentos:

Eu sozinha! Eu acabo indo embora muito mal! Triste! Fico com uma sensação de impotência! Que eu não estou fazendo meu serviço direito! Que eu não estou causando bem estar nenhum para o paciente (TE23)

Eu acho que o meu trabalho aqui, às vezes, deprime, me desmotiva! E eu acho que mexe com meu emocional um pouco. Às vezes chego em casa mal! As vezes chego deprimida. (TE21)

Porque o enfermeiro aqui fica sobrecarregado! Ele tem que dar conta de muita coisa. Isso provoca um pouco de tristeza. (ENF03)

Segundo Vargas e Dias (2011), os trabalhadores de enfermagem sofrem maior impacto à saúde diante fatores presentes na vida social e laboral que contribuem para a queda da autoestima e reações depressivas. As características das pessoas depressivas são os sentimentos de tristeza ou vazio, queixas de perda do prazer para realizar atividades, em geral e redução de interesse pelo ambiente social associado à sensação de fadiga e/ou cansaço.

A depressão é caracterizada por lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e ou irritável redução da energia, incapacidade parcial ou total de sentir alegria ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração, pensamento de cunho negativo, com perda da capacidade de planejamento e alteração do juízo de verdade (GATTO; CAMILLO; NÓBREGA, 2006).

3.4.2 Subcategoria 2 – Repercussões físicas das cargas de trabalho para a saúde do trabalhador: quando o corpo fala

Nesta subcategoria, foram identificadas 42 (27,4 %) UR ou unidades de significação de ordem objetiva que possibilitaram identificar as implicações das cargas de trabalho para a

saúde física dos trabalhadores sendo: dores no corpo, comprometimento osteomuscular e insônia após um dia de trabalho.

3.4.2.1 Exigências de esforços físicos e dores no corpo

Apesar de o trabalho em saúde mental ser caracterizado, principalmente por tecnologias leves e leves-duras, ou seja, trabalho vivo, momento de encontro e trocas afetivas que ocorrem entre usuários e profissionais, ele também exige dos trabalhadores, principalmente da enfermagem esforços físicos. Isto se deve pelo fato de alguns pacientes encontrarem-se acamados, sedados, contidos e com dependência total da enfermagem para o autocuidado. Trata-se de uma atividade que demanda dos trabalhadores a realização de movimentos e esforços acentuados, que ao longo do tempo podem trazer repercussões para as estruturas ósseas e musculares. Episódios agudos de agitação psicomotora por parte dos pacientes podem exigir dos profissionais utilização da força física e resultar em dores musculares, lombares e outras, como relatado:

[...] me deixa mal! Fico com dor no corpo! Entendeu? Porque você faz força! Muita força! Às vezes tenho que separar brigas entre os pacientes! Dói o corpo todo. (TE14)

É mais a coluna! Esforço! [...] no banho quando vai pegar um paciente cadeirante! Às vezes a cadeira de assento não esta próxima! Aí você tem de levantar a paciente! Aí a coluna não aguenta! (TE3)

Dor nas costas! Agora mesmo não sou de ter dor de coluna! Ultimamente uns quinze dias atrás, estou sentindo por causa de uma paciente nossa que é pesada, muito pesada! (TE5)

Trabalhadores da enfermagem desenvolvem suas atividades em diversos locais, dentre os quais as instituições hospitalares e realizam atividades de forma contínua, que exigem atenção constante, esforço físico, posições inadequadas, movimentos repetitivos e levantamento de peso; o que os predispõem ao risco de adoecimento pelo trabalho. Assim, a rotina laboral expõe o grupo a diversos fatores de risco ocupacional. O trabalho dos profissionais de enfermagem é estressante em função da forte carga psicoemocional decorrente da relação enfermeiro-paciente, das exigências físicas, do *déficit* de trabalhadores, dos turnos prolongados, das condições inadequadas de trabalho e do limitado poder de decisão (MAGNANO; LISBOA; GRIEP, 2009).

3.4.2.2 Insônia após um dia de trabalho

Foi destacado em alguns depoimentos que a insônia prevaleceu em boa parte dos trabalhadores. Referem que a insônia é resultado do tempo de trabalho e por atuarem no hospital psiquiátrico, onde o tipo de atividade realizada os sobrecarrega e sofrem com as cargas física e mental, tendo como consequências alterações do padrão de sono e insônia.

Agora estou tendo insônia. [...] E eu só consigo dormir depois da meia noite, uma hora da manhã... eu penso que é por conta do meu trabalho, pois nunca tive isso. (TE 24)

Eu sofro de insônia a partir das 3hs da madrugada não tenho mais sono. Então acho que de certo modo esta me afetando esse tempo que estou trabalhando no hospital psiquiátrico. (TE28)

Socialmente tem interferido muito principalmente a irritabilidade tem me feito dormir mal! [...] no dia seguinte que você tem que trabalhar... então isso só vai afetando numa rotina do seu dia a dia com dores de cabeça. (ENF 2)

Infere-se que os sujeitos do estudo nem sempre conseguem relaxar após um dia de trabalho, tem a qualidade do sono afetada com prejuízos para o bem estar, o humor e a concentração. As alterações referidas, podem interferir no desempenho, principalmente ao se considerar que no hospital psiquiátrico, alguns pacientes pela própria condição, exigem da equipe cuidados e observação contínua, devido ao risco de quedas, automutilação e fuga; só para citar alguns.

O trabalho em turnos, na acepção de Martins (2003) é uma prática frequente e necessária em nível de várias organizações, nomeadamente nas instituições hospitalares. Trata-se de um tipo de horário de trabalho que afeta consideravelmente os técnicos de saúde que apresentam, com maior frequência, queixas de fadiga crônica e alterações gastrintestinais. As influências são tanto biológicas como emocionais, devido a alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono-vigília, do sistema termorregulador e do ritmo de excreção de adrenalina. Os efeitos deste estressor podem ser minimizados pelo indivíduo utilizando estratégias como: recuperação adequada dos déficits de sono, reservar e planejar algum tempo para a vida familiar e social.

A dificuldade de dormir durante o dia é preocupação muito presente nos trabalhadores de turnos alterados. Nas fases em que trabalham a noite, a preocupação se intensifica acompanhando-se, geralmente, de manifestações de nervosismo. A acentuação dos distúrbios do sono costuma marcar tanto o agravamento da fadiga patológica quanto a transição entre

esta e a configuração de quadros patológicos típicos, inclusive, de crises mentais agudas (SELLIGMANN-SILVA, 2011).

3.5 Categoria 4: Cargas de trabalho e mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem

Nesta categoria, foram identificadas 175 (23,14%) UR do total das unidades de registro identificadas nos depoimentos, nas quais se evidenciou que o trabalhador de enfermagem diante das cargas física e psíquica do trabalho em hospital psiquiátrico decorrentes do cuidado do paciente, das exigências da organização e do relacionamento interpessoal conflituoso, elaboram mecanismos ou estratégias de enfrentamento. Tais estratégias ou mecanismos de enfrentamento possuem os seguintes objetivos: resolução do problema e controle da emoção numa tentativa de minimizar o estresse ocupacional (Quadro 4).

Quadro 4 - Mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem - Rio de Janeiro - 2014

175	%	Unidades de Significação	Subcategorias	Categoria
76	43,4	Busca de ajuda (dos colegas, equipe, familiares, apoio psicológico e coordenação).	Sub1: mecanismos de enfrentamento centrados na resolução dos problemas	Cargas de trabalho e mecanismos de enfrentamento adotados
43	24,5	Controla e emoção (não se estressar, não esquentar, tentar esquecer, abstrair, se calar, se resignar, fingir que está bem, ignorar, se resignar).	Sub2: mecanismos de defesa voltados para a regulação da emoção	
26	14,8	Extravasa a tensão (falar, reclamar, explodir, gritar, rebater, revoltar, colocar para fora, trabalhar, brincar, rir, dançar e se divertir fora do trabalho).		
20		Descrença em mudança		
16		Fuga (sair de cena, fugir, sair para almoçar, ver as árvores)		

Nota: N= 30.

Ao contrário das estratégias de defesas que são inconscientes e não intencionais, este estudo optou pelo suporte teórico das estratégias de *coping*, definidas como “um esforço do indivíduo para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la”. Tais estratégias são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas, sendo conscientes. As estratégias de *coping* focadas no problema podem ter uma fonte externa e dentre elas, conversar com pessoas, buscar a solução da situação que gerou o estresse ou uma fonte interna numa tentativa de reestruturação cognitiva acerca do estressor (PINHEIRO; TRÓCOLI; TAMOYO, 2003).

3.5.1 Subcategoria 1: mecanismos de defesa centrados na tentativa de solução de problemas

3.5.1.1 Procurar conversar e dividir o problema com os demais colegas

Devido às pressões no cotidiano de trabalho ou exigências psicológicas, sociais e organizacionais que extrapolam a capacidade de enfrentamento individual ou os recursos internos, portanto estressores ou cargas consideradas de difícil manejo, o trabalhador recorre à ajuda ou o apoio dos colegas; momento em que procuram desabafar e conversar sobre os problemas que os afligem, ou a situação considerada estressante, como demonstrado nos depoimentos:

Eu converso bastante com os meus colegas de trabalho com relação ao meu setor e setor delas [...] geralmente em específico um que eu tenho mais contato. (ENF01)

Eu posso contar em primeiro com os meus colegas técnicos pares o pessoal os enfermeiros realmente! Eu tenho que contar com alguém que esteja sintonizado na mesma área de atuação tenho que contar com isso! (TE2)

Com a pessoa que esta trabalhando comigo! Com o colega plantonista que esta comigo! No meu caso eu conto muito com meu colega de trabalho. (TE4)

Segundo Dejours (2012), o reconhecimento, a cooperação entre os colegas, o espaço de fala e escuta sobre as experiências de trabalho, a mobilização da inteligência criativa são mediações essenciais para o desencadeamento do processo de reapropriação, graças aos quais as pressões do trabalho não são simplesmente suportadas passivamente, mas passam a ser objeto de uma estratégia pela qual o trabalho se transforma em fonte de realização e prazer.

3.5.1.2 Busca de apoio com os psicólogos do serviço

Identificou-se que os trabalhadores de enfermagem do hospital psiquiátrico necessitam de apoio psicológico, um lugar de escuta para que possam se expressar, serem ouvidos e acolhidos. Boa parte destes trabalhadores revelou necessidade de serem vistos de uma maneira diferenciada, como pessoas que também sofrem no trabalho e que possuem questões de ordem subjetiva que precisam ser trabalhadas, como demonstrado nos depoimentos:

Suporte psicológico! Precisamos de suporte para falarmos das doenças de como estamos! De como você não esta! De ser olhado também! De ter um acolhimento! Uma acolhida para os trabalhadores de psiquiatria! Sermos olhados. (TE7)

Núcleo voltado para a saúde mental do trabalhador na psiquiatria [...] hospital que trata da saúde mental dos outros e não ter quem cuide da nossa. (TE11)

Então eu acho que se eu trabalho em equipe, preciso de um lugar de escuta! Aqui se fala muito em escutar, mas poucos escutam! O profissional não escuta! Eu vejo muitas cobranças, mas pouca escuta! (ENF03)

Como referem Santos, Braga e Fernandes (2008), o investimento das organizações de saúde envolvendo ações como o diálogo, o reconhecimento, o respeito, o incentivo, o estímulo e o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores reverterá em fatores de sucesso para a interação dos profissionais. Como consequência, a relação interpessoal, envolvendo profissionais de saúde e pacientes será mais humanizada e adequada, considerando-se existirem condições que favoreçam a motivação, a valorização e a realização dos profissionais em seu ambiente de trabalho.

3.5.1.3 Buscam falar dos problemas de trabalho com a família e amigos

Os trabalhadores de enfermagem relataram que conversam com os familiares sobre os problemas institucionais, do trabalho em si com os familiares, numa tentativa de extravazar as tensões do cotidiano na enfermagem, como relatado nos depoimentos:

A gente leva isso pra casa para os meus familiares como uma forma de dialogo mesmo. (ENF01)

[...] Levo.. às vezes eu comento em casa com meu filho! (TE17)

Mas às vezes eu comento em casa que [...] que não aguento mais! Lá (se referindo ao hospital) é horrível. (TE 12)

Para Selligmann-Silva (2011), existem evidências de que aquelas conexões família-trabalho que resultam em prazer e bem-estar constituem um importantíssimo aspecto e incremento da saúde psicossocial, que permite ao grupo exercer sua autonomia, desenvolver seus potenciais e interesses, sentindo-se socialmente reconhecidos e justamente remunerados, certamente enriquecerão afetiva e intelectualmente o convívio familiar. No entanto, essa não é a constatação mais frequente nas pesquisas e nem na literatura consultada, assim como não parece ser a mais comum, onde os problemas de cunho psicossocial vivenciados no trabalho e a insatisfação dos trabalhadores acabam invadindo o espaço da família e acarretando implicações no convívio e desempenho de papéis.

3.5.2 Subcategoria 2: mecanismos de enfrentamento centrados na regulação da emoção

Evidenciou-se que além das estratégias centradas na solução dos problemas, os trabalhadores de enfermagem em hospital psiquiátrico diante das cargas físicas e psíquicas do trabalho elaboram mecanismos de enfrentamento centrados na emoção, no intuito de minimizar o estresse decorrente do trabalho, sendo relatado por parte do grupo algumas atitudes e dentre elas: estar bem, ignorar, fingir que nada acontece, não valorizar, não escutar, não falar. Por outro lado, há momentos em que referiram necessidade de extravazar as tensões, utilizando-se de expressões como: falar, reclamar, rebater, colocar para fora, brincar, dançar, realizar alguma atividade física, se divertir, inclusive fora do trabalho.

3.5.2.1 Afastamento temporário do ambiente de trabalho

Os trabalhadores de enfermagem, por trabalharem em setores fechados e se manterem no posto de trabalho grande parte do seu tempo, como referido em seus depoimentos, necessitam de uma pausa ou de se afastarem da atividade por alguns momentos, na tentativa de regulação da emoção, pois do contrário a carga se intensifica. Importante ressaltar que as pausas, apesar de serem legitimadas através de legislação específica, nem sempre são usufruídas pelo trabalhador, diante do déficit de pessoal e volume de trabalho.

Portanto, a fuga, mesmo que temporária do ambiente laboral, como refere Dejours (2012), são tentativas de o trabalhador se reorganizar psiquicamente diante das cargas que se acentuam em decorrência de alguma situação conflitante ou de situações de trabalho que se repetem, e que extrapolam a capacidade de tolerância por parte do trabalhador. No estudo, foram identificadas as seguintes estratégias de regulação da emoção: saída da enfermagem por algum tempo, idas a outros setores e desejo de se afastar da instituição diante de problemas que se repetem no dia a dia e sem perspectivas de mudança.

Dou uma fugida da enfermagem! Vou para o vestiário ou para a sala dos técnicos. (TE20)

Eu dou um jeitinho de sair ou peço ajuda. Não fico sozinho com os pacientes de jeito nenhum. (TE 27)

Esses problemas me afetam diretamente desestimulando o trabalho vontade de me afastar daqui (ENF2).

A vivência de sofrimento psíquico deve ser concebida como uma experiência individual ou coletiva de angústia, de medo e de insegurança, desenvolvida quando o trabalhador se depara com a realidade do trabalho ou quando estão presentes conflitos entre a sua busca e as restrições pelo reconhecimento do trabalho. Em relação ao emprego de estratégias defensivas como meio de amenizar o sofrimento psíquico, fato que, associado às constatações sobre a organização do trabalho, vem confirmar que essas estratégias defensivas, estão na base das defesas de adaptação e exploração, individualismo e passividade, respectivamente, e alimentam o funcionamento perverso da organização, além da submissão ao desejo de produção (MENDES, 2007a).

3.5.2.2 Prática de lazer

A prática de lazer foi umas estratégias evidenciadas nesta pesquisa como válvula de escape ou formas de extravasar as tensões ou cargas acumuladas pelos trabalhadores, principalmente após a jornada de trabalho, momento em que se encontram cansados e fatigados diante das exigências da organização e até mesmo pela necessidade de contenção das emoções. Tais estratégias, por serem fora do ambiente laboral, não acarretam mudanças efetivas diante dos problemas enfrentados no cotidiano, com risco de alienação por não mobilizar o trabalhador para mudanças no contexto laboral.

Muito bom sair! Tomar um chopp! Dançar! Cantar! (TE07)

Em casa eu extravazo muito! Quando eu saio a cabeça esvazia!(TE17)

Tentar me distrair com alguma coisa! Sair! Me divertir! Para não ficar pensando nisso (se referindo ao trabalho). (TE 21)

Por se serem estratégias individuais, o retorno do trabalhador ao posto de trabalho e o enfrentamento dos mesmos problemas podem desencadear no profissional sentimentos de impotência, resignação e descrença de mudanças efetivas por parte da organização e que revertam em ganhos ou bem estar do grupo. Neste sentido, cabe salientar a importância de os trabalhadores se organizarem em seus locais de trabalho no intuito de promover mudanças; o que pode ser realizado mediante reuniões do próprio grupo e busca de apoio e orientação junto aos órgãos de classe como sindicatos e associações.

Como afirma Selligmann-Silva (2011), tensão e fadiga se retroalimentam reciprocamente. A necessidade de buscar maneiras de amenizar a tensão sentida pelos trabalhadores dos mais diferentes setores e níveis de qualificação manifesta-se através de variadas práticas individuais e coletivas. Algumas, inclusive, têm sido institucionalizadas pelas próprias empresas, como a ginástica laboral, a ioga e outras formas de relaxamento, bem como a utilização de músicas e canto. Neste sentido, o conceito de prazer tem relação direta com o conceito de carga psíquica, pois o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho.

Salienta-se que o sofrimento, como assevera Mendes (2007b) é vivenciado diante de uma realidade que não oferece possibilidades de ajustamento das necessidades do trabalhador em decorrência das imposições e pressões no contexto de trabalho. Porém, o sofrimento não se instala de uma forma permanente. Isso implica que o sofrimento em si não é patológico e

pode funcionar como um sinal de alerta para evitar o adoecimento, que acontece quando os trabalhadores não conseguem utilizar estratégias para dar conta das adversidades da organização do trabalho. Por outro lado, sendo as estratégias individuais insuficientes frente ao contexto de trabalho, a degradação da saúde do trabalhador é ainda maior. A ansiedade, o medo, os desgastes se acumulam, sejam físicos ou mentais, e podem consumir o trabalhador até o *burnout*.

CONCLUSÃO

No intuito de aprofundar os meus conhecimentos acerca do objeto de estudo e responder aos objetivos propostos, optei pelo método qualitativo, que possibilitou captar as experiências e vivências dos trabalhadores de enfermagem acerca do trabalho em hospital psiquiátrico e as repercussões para a saúde do grupo. O trabalho na psiquiatria possui características peculiares que extrapolam o cuidado técnico, por isso tende a acarretar no trabalhador de enfermagem um desgaste físico e psíquico que foi identificado na primeira categoria cargas de trabalho e cuidado do paciente com transtorno mental. Nesta situação de trabalho foi marcante a imprevisibilidade do quadro clínico dos pacientes sob os cuidados da equipe por contribuir para a intensificação da carga psíquica diante dos efeitos de vigilância para a saúde mental do grupo.

Na segunda categoria, foram discutidas as cargas psíquicas do trabalho e a organização hospitalar, onde se evidenciou que além das cargas decorrentes do cuidado do paciente, a organização de trabalho e a precariedade das condições laborais devem ser consideradas na gênese das cargas de trabalho. Em relação à precariedade, constatou-se insuficiência de recursos humanos e materiais, sobrecarregando as equipes devido ao volume de trabalho a ser executado. Quanto à organização, os trabalhadores se ressentiam pelo fato de não terem uma chefia de enfermagem que os representassem e também por não se sentirem apoiados pela coordenação, o que os deixavam insatisfeitos e desmotivados no trabalho.

Devido aos fatores de ordem organizacional, estrutural e relacional, as cargas de trabalho são intensificadas levando ao sofrimento no trabalho e implicações para a saúde do trabalhador diante de queixas como: estresse, cansaço físico e mental, dores no corpo, ansiedade e fadiga. Cabe ressaltar que o estresse ocupacional foi a principal queixa referida pelos trabalhadores diante das cargas de ordem física e psíquica no trabalho em hospital psiquiátrico. Infere-se que pelo fato de o nível de estresse ser prolongado, os trabalhadores podem estar na fase de exaustão e cujos recursos internos e externos, não são suficientes para o seu enfrentamento; daí a perda de controle, momento em que gesticulam, falam alto e extravasam a carga de trabalho evidenciando-se a perda do autocontrole.

Portanto, a equipe de enfermagem do presente estudo, por trabalhar em regime de turnos em jornadas extensas de 12 horas ou mais e, ainda acumular mais de um vínculo empregatício, encontra-se propensa ao sofrimento no trabalho que ao longo do tempo pode acarretar danos à saúde, caso medidas preventivas não sejam adotadas pela organização.

Deve-se considerar que além de o trabalhador de enfermagem psiquiátrica conviver com o sofrimento psíquico de usuários e familiares, momento em que ocorrem trocas afetivas, há outras exigências de cunho técnico que demandam esforços físicos acentuados em decorrência do cuidado de pacientes com dependência parcial e/ou total da enfermagem por se encontrarem acamados, sedados e/ou contidos.

Há também os efeitos da vigilância, pois mesmo quando o trabalhador não realiza nenhuma atividade de cunho técnico, existem aspectos relacionados ao cuidado em saúde mental que mobilizam a subjetividade do trabalhador e podem contribuir para a intensificação da carga psíquica e, dentre eles: a imprevisibilidade do quadro clínico dos pacientes, os riscos de queda dos leitos e da própria altura, automutilação e as agressões verbal e/ou física.

Diante das cargas físicas e psíquicas do trabalho no hospital psiquiátrico e das repercussões para a saúde física e mental, os trabalhadores elaboram mecanismos de enfrentamento individuais conscientes, recorrendo à ajuda dos próprios colegas, dos enfermeiros e demais profissionais; momento em que conversam e fazem a catarse para se manterem no trabalho, apesar do sofrimento.

Além dos mecanismos que visam à busca de solução para os problemas do cotidiano, os trabalhadores também recorrem a mecanismos centrados na regulação da emoção, com o intuito de aliviarem a tensão, e entre eles: o afastamento temporário do trabalho para se reorganizarem psicologicamente durante situações conflitantes. Apesar de sua relevância, as estratégias adotadas nem sempre implicam em mudanças no contexto de trabalho e, apesar de amenizarem o sofrimento do trabalhador, há necessidade de os trabalhadores se organizarem, no intuito de lutar pela melhoria das condições de trabalho e buscarem suporte nas associações, sindicatos e conselho da classe, de modo a obterem suporte, orientação e respaldo legal diante dos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho.

Apesar das limitações do estudo devido ao número de entrevistados e por ter sido realizado em uma única instituição, o que impede a generalização dos resultados, o mesmo apontou para questões relevantes acerca das cargas decorrentes do trabalho em hospital psiquiátrico e as repercussões para a saúde mental e física do trabalhador de enfermagem. Sugere-se a continuidade de estudos desta natureza, assim como a criação de um espaço dedicado a elaboração dos problemas vivenciados pelos trabalhadores do serviço, considerando que o campo onde foi realizado o estudo não possuía um serviço de saúde do trabalhador na ocasião em que os dados foram coletados.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000100022>>. Acesso em: 23 maio 2014.

AZAMBUJA, E. P.; KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 41, n. 3, p. 355-362, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300003>>. Acesso em: 05 jan. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BICHO, L. M. D.; PEREIRA, S. R. **Estresse ocupacional**. 2007. Disponível em: <http://prof.santana-silva.pt/gest%C3%A3o_de_empresas/trabalhosStress%20Ocupacional.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2013.

_____. Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, Câmara dos Deputados, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 15 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional da Desprecarização do trabalho do SUS. **DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução 196/96** do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Doenças Relacionadas ao Trabalho. **Manual de Procedimentos para o Serviço de Saúde**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação da Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Políticas de Saúde**: a organização da operacionalização do Sistema Único de Saúde. 2004. Disponível em:

<http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps_3.pdf>. Acesso em: 02 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1339/GM**, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. 1999. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lista_doencas_relacionadas_trabalho.pdf>.

Acesso em: 23 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, 2012. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Brasília. **A Reforma Psiquiátrica depois da lei Nacional (2001 -2005)**. Brasília, DF, nov. 2005. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 427-430, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Trabalhar sim! Adoecer não!** O processo de construção e realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador Relatório ampliado da 3ª CNST, Brasília, DF, 2011. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/trabalhar_sim_adoecer_nao.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2013.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma regulamentadora nº 32**. Dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. 2005. Disponível em:

<<http://portal.mte.gov.br/legislacao/normas-regulamentadoras-1.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2012.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 61-69, jan./fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pdf>. Acesso em: 15 ago. 2012.

DE MARCO, P. F. et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade devida e satisfação profissional. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 7, n. 3, p. 178-183, 2008.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2011. 160 p.

DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 2012.145p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer,sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2012.

DIAS, C. B.; SILVA, A. L. A. O perfil e a ação profissional da(o) enfermeira(o) no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 469-475, jun. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/32.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST; The challenge of implementing workersÆ health actions in the Brazilian National Health System (SUS): the RENAST. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão, 2009. 209p.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalhador, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

ESPERIDIÃO, E. et al. The Psychiatric Nursing, ABEn and the Scientific Department of Psychiatric and Mental Health Nursing: progress and challenges. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. spe, 2013.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 207-211, 2006.

GATTO, I. M. B.; CAMILLO, S. O.; NÓBREGA, M. P. S. S. Depressão em graduandos de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 162-167, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2006. 137p.

GONÇALVES, F. G. A. **O modelo neoliberal e suas repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem**. 2014. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

GONÇALVES, F. G. A. et al. O modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **REUOL**, v. 7, n. 11, p. 7-11, p. 6352-6359, nov. 2013.

GONÇALVES, H. A. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: Avercamp, 2005.

GONÇALVES, J. R. **Metodologia científica e redação acadêmica**. 6. ed. Brasília: JRG, 2011.

INGRAVALLO, F. et al. Factors associated with nurses' opinions and practices regarding information and consent. **Nurs. Ethics.**, v. 21, n. 3, p. 299-313, May 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24036667>>. Acesso em: 02 nov. 2014.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 51-60, 2011.

KURCGANT, P.; TRONCHI, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação dos recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul. enferm.**, v. 19, n. 1, supl. 1, p. 80-91, mar./jun. 2006.

LANCMAN, S.; COSTA, A. C. F. **Políticas públicas e processos de trabalho em saúde mental**. Brasília, DF: Paralelo15, 2008.

LACMAN, S.; SZENELWAR, L. I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Brasília, DF: Paralelo15; Rio de Janeiro: FioCruz, 2011.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção de saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACHADO, S. C. et al. Liderança em enfermagem psiquiátrica. **Esc. Anna Nery**, v. 10, n. 4, p. 730-734, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400016>>. Acesso em: 23 set. 2013.

MAGNANO, T. S.; LISBOA, M. T.; GRIEP, R. H. Stress, psychosocial aspects of the work and musculoskeletal disorders in nursing workers. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 118-123, 2009.

MAGNUS, C. N.; MERLO, A. R. C. Sofrimento-prazer: dinâmica do trabalho de profissionais de saúde mental de um hospital psiquiátrico público. **Psico**, v. 43, n. 2, 2012. Disponível em: <revista.ibict.br/inclusao/index.php/inclusao>. Acesso em: 12 jul. 2013.

MARTINS, L. A. N. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 1, n. 1, p.59-71, 2003.

MARTINS, M. C. A. Fatores de risco psicossociais para a saúde mental. **Millenium**, n. 29, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/default.htm>>. Acesso em: 23 jul. 2012.

MAURO, M. Y. C. **Inovação de gestão das condições de trabalho em saúde para hospitais do Sistema Único de Saúde-SUS/Brasil**. Rio de Janeiro, 2006. Projeto apresentado ao CNPQ. Mimeografado

MAURO, M. Y. C.; VEIGA, A. R. Problemas de saúde e riscos ocupacionais: percepções dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade maternoinfantil. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, p. 64-69, 2008.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A. M. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria e método de pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007a. p. 16-30.

_____. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007b.

MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2002.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189p.

MILHOMEM, M. A. G. C.; OLIVEIRA, A. G. B. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Rev. Gaucha Enferm**, v. 30, n. 2, p. 272-279, jun. 2009. Disponível em: <bases.bireme.br/cgi-bin/.../online/?...p>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 408p.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MIRANDA, F. M. D. et al. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 1018-1022, 2011.

MIRANDA, M.; SANTOS, M. L. S. C. Nursing care in the attention psychosocial's center (CAPS) – a descriptive study. **Online Braz. J. Nurs. (online)**, v. 8, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.2393/html_15>. Acesso em: 23 abr. 2013.

MOREIRA, L. H. O. et al. A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. **Inclusão Social**, v. 3, n. 1, p. 35-42, out. 2007/mar. 2008.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**. 2004. 298 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

NARDI, H. C. **Saúde do trabalhador: dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 10, p. 2375-2384, out. 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 333-340, maio/jun. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2013.

OLIVEIRA, E. B. et al. Produção do conhecimento da enfermagem sobre os riscos psicossociais no trabalho: revisão sistematizada da literatura. **Enfermagem Atual**, v. 60, p. 31-34, 2010.

OLSHOWSKY, A. et al. Ações de enfermagem em saúde mental-revisão bibliográfica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56., 2005, Gramado. **Anais eletrônicos...** Gramado: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem/indexp2.php?cod=75264&popup=1>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 2, p. 277-284, 2010.

PAULA, G. S.; OLIVEIRA, E. B. **Violência laboral como risco psicossocial à saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital psiquiátrico**. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

PEREIRA, W. R.; BELLATO, R. A relação entre a precarização do ambiente físico e o risco de infecção hospitalar: um olhar sob a perspectiva da ética, dos direitos e da cidadania. **Texto contexto enferm.**, v. 13, n. esp, p. 17-24, 2004.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de coping no ambiente ocupacional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 19, n. 2, maio/ago. 2003.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trab. Educ. Saúde**, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 120p.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **EDUNISC**, v. 9, n. 14, p. 35-42, jan. 2006. Disponível em: <www.esp.rs.gov.br/img2/v16n1_10saudemental.pdf>. Acesso em: 03 maio 2013.

RAMOS, E. L. et al. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. **R. Pesq.: cuid fundam online**, v. 6, n. 2, p. 571-583, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2833/pdf_1245>. Acesso em: 03 maio 2013.

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho**: fundamentos para atenção à saúde dos trabalhadores. São Paulo: Martinari, 2008.152p.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 3. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.192p.

SANTOS, M. C. L.; BRAGA, V. A. B.; FERNANDES, A. F. C. Nível de satisfação dos enfermeiros com o seu trabalho. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 1, p. 101-105, 2008.

SARQUIS, L. M. M.; FELLI, V. E. A. Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 5, p. 701-704, 2009.

SCHMOELLER, R. et al. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 32, n. 2, p. 368-377, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>>. Acesso em: 23 abr. 2013.

SELL, I. **Projeto do trabalho humano**: melhorando as condições de trabalho. Florianópolis: UFSC, 2002. 469p.

SELLI, L. **Bioética na enfermagem**. 2. ed. São Leopoldo: UNISINOS, 2005.

SELLIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUZA, N. V. D. O. et al. Riscos ocupacionais relacionados ao trabalho de uma Unidade Ambulatorial Especializada. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. esp. 1, p. 609-614, dez. 2012.

SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. C. O estresse e a enfermagem: a percepção das auxiliares de enfermagem de uma instituição pública. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 2, p. 181-183, 2007.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. V. **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico PUCRS**, v. 40, n. 1, p. 102-109, 2009.

VARGAS, D.; DIAS, A. P. V. Prevalencia de depresión en trabajadores de enfermería de Unidades de Terapia Intensiva: estudio en hospitales de una ciudad del noroeste del Estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 1114-1121, 2011.

VIANEY, E. L. B.; MARISLEI, E. Saúde do trabalhador: condições de trabalho do pessoal de enfermagem em hospital psiquiátrico. **Rev. bras. enferm.**, v. 56, n. 5, p. 555-557, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000500017>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

VILLELA, S. C.; SCATENA, M. C. M. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. **Rev. bras. enferm.**, v. 57, n. 6, p. 738-741, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000600022>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

APENDICE A - Roteiro de Entrevista e Coletas de Dados

1. Fale-me do seu trabalho neste setor
2. O que é para você cuidar de paciente com transtorno mental?
3. Fale-me das condições de trabalho neste hospital.
4. Quais os problemas que você enfrenta neste hospital
5. Como esses problemas te afetam?
6. Como estes problemas afetam a sua saúde física?
7. Como estes problemas afetam a sua saúde mental?
8. Como estes problemas te afetam FORA DO TRABALHO socialmente?
9. Como você enfrenta ESSES problemas?
10. Considerando os problemas referidos como você lida com os mesmos?
11. Com quem você pode contar ou te ajudar?
12. Que tipo de apoio você acha importante

1. Sexo Masc Fem
2. Faixa etária 21 a 25 anos 26 a 34 anos
 35 a 45 anos 45 a 55 anos
 acima de 55 anos
3. Estado civil solteiro casado
 união consensual divorciado
 viúvo
4. Escolaridade superior superior incompleto
 ensino médio ensino fundamental
5. A função que exerce está compatível com a sua escolaridade sim não
6. Tempo que trabalha neste hospital 1 a 5 anos 6 a 11 anos
 12 a 17 anos > de 17 anos
7. Tempo que trabalha neste setor 1 a 5 anos 6 a 11 anos
 12 a 17 anos > de 17 anos
8. Tipo de contrato estatutário celetista
 contrato temporário
9. Tipo de jornada de trabalho manhã tarde
 Pl diurno pl noturno
10. Número de vínculos empregatícios 1 2 3
11. Carga horária de trabalho neste hospital 30 horas 32 horas
 40 horas
12. Carga horária semanal total - considerar outro vínculo 40 horas 50 horas
 60 horas > de 60 horas
13. Renda familiar em salários 1 a 3 salários min
 4 a 7 salários min
 > de 7 salários min
14. Nos últimos doze meses esteve de licença para tratar da saúde? sim não
15. Teve algum acidente de trabalho nos últimos doze meses sim não
16. Faz uso de algum medicamento? sim não
17. Tem diagnóstico de alguma doença? sim não

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (A) Senhor (a) está convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “**Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do trabalhador enfermagem**”, que possui como objetivos: identificar: as cargas de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem em hospital psiquiátrico; descrever como as cargas de trabalho na psiquiatria afetam a saúde dos trabalhadores de enfermagem; analisar os mecanismos de enfrentamento adotados pelos trabalhadores de enfermagem diante das cargas de trabalho em hospital psiquiátrico.

Você responderá a um questionário contendo em sua primeira parte dados socioprofissionais seguidos de algumas questões sobre as cargas de trabalho. As perguntas serão gravadas. A entrevista será realizada no setor, de acordo com a sua disponibilidade em dia, horário a serem agendados e em local privativo.

Esta pesquisa não representa risco direto para a sua saúde ou bem estar. Os benefícios serão a ampliação do conhecimento sobre as cargas de trabalho em trabalhadores de enfermagem e a análise das implicações para a saúde do trabalhador. Caso você queira tirar alguma dúvida ou solicitar outros esclarecimentos poderá entrar em contato telefônico ou pessoalmente.

Sua participação é voluntária e você poderá recusar-se a participar a qualquer momento e retirar seu termo de consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Você não terá custos ao participar deste estudo. Esta garantida e assegurado o sigilo dos dados e o anonimato. Os resultados do estudo serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo que a guarda do mesmo é de responsabilidade do pesquisador. O acesso aos dados será feito somente através do contato com os pesquisadores. A divulgação dos resultados ocorrerá sob a forma de relatório, apresentação em eventos científicos e produção de artigos.

Assinando este termo, você concorda em participar voluntariamente deste estudo e declara que todas as dúvidas foram sanadas. Embora concordando em participar, você não está desistindo de nenhum direito.

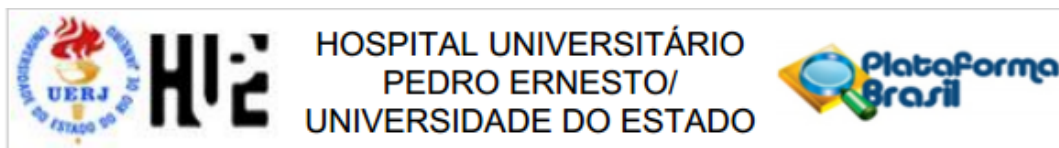
Se você não entendeu alguma parte deste documento pergunte ao pesquisador antes de assinar. Pesquisadores responsáveis: Professor Doutor Elias Barbosa de Oliveira (orientador) e o Mestranda Silvia Regina Carvalho de Souza da Silva, pertencentes à instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Telefone para contato: (21) 2628 8236 R 210.

Eu, _____,
 RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.
 Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cargas de trabalho em hospital psiquiátrico: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem.

Pesquisador: ELIAS BARBOSA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23356414.6.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 619.262

Data da Relatoria: 09/04/2014

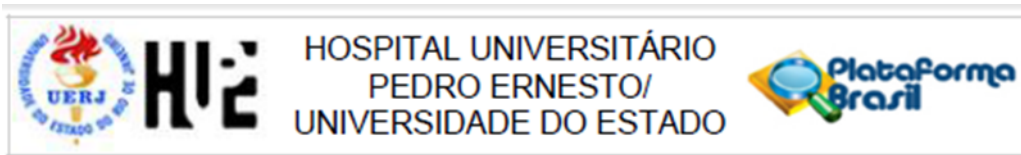
Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Mestrado de autoria de Silvia Regina Carvalho de Souza e Silva e orientação do Prof Elias Barbosa de Oliveira do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade, com término previsto para dezembro de 2014. Possui como objeto cargas de trabalho em hospital psiquiátrico e as repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, tendo como campo um hospital psiquiátrico, situado no município do Rio de Janeiro. A população será composta de trabalhadores de enfermagem (10 enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem) onde os mesmos participarão de uma entrevista, que será gravada, com um roteiro previamente elaborado. No tratamento dos depoimentos será aplicada a técnica de Análise de Conteúdo (Bardin), sendo os resultados discutidos a luz da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, C)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos: identificar as cargas de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem em um hospital psiquiátrico; descrever como as cargas de trabalho na psiquiatria afetam a saúde dos trabalhadores de enfermagem e analisar os mecanismos de enfrentamento adotados pelos

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **Fax:** (21)2264-0853 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 619.262

trabalhadores de enfermagem diante das cargas de trabalho no hospital psiquiátrico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador ressalta o risco de desconforto por parte dos trabalhadores ao falarem dos problemas enfrentados no trabalho e o papel da organização. Entretanto, ressalta a garantido do sujeito retirar o consentimento de participação no estudo em qualquer fase, cujos dados serão validados pelos entrevistados, antes da análise e apresentação dos resultados. São apresentados como benefícios do estudo: Ampliação os estudos na vertente saúde do trabalhador, principalmente no que diz respeito as cargas de trabalho que os

trabalhadores de enfermagem em hospital psiquiátrico encontram-se expostos em seu exercício cotidiano de cuidar de pessoas com transtorno mental; possibilitar a reflexão e discussão de medidas que possam ser adotadas pelo serviço com vista ao bem estar e promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Ampliar o acervo de estudos do Programa de Pós graduação em Enfermagem da ENF/UERJ, na linha de pesquisa Trabalho, Formação e Saúde em Enfermagem. Na graduação, contribuirá para a inserção do tema na formação, despertando no futuro profissional o conhecimento e reflexão sobre as cargas presentes no trabalho em hospital psiquiátrico e a responsabilidade da organização e dos trabalhadores no que diz respeito a elaboração de projetos institucionais voltados para a manutenção da saúde e bem estar do grupo, principalmente ao considerarmos os problemas relativos ao afastamento e absenteísmo decorrentes das cargas presentes no ambiente laboral.

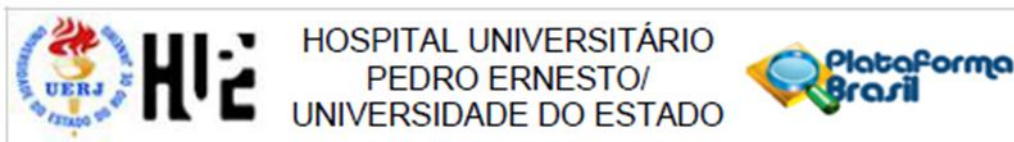
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de cunho descritivo, que utilizará a entrevista como método para a coleta de dados. Trará contribuições para a área de Saúde do Trabalhador.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Folha de rosto assinada pelo orientador da mestranda e a instituição proponente é a FENF/ UERJ, local de realização do mestrado;
- 2- Declaração de ciência da Unidade de Saúde Municipal onde o estudo será realizado;
- 3- TCLE contendo todos os princípios fundamentais;
- 4- Questionário de caracterização dos sujeitos do estudo e roteiro de entrevistas;
- 5- Cronograma com término do estudo previsto para dezembro de 2014, sendo o início da coleta de dados em março do corrente ano;

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2866-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 619.262

6- Financiamento próprio.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

RIO DE JANEIRO, 17 de Abril de 2014

Assinador por:
WILLE OIGMAN
 (Coordenador)

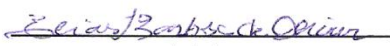
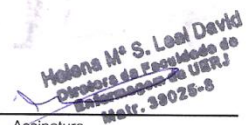
Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br

ANEXO B - Folha de Rosto, Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Cargas de trabalho em um serviço de psiquiatria: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 45	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: ELIAS BARBOSA DE OLIVEIRA			
6. CPF: 637.661.677-15		7. Endereço (Rua, n.º): ALEXANDRE DE GUSMAO TIJUCA N 28 AP. 104 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 20520120	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (21) 9887-2223	10. Outro Telefone:
		11. Email: eliasbo@oi.com.br	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 21 / 10 / 2013		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ		14. CNPJ: 33.540.014/0017-14	15. Unidade/Orgão: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ
16. Telefone: (21) 1587-6353		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Melina M. S. Leal David</u>		CPF: <u>565509797-9</u>	
Cargo/Função: <u>DIRETORA</u>			
Data: 20 / 10 / 2013		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			