



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Priscilla Moutella Barroso Araujo

**O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais:  
repercussões para a saúde mental do enfermeiro**

Rio de Janeiro

2016

Priscilla Moutella Barroso Araujo

**O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro**

Dissertação 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. Elías Barbosa de Oliveira

Rio de Janeiro

2016

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

A663 Araujo, Priscilla Moutella Barroso.  
O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro / Priscilla Moutella Barroso Araujo. - 2016.  
95 f.

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

1. Trabalhadores – Saúde mental. 2. Enfermagem. 3. Emergências médicas. 4. Saúde do trabalhador 5. Enfermeiros. 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

Priscilla Moutella Barroso Araujo

**O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro**

Dissertação 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 19 de fevereiro de 2016.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (Orientador)  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza  
Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Joanir Pereira Passos  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2016

## DEDICATÓRIA

Este estudo é dedicado a Deus, que me deu o dom da vida e sempre esteve comigo nos momentos mais difíceis, nas madrugadas e lágrimas intermináveis. Agradeço essa presença Divina que não permitiu que eu desistisse, renovando minhas forças a cada dia. Dedico também ao meu esposo, Leandro de Souza Bastos, e aos meus pais, Paulo Cesar Silva Araujo e Katia Eliane Moutella Barroso Araujo, que sempre me apoiaram e compreenderam minha ausência, estresse e mau humor. Mesmo assim, sempre demonstraram seu amor por mim através de palavras de apoio e compreensão. Tenho certeza de que não conseguiria vencer sem a ajuda e o incentivo da minha amada família.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero engrandecer o nome de Deus, que me sustentou com seus braços de amor e permitiu que eu caminhasse até o final, mesmo semeando o caminho com lágrimas inúmeras vezes. Deus, eu te amo! Obrigado por tudo.

Ao meu esposo, Leandro de Souza Bastos, que sempre foi compreensivo e amável com meus afazeres da dissertação. Estive muitas vezes ausente e nervosa, mas sempre me acolheu com suas palavras incentivadoras e me acalentou nos momentos de desespero com seu abraço dizendo que tudo ia dar certo. Leandro, eu amo você.

Aos meus pais, Paulo Cesar Silva Araujo e Katia Eliane Moutella Barroso Araujo, que me ensinaram as bases e os princípios que devo carregar em minha vida, dentre eles a perseverança. Seus exemplos me motivaram em cada dificuldade fortificando meu corpo, alma e espírito, e criando uma determinação interior que foi fundamental para a conclusão da pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira, exemplo de pessoa e profissional, que me ensinou a ser pesquisadora, cobrou dedicação e responsabilidade, mas retribuiu com conhecimento de excelência, amizade e incentivo. Professor, sou admiradora do seu profissionalismo e caráter, muito obrigada por não desistir de mim.

À direção e corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sou grata pelo crescimento profissional adquirido ao longo do curso e também pela dedicação e presteza dos conhecimentos transmitidos aos discentes.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela responsabilidade, paciência e atenção dedicada aos mestrandos.

Às professoras Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, Marcia Tereza Luz Lisboa e Joanir Pereira Passos pelas excelentes e diferenciadas contribuições disponibilizadas em meu estudo, colaborando com o crescimento e aperfeiçoamento da pesquisa.

Aos enfermeiros da emergência do Hospital onde realizei a pesquisa pelo acolhimento, carinho, dedicação e excelentes entrevistas que possibilitaram a criação do estudo e a ampliação do conhecimento na área da saúde mental.

À minha avó Aurea Maria Moutella Barroso (*in memoriam*), que me ensinou a importânciados estudos, incentivando e cobrando a aquisição de conhecimentos desde

pequenina. Suas atitudes em prol do meu crescimento pessoal e profissional certamente fizeram a diferença nessa caminhada. Hoje sinto orgulho e uma saudade imensa da senhora.

À minha família, obrigado por serem tão amorosos e amigos, pois sempre me apoiaram e incentivaram minhas conquistas. Vocês foram imprescindíveis nessa jornada de estudo sou extremamente grata.

Aos meus queridos amigos, cujo incentivo e força sentia, mesmo se estivessem longe, seja por palavras, recados ou pensamentos. Dosagem de ânimo e palavras acolhedoras recebidas de vocês em todo esse período permitiram que eu tivesse força e fé para prosseguir.

Aos novos amigos adquiridos no curso de mestrado, nossa união e troca de experiências possibilitaram uma caminhada menos árdua e mais proveitosa.

Aos funcionários da Direção e do Centro de Estudos do Hospital, os quais foram incansáveis em me auxiliar nos trâmites do estudo sempre com muita compreensão e cordialidade.

## RESUMO

ARAÚJO, Priscilla Moutella Barroso. **O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro**. 2016. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Estudo que possui como objeto os “riscos psicossociais em serviço de emergência e as repercussões para a saúde mental do enfermeiro”. Os objetivos são: a) identificar os riscos psicossociais presentes em serviço de emergência na visão do enfermeiro; b) descrever as repercussões dos riscos psicossociais para a saúde mental do enfermeiro; c) analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelo enfermeiro em serviço de emergência frente aos riscos psicossociais. Optou-se pelo método qualitativo, descritivo e exploratório; o campo de pesquisa foi um hospital público situado no município do Rio de Janeiro. Participaram do estudo 22 enfermeiros que desenvolviam atividades assistenciais e gerenciais na emergência a partir dos seguintes critérios de inclusão: a) ter vínculo de trabalho estatutário e/ou celetista; b) estar exercendo atividades na emergência pelo menos há um ano; c) não estar afastado do trabalho devido a problemas de saúde, férias ou outros tipos de afastamentos. Em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, o estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do nº 940.047 e CAAE 37922514.4.0000.5282. Na coleta de dados, adotou-se a técnica de entrevista semiestruturada mediante roteiro, cujos depoimentos foram gravados em meio digital. Na caracterização dos participantes, utilizou-se um questionário estruturado. Aplicada a análise de conteúdo aos depoimentos identificaram-se os seguintes riscos psicossociais: a) a superlotação do serviço devido ao controle ineficaz do fluxo de pacientes; b) a insuficiência de recursos humanos e materiais; c) a imprevisibilidade do quadro clínico dos pacientes; d) as condições inadequadas de trabalho com necessidade de improviso e ausência de manutenção dos equipamentos. Acrescenta-se a violência física e psicológica por parte dos usuários insatisfeitos com o atendimento. Esses riscos acarretam desgaste com repercussões para a saúde mental dos profissionais, identificadas a partir de queixas como nervosismo, estresse, irritação e somatização; a partir disso, evidencia-se a nocividade do trabalho. Frente aos riscos psicossociais, os enfermeiros elaboram mecanismos de enfrentamento ou estratégias de *coping* dentro e fora do trabalho, as quais são um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais elaborados com o objetivo de dominar, tolerar ou reduzir o estresse no trabalho mediante a regulação da emoção e/ou da solução dos problemas. Apesar de os trabalhadores elaborarem estratégias com o intuito de minimizar o estresse e permanecer no trabalho, a saúde mental do grupo encontra-se afetada e, caso nenhuma medida seja adotada pela organização e/ou o próprio trabalhador, há possibilidade de encargos individuais e organizacionais com conseqüente queda da qualidade do serviço e adoecimento dos trabalhadores. Conclui-se que há necessidade de intervenção nesse contexto de trabalho por parte da organização juntamente com Serviço de Saúde do Trabalhador e com profissionais, a fim de prevenir, controlar e enfrentar os riscos psicossociais apontados, cujas ações poderão resultar em bem-estar dos trabalhadores e em qualidade do serviço ofertado à população.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde mental. Emergência. Saúde do trabalhador.



## ABSTRACT

ARAÚJO, Priscilla Moutella Barroso. **The work in the emergency services and psychosocial risks: implications for mental health nursing.** 2016. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The object of this study is the psychosocial risks of working in emergency services and the repercussions on the mental health of the nurses. The objectives of the research are: a) Identify psychosocial risks present in emergency room nurse in sight; b) Describe the impact of psychosocial risks for the mental health of the nurses/ and analyze the coping strategies adopted by nurses in emergency service front psychosocial risks. The method used was qualitative, descriptive and exploratory, the field of research was a federal public hospital located in the municipality of Rio de Janeiro. Study participants were twenty-two nurses who developed welfare and managerial activities in emergency, selected according to the following criteria: a) related by a statutory or CLT work; b) performed their work in field for at least one year; c) had not been away from work due to health problems, vacations or other types of licenses. In accordance with the National Health Council's resolution n 466/12, the study was authorized by the Research Ethics Committee with the following registration numbers 940.047 and CAAE 37922514.4.0000.5282. Data collection was adopted a semi-structured interview technique through script and a questionnaire to characterize the subjects. In the analysis of the reports applied to content analysis. The following psychosocial risks in emergency nursing work were identified in the research: a) overcrowding evidenced by an ineffective control of the flow of patients; b) shortage of human resources and lack of material resources; c) the unpredictability of the clinical condition of patients; d) inadequate working conditions due to the constant need for improvisation and lack of maintenance of equipment. In addition, the physical and psychological workplace violence caused by users dissatisfied with the service provided. These risks generate stress with repercussions for mental health of the workers, detected as complains of stress, nervousness, irritation and somatization. Analysing all these facts, it becomes evident the harmfulness of this work environment. In view of these psychosocial risk nurses prepare defense mechanisms or coping strategies, both inside and outside work, which combine cognitive and behavioral efforts elaborated to dominate, tolerate or reduce the stress in the work environment by using emotion regulation or/and problem solving. Although workers develop strategies in an effort to minimize the stress and continue working, their mental health is already damaged and, if the organization and/or the worker do not take measures accordingly, there is a possible increase of individuals and organizational responsibilities that will consequently cause the decline in quality of service and the illness of the workers. In conclusion, it's necessary that the organization, alongside the Occupational Health and core professionals, intervene in these matters, preventing, controlling and combating the pointed psychosocial risks, to improve the quality of life of workers and the service offered to the population.

Keywords: Nursing. Mental health. Emergency. Worker's health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 –	Características sociodemográficas dos participantes do estudo - Rio de Janeiro – 2015 .....	50
Tabela 2 –	Perfil de saúde e adoecimento dos participantes do estudo - Rio de Janeiro – 2015 .....	52
Tabela 3 –	Perfil profissional dos participantes do estudo - Rio de Janeiro – 2015 .	53
Quadro 1 –	Superlotação e intensificação do trabalho em emergência - Rio de Janeiro – 2015 .....	56
Quadro 2 –	O sofrimento psíquico do enfermeiro em serviço de emergência - Rio de Janeiro – 2015 .....	67
Quadro 3 –	Enfrentando o sofrimento em serviço de emergência: estratégias de <i>coping</i> - Rio de Janeiro – 2015 .....	72

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional das Doenças
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ENF	Faculdade de Enfermagem
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa de Saúde da Família
SMT	Saúde Mental e Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UR	Unidade de Registro

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
1	<b>SUPORTE TEÓRICO</b> .....	21
1.1	<b>Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador</b> .....	21
1.1.1	<u>A emergência de um novo modelo: saúde do trabalhador</u> .....	26
1.2	<b>Saúde Mental e Trabalho</b> .....	29
1.3	<b>A organização do trabalho em emergência</b> .....	31
1.4	<b>A organização do trabalho: o trabalho prescrito e real</b> .....	33
1.5	<b>O sofrimento no trabalho e as estratégias de defesa</b> .....	36
1.6	<b>Estratégias de <i> coping </i> no ambiente ocupacional</b> .....	39
2	<b>PROPOSTA METODOLÓGICA</b> .....	41
2.1	<b>Abordagem metodológica</b> .....	41
2.2	<b>Campo da pesquisa</b> .....	42
2.3	<b>Participantes do estudo</b> .....	43
2.4	<b>Questões éticas da pesquisa</b> .....	44
2.5	<b>Técnica de coleta de dados</b> .....	45
2.6	<b>Análise dos dados</b> .....	47
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
3.1	<b>Caracterização dos participantes</b> .....	50
3.2	<b>Categoria 1: Superlotação e intensificação do trabalho em emergência</b> ....	55
3.2.1	<u>Subcategoria 1: Demandas e intensificação do trabalho</u> .....	56
3.2.2	<u>Subcategoria 2: Superlotação - controle ineficaz e fluxo aumentado de pacientes</u> .....	60
3.2.3	<u>Subcategoria 3: Condições inadequadas de trabalho</u> .....	62
3.2.4	<u>Subcategoria 4: Violência no serviço em emergência</u> .....	65
3.3	<b>Categoria 2: O sofrimento psíquico do enfermeiro em serviço de emergência</b> .....	66
3.3.1	<u>Subcategoria 1: Estresse psicológico em serviço de emergência</u> .....	67
3.3.2	<u>Subcategoria 2: Somatização como resposta do estresse prolongado</u> .....	69
3.3.3	<u>Subcategoria 3: Humor depressivo ansioso</u> .....	70
3.4	<b>Categoria 3: Enfrentando as adversidades do trabalho em emergência</b> ...	71
3.4.1	<u>Subcategoria 1: Estratégias de <i> coping </i> no trabalho</u> .....	72

3.4.2	<u>Subcategoria 2: Estratégias de <i>coping</i> fora do trabalho</u> .....	75
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	78
	<b>APÊNDICE A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	90
	<b>APÊNDICE B</b> – Instrumento de caracterização dos participantes .....	91
	<b>APÊNDICE C</b> – Roteiro de Entrevista .....	92
	<b>ANEXO A</b> – Carta de solicitação de autorização do campo .....	93
	<b>ANEXO B</b> – Parecer consubstanciado do CEP .....	94

## INTRODUÇÃO

O objeto do presente estudo são os “riscos psicossociais em serviço de emergência e as repercussões para a saúde mental do enfermeiro”, os quais emergiram das minhas inquietações como enfermeira plantonista de um hospital no qual trabalhei durante seis anos. Após essa experiência, fui aprovada em concurso público para atuar em uma policlínica de uma instituição militar, desenvolvendo atividades de cunho assistencial e supervisão dos trabalhadores de nível técnico em uma unidade ambulatorial. Durante esse período, observei que um número expressivo de trabalhadores era afastado de seus postos devido a problemas de saúde, dentre os quais se destacam os transtornos mentais. Os trabalhadores que atuavam no ambulatório normalmente vinham remanejados de outras unidades hospitalares e alguns já se encontravam em fase de aposentadoria. No entanto, trabalhar na porta de entrada do serviço é uma atividade muito estressante, considerando as exigências da clientela e os problemas enfrentados em relação ao déficit de recursos humanos e materiais, fatores que representam riscos para a saúde dos trabalhadores.

Posteriormente, atuando em um serviço de emergência, pude conhecer melhor uma dinâmica de trabalho bem diferente daquela presente nos ambulatorios. Deste modo, aprofundi as minhas reflexões de que o trabalho, apesar de proporcionar sentimentos de realização e prazer ao profissional em decorrência dos cuidados prestados à clientela e de poder salvar vidas, também pode ser fator de risco para a saúde do trabalhador. Neste sentido, deve-se considerar que a saúde mental do enfermeiro pode ser afetada em função das exigências impostas pela organização em relação a conhecimentos, formação, informação e domínio tecnológico. Todos esses aspectos, em seu conjunto, configuram as pressões diárias que o enfermeiro tem de administrar em sua atividade assistencial e gerencial.

Os serviços de emergência são organizados para disponibilizar atendimento imediato e configuram-se, muitas vezes, como “porta de entrada” do sistema de saúde, recebendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desviados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Essa realidade é agravada, ainda, por problemas organizacionais e pela falta de recursos financeiros para adequação das necessidades locais, sejam elas de estrutura física ou de recursos humanos (ROSSETTI; GAIDZINSKI; TOGEIRO, 2013).

Com parte da equipe que atua em emergência, o enfermeiro enfrenta inúmeros riscos que podem interferir no seu bem-estar, especialmente nos aspectos psicossociais, que se

encontram atrelados à percepção do trabalhador e aos recursos disponíveis para o seu enfrentamento em nível individual, coletivo e organizacional. Nesse sentido, problemas estruturais em temas de recursos humanos e materiais, quando não enfrentados pela organização, acarretam sobrecargas físicas e mentais aos profissionais, podendo repercutir em todo processo de trabalho devido às faltas e às licenças médicas. Portanto, a organização do trabalho possui grande responsabilidade na adoção de medidas atinentes à saúde, satisfação, motivação e qualidade do serviço prestado (OLIVEIRA et al., 2013).

Apesar da expansão da oferta de serviços de saúde à população com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) e das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) em alguns municípios, persiste a demanda indevida por atendimento nos serviços de emergência devido a problemas como baixa oferta ambulatorial, ausência de procedimentos de triagem, falência da rede no que diz respeito à retaguarda de especialista, reserva de leitos em unidades intensivas e a inobservância pelo próprio hospital do atendimento gerado na emergência. Acrescenta-se ainda a crença dos usuários de que esses serviços, por serem dotados de recursos tecnológico e pessoal especializado, possuem respostas efetivas para os seus problemas de saúde (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

O serviço de emergência engloba todos os tipos de clientela e, conseqüentemente, quadros clínicos severos que representam riscos à saúde da equipe, expondo o profissional a atenção contínua e a riscos psicológicos, biológicos, ergonômicos, físicos e químicos. Trata-se de uma unidade hospitalar que exige do profissional rapidez na tomada de decisão, destreza e agilidade, tornando o trabalhador mais vulnerável a desenvolver doenças de origem psicossomática em decorrência do estresse ocupacional. Por outro lado, alerta-se que o prejuízo emocional, o desgaste e as sobrecargas físicas e mentais acabam sendo camuflados pelo desenvolvimento do trabalho e pela necessidade de produzir, estando presentes sentimentos de preocupação e indecisão vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem (SARQUIS et al., 2009).

Outro problema que os profissionais de enfermagem enfrentam em serviços de emergência é a violência relacionada ao trabalho. Por se tratar de serviços em que há situações críticas e frequentemente urgência na realização de cuidados de enfermagem, com relacionamento constante com a clientela, pode haver a ocorrência de violência ocupacional neste ambiente. Essa situação pode ser agravada quando o serviço não possui número suficiente de profissionais e há escassez de material, sendo a equipe de enfermagem vista ora como cuidadora de vítimas de violência, ora como alvo de ameaças e agressões de colegas e usuários do serviço (VASCONCELOS; ABREU; MAIA, 2012).

Neste sentido, deve-se considerar que o adoecimento decorre da inserção do indivíduo em contextos laborais que apesar de possibilitar em crescimento, transformação, reconhecimento e independência pessoal, também acarretam problemas como insatisfação, desinteresse, apatia e irritação. A saúde mental é afetada pelos riscos psicossociais presentes nas diferentes faces das atividades desempenhadas e também porque a organização do trabalho em geral não possibilita a expressão da subjetividade do trabalhador, tornando-o susceptível ao adoecimento (RAFFONE; HENNINGTON, 2005).

Segundo Jodas e Haddad (2009), ao se refletir sobre as exigências impostas pelo trabalho em emergência, há de se atentar para a sobrecarga de movimentos e tensão ocupacional, evidenciando a necessidade do controle periódico das saúdes física e mental do enfermeiro, de forma a viabilizar alternativas no componente organizacional do trabalho visando à prevenção de doenças psicossomáticas. Quando a organização do trabalho aumenta as exigências no serviço e o trabalhador não consegue correspondê-las, existe o risco de adoecimento físico e/ou mental.

A atuação da enfermagem em unidades críticas, como os serviços de emergência, na acepção de Martins, Robazzi e Bobroff (2010), exige da equipe um conjunto de domínios que englobam raciocínio rápido, agilidade nas ações, capacidade de liderança, resolutividade de problemas, utilização de tecnologias de ponta, dentre outros, por ter como objeto de trabalho o cuidado de indivíduos com casos clínicos de extrema gravidade e em risco de morte iminente. São serviços considerados mais desgastantes dentro da estrutura hospitalar, devido à conjunção de situações imprevistas com a necessidade de realização de procedimentos rápidos e precisos, acarretando desgaste físico e mental aos profissionais. Além dos atendimentos considerados rotineiros, as paradas cardiorrespiratórias, as convulsões, os edemas agudos de pulmão, as lesões por arma de fogo ou arma branca são acontecimentos característicos desse setor (FARIAS et al., 2011).

Tendo em vista as atividades desenvolvidas na emergência, o profissional de enfermagem está passível de vivenciar conflitos entre as exigências do trabalho e a sua capacidade funcional de resposta. Nas situações em que o trabalhador não possui controle sobre o processo de trabalho, pode ocorrer um alto desgaste psicofísico, possibilitando que o trabalhador fique suscetível a problemas psicossociais que afetem a sua vida no trabalho e fora deste. Nesse sentido, o trabalhador pode manifestar desinteresse e apatia no trabalho, e até mesmo vontade de abandoná-lo por diferentes razões que permeiam as questões laborais (SILVA JUNIOR, 2010).



Para que o processo de trabalho seja dignamente vivenciado, faz-se necessária a promoção tanto da segurança em termos de equipamentos de uso pessoal e coletivo, quanto de medidas de controles ou barreiras que resguardem a equipe. Quanto aos aspectos subjetivos do trabalhador, salienta-se a relevância de um trabalho que assegure a liberdade de expressão, garantindo a participação nas decisões e no desenvolvimento de estratégias de integração social e de aprimoramento pessoal (BRASIL, 2011).

De acordo com Thofehrn et al. (2011), a dimensão da subjetividade não se inscreve num campo puramente racional, mas está relacionada a uma cadeia de significações, nem sempre perceptível para o profissional ou para a instituição à qual pertence. Contudo, é primordial compreender o quanto é possível conciliar os interesses do ser humano-trabalhador com o da organização na qual ele trabalha e da qual depende. Não se tratando de uma tarefa fácil, faz-se necessária uma incursão teórica sobre as organizações, entendida como espaço de relações humanas, além de relações de trabalho.

No intuito de ampliar o olhar sobre o objeto de estudo, apoiei-me na psicodinâmica do trabalho (DEJOURS, 2003) ao referir que o trabalho pode favorecer a expressão da subjetividade das pessoas e, portanto, resgatar ou promover a saúde. No entanto, dependendo da forma como se configuram a organização e o processo laboral, verifica-se um potencial para o adoecimento dos trabalhadores. Nesta perspectiva, importa conhecer e aprofundar os estudos relacionados à saúde mental do trabalhador de enfermagem, principalmente no que tange ao setor de emergência, considerado um ambiente que por suas características é capaz de acarretar o sofrimento psíquico no trabalhador.

Diante do exposto, a problemática do estudo foi construída a partir das seguintes questões norteadoras:

- a) Quais os riscos psicossociais presentes em serviço de emergência na visão do enfermeiro?
- b) Quais as repercussões dos riscos psicossociais presentes em serviço de emergência para a saúde mental do enfermeiro?
- c) Quais as estratégias de enfrentamento adotadas pelo enfermeiro em serviço de emergência frente aos riscos psicossociais?

Já os objetivos do estudo foram:

- a) Identificar os riscos psicossociais presentes em serviço de emergência na visão do enfermeiro;
- b) Descrever as repercussões dos riscos psicossociais para a saúde mental do enfermeiro;
- c) Analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelo enfermeiro em serviço de emergência frente aos riscos psicossociais.

A realização do estudo se justifica diante dos dados divulgados pela Previdência Social (2012) os quais evidenciam um crescimento acentuado de afastamentos dos trabalhadores de enfermagem dos seus postos de trabalho devido a transtornos mentais, dentre os quais se destacam a depressão e a síndrome de *burnout*. Segundo as Normas e Manuais Técnicos do Ministério da Saúde, em seu capítulo sobre as doenças mentais relacionadas ao trabalho, os trabalhadores se afastam de suas funções ou as desempenham com algum grau de comprometimento devido não só às inúmeras doenças de ordem física, mas também às alterações mentais (BRASIL, 2001).

Outro aspecto a ser considerado na análise dos desgastes a que são submetidos os profissionais de saúde e, dentre eles, os enfermeiros é a precarização do trabalho iniciada na área de serviços públicos na década de 1990 e que avançou de forma exponencial no setor saúde. A precarização tem por características a desregulamentação e a perda de direitos trabalhistas e sociais, bem como a aceitação de trabalhadores temporários e informais. Como consequência, observa-se o aumento no número de trabalhadores autônomos e subempregados, e a fragilização das organizações sindicais e das ações de resistência individuais e/ou coletivas dos sujeitos sociais. Desse modo, intensifica-se o trabalho com o aumento da jornada, polivalência, maior exposição a fatores de risco para a saúde, descumprimento de regulamentos de proteção à saúde e à segurança, diminuição dos níveis salariais e aumento da instabilidade no emprego (AZAMBUJA; KERBER; KIRCHHOF, 2007).

Os fatores de risco psicossocial no contexto do trabalho em saúde, devido a sua indiscutível relevância e a sua capacidade de acarretar prejuízos à saúde do trabalhador, requerem a realização de estudos que abordem a temática, principalmente em serviços de emergência, considerados os setores mais críticos na área hospitalar. Afinal, com a realização de estudos que dêem visibilidade aos fatores de risco presentes no ambiente laboral e suas

consequências para a saúde dos profissionais, é possível propor medidas voltadas para o seu enfrentamento, favorecendo a saúde do trabalhador (ALVES; GODOY; SANTANA, 2006).

As profissões da área da saúde ocupam o terceiro lugar no ranking de atividades geradoras de estresse. Nesse contexto, a enfermagem é classificada como a quarta profissão mais estressante no setor público. Entretanto, são poucas as pesquisas que investigam os problemas que levam a equipe de enfermagem a sucumbir esse estresse. O pronto atendimento a pacientes adultos e/ou infantis é um dos setores mais desgastantes dos hospitais. O fator surpresa exige procedimentos rápidos e precisos da equipe atuante para socorro e conforto ao paciente e seus familiares. Isso por si só traz desgaste físico e mental aos profissionais que ali atuam. A angústia experimentada pelos enfermeiros é grande, o que acaba gerando tensão psíquica. Por isso, é necessário trabalhar o aspecto psicológico do profissional para que ele possa lidar com conteúdos tão desgastantes (FARIAS et al., 2011).

No setor saúde, os profissionais de enfermagem encontram-se suscetíveis a apresentar problemas de saúde mental, pelo fato de interagirem a maior parte do tempo com indivíduos que necessitam de ajuda e em situações de maior vulnerabilidade. As pressões no trabalho, como a sobrecarga e o conflito de interesses, contribuem para o estresse ocupacional, que, se não for prevenido, leva à deterioração da saúde mental manifestada por depressão e síndrome de *burnout* (SOUZA; GUIMARÃES; BALLONE, 2004).

Diante do aumento do número de trabalhadores com transtornos mentais, tem-se observado a ampliação dos serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico em ambientes hospitalares. Esses serviços, além de prestarem assistência aos clientes internados e em atendimento ambulatorial, assistem aos empregados das instituições (MANETTI; MARZIALE, 2007). Logo, é imprescindível que o trabalho da equipe de enfermagem seja compreendido em todos os seus aspectos, quer econômicos, quer culturais ou sociais, sendo de fundamental importância o entendimento de questões que envolvam a produção social da subjetividade, da saúde física e da saúde mental das pessoas (TREVISAN; ROBAZZI; GARANHANI, 2009).

Para Pinho e Araújo (2007), os trabalhadores de enfermagem prestam assistência em setores considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho quanto pelas especificidades das tarefas; nesse panorama, encontra-se a unidade de emergência. Por fim, as queixas, as dores e a morte, constantes no ambiente hospitalar, são capazes de desencadear intensa angústia naqueles que trabalham diariamente com esses fatores. Portanto, fica patente a necessidade de maior produção de pesquisas sobre a saúde mental e sobre o trabalho da equipe de enfermagem, as quais poderão contribuir para melhorar a compreensão da dinâmica

do trabalho e permitir recomendar condutas que promovam a saúde desses profissionais, tornando mais humana e integradora a relação saúde-trabalho.

Com o objetivo de subsidiar a pesquisa, foi realizada revisão da literatura sobre a produção do conhecimento da enfermagem acerca do objeto de estudo no período de 2003 a 2013. O critério estabelecido na busca dos manuscritos foi a existência de artigos publicados na íntegra no recorte espacial de 2003 a 2013, de procedência nacional e no idioma português. Foi consultada a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) nos seguintes bancos de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) e Base de dados em Enfermagem (BDENF). O levantamento foi realizado de julho a setembro de 2013, sendo utilizadas as seguintes palavras-tema: enfermagem e sofrimento psíquico; serviço hospitalar de emergência e saúde mental; estresse psicológico; hospitais de emergência; e enfermagem em emergência.

Foram encontrados 72 artigos sobre aspectos relacionados à organização do trabalho e aos riscos presentes no ambiente laboral, dos quais 42 estudos qualitativos, 22 estudos quantitativos, quatro artigos de revisão e quatro de reflexão. Os principais campos de estudo foram: hospital geral, unidade de terapia intensiva, emergência, centro cirúrgico, hospital psiquiátrico e oncologia. Sobre as questões relacionadas à saúde mental, a maioria dos estudos abordou o estresse ocupacional, o sofrimento psíquico, a violência e o *burnout*. Ao fazer o recorte de estudos na área de emergência e saúde mental, foram analisadas 19 trabalhos, 10 dos quais estudos qualitativos, sete quantitativos e dois de revisão. De forma similar aos demais estudos, as questões abordadas foram a violência, o estresse, as cargas de trabalho, o prazer e o sofrimento no trabalho. Identificou-se que a produção da enfermagem brasileira sobre saúde mental e o trabalho em serviço de emergência manteve-se incipiente, com uma média de dois artigos publicados por ano, cujo interesse sobre a temática ampliou-se em 2006 (12 artigos) e 2009 (10 artigos), não sendo encontrado nenhum artigo em 2003 e 2008 nas bases de dados consultadas.

Em levantamento do banco de dissertações e teses do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ), de 2003 a 2013, não foi encontrado nenhum estudo que dissertasse sobre a saúde mental do enfermeiro em serviço de emergência.

Diante do exposto, vislumbra-se que o estudo contribua para as seguintes áreas: saúde do trabalhador, pesquisa e ensino.

Na saúde do trabalhador, faz-se necessária a difusão de conhecimentos em relação aos riscos psicossociais com vistas à tomada de consciência por parte dos enfermeiros e demais profissionais que atuam nos serviços de emergência ao considerar as repercussões para a saúde dos profissionais e a qualidade do serviço ofertado. Para a OMS (2005), a saúde ocupacional considera os aspectos preventivos em saúde e segurança relacionados à exposição dos trabalhadores a agentes químicos, físicos e biológicos, não atentando para os riscos psicossociais. Esse tipo de risco muitas vezes é negligenciado e não compreendido em sua totalidade pelos países em desenvolvimento. As divisões entre as condições e o ambiente de trabalho dificultam o reconhecimento e as intervenções em prol desses riscos pelos serviços de saúde do trabalhador.

Segundo Fernandes et al. (2012), estudos que abordam aspectos relacionados à saúde mental são de grande importância, pois auxiliam no planejamento e adoção de medidas preventivas e de minimização do estresse laboral nos serviços de urgência. A adoção de medidas preventivas e estratégias de minimização do estresse laboral são necessárias tendo em vista os encargos para o indivíduo e para a organização, encargos esses decorrentes de faltas e licenças para tratamento de saúde.

Para Pinho e Araujo (2007), Transtornos Mentais Comuns (TMC) em trabalhadores de enfermagem de serviço de emergência hospitalar, com relação aos aspectos de demanda psicológica envolvidos na atividade de trabalho, podem ocorrer devido a algumas variáveis relevantes, dentre elas: ritmo acelerado de trabalho, interrupções, volume excessivo de trabalho decorrente da falta de pessoal e/ou superlotação do serviço. Portanto, fica patente a necessidade de maior produção de pesquisas sobre a saúde mental e o trabalho da equipe de enfermagem, as quais poderão contribuir para uma melhor compreensão da dinâmica do trabalho e para recomendação de condutas que promovam a saúde desses profissionais, tornando mais humana e integradora a relação saúde-trabalho.

Busca-se ainda fortalecer a produção científica da linha de pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) Trabalho, Educação e Formação Profissional em Saúde e Enfermagem, através da produção de artigos, apresentação dos resultados em eventos e realização de novos estudos no mestrado e doutorado. Essa linha se propõe a estudar a formação e a saúde do trabalhador, assim como o processo de trabalho, em especial o trabalho de enfermagem, no contexto das políticas governamentais para os setores públicos e privados e da organização dos sistemas de saúde, segurança e trabalho.

Na graduação, é importante que se incorporem conteúdos pertinentes aos riscos psicossociais (como seus conceitos, suas repercussões para a saúde do trabalhador e seus

mecanismos de enfrentamento), com o intuito de formar profissionais conscientes dos mesmos e da importância de sua participação na luta por melhoria das condições de trabalho. Deve-se considerar que o acadêmico de enfermagem realiza estágios em serviços de alta complexidade, entre eles o de emergência, vivenciando de perto os problemas nessa modalidade de atenção à saúde (OLIVEIRA et al., 2006).

A partir do diagnóstico situacional da saúde dos trabalhadores e dos riscos psicossociais apontados pelos participantes do estudo, almeja-se que o estudo contribua para que a gerência de serviços de emergência reflita, juntamente com os trabalhadores e os Serviços de Saúde Trabalhador, sobre a problemática apontada na busca de melhorias ou implantação de estratégias de suporte à saúde mental do grupo, considerando a relevância do papel do enfermeiro junto ao serviço, equipe e usuários.

Como relatado por França et al. (2012), o serviço de emergência pode ser um fator precipitante da síndrome de *burnout*, a qual se podem somar fatores pessoais e institucionais. As condições precárias de trabalho na enfermagem é um problema de longa data, já discutido há décadas por Associações ligadas à categoria profissional de enfermagem; ademais, constata-se a necessidade de continuidade de estudos com vistas à implementação de mudanças no contexto laboral com vista à satisfação, bem-estar e saúde do trabalhador.

## 1 SUPORTE TEÓRICO

### 1.1 Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador

A Constituição brasileira de 1988 apresenta uma seção específica para a saúde e a entende como um direito do cidadão e um dever do Estado. A partir desse momento, a noção de seguro social, predominante nos anos 1920, é substituída pela de seguridade, que passa a compreender um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, com o objetivo de assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988).

O conceito de saúde no Brasil se concretiza com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema gestor da saúde cujos princípios foram implementados pela Constituição de 1988. O SUS passou a implantar a assistência à saúde de forma igualitária e universal (SILVA et al., 2010).

Desde 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doença”. A amplitude do conceito da OMS acarretou muitas críticas, de natureza técnica, política e libertária, por não permitir avanços dos conhecimentos biólogos e por apresentar tendências subjetivas, dificultando sua compreensão e quantificação. Mesmo havendo uma observação e percepção de que não é ideal, esse conceito lança mão de elementos importantes para a ampliação e o alcance da manutenção da saúde. Esses elementos, posteriormente, serão oportunizados na promoção de saúde propostas pela Carta de Ottawa (BRASIL, 2002a).

Em resposta às críticas referentes ao conceito de saúde proposto pela OMS, foi realizada na República do Cazaquistão (antiga República Socialista Soviética), na cidade Alma-Ata (atual Almaty) em 1978, a Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde onde se expressou a necessidade de atitudes de todos os governos, profissionais e comunidades para aproximar a saúde de todos os povos, respeitando o direito fundamental previsto em constituição, a partir de uma das mais importantes metas sociais mundiais. A Conferência enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, e destacou a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação das comunidades no planejamento e implantação dos cuidados a saúde (SCLAR, 2007).

De acordo com a Conferência Nacional de Saúde (1987, p.382), em seu sentido mais abrangente, “a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, além do acesso aos serviços de saúde”. Assim, antes de tudo, é o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde é a capacidade de o ser humano produzir novas normas frente à diversidade dos mundos do trabalho. No fazer-aprender, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer criando, num processo contínuo de construção e desconstrução de saberes, valores, concepções, de avaliar quais formas de funcionamento coletivo estão produzindo adoecimento e quais promovem a saúde. Trata-se de aprender com as práticas gerando experiências e novas formas de convivência baseadas em aprendizados (BRASIL, 2009).

De acordo com Laurell e Noriega (1989), a relação entre o trabalho e a saúde é discutida desde o período pré-socrático, sendo encontradas referências sobre essa questão em papiros egípcios e em textos da era greco-romana. O trabalho era considerado um fator influenciador e modificador das condições de vida e podia acarretar o adoecimento e até mesmo a morte. A relação entre trabalho e saúde foi narrada nos trabalhos de Hipócrates, Plínio, Galeno e outros filósofos que enfatizavam a importância do ambiente, da sazonalidade, do tipo de trabalho e da posição social do indivíduo como fatores causadores de doenças. A ênfase maior se deu pela relação saúde e doença devido à influência da causa e efeito, ou seja, as variáveis que se encontram presentes nos inúmeros fatores predisponentes, desencadeantes e agravantes.

Na área da saúde do trabalhador, as preocupações surgiram na Inglaterra através da medicina do trabalho, no período da Revolução Industrial no final do século XVIII, período no qual os trabalhadores eram submetidos a um processo produtivo acelerado e desumano, exigindo uma intervenção para não tornar inviável a sobrevivência e a produção. Então, um empresário chamado Robert Dernhan, preocupado com os funcionários da sua fábrica têxtil, que não recebiam cuidados de saúde, procurou seu médico particular, Dr. Robert Baker, para resolver a conjuntura. O médico solicitou conhecer a dinâmica de serviço dos funcionários e como o trabalho poderia agir sobre eles, percebendo alguma situação passível de prevenção (MENDES; DIAS, 1991).

A estrutura para o desenvolvimento das atividades laborais eram muito precárias, o ambiente totalmente inadequado, as jornadas muito extensas e os salários baixos; além



disso, cada fábrica impunha suas próprias regras ao trabalhador. Todas essas circunstâncias provocavam inúmeros acidentes graves, mutilantes ou mesmo fatais, acidentes que atingiam tanto os homens adultos como as crianças e mulheres, que tinham uma participação efetiva na linha de produção. Entre os danos causados à saúde dos trabalhadores, destacam-se a fadiga extrema, o desgaste e as alterações comportamentais. As más condições advindas da exploração de mão de obra levaram a uma taxa de mortalidade que superava a de natalidade, causando riscos à produção industrial e à própria reprodução da força de trabalho. Um intenso movimento social introduziu medidas que modificaram as ações causadas pela industrialização, surgindo, desse modo, a preocupação com os riscos relacionados ao trabalho e a necessidade da atenção médica (MERLO; LAPIS, 2007).

Durante a Revolução Industrial, as condições de trabalho eram precárias e havia muitas cobranças por produção em curto espaço de tempo, objetivando um lucro cada vez maior, sem considerar as limitações físicas e emocionais dos trabalhadores. O desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos e novas tecnologias gerou uma nova divisão internacional do trabalho; com isso, cresceram as insatisfações e os agravos à saúde dos trabalhadores, revelando a fragilidade da Medicina do Trabalho para intervir sobre os problemas de saúde ocasionados pelos processos de produção (CAVALCANTE et al., 2008).

O processo de trabalho precário culminou na percepção coletiva de que o trabalho desenvolvido era fonte de exploração econômica e social, acarretando danos à saúde, adoecimento e morte. Tal situação gerou uma inevitável e crescente mobilização social para que o Estado interviesse nas relações entre patrões e empregados, visando à redução dos riscos ocupacionais. Surgem então as primeiras normas trabalhistas na Inglaterra (Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes, de 1802), que posteriormente foram seguidas nas demais nações em processo de industrialização (CHAGAS; SALIM; SERVO, 2011).

O primeiro Serviço de Medicina do Trabalho surgiu em 1830 na Inglaterra, com características voltadas para o interesse patronal. Os serviços eram dirigidos por pessoas de estrita confiança do empresário e centrados na figura do médico, sendo a prevenção dos danos à saúde dos funcionários uma função médica; a culpabilidade por problemas de saúde também era atribuída ao médico. A meta do trabalho era voltada para a adaptação física e mental dos trabalhadores, alocando-os de acordo com suas aptidões e destrezas, sendo esse modelo disseminado para outros países em processo de expansão industrial (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1917 nascia na Inglaterra um projeto de código do trabalho, que durante muito tempo tramitou pelo Congresso Nacional. Foi contrariado pelos empresários através de um

projeto substitutivo que sugeria um retrocesso das conquistas trabalhistas, como a redução da carga horária de trabalho. Após várias manobras, foi aprovada a primeira lei sobre acidentes de trabalho em 1919 sem, contudo ser votado o código do trabalho. Em 1923, surgiu a lei Eloy Chaves, a primeira lei acidentária do país. Foram então instituídas nesse período as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP), com a função de prestar benefícios e assistência médica a seus filiados e dependentes (MENDES; DIAS, 1994).

No Brasil, a legislação sobre as questões pertinentes do trabalho surgiu mais tardiamente em relação aos países de economia central. A preocupação com as condições de segurança e saúde no trabalho era irrelevante e essencialmente privada. O desenvolvimento de uma legislação de proteção aos trabalhadores surgiu com o processo de industrialização, durante a República Velha (1889-1930). Inicialmente esparsa, a legislação trabalhista foi ampliada no Governo Vargas (1930-1945) com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), instituída pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 (BRASIL, 1943).

Em decorrência das mudanças ocorridas na CLT, com a sanção da Lei nº 6.514/1977, em 8 de junho de 1978 foi aprovada pelo ministro do Trabalho a Portaria nº 3.214, composta de 28 Normas Regulamentadoras (NRs), cuja redação vem sendo modificada periodicamente, visando a atender as determinações da OIT. As revisões permanentes buscam adequar as exigências legais às mudanças ocorridas no mundo do trabalho, principalmente no que se refere aos novos riscos ocupacionais e às medidas de controle, sendo realizadas pelo próprio Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), inclusive, por delegação de competência pela Secretaria de Inspeção do Trabalho. As NRs estão em grande parte baseadas em normas semelhantes existentes em países economicamente mais desenvolvidos (BRASIL, 1978). Atualmente existem 35 NRs visando a atender a diversidade de demandas do trabalho.

Devido às limitações da Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional emergiu como um novo modelo de assistência à saúde do trabalhador no contexto de significativas transformações na área tecnológica e da organização laboral, com um quadro de inovação de equipamentos e maquinários, surgimento de novos produtos químicos e uma nova ordem social. O foco desse novo modelo são as ações centradas no ambiente, a higiene e os acidentes. Entretanto, esse modelo não conseguiu modificar a visão individualista e biomédica da saúde (EBLING; CARDOSO, 2010).

A Saúde Ocupacional apresenta características de multi e interdisciplinaridade através da atuação de equipes compostas por profissionais de várias áreas que, em conjunto, avaliamos trabalhadores para compreensão de suas diferentes necessidades. Há um foco no ambiente laboral com instrumental oferecido por outras disciplinas, almejando controlar os

riscos; para tanto, adotam-se medidas de tolerância para as variáveis que possam gerar adoecimento, com destaque para as questões biológicas do trabalhador; entretanto, a subjetividade não é valorizada. Houve a incorporação da teoria da multicausalidade, em que um conjunto de fatores de risco, mesmo sendo relacionado ao aparecimento de doenças, ainda era visualizado como um modelo mecanicista (CAVALCANTE et al., 2008).

Na saúde ocupacional há uma redução da visão curativista e foca-se na doença, passando a repercutir em transformações no mundo do trabalho. Há ênfase nas questões ambientais e de higiene, valorizando-se os riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (EBLING; CARDOSO, 2010).

As mudanças foram significativas para os trabalhadores, surgindo uma nova visão do indivíduo, através de aspectos fisiopatológicos, os determinantes sociais de saúde proximais, e de questões socioambientais, os determinantes distais. Existem ainda os fatores medianos: as interações condicionantes da saúde dos indivíduos e das coletividades (BUSS; FILHO, 2007).

A Saúde Ocupacional deixou lacunas, já que privilegia o diagnóstico, o tratamento de problemas de natureza orgânica, a partir da visão positivista trazida da clínica. Há pouco espaço para a subjetividade do trabalhador, tomado como paciente e objeto de intervenções, reduzindo atualmente a possibilidade de apreensão das formas de adoecimento no trabalho, cuja causalidade, cada vez mais complexa, envolve a organização do trabalho e sua relação com a subjetividade do coletivo de trabalhadores (ARAÚJO et al., 2004). A Saúde Ocupacional, assim, apresenta limitações em seu modelo assistencial, em relação às necessidades dos trabalhadores. Existe uma conjuntura problemática, compreendendo fatores políticos e sociais, principalmente no que diz respeito a pouca participação dos trabalhadores nas questões de saúde e segurança (CAVALCANTE et al., 2008).

Em suma, houve uma mudança significativa, porém, incipiente, já que a Medicina do Trabalho fundamentava-se na concepção de saúde da teoria unicausal, priorizando a atuação de especialistas, principalmente o profissional médico, em empresas privadas voltadas para exames admissionais, periódicos e demissionais dos trabalhadores. Ambos os modelos de atenção têm um caráter biológico, centram-se no setor privado e formal da economia, e enfatizam a ótica do capital, cujo principal objetivo é ter o trabalhador saudável para manter a produtividade e garantir o lucro da empresa (EVANGELISTA et al., 2011).

### 1.1.1 A emergência de um novo modelo: saúde do trabalhador

O modelo Saúde do Trabalhador emergiu em meados dos anos 1970 e se perpetuou por toda década de 1980, devido aos índices recordistas de acidentes ocupacionais e a pouca capacidade diagnóstica de doenças relacionadas ao trabalho, existindo uma cobrança da OIT para a adoção de providências. Nesse contexto, nasce a Saúde do Trabalhador como resposta às reivindicações da organização dos trabalhadores em diversos contextos laborais, fazendo parte do direito universal à saúde e sendo incluída na dimensão da saúde coletiva (BRASIL, 2006a).

A Constituição de 1988 e as eleições municipais do mesmo ano abriram um leque de perspectivas regionais e locais para a Saúde do Trabalhador, as quais se constituíram na proposta mais articulada de Serviços de Saúde do Trabalhador. Tais serviços se agregavam mais ações de assistência à saúde e vigilância, com atividades ambulatoriais, de intervenção nos ambientes de trabalho e de atendimento, acompanhamento, registro e vigilância de acidentes e doenças do trabalho. A proposta era voltada para a participação dos trabalhadores em todos os níveis, inclusive na gestão do serviço e na escolha do coordenador. Infelizmente, devido a fatores político-eleitorais, poucos Centros de Referência foram implementados (MENDES; DIAS, 1994).

O Ministério da Saúde assim descreve a Saúde do Trabalhador na Lei Orgânica de Saúde (Lei Federal nº 8080/1990):

Um conjunto de atividades que se destina à promoção e proteção da saúde do trabalhador, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, assim como a recuperação e à reabilitação daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 2001, p. 42).

Mais recentemente, na minuta da nova Política Nacional de Saúde do Trabalhador no SUS, disponibilizada por meio da Consulta Pública nº 4, de 19 de julho de 2011, o Ministério esclarece que a Saúde do Trabalhador constitui

Um campo da Saúde Pública que compreende a articulação de conhecimentos e práticas delimitadas pelas inter-relações entre produção, trabalho e saúde no contexto socioambiental do desenvolvimento das sociedades humanas (BRASIL, 2011, p. 37).

Tal conceito baseia-se na visão de trabalho como fator determinante do processo saúde-doença, com expressões diversas sobre a saúde física e mental dos trabalhadores. O trabalhador é visto como sujeito de sua história além, de ator fundamental na conquista de melhores condições de trabalho e saúde (BRASIL, 2011).

A Saúde do Trabalhador é um novo modelo assistencial, permeado por mudanças socioeconômicas, valores sociais, automação, informática e telemática. Há uma valorização dos determinantes sociais da saúde, uma articulação entre uma rede complexa de fatores que condicionam o processo saúde-doença, na especificidade do indivíduo considerando sua abrangência na coletividade. As características desse modelo são: a) a participação dos trabalhadores nas políticas de saúde nas empresas; b) a não monetização dos riscos; c) a validação dos saberes do trabalhador; d) a tentativa de eliminação da concepção mecanicista da multicausalidade das doenças para uma determinação social do processo saúde-doença centrado no trabalhador (EBLING; CARDOSO, 2010).

A perspectiva da Saúde do Trabalhador parte da concepção de que a saúde é um processo e não um estado, sendo o mais importante nesse processo o entendimento do ser humano como sujeito, como alguém com condições e instrumentos para interferir naquilo que lhe causa sofrimento. Essa perspectiva considera os indivíduos em sua diversidade e variabilidade (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

A enfermagem também está presente nas questões que permeiam a Saúde do Trabalhador, havendo um compromisso da categoria com a promoção, prevenção e manutenção da integridade física e psíquica dos trabalhadores. Os Enfermeiros do Trabalho exercem atividades de vigilância epidemiológica, anamnese e consultas de enfermagem voltadas para os riscos laborais, cumprimento das legislações vigentes como as NRs, Portarias, inspeção do ambiente de trabalho e realização do programa de imunização, dentre outras atividades (RIBEIRO, 2008).

Pesquisas como a de Azambuja, Kerber e Kirchhof (2007) permitem ampliar conhecimentos e perceber o quanto ainda precisamos evoluir na área da Saúde do Trabalhador. Foi investigado no estudo o que o acadêmico de enfermagem entende por saúde do trabalhador, de que forma a enfermagem pode contribuir para a saúde do trabalhador e qual a relação que existe entre trabalho e estilo de vida. Os resultados foram agrupados nos temas: concepções sobre saúde do trabalhador, papel da enfermagem no contexto da saúde do trabalhador e relação entre trabalho e estilo de vida. Evidenciou-se a inter-relação entre trabalho e estilo de vida, e trabalho e saúde do trabalhador. Concluíram os autores que existe a necessidade de essa temática ser discutida nas universidades, para que os acadêmicos sejam

estimulados a pensar sobre a saúde do trabalhador desde o início da academia, bem como se devem incorporar ações de proteção voltadas a sua saúde no trabalho.

Segundo Brito et al. (2012), é imprescindível compreender os modos como a saúde é influenciada pelo trabalho, seja positivamente como fonte de desenvolvimento psíquico e de acesso a modos de vida, seja negativamente como fonte de sofrimento, adoecimentos e acidentes. Esses aspectos contribuem para a incorporação da questão da subjetividade nas análises da interface saúde-trabalho-subjetividade, interface essa que se constrói na relação com o meio, no desenvolvimento da atividade e que é evidenciada nas lutas cotidianas pela afirmação do indivíduo contra os sofrimentos e nas invenções de modos singulares de realização do trabalho.

Outro estudo referente à temática enfatiza a importância de um modelo efetivo em prol da saúde do trabalhador. Foram investigadas as relações estabelecidas entre o trabalho, a saúde e as condições de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital escola. Segundo os resultados, o trabalho de enfermagem é intenso, desgastante e realizado por profissionais comprometidos com um modelo construído e determinado historicamente que os impele a um devotamento que em nada os ajuda, a não ser para criar estratégias de defesa contra a dor, as quais, entretanto, não impedem o adoecimento. Há ocorrência de problemas de saúde orgânicos e psíquicos decorrentes principalmente do estresse e do desgaste provocado pelas condições inadequadas de trabalho, com reflexos nas condições de vida, ganhando destaque o fato de os profissionais de enfermagem não realizarem seus tratamentos de saúde de forma sistematizada (ELIAS; NAVARRO, 2006).

A Saúde do Trabalhador desde, o seu surgimento na década de 1980, vem evoluindo no campo da prática e da pesquisa. Os avanços dos estudos dessa linha tratam aspectos na área da subjetividade e ocorreram pela estruturação e expansão dos cursos de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado no país, possibilitando abordar o desgaste físico e psíquico desses trabalhadores face à organização do trabalho hospitalar e suas condições adversas. Com base na psicodinâmica do trabalho é possível conhecer os aspectos pertinentes ao sofrimento psíquico do trabalhador frente à estrutura organizacional e às suas repercussões para a saúde mental (OLIVEIRA; LISBOA, 2004)

## 1.2 Saúde Mental e Trabalho

A Saúde Mental e Trabalho (SMT), mesmo não sendo um tema novo, é ainda muito atual e traz controversa discussão sobre seu conceito e aplicabilidade. Esse contexto suscita reflexões sobre as abordagens teóricas que o explicam, sendo apreendido como um processo em que as agressões ao aparelho psíquico, pela via laboral, são confrontadas pelas fontes de vitalidade e saúde representadas pelas resistências individuais e coletivas, na preservação da identidade, dos valores e da dignidade dos trabalhadores (FERNANDES et al., 2006).

Os fatores pertinentes à saúde mental os quais se relacionam com o trabalho são uma problemática para todos os envolvidos, afetando negativamente não só os trabalhadores, mas também suas famílias e a sociedade como um todo. Os indivíduos que tendem a trabalhar excessivamente, um comportamento dos profissionais de enfermagem, experimentam a exaustão emocional e insatisfação com suas realizações de trabalho, o que diminui a produtividade do trabalhador, afeta negativamente a eficácia no trabalho e impacta negativamente a vida da família de um indivíduo, devido às tensões emocionais e mentais geradas pelo trabalho (BAKKER et al., 2009).

Para a OMS, não existe definição precisa de saúde mental. Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias concorrentes afetam o modo como a saúde mental é conceituada. Trata-se, então, de um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, incluindo a capacidade de um indivíduo apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Importa ressaltar que a saúde mental remete a um conceito bem mais amplo do que a ausência de transtornos mentais (BRASIL, 2002b).

Segundo Paparelli, Sato e Oliveira (2011), há situações nas quais as pessoas, muitas delas profissionais de saúde, demonstram descrença na capacidade de o trabalho influenciar a saúde mental. Por vezes, há fortes reações de oposição à leitura que incorpora os contextos laborais como determinantes dos problemas de saúde mental da população trabalhadora.

Em contrapartida, têm evoluído os estudos que avaliam a capacidade de o indivíduo ser influenciado pelo trabalho. Há um teste, o *Work Addiction Risk Test (WART)* – Teste Risco de Trabalho Adicional –, que vem crescendo em popularidade como uma medida para verificar se uma pessoa está propensa a ter a saúde mental afetada pelo trabalho. O *WART* considera cinco fatores: tendências compulsivas, controle, comunicação prejudicada/autoabsorção, incapacidade de delegar e autoestima.

As tendências compulsivas são caracterizadas pela pressa, sensação de estar ocupado, multitarefa, cometimento de excessos, sentimento de culpa se não trabalhar, trabalho por longas horas, imposição de prazos a si mesmo, dificuldade em relaxar e falta de tempo para socialização.

O controle é a necessidade de perfeccionismo que causa impaciência, irritação e raiva para com os outros e a si mesmo, quando o trabalho não é adequado para os padrões de trabalhador (BROUGH et al., 2009).

A comunicação prejudicada ou autoabsorção é não dar atenção para o que os outros têm a dizer, saltar tarefas antes de concluir as etapas anteriores necessárias, tomar decisões sem o apoio factual e não demonstrar interesse nas relações com os outros e com os marcos em suas vidas.

A incapacidade de delegar é a incapacidade em confiar nos demais, com a responsabilidade do trabalho e solicitação de ajuda aos outros quando necessário.

E, finalmente, a autoestima é o sentimento de culpa quando não se está trabalhando e quando se é implacável com erros e contratempos menores (BROUGH et al., 2009).

Sullivan et al. (2011) também relatam o tema, ressaltando que a saúde mental afetada devido ao trabalho é uma doença primária, crônica, genética, e advem de fatores psicossociais e ambientais, os quais influenciam seu desenvolvimento e suas manifestações. A doença é frequentemente progressiva e fatal, caracterizando-se por uma deficiência permanente ou periódica de controle sobre algo – uma bebida, uma droga ou mesmo uma ação; neste estudo, é o trabalho. O uso do álcool, drogas ou ações compulsivas pelo dependente causam-lhe sintomas adversos, entre eles distorções no pensamento e negação. Uma propensa a ter a saúde mental afetada devido ao trabalho é dependente do trabalho e/ou de ações compulsivas, apesar de negar essas questões.

A saúde mental no ambiente de trabalho é influenciada pelos riscos psicossociais relacionados aos aspectos de planejamento, organização e gerenciamento do trabalho, além de seus contextos social e ambiental, que têm potencial para causar prejuízos físicos ou psicológicos (COX; RIAL; GONZALEZ, 2002).

Para Camelo e Angerani (2008), os principais fatores psicossociais geradores de estresse que podem estar presentes no meio ambiente do trabalho são a organização, a administração, os sistemas de trabalho e a qualidade das relações humanas. O clima organizacional está relacionado à sua estrutura e às condições de vida da coletividade do trabalho, e também a seu contexto histórico, com seu conjunto de problemas demográficos, econômicos e sociais. Assim, o crescimento econômico da empresa, o progresso técnico, o



aumento da produtividade e a estabilidade da organização dependem também dos meios de produção, das condições de trabalho, dos estilos de vida, do nível de saúde e da qualidade de vida dos trabalhadores.

Na organização e no ambiente do trabalho, encontram-se, dentre outros, os seguintes elementos: divisão do trabalho, conteúdo das tarefas, ritmo de trabalho, relações de poder, condições ambientais, formas de avaliação e controle, hierarquias. Esses elementos são entendidos como “fontes laborais de tensão” e provocam o desgaste que se manifesta em diferentes configurações (PAPARELLI; SATO; OLIVEIRA, 2011).

Segundo Sato e Bernardo (2005), ao se comparar o que se conhecia a respeito da SMT na década de 1990 e na atualidade, não se pode negar que, atualmente, cresceu a produção técnico-científica na área, oferecendo elementos no sentido de fortalecer os argumentos e socializar o debate acerca da importante participação das condições e da organização do trabalho na vivência dos problemas de saúde/doença mental. Nesse sentido, mostrando comportamento semelhante, verifica-se uma expansão dos serviços dirigidos aos trabalhadores para melhorar a qualidade de vida para esses profissionais, que também teriam papel de fortalecer a construção do ponto de vista da Saúde do Trabalhador sobre a determinação e causalidade dos fenômenos envolvidos nas atividades laborais.

### **1.3 A organização do trabalho em emergência**

No Brasil, o atendimento de emergência surgiu em 1893 com o prefeito Pereira Passos, devido à preocupação de alguns setores da sociedade pública e privada com os casos de acidentes nas ruas do Distrito Federal (então, Rio de Janeiro). Foi criado o socorro médico de urgência na Praça da República, elogiado na época e caracterizado como a melhor da organização hospitalar. Em 1933, o atendimento deixou de ser apenas para os mais necessitados e se estendeu a toda população que fosse vítima de acidentes, crimes ou doenças súbitas com atendimento a qualquer hora do dia ou da noite (COELHO; CALDAS, 2006).

A unidade de emergência é um dos setores de atuação da Enfermagem considerado como desgastante devido à carga de trabalho e especificidade de tarefas. Seu funcionamento é 24 horas requerendo uma postura de alerta constante dos profissionais que ali atuam. Sendo assim, pode-se inferir que os profissionais desses setores são possivelmente os mais estressados, uma vez que exercem suas atividades em ambientes insalubres, com condições

inseguras influenciando diretamente no seu bem-estar físico e psíquico (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Segundo Almeida e Pires (2007), o serviço de emergência no ambiente hospitalar exige um conhecimento extenso sobre as situações do processo saúde-doença e certo domínio dos profissionais em relação à dinâmica do serviço desempenhado nesse setor, ou seja, o conjunto das necessidades para a realização de uma assistência diária. Essas habilidades incluem pensamento rápido, tomada de decisão firme e precisa, agilidade, destreza manual para realizar os procedimentos designados, competência e resolubilidade.

A emergência é a porta de entrada da unidade hospitalar, sendo a triagem dos pacientes um importante processo de determinação do perfil de atendimentos e classificação dos riscos. A equipe é multidisciplinar e o funcionamento da unidade, ininterrupto. A alta demanda acaba superlotando as unidades e comprometendo diretamente a qualidade da assistência prestada à população. Essa realidade é agravada por problemas organizacionais, como a falta de avaliação prévia dos quadros que chegam à instituição, gerando um atendimento por ordem de chegada sem análise da gravidade dos casos. Outros fatores – como a falta de recursos humanos e materiais, o tempo despendido com o cuidado, o trabalho em turno e a carga horária excessiva – tornam o setor de emergência um ambiente crítico para execução das atividades laborais (DESLANDES, 2002).

O ambiente de trabalho em emergência caracteriza-se por inúmeras atividades e a situação clínica dos usuários muitas vezes exige que o profissional execute suas tarefas com rapidez, para afastar o risco iminente de morte. Já em unidades fechadas, o enfermeiro dispõe de maior tempo para planejar a assistência, além de prever e prover recursos humanos e materiais. Sendo assim, no setor de emergência, a equipe de enfermagem lida com uma maior variabilidade e imprevisibilidade, o que dificulta a sistematização e ordenamento da assistência de enfermagem. Essa conjuntura é um fator de risco para sofrimento psicofísico dos trabalhadores que exercem suas atividades laborais nessa área (OLIVEIRA et al., 2004).

O processo de trabalho na emergência ocorre a partir da divisão em três momentos distintos: a) os profissionais prestam assistência às urgências e emergências com risco iminente de morte; b) os profissionais cuidam dos pacientes que estão na sala de observação; c) reconhecem-se os usuários que não apresentam demandas de urgência ou emergência. Vale ressaltar que esses usuários podem procurar o serviço de emergência por uma visão equivocada de essa seção estar mais bem amparada pela tecnologia ou por uma falha do setor primário que não está cumprindo seu papel (GARLET et al., 2009).

Em emergências públicas, a situação é mais complexa, o ambiente de trabalho pode ser mais desfavorável para o cuidado eo número excessivo de usuários expõe a deficiência do SUS, tornando notória a existência de falhas que precisam ser corrigidas, para que os indivíduos tenham direito à saúde de forma universal e integralizada. Logo, verifica-se sofrimento nos trabalhadores devido à necessidade de ajustar recursos finitos às necessidades de cuidados de saúde infinitas e crescentes por parte da população (OLIVEIRA et al., 2004).

Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um serviço de emergência (OLIVEIRA et al., 2013) identificou que o enfermeiro possui grande responsabilidade no que diz respeito ao cuidado de pacientes críticos sujeitos a complicações e ao suporte às famílias em termos de orientações e encaminhamentos. Neste contexto, a demanda de atendimento ultrapassa a sua capacidade, gerando um baixo controle do profissional em relação ao processo de trabalho, o que traz consequências em relação à autonomia e à tomada de decisão do profissional pela pressão em relação à produção. Para minimizar e contornar os problemas que vêm à tona, o enfermeiro recorre a improvisos e adaptações (OLIVEIRA et al., 2013).

Diante do exposto, constata-se que o setor de emergência é permeado por questões diversas e complexas inerentes ao ambiente laboral e aos seres humanos (sejam profissionais ou usuários) que vivenciam essas relações delicadas no processo cuidar/cuidado. Deste modo, o enfrentamento de dificuldades tem colocado os profissionais na posição de vulnerabilidade e, muitas vezes, em situação de adoecimento físico e mental (BAGGIO et al., 2009).

#### **1.4 A organização do trabalho: o trabalho prescrito e real**

O trabalho em saúde é caracterizado pelo encontro entre pessoas com algum comprometimento físico ou mental e outras com o conhecimento ou instrumentos específicos para a solução do problema, tendo como produto final o cuidado, que não pode ser dissociado da própria realização da atividade e é consumido pelo usuário no mesmo momento que é produzido (GARLET et al., 2009).

No contexto da saúde, deve-se considerar a organização do trabalho que, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2014, p.125), é “um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional”, além de sofrer influências relacionadas à estrutura macroeconômica, organizacional e de gestão, considerando os aspectos do modo de produção

vigente. Por fim, há a divisão do trabalho, o sistema hierárquico e as relações de poder, significando que, ao dividir as tarefas, se impõe uma divisão entre os trabalhadores.

Na enfermagem, a organização do trabalho é um processo coletivo em que os trabalhadores estabelecem relações com outros trabalhadores e com os usuários dos serviços, buscando com esses atender às necessidades da clientela. A organização do trabalho da enfermagem é o modo como os profissionais dispõem a sua força de trabalho, fornecendo, inclusive, a base para o trabalho de outros profissionais nas instituições de saúde, no que se refere ao tempo, movimentos e objetos necessários à assistência (CHANLAT, 2000).

A organização do trabalho é um compromisso negociado entre quem o organiza e quem o realiza. Ela sofre evoluções, transformações e ainda é pensada por profissionais de diferentes áreas da hierarquia a partir da compreensão do seu próprio trabalho, sem que nem sempre um consiga entender as dificuldades da prática do outro, devido aos níveis hierárquicos. É preciso enfatizar as razões, a racionalidade, o sentido do trabalho, a contextualização e a problemática que permeiam a prática dos trabalhadores e por que eles buscam respostas para si próprios e para os outros que estão inseridos no mundo laboral.

A partir dessas questões – o trabalhador é capaz de refletir o trabalho? De elaborar essa experiência ao falar? De simbolizar um pensamento? De chegar a uma interpretação –, ele tem a possibilidade de negociar, de chegar a um novo sentido partilhado, de transformar e de fazer a organização do trabalho evoluir (LANCMAN; JARDIM, 2004).

Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2014, p. 95), a “organização do trabalho é prescrita a partir de três coordenadas: as pressões de planejamento e de coerência técnica do desenvolvimento por etapas; as pressões dos regulamentos e normas além, dos modos operatórios prescritos”. As padronizações estão presentes em grande parte nas organizações; visando desempenhar as funções de forma satisfatória e organizada, o trabalhador deve adotar uma série de instruções que foram anteriormente planejadas e definidas por seus superiores.

Sendo assim, a participação direta do trabalhador no planejamento das atividades é cada vez mais comum, demonstrando a fragilidade de uma organização restrita ao trabalho prescrito; assim, cada trabalhador desempenha sua tarefa de forma peculiar, única e, em certa medida, independe de instruções e direcionamentos pré-determinados. Nesse contexto, Dejours, Abdoucheli e Jayet (2014, p. 96) assim definem trabalho real: “aquilo que em uma tarefa não pode ser obtido pela execução rigorosa do prescrito”. Inúmeras vezes é preciso realizar improvisos, adaptações e recomposições devido a acontecimentos fortuitos que desorganizam o ordenamento inicial.

Logo, é possível perceber o surgimento de uma lacuna entre as descrições presentes no trabalho prescrito, as quais englobam a multiplicidade de funções que o trabalhador está destinado a realizar, e o trabalho real, que demonstra a singularidade e a criatividade do profissional na execução das atividades solicitadas. O trabalho real independe dos conhecimentos teóricos prévios e requer do indivíduo experiência vivida e espaço de criação baseado no saber individual. Abrange também todas as variabilidades possíveis existentes no desempenho do serviço que tornam o trabalho prescrito irrealizável ou passível de falhas pela não previsibilidade dessas possibilidades (GOYA; MANSANO, 2012).

Entre o trabalho prescrito e o real, existe um espaço de liberdade que possibilita a criatividade do trabalhador e permite a redução da carga psíquica. Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (2014, p. 24), carga psíquica é “uma retenção da energia pulsional devido ao subemprego das aptidões psíquicas, fantasmáticas ou psicomotoras”. Essa carga psíquica de trabalho não pode ser quantificada, pois está relacionada a uma vivência qualitativa. O prazer, a satisfação, a frustração e a agressividade dificilmente se deixam dominar por números.

Em estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um grande hospital, Cezar e Marziale (2006) detectaram que a exposição às cargas psíquicas é a mais referida pelo grupo e está relacionada ao objeto de trabalho. Esses profissionais convivem em suas atividades diárias com o ser humano que sofre, sente dor e morre, além de estarem envolvidos em situações geradoras de estresse, fadiga e tensão; ademais, a organização desse trabalho é parcelada, com inúmeras rotinas, com supervisão controladora e com falta de autonomia, o que leva os indivíduos a esse discurso encontrado na pesquisa.

O trabalho que possibilita liberdade de escolha e diminuição da carga psíquica se torna um meio de relaxamento e permite a realização do indivíduo com a conclusão de suas tarefas; há, então, uma descarga psíquica, ou carga psíquica negativa, que conceitua o trabalho como equilibrante. Em atividades restritas sem espaço para a criação e em que há pressão da organização do trabalho, a via de descarga psíquica é fechada, a energia se acumula e ocorre um aumento da tensão e do desprazer; nesse contexto, a carga psíquica cresce até o surgimento da fadiga, astenia que culmina em patologia: esse é o trabalho fatigante (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

Essa descarga psíquica não canalizada gera consequências que resultam em absenteísmo e incapacidade temporária ou permanente, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes e a própria qualidade de vida desses trabalhadores (MININEL; BAPTISTA; FELLI, 2011).

Para transformar um trabalho fatigante em equilibrante, é preciso flexibilizar a organização do trabalho, fornecendo liberdade ao trabalhador para construir seu modo operatório e buscando atitudes que lhe ofereçam prazer e redução da carga psíquica. Quando a organização do trabalho não permite essa criatividade, é preciso uma reorientação do profissional a qual considere todas as suas aptidões e o valorize como um todo, e não apenas algumas delas, pois o pleno emprego de aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas parece ser uma condição de prazer no trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

Nesse sentido, a psicodinâmica dejouriana destaca que as relações humanas nas instituições são determinadas pelas diferentes formas de organização do trabalho, o que significa entender que, nos modelos organizacionais, os aspectos subjetivos do trabalhador são relevantes (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

### **1.5 O sofrimento no trabalho e as estratégias de defesa**

As mudanças tecnológicas introduzidas no processo produtivo permitiram o aumento da produtividade e do lucro, mas impactaram na saúde do trabalhador, gerando manifestações psicofísicas. O surgimento de novas enfermidades no mundo do trabalho motiva estudos nas produções científicas atuais (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEAO, 2005).

Na área da saúde, as situações indutoras do estresse, embora reconhecidas, têm recebido pouca atenção nos estudos de investigação. Os serviços de saúde, principalmente os hospitais, são dotados de sistemas técnicos organizacionais que visam às necessidades dos usuários, mas proporcionam condições precárias de trabalho, expondo os profissionais a riscos ocupacionais, contribuindo para a ocorrência de acidente de trabalho e desencadeando frequentes situações de estresse e fadiga física e mental (MARTINS, 2004).

O sofrimento e o prazer são sentimentos dialéticos no trabalho e sua compreensão é de grande relevância para a promoção da saúde dos trabalhadores e para a melhoria da qualidade da assistência prestada. O conhecimento dos fatores que causam prazer e sofrimento importa para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o labor em um sentido mais prazeroso, colaborativo e, conseqüentemente, humano, evitando doenças físicas e/ou psíquicas relacionadas ao sofrimento no trabalho (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

O sofrimento no trabalho torna-se evidente quando não é mais possível transformá-lo em prazer através das realizações do sujeito, reconhecidas pelos outros como úteis e

relevantes. Para Molinier (2006, p.60), “o sofrimento no trabalho começa no momento em que ele se torna patogênico, isto é, exatamente onde a parte criativa do trabalho cessa”.

Segundo Dejours (2000), o sofrimento começa quando se bloqueia a relação homem-organização do trabalho, quando o trabalhador utiliza ao máximo suas faculdades intelectuais, psicossensórias, motoras e psicoafetivas de aprendizagem e de adaptação, quando um trabalhador utiliza tudo o que dispunha de saber e poder sobre a organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar a tarefa; isto é, quando se esgotaramos meios de defesa contra o constrangimento físico. Não são tanto os constrangimentos mentais ou psíquicos do trabalho que fazem aparecer o sofrimento (por mais que esses fatores importem), mas também a impossibilidade de evoluir em direção ao alívio. A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca a entrada no sofrimento.

O trabalhador almeja investir nas suas atividades sem frustração, não quer ser visto como um mero executante, sujeito a passividade e obediência; antes, quer ser participativo, expressar seus pontos de vista, colaborar com o processo de trabalho. Mas esse reconhecimento muitas vezes não é correspondido, gerando sofrimento e inúmeras manifestações psicopatológicas (TRAESEL; MERLO, 2009).

Segundo a teoria Dejouriana, no trabalho encontramos um espaço subjetivo de elaboração de nossas angústias originadas no curso de nosso desenvolvimento psicocognitivo. É na atividade laboral que, buscando estratégias para lidar com o sofrimento, revive-se a esperança de encontrar um caminho criativo e com um sentido social útil e adequado. A psicodinâmica do trabalho direciona-se à compreensão do sofrimento gerado pelo trabalho, que é um estado de luta do sujeito contra forças que podem direcioná-lo à doença mental (VERONESE, 2006).

Em uma abordagem renovadora da relação trabalho - saúde mental, deve-se considerar as pressões que o trabalhador sofre em seu ambiente laboral – sejam físicas, químicas, biológicas ou mesmo psicossensoriais e cognitivas –, as quais, isoladamente ou em conjunto, podem afetar a saúde e o bem-estar no trabalho. Faz-se necessário aprofundar os conhecimentos no mundo laboral, considerando a dimensão organizacional, ou seja, a divisão de tarefas e as relações de produção. É preciso penetrar no campo da relação social para tentar articular um modelo de funcionamento psíquico que desenvolva uma forma teórica específica para correlacionar o singular com o coletivo (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

É necessária uma ruptura epistemológica suplementar para abordar o labor e a saúde da mente. A psicopatologia tradicional, baseada no modelo da fisiopatologia das doenças do corpo, é voltada ao estudo das doenças mentais e da loucura. Deve-se conhecer o sujeito que,

apesar das pressões enfrentadas, não adoce nem enlouquece, o que evidencia que o sofrimento já está instalado (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

Desse modo, a psicodinâmica do trabalho procura entender a ação do indivíduo a partir de um determinado contexto no âmbito do trabalho, valorizando que todo comportamento é motivado e tem um sentido. Se certa conduta é insólita, isso se deve a um sofrimento subjetivo e a estratégias defensivas contra esse sofrimento. A inteligibilidade dessa atitude do sujeito não vem da conduta que ele expressa, mas do sofrimento que o motiva (LANCMAN; UCHIDA, 2003). Segundo Dejours (2003, p. 27), diante do sofrimento psíquico e para se manter no trabalho e não desistir de seus projetos de vida, o trabalhador elabora estratégias de defesa conceituadas como “mecanismos utilizados pelos trabalhadores para negar ou minimizar a percepção da realidade que gera sofrimento”. As estratégias de defesa podem ser individuais ou coletivas.

Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2014), para se desvencilhar do sofrimento psíquico, o indivíduo elabora estratégias de defesa individuais, entre as quais se destacam:

- a) a ausência de iniciativas em que o indivíduo se torna excessivamente zeloso, transmitindo todas as situações para instâncias superiores;
- b) a atitude de fechamento em uma autonomia máxima, não transmitindo informações importantes a seus superiores e colegas;
- c) a quebra da hierarquia organizacional, não se reportando ao seu superior imediato, mas passando diretamente a níveis superiores;
- d) o enfrentamento silencioso do sofrimento;
- e) a recusa em cumprimentar os colegas, acreditando que assim está evitando o sofrimento, por não existir conflito proveniente da convivência;
- f) a crítica e a denúncia de colegas de trabalho, alegando incompetência;
- g) o aumento da carga de trabalho, sendo ativo, engajado, ágil, não pensando mais, não refletindo e conseqüentemente não percebendo o sofrimento, o que gera um ativismo defensivo acompanhado de presenteísmo.

Frente a determinado sofrimento no trabalho, os trabalhadores podem juntos, por meio da construção de regras compartilhadas, estabelecer estratégias coletivas de defesa para se defenderem da realidade causadora de dor. Porém, para as estratégias se firmarem, há necessidade de participação de todos os trabalhadores integrantes de um mesmo grupo de trabalho; ademais, essas estratégias precisam ser específicas, de acordo com as situações de



trabalho, não podendo ser generalizadas. As estratégias atuam sobre a percepção da realidade, transformando-a e, especialmente, eufemizando-a e, assim, minimizando a percepção dos motivos no trabalho que levam ao sofrimento. Dessa forma, esse recurso defensivo possibilita aos trabalhadores se protegerem contra o sofrimento. Essas estratégias, por se construírem a partir de evidências da própria realidade de trabalho, podem ser facilmente abandonadas quando o objeto real, ou seja, a organização do trabalho é transformada (LIMA, 2012).

As estratégias coletivas, construídas com base nas experiências vivenciadas por um grupo de trabalhadores, buscam a manutenção do equilíbrio psíquico, ainda que precário, ante às ameaças e exigências do ambiente do trabalho. Essas estratégias contribuem para unificar os trabalhadores, soldar o grupo de trabalho; minimiza-se, assim, o sofrimento psíquico e permite-se a execução menos árdua das atividades laborais, visando uma proteção à saúde do trabalhador (FERNANDES et al., 2006).

As estratégias coletivas de defesa objetivam modificar, transformar e eufemizar a percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Há um retorno da relação subjetiva com as pressões patogênicas; ou seja, as vítimas passivas posicionam-se como agentes ativos de um desafio, mas geralmente não modificam, pois na realidade a operação é estritamente mental. Ocorre a união e o esforço de vários sujeitos que vivenciam um sofrimento único com percepções distintas para construir uma estratégia de defesa. Esse contexto leva a um risco relativo de alienação, pois o sofrimento é mascarado e não há luta contra as pressões negativas da organização do trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2014).

## 1.6 Estratégias de *coping* no ambiente ocupacional

As estratégias de *coping*, utilizadas pelo indivíduo na tentativa de minimizar o estresse, são definidas como esforços cognitivos e comportamentais para dominar, tolerar ou reduzir demandas. A forma com que o indivíduo formula as estratégias de *coping* está determinada, em parte, por seus recursos internos e externos, incluindo saúde, crenças, responsabilidade, suporte, habilidades sociais e recursos materiais (SCHMIDT et al., 2009).

A identificação das causas do estresse no ambiente de trabalho corresponde a um agente de mudança, uma vez que desenvolvidas as estratégias de *coping* para minimizar seus efeitos, estas podem tornar o cotidiano do enfermeiro mais produtivo, menos desgastante e,

possivelmente, valorizá-lo mais como ser humano e como profissional (RODRIGUES; CHAVES, 2008).

Em relação ao enfrentamento da situação (*coping*) existem dois tipos de estratégias: as concentradas no problema e as concentradas na emoção. Quando o enfrentamento está voltado para o problema, o indivíduo tenta lidar de forma direta com a circunstância e busca maneiras de resolvê-lo. Na busca pela solução, adotam-se ações de confronto direto e indireto. No confronto direto, são utilizadas as seguintes atitudes: a) conversar sobre o ocorrido; b) buscar informações sobre a situação; c) pedir orientações ou procurar especialistas; d) negociar alternativas possíveis. Já no confronto indireto, há uma postura voltada para: a) realizar atividades esportivas ou filantrópicas; b) utilizar a racionalização para explicar o ocorrido, dentre outras (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008).

As estratégias de enfrentamento utilizadas pelos indivíduos frente aos problemas são determinantes para a transição do estresse e para o adoecimento, influenciando sobremaneira a qualidade de vida. Pode-se afirmar, então, que não é a simples vivência de problemas no contexto de trabalho que leva o indivíduo a adoecer ou apresentar características de esgotamento profissional, mas sim como esse indivíduo enfrenta esses problemas no contexto de trabalho. Ademais, outros aspectos (ou variáveis) podem interferir na maneira como o indivíduo enfrenta seus problemas, como sua personalidade e seus recursos de *coping* (SOUSA; ZANINI; NAZARENO, 2009).

Segundo Guido et al. (2011), as estratégias de *coping* mais utilizadas por enfermeiros que atuam em um hospital de grande porte estão centradas no problema, o que nos permite identificar que o enfrentamento dos estressores pelos enfermeiros se foca nessa opção. Assim, na utilização dessa estratégia (resolução de problemas), é necessário definir o problema e enumerar as alternativas, comparando-as em relação aos resultados desejados, selecionando e implementando um plano de ação apropriado, cujo resultado pode ser menor nível de estresse.

As estratégias utilizadas como defensivas no combate ao estresse causado pelo trabalho são inequivocamente importantes no cotidiano; entretanto, não devem ser as únicas, pois, se forem utilizadas como alternativa única e de modo individual, podem provocar a alienação, levando a um maior sofrimento, aumentando ainda mais o estresse dos trabalhadores e desfavorecendo o ambiente de trabalho (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

## 2 PROPOSTA METODOLÓGICA

### 2.1 Abordagem metodológica

Tendo em vista o objeto e os objetivos traçados no estudo, optou-se por uma pesquisa de campo qualitativa, exploratória e descritiva. Segundo Minayo (2007, p. 21), a pesquisa qualitativa

Responde a questões muito particulares, com um nível da realidade que não pode ser quantificado, ou seja, com “o universo” dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes [...] dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A pesquisa qualitativa permite conhecer o contexto no qual os indivíduos realizam suas ações e desenvolvem seus modos de vida, a partir das características físicas e sociais que imprimem aos sujeitos traços peculiares que serão desvendados à luz do entendimento dos significados por ele estabelecido. Esse tipo de pesquisa apresenta uma dinâmica que busca a melhoria dos processos, e a interpretação dos fenômenos se faz pelos resultados encontrados, a partir da atribuição de significados colocados pelo pesquisador (ANDRÉ, 2006).

A pesquisa descritiva também se encontra em consonância com o objeto de estudo, pois a descrição tem por objetivo aprofundar uma determinada realidade, descrevendo os fatos e fenômenos que se deseja estudar (TRIVIÑOS, 2007). Barros (2003, p. 66) acredita que a pesquisa descritiva tem a função de demonstrar, através de dados analíticos, o fenômeno estudado, com relação e conexão com outros, sua natureza e características.

O objetivo de muitos estudos de enfermagem é a elucidação e descrição dos fenômenos relacionados com a profissão. O pesquisador enfermeiro que realiza o estudo descritivo observa, conta, descreve e classifica uma variedade de fenômenos. São utilizados métodos aprofundados para relatar dimensões, valores, variações, importância e significados do objeto de estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa exploratória começa com um fenômeno de interesse; porém, vai além da simples observação e descrição um determinado fenômeno, mas investiga uma natureza complexa e outros fatores com os quais está relacionada, sendo realizado quando uma nova área ou tópico está sendo investigado.

Exploram-se as várias maneiras como um fenômeno pouco compreendido se manifesta, assim como seus processos subjacentes.

## 2.2 Campo da pesquisa

O estudo foi realizado em um hospital geral de grande porte situado no município do Rio de Janeiro e subordinado ao Departamento de Gestão Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde conveniado ao SUS, sendo uma unidade auxiliar de ensino. Foi cedido à esfera municipal mediante Termo de Cessão de uso em dezembro de 1999 e retornou à esfera federal no terceiro trimestre de 2005. Presta assistência à população por demanda espontânea e referenciada, em regime de internação e de ambulatório, desenvolvendo programas de atenção básica, de média e de alta complexidade. Dispõe de serviço de urgência e emergência (adulto e infantil) com atendimento contínuo 24 horas por dia (BRASIL, 2006b).

O hospital foi inaugurado em 29 de julho de 1955. Era o antigo Hospital dos Marítimos, edificado para atender o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM). Em 1964, criou-se uma comissão para reformular o sistema previdenciário, culminando com a fusão de todos os institutos de aposentadorias e pensões. A unidade hospitalar dispõe de 1264 funcionários que atuam em diferentes atividades de cunho técnico e assistencial, com profissionais de saúde de diversas especialidades clínicas e cirúrgicas.

A unidade de saúde é habilitada a prestar os seguintes serviços: neurocirurgia, alta complexidade em oncologia, referência em tratamento de grande queimado, cuidados coronarianos, pacientes críticos e ortopedia. Possui 296 leitos distribuídos nas seguintes especialidades: 154 cirúrgicos, 66 clínicos, 36 de terapia intensiva, 24 de obstetrícia cirúrgica e 16 de pediatria clínica. É uma das maiores emergências do município do Rio de Janeiro, com classificação tipo III, ou seja, de alta complexidade com recursos humanos e tecnológicos, além de instalações físicas que garantem essa classificação (BRASIL, 2006).

De acordo com o DATASUS (BRASIL, 2014), as instalações físicas de urgência e emergência da unidade estão divididas em doze áreas de atendimentos: cinco consultórios médicos com cinco leitos; um consultório de odontologia com dois leitos; uma sala de atendimento ao paciente crítico/grave com dez leitos; duas salas de atendimentos

indiferenciados com dois leitos; duas salas de atendimento pediátrico com seis leitos; duas salas de curativo com dois leitos; uma sala de gesso com um leito; uma sala pequena de cirurgia com um leito; uma sala repouso/observação feminina com 10 leitos; seis salas repouso/observação indiferenciada com 45 leitos; uma sala repouso/observação masculina com 10 leitos; uma sala de repouso/observação pediátrica com sete leitos.

A equipe de enfermagem da emergência é composta por 47 enfermeiros e 188 técnicos de enfermagem, que trabalham em regime de turnos (diurno e noturno) e meio expediente (manhã ou tarde) no desenvolvimento de suas atividades.

O hospital adota o sistema de serviço preconizado pelo Quali SUS, valorizando as questões centrais para o funcionamento da emergência, ou seja, a resolutividade e a integralidade. Há uma busca pela atuação conjunta através de um sistema de regulação, com referência e contrarreferência, voltada ao atendimento ambulatorial, triagem com classificação de risco intra-hospitalar e locais de seguimento do tratamento após o atendimento emergencial (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009).

### **2.3 Participantes do estudo**

Os participantes do estudo são 22 enfermeiros que desenvolvem suas atividades assistenciais e gerenciais no serviço de emergência, sendo adotados os seguintes critérios de inclusão: profissionais com vínculo de trabalho estatutário, celetista ou contratado; que não estivessem afastados do trabalho devido a problemas de saúde, férias ou outros tipos de licenças; e que desenvolviam suas atividades há pelo menos um ano no serviço.

Foram excluídos do estudo profissionais com menos de um ano de trabalho na emergência e aqueles afastados devido a férias, problemas de saúde e outros tipos de licenças, bem como os residentes de enfermagem.

A exigência do tempo de um ano para participar da pesquisa fundamenta-se no entendimento de que esse é o tempo necessário para que os trabalhadores conheçam a dinâmica do serviço, os aspectos pertinentes ao cuidado com o cliente, as normas e rotinas da instituição, a organização do trabalho; ou seja, já tenham desenvolvido uma visão consolidada da prática laboral.

Foi utilizado o critério de reincidência das informações para nortear o número dos participantes; isto é, quando as informações começaram a se repetir, finalizava-se a coleta de

dados. Nas pesquisas qualitativas, o número de sujeitos não deve ser a principal preocupação dos pesquisadores, e sim a qualidade das informações fornecidas pelos entrevistados. Os participantes da pesquisa devem conhecer profundamente o fenômeno investigado e terem condições cognitivas e afetivas para fornecerem as informações (MINAYO, 2007).

## 2.4 Questões éticas da pesquisa

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP/UERJ). Na submissão do projeto para apreciação pelo CEP, entrei em contato com a instituição onde foi realizado o estudo e obtive a autorização formal por escrito da Direção do Hospital, em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12, que regulamenta as diretrizes de pesquisas envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética, através do parecer 940.047, número da CAAE: 37922514.4.0000.5282 e a formalização dos documentos pelo Centro de Estudos da Instituição, realizei uma visita ao campo para conhecer, selecionar e recrutar os participantes. Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e as contribuições para o desenvolvimento do estudo, de modo que o entrevistado, após o aceite e concordância, assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Antes do início das entrevistas, a pesquisa foi analisada pelo Centro de Estudos do Hospital, que exigiu alguns documentos e informações, posteriormente encaminhados à Direção da Unidade; tal fato atrasou o início das entrevistas em sete meses. A Direção permaneceu com o estudo por um período de quatro meses devido à troca da Diretoria; após análise e liberação do estudo, os documentos retornaram ao Centro de Estudos para confecção de um Memorando, autorizando a entrada da pesquisadora na emergência e efetivando, assim, o início da coleta de dados.

Os participantes do estudo foram comunicados que podiam cessar sua participação na pesquisa em qualquer período, sendo necessária apenas uma solicitação. Após esse procedimento, realizou-se a coleta. Antes, porém, solicitei aos participantes que formalizassem sua participação na pesquisa mediante a assinatura das duas vias do TCLE, sendo uma via mantida com o pesquisador e a outra entregue ao entrevistado.

Os depoimentos foram registrados em meio digital e posteriormente transcritos. Para preservar o anonimato dos enfermeiros durante a coleta de dados, o TCLE foi guardado separadamente. As entrevistas depois de transcritas permanecerão sob a responsabilidade do pesquisador pelo período de cinco anos e, após esse período, serão destruídas.

O estudo foi realizado com um total de 22 participantes, atuantes nos diversos setores que compõem a emergência do hospital. Para preservar o anonimato, utilizou-se uma codificação para cada entrevistado com a finalidade de impedir qualquer tipo de identificação entre o conteúdo das entrevistas e os participantes na descrição dos resultados. Dessa forma, na medida em que as falas dos entrevistados foram transcritas, adotou-se os seguintes códigos E1, E2... e assim sucessivamente, seguindo uma ordem cronológica.

## 2.5 Técnica de coleta de dados

A técnica de obtenção dos depoimentos foi a entrevista semiestruturada, na qual o investigador está presente e o sujeito tem todas as perspectivas possíveis de responder a questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade. Além disso, ela também propicia o estreitamento dos laços e da confiabilidade entre o pesquisador e o sujeito, resultando na captação de informações relevantes para o desenvolvimento do estudo. Essa técnica é um dos principais recursos utilizados nas pesquisas das ciências sociais, desempenhando papel importante nos estudos científicos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Gil (2009) destaca que a entrevista é um momento de intensa interação social na qual o clima de cordialidade e respeito é imprescindível. É de fundamental importância que, desde o primeiro momento, se crie uma atmosfera de cordialidade e simpatia. O entrevistado deve sentir-se absolutamente livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão. Dessa forma, torna-se possível estabelecer o *rapport* (quebra de gelo) entre entrevistador e entrevistado.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), as entrevistas enfocadas ou semiestruturadas são usadas quando o pesquisador tem uma lista de tópicos a serem cobertos. O entrevistador se utiliza do guia de tópicos escritos para garantir que todas as áreas das questões sejam cobertas. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falarem livremente sobre todos os tópicos constantes no guia (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004, p. 254).

De acordo com Moreira (2002, p. 54), a entrevista pode ser definida como “uma conversa entre duas ou mais pessoas com um propósito específico em mente”. As entrevistas

são aplicadas para que o pesquisador obtenha informações que provavelmente os entrevistados têm. A grande vantagem dessa técnica em relação às outras é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos.

A aplicação efetiva das entrevistas foi precedida por dois testes-pilotos para avaliar o entendimento das perguntas e a adequação do instrumento aos objetivos do estudo. O roteiro atendeu aos objetivos da pesquisa e foi iniciada a coleta de dados após a transcrição do material, a análise dele e as sugestões dos entrevistados. Os testes-pilotos foram realizados com dois enfermeiros que atuavam em outro serviço de emergência do município do Rio de Janeiro, com características similares aos do campo de estudo.

A coleta de dados foi realizada no período diurno e noturno, em dias da semana e nos finais de semana. Os enfermeiros, recrutados durante sua prática laboral, receberam esclarecimentos sobre a pesquisa, avaliando se cumpriam os pré-requisitos do estudo; caso estivessem de acordo, a coleta era feita em um local reservado que o setor disponibilizasse. As entrevistas foram realizadas no período de dois meses, sendo os depoimentos registrados em meio digital e posteriormente transcritos na íntegra.

A escolha da técnica permitiu captar informações do entrevistado valorizando os aspectos subjetivos do estudo a partir de questionamentos da prática diária do profissional. Para atingir os objetivos do estudo, foi preciso realizar uma adequada coleta de dados com critérios da qualidade das informações, tais como: credibilidade, confiabilidade, confirmação e transferência. Sendo assim, ratifica-se a importância de executar uma coleta com número suficiente de participantes, garantindo desse modo a riqueza de conteúdo e saturação dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A avaliação da saturação teórica a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começando já no início do processo de coleta. Tendo em vista que as questões colocadas aos entrevistados refletem os objetivos da pesquisa, essa análise preliminar busca o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando cada um dos tópicos abordados e o conjunto dos entrevistados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

O ponto de saturação da amostra depende indiretamente do referencial teórico usado pelo pesquisador e do recorte do objeto; e diretamente dos objetivos definidos para a pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado e da homogeneidade da população estudada. Entretanto, por ser uma ferramenta inerentemente influenciada pela relação pesquisador-pesquisado e por fenômenos cognitivos e afetivos, na prática da pesquisa qualitativa o



encontro desse ponto de saturação está sujeito a imprecisões (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Na obtenção dos depoimentos, foi utilizado um instrumento (APÊNDICE B) contendo em sua primeira parte os dados sociodemográficos e socioprofissionais dos participantes do estudo, seguido de um roteiro com questões abertas (APÊNDICE C) acerca do objeto de estudo, para que os enfermeiros pudessem discorrer acerca de suas experiências e percepções ao considerar os riscos psicossociais presentes no trabalho e as repercussões para a sua saúde mental.

## **2.6 Análise dos dados**

Os dados qualitativos tomam a forma de materiais narrativos, pouco estruturados nas transcrições literais de uma entrevista. Sendo assim, a análise dos achados é uma atividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo. É uma tarefa que não prossegue de maneira linear e é mais complexa e difícil do que a análise quantitativa, por ser menos convencional (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Em relação à escolha do procedimento de análise dos dados, Chizzotti (2006) relata que, na decodificação de um documento, se podem utilizar diferentes procedimentos para alcançar o significado profundo das comunicações descritas. Para a escolha do método mais adequado a ser seguido, existem três variáveis: a) o material a ser analisado; b) os objetivos da pesquisa; c) a posição ideológica e social do analisador.

Neste estudo, as informações coletadas foram analisadas e interpretadas à luz da análise de conteúdo, técnica que se evidenciou nos séculos XVII e XIX, quando estudiosos tentaram interpretar os livros sagrados na Europa. No início do século XX, nos Estados Unidos da América, a análise de conteúdo era utilizada para decifrar materiais jornalísticos, ganhando força entre 1940 e 1950 devido ao interesse por símbolos políticos, o que favoreceu o desenvolvimento e a apuração do método (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A técnica, como relata Triviños (2007), adquiriu maturidade com Berelson e Lazarsfeldt em (1948), que publicaram uma obra definindo as regras e os princípios do método, tendo a obra de Laurence Bardin, publicada em Paris em 1977, configurado o método em detalhes, esclarecendo os conceitos fundamentais e emprego.

Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo presta-se à compreensão do sentido da comunicação, mas também desvia o olhar analiticamente para outra significação, outra mensagem da entrevista, através ou ao lado da primeira, que pode ser de natureza psicológica, sociológica, política ou histórica. Essa análise é definida por Bardin (2009, p. 42) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

Para Chizzotti (2006 p. 98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”. Nessa técnica, analisam-se os dados coletados para ultrapassar as incertezas e enriquecer informações. A análise de conteúdo pode ser compreendida como um processo através do qual o material empírico é cuidadosamente transformado de forma sistemática e é codificado em unidades, que permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados (OLIVEIRA, 2008).

Segundo Bardin (2009), na análise de conteúdo existem três etapas básicas indispensáveis para a conclusão da atividade:

- a) Pré-análise: organização do material a ser analisado para operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. São realizadas quatro etapas: leitura flutuante para estabelecer contato com o material proveniente da coleta de dados; escolha dos documentos, ou seja, demarcação do texto a ser analisado; referenciação dos índices; elaboração de indicadores por meio de recortes dos textos;
- b) Descrição analítica ou exploração do material: definição de categorias, sistemas de codificação e identificação das unidades de registro, que são unidades de significação a codificar e que correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial. É uma fase importante para identificar a riqueza ou não das interpretações e inferências;
- c) Tratamento dos resultados, inferências, interpretações: condensação e destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais e ocorrendo intuição e análises reflexiva e crítica.

Partindo para a aplicabilidade da análise de conteúdo nas pesquisas qualitativas, Oliveira (2008) cita alguns conceitos que sustentam o desenvolvimento e a instrumentalização

do método: a) a objetividade, enfatizando que a análise pode ser reproduzida por outros autores, devendo haver a clareza das informações a fim de possibilitar a decomposição e o estabelecimento da mesma classificação a partir dos critérios indicados; b) a sistematicidade, considerando tudo que no conteúdo decorre do objeto estudado, que é analisado em função de todas as categorias retidas para fins de pesquisa; c) o conteúdo manifesto, que consiste em eliminar os julgamentos e os preconceitos do pesquisador, abordando o conteúdo efetivamente expresso e não presumido.

Diante do exposto, a partir do material adquirido com a transcrição das entrevistas semiestruturadas, formaram-se categorias de acordo com o conteúdo das mensagens dos participantes, almejando cumprir o rigor científico do método e atingir os objetivos do estudo.

As categorias e subcategorias são apresentadas na seguinte ordem:

**Categoria 1: superlotação e intensificação do trabalho em emergência**

Subcategoria 1: demandas e intensificação do trabalho

Subcategoria 2: superlotação: controle ineficaz e fluxo aumentado de pacientes

Subcategoria 3: condições inadequadas de trabalho

Subcategoria 4: violência no serviço de emergência

**Categoria 2: o sofrimento psíquico do enfermeiro em serviço de emergência**

Subcategoria 1: estresse psicológico no setor de emergência

Subcategoria 2: somatização

Subcategoria 3: reações e pensamentos depressivos

**Categoria 3: enfrentando as adversidades do trabalho em emergência**

Subcategoria 1: estratégias de *coping* no trabalho: regulação da emoção e solução do problema.

Subcategoria 2: estratégias *de coping* fora do trabalho

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Caracterização dos participantes

O perfil dos enfermeiros que participaram do estudo é apresentado na Tabela 1, elaborada a partir do instrumento de coleta de dados construído no intuito de dar suporte à discussão dos dados qualitativos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes do estudo - Rio de Janeiro - 2015

<b>Características</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	7	31,8
<b>Feminino</b>	<b>15</b>	<b>68,2</b>
Total	22	100
<b>Faixa etária</b>		
25 a 34	7	31,8
<b>35 a 44</b>	<b>11</b>	<b>50,0</b>
45 a 54	04	18,2
Total	22	100
<b>Estado civil</b>		
<b>Solteiro</b>	<b>11</b>	<b>50,0</b>
Casado	10	45,5
Divorciado	1	4,5
Total	22	100
<b>Renda familiar em salários mínimos</b>		
1 a 2	1	4,5
<b>3 a 5</b>	<b>9</b>	<b>40,9</b>
6 a 8	6	27,3
Acima de 8	6	27,3
Total	22	100

Nota: n=22.

Participaram do estudo 22 enfermeiros atuantes na emergência de um hospital geral federal do município do Rio de Janeiro em 2015. Desses, 15 (68,2%) são do sexo feminino e 7(31,8%), masculino. A faixa etária varia de 25 a 54 anos, sendo 11 (50%) profissionais com idades entre 35 a 44 anos, ou seja, em sua fase produtiva. Como a maioria dos participantes é

do sexo feminino, deve-se refletir sobre as atividades fora do emprego concernentes a criação dos filhos e demais atividades do lar aumentando a carga de trabalho.

O trabalho feminino comporta algumas peculiaridades. Spindola e Santos (2005) destacam que um número elevado de mulheres vive a complexidade de ser mãe e profissional de enfermagem, e conciliar a atividade remunerada com o cotidiano familiar nem sempre é tarefa fácil. Todavia, cada vez mais a mulher está inserida no mercado de trabalho, conquistando espaços e delimitando novos horizontes nesse universo de possibilidades, mesmo diante das dificuldades da dupla jornada de trabalho e família.

A análise do estado civil evidencia que 11 (50%) dos enfermeiros eram solteiros, 10 (45,5%) casados e 1 (4,5%) divorciado. Quanto ao estado civil, cabe salientar a importância das redes de apoio social, aqui representada por familiares que possuem relevância na prevenção dos TMC, frequentemente desencadeados por estressores psicológicos, sociais, culturais e doenças físicas, e por vezes incapacitantes, requerendo atenção e cuidados. Fatores organizacionais podem estar relacionados aos TMC, requerendo a adoção de medidas para promover a saúde e melhor qualidade de vida dos profissionais (PINHO; ARAUJO, 2007).

A renda familiar concentra-se entre três e cinco salários mínimos, valor associado a uma carga horária excessiva e múltiplos vínculos empregatícios. A necessidade de funcionamento diuturno dos hospitais, que implica na existência de regime de turnos e plantões, permite a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, comuns entre os trabalhadores da saúde, especialmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que, por si só, danificam as integridades física e psíquica, pois o enfermeiro que atua no hospital está exposto a excessiva carga de trabalho, a contato direto com situações limite, a elevado nível de tensão e a altos riscos para si e para os outros (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Tabela 2 – Perfil de saúde e adoecimento dos participantes do estudo - Rio de Janeiro - 2015

<b>Características</b>	<b>F</b>	<b>F(%)</b>
<b>Realiza algum tratamento de saúde?</b>		
Não	<b>13</b>	<b>59,1</b>
Sim	9	40,9
Total	22	100
<b>Faz uso de algum medicamento?</b>		
Não	11	50
Sim	11	50
Total	22	100
<b>Faz algum acompanhamento psicoterápico?</b>		
Não	<b>20</b>	<b>90,9</b>
Sim	2	9,09
Total	22	100
<b>Faz uso de algum ansiolítico?</b>		
Não	<b>19</b>	<b>86,4</b>
Sim	3	13,6
Total	22	100
<b>É tabagista?</b>		
Não	11	50
Sim	11	50
Total	22	100
<b>Ingeriu Álcool nos últimos 12 meses?</b>		
<b>Sim</b>	<b>13</b>	<b>59,1</b>
Não	9	40,9
Total	22	100

Nota: n=22.

Dos 22 enfermeiros, a maioria (13 = 59,1%) não realiza tratamento de saúde. Isso, contudo, não significa que esses profissionais estejam saudáveis; antes, o tempo despendido com o trabalho leva muitas vezes à busca de atendimento médico apenas em casos de urgência. Um estudo a respeito da saúde dos trabalhadores de enfermagem de uma fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais revela que essa força de trabalho vem sendo consumida por problemas de saúde de caráter físico e psíquico, destacando-se as lesões por esforços repetitivos, a depressão, a angústia e o estresse (EVANGELISTA et al., 2011). Outra pesquisa comprova esse ponto de vista ao avaliar os profissionais de enfermagem de um hospital universitário: a maioria das entrevistadas negou, em um primeiro momento, a ocorrência de problemas de saúde. No entanto, com o decorrer das entrevistas, muitas relataram a ocorrência de episódios de enxaqueca, estresse, irritação, desgaste físico, depressão, dores nas pernas, varizes e pressão alta. É interessante notar que tais queixas foram expostas como se não fossem problemas de saúde (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Onze enfermeiros (50%) relatam uso de algum medicamento. Segundo estudos sobre esse tema, os profissionais de enfermagem não são imunes a doenças relacionadas ao estresse ou a comportamentos de risco à saúde; algumas estatísticas reforçam tais fatos: enfermeiros são entre 30 e 100 vezes mais propensos que a população em geral a se tornarem quimicamente dependentes e apresentam um elevado grau de síndrome de exaustão se comparados com outros profissionais; médicos e enfermeiros são as categorias profissionais mais propensas a se tornarem dependentes de medicamentos ou drogas ilícitas para fugir do estresse (ZEFERINO et al., 2006).

A maioria dos enfermeiros (20 =90,9%) relata não estar em acompanhamento psicoterápico e (19, 86,4%) afirma não utilizar ansiolíticos. Os 22 (100%) enfermeiros dizem não ser dependentes de tabaco e 13 (59,1%) informam uso de álcool, provavelmente de forma recreacional, nos últimos 12 meses.

Tabela 3 - Perfil profissional dos participantes do estudo - Rio de Janeiro - 2015

<b>Características</b>	<b>F</b>	<b>F(%)</b>
<b>Formação</b>		
<b>Especialização</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>
Graduação	2	9,1
Mestrado	2	9,1
Total	22	100
<b>Tipo de jornada de trabalho</b>		
<b>Turno diurno</b>	<b>14</b>	<b>63,6</b>
Turno noturno	7	31,9
Turno vespertino	1	4,5
Total	22	100
<b>Carga horária de trabalho neste hospital</b>		
<b>Até 30 horas</b>	<b>18</b>	<b>81,8</b>
40 horas	3	13,6
Acima de 40 horas	1	4,5
Total	22	100
<b>Carga horária total de trabalho</b>		
Até 30 horas	7	31,9
Até 40 horas	3	13,6
<b>Acima de 40 horas</b>	<b>12</b>	<b>54,5</b>
Total	22	100
<b>Número de Vínculos empregatícios</b>		
1	7	31,9
<b>2</b>	<b>14</b>	<b>63,6</b>
Total	22	100

Nota: n=22.

Como evidenciado na Tabela 3, são trabalhadores graduados (2 = 9,1%), especialistas (18 = 81,8%) e mestres (2 = 9,1). Tais resultados indicam mais anos de estudos e necessidade de aquisição de conhecimentos por parte dos trabalhadores, o que pode contribuir para a qualidade do serviço prestado aos usuários nos aspectos técnico assistencial e gerencial.

Quanto à jornada de trabalho, 21(94,5%) trabalham em regime de turno diurno (14 = 61,2 %) e noturno (7 = 33,3%), em plantões de 12 por 60 horas, cumprindo carga horária semanal de 30 horas, independente do vínculo empregatício (estatutário ou terceirizado). O trabalho em turno é 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, como administração de medicamentos, banhos, alimentação, vigilância e atendimento das emergências.

O estudo de Seiger e Wiese (2009), realizado com 502 enfermeiros que atuam em trabalho em turno ou noturno, apresentou que 33,3% apresentaram distúrbios psíquicos menores e 73,3% apresentaram baixo suporte social. Mais da metade das enfermeiras referiu sobrecarga doméstica, lazer insuficiente e desvalorização profissional.

Os trabalhadores que realizam suas atividades no período noturno ou por turnos sentem-se mais cansados física e mentalmente ao final da jornada de trabalho, quando comparados aos que trabalham durante o dia. O número de horas trabalhadas ao longo da semana e o trabalho noturno são variáveis que contribuem para a ocorrência de conflitos familiares relacionados ao trabalho. As longas horas trabalhadas (acima de 44horas) se associam às queixas de tempo insuficiente para descanso, lazer e tarefas domésticas. Logo, a quantidade de horas, o trabalho em turno e noturno em associação com as características do processo de trabalho influenciam o bem-estar psicológico do indivíduo, podendo afetar a saúde mental desses trabalhadores (PORTELA; ROTENBERG; WAISSMANN, 2005).

Há uma desincronização do ciclo circadiano dos indivíduos que exercem suas atividades em turno ou no período noturno, e evidências de efeitos negativos sobre o funcionamento cognitivo, a saúde mental e o bem-estar. Os profissionais relatam uma pior qualidade de vida, aumento das taxas de depressão, ansiedade, estresse, além, de dificuldades de adaptação familiar e social (MELLO et al., 2013).

Uma questão agravante referente ao desgaste dos trabalhadores de enfermagem no presente estudo é o fato de uma parcela significativa (14 = 63,6%) acumular mais de um vínculo empregatício, o que amplia muito a carga horária semanal de trabalho, que pode chegar a mais de 50 horas semanais. Tal realidade de trabalho, além de aumentar o cansaço físico e mental, expõe o trabalhador a riscos de acidentes e adoecimento no trabalho.



As longas horas de trabalho exercem um impacto negativo tanto na segurança como na saúde. Trabalhar mais de 48 horas semanais aumenta significativamente o risco de desenvolver problemas de saúde mental; e trabalhar mais de 60 horas é prejudicial ao sistema cardiovascular. Também ocorre aumento das incidências de queixas físicas, tais como cansaço e da utilização de comportamentos não saudáveis (fumo, má alimentação, uso de ansiolíticos, dentre outros). Em consequência dessa fadiga, há uma maior propensão a ocorrência de erros e acidentes (CALDWELL; SCHIMIDT, 2008).

Elias e Navarro (2006) também salientam que o aumento das jornadas excessivas de trabalho vem reduzindo o período dedicado à convivência familiar e é um fator de angústia evidenciado pelos participantes. Observa-se que tanto as mulheres quanto os homens manifestam essa preocupação no seu cotidiano. A centralidade do trabalho na vida diária dos indivíduos diminui a disponibilidade de pessoas de ambos os sexos para a vida familiar, inclusive no que concerne à sua relação com os familiares e amigos.

Busca-se mais de um emprego para ter para si e dar para a família condições de subsistência. Somados aos conflitos existentes, há o sentimento de aprisionamento e a perda dos sonhos, pelo acúmulo de jornadas de trabalho, pelas horas extras e pelo multiemprego, resultando muitas vezes na supressão de outras formas de sociabilidade e de ser no mundo em sua dimensão coletiva e singular, tão necessárias à vida do ser humano, tais como a convivência com a natureza, o autocuidado e a realização de sonhos e desejos (MEDEIROS et al., 2006).

### **3.2 Categoria 1: Superlotação e intensificação do trabalho em emergência**

Nessa categoria, identificam-se 248 URs (42,7%) do total das 581URs cujas unidades de significação contribuíram para a formação das seguintes subcategorias: superlotação – controle ineficaz e fluxo aumentado de pacientes; demandas e intensificação do trabalho; condições inadequadas de trabalho e violência no serviço de emergência.

Quadro 1 – Superlotação e intensificação do trabalho em emergência - Rio de Janeiro - 2015

UR	%	Unidades de Significação	Subcategorias	Categoria
81	32,6	Intensificação do trabalho	1: demandas e intensificação do trabalho	Superlotação e intensificação do trabalho em emergência
74	29,8	Superlotação da emergência	2: superlotação: controle ineficaz e fluxo aumentado de pacientes	
68	27,4	Condições inadequadas de trabalho	3: condições inadequadas de trabalho	
25	10,2	Relacionamento interpessoal conflituoso	4: Violência no serviço de emergência	
248	100			

Nota: n=22.

Evidenciam-se na subcategorial (demandas e intensificação do trabalho) 81 URs (32,6%) a partir das seguintes variáveis: déficit de recursos humanos; cuidados com o paciente crítico; variabilidade e polivalência dos enfermeiros que atuam na emergência. A subcategoria 2 (superlotação: controle ineficaz e fluxo aumentado de pacientes) constitui-se a partir de 74 URs (29,8%). A subcategoria 3 (condições inadequadas de trabalho) é construída por 68 URs (27,4%) que reportam problemas em relação a qualidade e a quantidade de material de consumo e permanente, principalmente em relação aos equipamentos obsoletos devido a ausência de manutenção preventiva e corretiva. A subcategoria 4 (violência no serviço de emergência) evidencia 25 UR (10,2) que salientam o relacionamento interpessoal conflituoso entre equipe de enfermagem e usuários.

### 3.2.1 Subcategoria 1: Demandas e intensificação do trabalho

Nesta subcategoria, identificam-se os seguintes fatores que contribuem para a intensificação do trabalho da enfermagem em emergência: déficit de recursos humanos; cuidado ao paciente crítico; variabilidade e polivalência. Assim, o enfermeiro, quando pressionado pela organização e pelos usuários, acaba por tomar para a si a responsabilidade pela realização de inúmeras atividades que não são de sua responsabilidade.

Diante da problemática decorrente da superlotação da emergência, momento em que ocorre um aumento do volume de trabalho, questões pertinentes ao déficit de recursos humanos funcionam como fonte de estresse para os enfermeiros que participaram do estudo, pois o número de profissionais não é compatível com a demanda dos pacientes que buscam o serviço. Além dessa problemática, a intensificação ocorre também devido ao déficit de recursos humanos em decorrência de aposentadorias, absenteísmo e licenças para tratamento de problemas de saúde, prejudicando a dinâmica laboral no serviço de emergência.

Nós estamos com a chefe licenciada; então, tudo o que deveria ser um serviço da diarista a gente vai acumulando por conta do problema de saúde da chefe. Outra questão que é bastante complicada é o número de funcionários. Então, eu não tenho como realizar uma escala de tarefas porque o meu grupo está reduzido por conta de aposentadorias, licenças que não foram repostas. (E2)

Eu sou da emergência pediátrica. Hoje eu estou com duas auxiliares e só. Já trabalhei por muito tempo, um ano, eu e uma auxiliar. (E12)

Eu trabalho com três auxiliares de enfermagem, mas, se for solicitado o remanejamento, ficarei com déficit de funcionários. O que eu posso fazer? Não é porque você tem um número reduzido na equipe que você não vai fazer o melhor no trabalho. (E3)

De acordo com Magalhães, Riboldi e Dall'Agnol (2009), os gestores se preocupam em solucionar os problemas cotidianos de adequação de pessoal, pois, na maioria das vezes, a demanda dos serviços é maior do que a oferta de atendimento, implicando riscos para os pacientes e equipe. Além disso, a implementação das políticas de saúde e da filosofia de trabalho da enfermagem está diretamente relacionada com a qualidade e a quantidade dos profissionais que irão executá-las.

Um estudo nacional trouxe resultados que convergem com as descobertas internacionais, indicando que os trabalhadores de enfermagem apresentam absenteísmo relacionado às doenças provenientes do cansaço físico e mental, às más condições de trabalho, à jornada diária e a realização de tarefas em ritmo acelerado. Há um círculo vicioso que gera adoecimento do trabalhador, pois a insuficiência de recursos humanos aumenta a carga de trabalho, gerando cansaço e absenteísmo (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Outro aspecto que influencia a intensificação do trabalho do enfermeiro em emergência é de ordem assistencial, qual seja, o cuidado integral de pacientes totalmente dependentes da enfermagem e com risco de vida. Trata-se de uma atividade privativa do enfermeiro a qual exige procedimentos e condutas que consomem o seu tempo em termos de planejamento e execução do cuidado. Deve-se considerar que o enfermeiro também responde administrativamente pelo serviço e supervisão dos demais profissionais de enfermagem.

Como eu havia falado, olhamos e damos prioridade para os pacientes mais graves, entendeu? (E1)

Estou com o paciente entubado, e chega um outro com PCR. (E6)

É, a gente prioriza o atendimento dos pacientes que são mais críticos. (E11)

No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, os enfermeiros têm assumido os cuidados aos pacientes mais graves, além das atividades de organização e coordenação dos serviços, desenvolvendo, de forma compartilhada, as atividades assistenciais e gerenciais (CAMELO, 2012).

Os enfermeiros que atuam em unidades de atendimento de emergência devem estar aptos a tomar decisões rápidas e precisas, e ser capazes de distinguir as prioridades. O cuidado ao paciente crítico requer uma dinâmica intensa de atendimento. Assim, agilidade e objetividade se tornam requisitos indispensáveis aos profissionais, pois o paciente grave não suporta demora na tomada de decisões por parte do profissional ou mesmo falhas de conduta (MENZANI; BIANCHI, 2009).

A variabilidade faz parte do cotidiano dos profissionais de enfermagem, principalmente daqueles que atuam em serviço de emergência. Deste modo, o enfermeiro, ao realizar o planejamento da assistência, pode enfrentar situações imprevisíveis, dentre as quais a intercorrências clínicas de pacientes e a admissão de pacientes que necessitam de cuidados imediatos e complexos. Tais fatores contribuem para o desgaste do profissional e a necessidade de se adaptarem as demandas impostas, alterando de modo substancial o planejamento e a dinâmica do serviço.

Fora quando você está fazendo isso tudo e ainda tem as intercorrências, ainda tem também o pessoal que entra pelos bombeiros. (E9)

Basicamente, isso vai até o final do plantão atendendo as intercorrências. (E3)

E emergência é assim: nós não sabemos a hora que terá uma intercorrência maior. (E5)

Na realidade da unidade de emergência, os profissionais devem disponibilizar à população 24 horas diárias de atendimento emergencial. Nesta situação, a saúde mental e física do profissional pode ser afetada pela imprevisibilidade e constância no estado de alerta; assim, o profissional vivencia uma ansiedade devido à indefinição de suas atividades laborais. Afinal, por se tratar de um serviço de portas abertas, existe a possibilidade de intercorrências

extrapolarem a capacidade de resposta do serviço, principalmente em situações críticas, como catástrofes, acidentes e outros eventos inesperados (BATISTA; BIANCHI, 2006).

A enfermagem é considerada uma profissão que sofre o impacto do estresse gerado pelo cuidado constante com pessoas doentes e situações imprevisíveis, principalmente na unidade de pronto-socorro. Essa demanda imediata requer conhecimento e habilidades do enfermeiro para garantir uma assistência eficaz em meio aos imprevistos peculiares do serviço de emergência (MENZANI; BIANCHI, 2009).

O acúmulo de funções pelo enfermeiro ou a polivalência são percebidos no cotidiano da emergência. Assim, foi relatado que esse trabalhador precisa responder por diferentes categoriais profissionais e suprir as necessidades de recursos materiais além, de deslocar-se atrás de pendências importantes ao funcionamento do serviço, tornando-se um profissional polivalente e que vivencia a ambiguidade de papéis.

O enfermeiro precisa avaliar tudo, ele se responsabiliza pelos pacientes, técnicos e médicos. (E10)

Você pede à equipe: “Segura aí que eu estou indo procurar um médico.” O enfermeiro é sobrecarregado para buscar uma solução, não existe uma demanda que não chegue no enfermeiro. (E16)

O enfermeiro vai correr atrás do médico, realmente é complicado. Você sai do seu setor, às vezes trabalhando sozinho, para procurar um profissional. (E4)

As intensas transformações no mundo do trabalho têm provocado inovações tecnológicas, fortalecimento de atividade econômica e mudança no processo de trabalho, o que tem contribuído significativamente para que o homem procure cada vez mais ser polivalente e capaz de realizar uma multiplicidade de atividades. Essa busca incessante pela realização de diferentes atividades provoca no ser humano um aumento de todos os tipos de cargas relacionadas ao labor, levando ao aparecimento de doenças físicas, psíquicas e/ou emocional (RIBEIRO et al., 2012).

Segundo Oliveira et al. (2013), para o enfermeiro, a ambiguidade de papéis existe nas situações em que esse profissional visa solucionar problemas de ordem técnica e assistencial os quais nem sempre são de sua competência. Isso ocorre devido à falta de clareza em relação às responsabilidades e atribuições. Os profissionais podem não ter clareza quanto ao papel a ser desempenhado na instituição ou ainda sofrerem pressão por parte de outros componentes da estrutura organizacional para realizar atividades que não são da sua alçada. Essas circunstâncias ferem a dignidade do trabalhador e acarretam sentimentos de menos valia, o que pode afetar o relacionamento interpessoal e gerar conflitos na equipe, com repercussões

no processo de trabalho, sobrevivendo o sofrimento no trabalho na medida em que o trabalho real vai de encontro ao prescrito e ao espaço de liberdade do trabalhador é exíguo.

Estudo realizado com enfermeiros sobre as diversas formas de utilização do tempo numa unidade de internação constatou que, além das atividades específicas, o profissional assume outras que deveriam ser realizadas pelos demais trabalhadores da equipe de saúde. Tais atividades destinam-se em geral à facilitação do serviço dos outros profissionais e não ao cumprimento de metas estabelecidas pela própria profissão. Assim, ao assumi-las, reduz-se o tempo de trabalho pertinente a sua atuação específica (COSTA; MARZIALE, 2006).

### 3.2.2 Subcategoria 2: Superlotação - controle ineficaz e fluxo aumentado de pacientes

Os enfermeiros que atuavam na emergência recebiam pacientes com demandas clínicas oriundas de centros de saúde, hospitais e unidades de pronto atendimento do município; os pacientes que buscavam o serviço apresentavam problemas clínicos que deveriam ser absorvidas pela unidade básica de saúde, pois não apresentavam perfil condizente com a demanda, superlotando o serviço e entervando o fluxo, devido a dificuldades de encaminhamento para outros serviços de referência e transferência interna:

Aqui na emergência há problema de superlotação [...]. Agente recebe paciente pelo bombeiro e não tem escoamento desses pacientes para que possamos encaminhar para a clínica responsável por ele. (E13)

Se aqui fosse realmente direcionado para uma emergência, uma emergência fechada, aonde realmente chegassem pacientes dos bombeiros e tudo mais, seria mais fácil de trabalhar. [...] Chegam muitos pacientes às vezes que poderiam ser atendidos na UPA e tudo mais. (E11)

Mesmo a proposta ser de um atendimento imediato, ficamos com muitos pacientes internados. Todo esse corredor e mais lá dentro são 22 pacientes aguardando vaga nos andares e no CTI. Nós não fazemos transferência externa exceto se houver ordem judicial ou indicação de CTI. Se o hospital não tiver previsão de vaga, ficamos com pacientes de internação. (E14)

Então, não sei nem se eu estou roubando um pouco o papel da atenção básica, mas como não há [...] o fato de vir aqui e ter um alívio para criança faz com que ela sempre volte por falta dessa continuidade da assistência. (E20)

Segundo O'Dwyer, Oliveira e Seta (2009), nos serviços de emergência do país há taxa de ocupação de leitos acima de sua capacidade, número insuficiente de trabalhadores, profissionais sem treinamento ou formação continuada, excesso de solicitações, demanda

inadequada, verba insuficiente, gerenciamento precário de recursos e falta de leitos de retaguarda e de planejamento efetivo. A dificuldade torna-se maior quando o déficit de estrutura coexiste com o de organização da rede assistencial, setor que requer uma estrutura organizada que propicie maior segurança e efetividade ao profissional, através de uma retaguarda com especialistas, leitos de terapia intensiva, centro cirúrgico e de recuperação.

Visando realizar o atendimento imediato, os prontos-socorros configuram-se, muitas vezes, como a “porta de entrada” do sistema de saúde, recebendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desviados da atenção primária e especializada e as demandas sociais (ROSSETTI; GAIDZINSKI; TOGEIRO, 2013).

Sá (2005) identificou 185 hospitais no Brasil com perfil de urgência e emergência. Uma parte desses hospitais participou do Quali SUS, processo de qualificação do atendimento às urgências e emergências hospitalares implementado pelo Ministério da Saúde. No entanto, apesar da importância indiscutível do treinamento, o padrão do atendimento é a superlotação, em especial nos grandes centros urbanos, alguns com demanda de mais de mil pacientes/dia.

Os serviços de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde, a superlotação no Brasil é agravada por problemas organizacionais, como o atendimento por ordem de chegada e sem estabelecimento de critérios clínicos, podendo acarretar graves prejuízos aos pacientes. Outros fatores devem ser considerados na gênese da superlotação das emergências no país, entre os quais o aumento no número de acidentes, aumento da expectativa de vida e a violência urbana (BRASIL, 2006).

Bittencourt e Hortale (2007), ao abordarem o tema “superlotação dos serviços de emergência na agenda das pesquisas em saúde pública no Brasil” em artigo de revisão, evidenciam que o aumento da demanda dos serviços é desproporcional à dimensão do problema para o pouco que se tem estudado e que a solução desse problema, relacionado com a efetividade organizacional, é factível. Devem-se aprofundar todos os aspectos e oferecer aos envolvidos, na tomada de decisão, especialmente os gerentes dos hospitais de urgência e emergência, as melhores evidências para resolver a problemática da superlotação.

Relataram-se também aspectos pertinentes ao funcionamento da emergência pediátrica do hospital, considerando que, na visão dos enfermeiros, a política de acolhimento não atende as expectativas do serviço e dos usuários, não havendo um direcionamento dos problemas de saúde referidos para as unidades de referência. Na emergência pediátrica, não há uma triagem na porta de entrada e muitos problemas de saúde apresentados são de baixa complexidade e não deveriam ser direcionados para atendimento na emergência.

A gente acaba percebendo um entrave no fluxo. (E13)

A maior dificuldade é esse problema de fluxo, correto? (E11)

Então o grande “quê” da emergência pediátrica é o acolhimento inadequado. Se existisse um acolhimento adequado e com referência, deveríamos ter a referência da unidade mais próxima da casa das pessoas. (E20)

É tudo clínico, as nossas enfermarias são clínicas. Traumas, são poucos que chegam para nós. (E8)

Como relatado pelos enfermeiros, a problemática relacionada ao fluxo de pacientes agrava-se na medida em que há uma pressão por parte dos usuários e do sistema sobre os profissionais responsáveis pelo acolhimento, sendo os mesmos coagidos a acolherem demandas não compatíveis com a missão do serviço, que é acolher as emergências clínicas e politraumatizados.

Ciente dos problemas existentes na atenção às urgências (a superlotação e as questões de ordem organizacional, por exemplo), o Ministério da Saúde lançou em 2004 a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), na qual aponta o acolhimento com avaliação e classificação de risco como dispositivo de mudança no trabalho da atenção e produção de saúde, em especial nos serviços de urgência (BRASIL, 2004).

A necessidade de padronizar o atendimento na emergência foi abordada em Toledo (2009), que relatou as dificuldades de fluxo de atendimento enfrentadas pelos profissionais que atuam na emergência e a importância de buscar uma padronização do processo de acolhimento com classificação de risco por meio da adoção de medidas que uniformizem esse processo, em todo o território nacional, tendo como base a PNH do Ministério da Saúde.

Já Albino, Grossemann e Riggerbach (2007) destacam questões de demanda excessiva como a porta de entrada com acolhimento e triagem operante, imprescindíveis para facilitar o fluxo do serviço em emergência. Para os autores, o objetivo da triagem é priorizar o atendimento daqueles pacientes mais graves, com risco de vida, ministrando-lhes os cuidados necessários e separando-os daqueles que podem esperar por atendimento em segurança.

### 3.2.3 Subcategoria 3: Condições inadequadas de trabalho

Nesta subcategoria, identificam-se relatos que denunciavam o déficit de recursos materiais, a necessidade de recorrer a improvisações e as dificuldades relacionadas à



utilização de equipamentos desgastados e obsoletos. As questões referentes à incipiência de materiais de consumo foram uma preocupação para os enfermeiros, por serem insumos indispensáveis para a realização de cuidados que não oferecessem riscos para o paciente e o desempenho da equipe.

Não tem o material suficiente para você trabalhar, certo? Uma hora falta isso, outra hora falta aquilo. Então fica prejudicado você dar uma boa assistência para o doente. (E18)

Muitas vezes, não temos medicações, em outros momentos, faltam materiais. Teve um dia que faltou esparadrapo. (E12)

Nós estamos acostumados a trabalhar com poucas coisas, com poucos recursos. Então a gente se adapta mesmo à realidade. Mas eu vejo que a gente tem o material mínimo para trabalhar. (E6)

O objetivo da administração de recursos materiais nas instituições de saúde é coordenar as atividades necessárias para garantir o suprimento de todas as áreas da organização, de maneira que a prestação de serviços pelos profissionais não sofra interrupções prejudiciais aos usuários. Para a prestação de cuidados sem riscos para os usuários, são necessários materiais em quantidade e qualidade, de modo a não comprometer a prestação de um serviço essencial à população (OLIVEIRA; CHAVES, 2009).

A problemática relacionada à provisão de material, evidenciada pelo desequilíbrio do mesmo (há grandes estoques de alguns materiais e a escassez de outros), é um dos aspectos de ordem estrutural que mais afligem os profissionais envolvidos com o cuidado. A escassez implica muitas vezes na interrupção da assistência, levando à vivência de situações danosas e estressantes para o cliente, família e profissionais (GARCIA et al., 2012).

A unidade de emergência requer do enfermeiro um comportamento ágil e resolutivo; sendo assim, para atender as demandas do paciente tendo em vista as limitações da unidade são adotadas improvisações. Há uma necessidade que leva o enfermeiro a articular formas de solucionar a questão mesmo sem ter subsídios adequados fornecidos pela organização do trabalho.

Como teve um período também aqui que não tinha como fechar curativo. A gente fazia com atadura, como não tinha atadura no hospital, a gente fez com fralda. Então assim a gente vai deixar a ferida exposta. (E19)

Infelizmente, nós, enfermeiros, a gente adquire o dom do improviso. Então, muita coisa a gente acaba improvisando, a estrutura física não ajuda. Esse aí é um mal que acompanha a todos nós, infelizmente. (E7)

Pois é, a gente vai fazendo, vai improvisando o meio de trabalho, vai tentando articular do melhor jeito possível procurando meios de adaptar o que temos a nossa necessidade. (E8)

Improviso, improviso, a gente improvisa quando dá. (E10)

Oliveira et al. (2013) revelam que as adaptações realizadas pelo enfermeiro da emergência funcionam como agente estressor para os profissionais no ambiente de trabalho, devido ao tempo gasto, à insegurança e aos riscos inerentes nesta prática para o paciente e os próprios trabalhadores. Identificaram ainda que a planta física do serviço, por não ter sido reestruturada para atender o aumento da demanda, culmina em contínuas adaptações e improvisações do mobiliário pelos profissionais. O espaço inadequado compromete o processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores devido às posturas inadequadas e aos riscos biológicos. A prática de realizar improvisos para garantir a assistência do paciente por parte da enfermagem resulta em sofrimento para os trabalhadores devido também ao tempo despendido na adaptação e ao esforço físico e mental para selecionar e organizar os materiais necessários, tendo como consequência o desgaste cognitivo e motor (SOUZA et al., 2009).

Não há no serviço de emergência a organização protocolos voltados para a utilização adequada dos materiais de uso permanente, havendo casos de avarias e ausência de manutenção preventiva e corretiva. Tais problemas interferem negativamente no processo de trabalho das equipes atuantes na emergência. Com as avarias dos materiais e sem sua reposição, ocorre o *déficit* de equipamentos essenciais para a prestação de serviços, interferindo, desse modo, na qualidade e continuidade do cuidado prestado.

Alguns materiais não funcionam! Tem um paciente que, por exemplo, precisa de um aspirador e o vácuo não funciona. (E21)

Estamos passando por uma crise grave de falta de insumos. Sempre foi, mas agora está pior! A questão dos materiais permanentes, não tem troca, estraga, não vem outro e falta. (E2)

Temos muitas dificuldades com carência de material! Material inadequado! Equipamentos sem manutenção adequada. (E7)

A utilização correta e a qualidade dos materiais permanentes influenciam diretamente o atendimento prestado aos usuários e a segurança do trabalhador de enfermagem, sendo requisitos imprescindíveis para a prática laboral que possibilitam uma assistência de excelência e um menor risco para o profissional (FURTADO; ARAUJO JUNIOR, 2010).

Garcia et al. (2012) constataram que, devido a problemas de ordem estrutural por parte dos serviços de saúde, a gestão do material médico-hospitalar costuma ser lenta no que se

refere ao processo de manutenção corretiva de aparelhos e demais tecnologias em uso por parte dos serviços especializados. Não existe uma política para a prevenção de danos, sendo realizados reparos de materiais permanentes somente quando não há condições de uso e quando não há reposição imediata, ocorrendo prejuízos para o processo de trabalho devido à perda de tempo, influenciando diretamente a qualidade da assistência.

#### 3.2.4 Subcategoria 4: Violência no serviço de emergência

Outro risco psicossocial que afeta a saúde mental dos enfermeiros é a violência psicológica e física perpetrada pelos usuários no cotidiano do trabalho em emergência. Essa violência leva o enfermeiro, em algumas situações, a intervir junto ao familiar e até mesmo solicitar suporte à segurança, para garantir a sua integridade física e a da equipe.

As pessoas acabam não falando da violência; mas falando entre toda minha experiência na área de saúde, eu tenho quinze anos de formado, já sofri agressão de todos os tipos, física, verbal; trocando em miúdos, já levei soco na cara, pontapé. (E14)

Essa é minha função também enquanto enfermeiro, eu tento dialogar com a mãe. Quando ela demonstra que não vai cooperar, você tem que ser um pouco mais autoritária, entendeu? Por exemplo, aqui às vezes a gente tem que chamar a “guardete”! Não tem saída! Não obedece! Você fala, fala, fala e ela começa a debochar. (E12)

Às vezes, as mães têm atitudes mais incisivas e usam a agressividade. Aqui, graças a Deus, comigo ainda não aconteceu nada não, mas já teve casos de agressão até física? (E5)

A violência no trabalho é um problema observado em hospitais, principalmente em serviços de urgência, nos quais os trabalhadores da equipe de saúde, ora atores, ora vítimas de atos violentos, reproduzem e perpetuam situações de agressividade que prejudicam a assistência prestada aos clientes e ocasionam o adoecimento pelo trabalho. Vários fatores contribuem com a violência no trabalho contra os profissionais, dentre os quais a insatisfação com a qualidade e a demora no atendimento, o déficit de recursos humanos, a superlotação e o controle ineficaz do fluxo de pacientes (CEZAR; MARZIALE, 2006).

Algumas características no ambiente dos hospitais públicos do Brasil tornam o trabalhador mais suscetível à violência, principalmente no setor de emergência, no qual há grande procura por atendimento, gerando a superlotação, e ritmo acelerado, com conseqüente

sobrecarga de trabalho para os profissionais. Há ainda outros problemas que as instituições públicas do país enfrentam, como déficit de funcionários e escassez de material (COSTENARO; LACERDA; FERREIRA, 2008).

Barbosa et al. (2011), em estudo com enfermeiras sobre a violência no trabalho, identificam atitudes do agressor as quais desprestigiavam o profissional: interromper a fala antes da conclusão do pensamento, fazer comentários maldosos, realizar críticas à vida privada, ignorar a existência da pessoa, fazer insinuações depreciativas sobre a competência e cercear as ações profissionais de modo a interferir em sua prática. As enfermeiras submetidas a alto grau de agressão apresentaram irritabilidade, raiva, tristeza, baixa autoestima, crises de choro, solidão, enfermidades físicas e mentais e desejo de mudar de trabalho e de profissão.

A violência contra os trabalhadores da enfermagem está presente em todos os espaços hospitalares, independente da complexidade do cuidado realizado; contudo, no atendimento de emergência, esse fenômeno tem maior probabilidade de ocorrer devido às tensões existentes no local, causadas pelo tipo de demanda. Pode-se atribuir tal condição ao fato de os trabalhadores estarem mais próximos aos pacientes e, conseqüentemente, acabarem sendo os primeiros sujeitos às manifestações de insatisfação com o atendimento. Entretanto, pouco se conhece a respeito da intensidade e frequência da violência sofrida pelos trabalhadores nesse setor (VASCONCELLOS; ABREU; MAIA, 2012).

### **3.3 Categoria 2: O sofrimento psíquico do enfermeiro em serviço de emergência**

Nesta categoria, identificam-se 15 URs (25,9%), cujas unidades de significação contribuíram para a construção das seguintes subcategorias: estresse psicológico no setor de emergência; somatização; e reações e pensamentos depressivos.

Quadro 2 – O sofrimento psíquico do enfermeiro em serviço de emergência - Rio de Janeiro - 2015

UR	%	Unidades de Significação	Subcategorias	Categoria
108	71,5	Estresse psicológico	1: estresse ocupacional no setor de emergência	O sofrimento psíquico do enfermeiro em serviço de emergência
24	15,8	Repercussões de ordem psicossomática	2: somatizaçãodecorrente do estresse prolongado	
19	12,7	Reações e pensamentos depressivos	3: reações e pensamentos depressivos	
151	100			

Nota: n=22.

O sofrimento psíquico do enfermeiro foi identificado diante de queixas de ordem subjetiva frente às dificuldades encontradas no serviço de emergência. Deste modo, o estresse psicológico foi a principal queixa, identificada em 108 URs (71,5%), seguido da somatização (24 URs = 15,8%) e reações e pensamentos depressivos (19 URs = 12,7%), dados que evidenciam a nocividade dos riscos psicossociais presentes em serviço de emergência para a saúde mental do grupo, principalmente ao se considerar a superlotação e a insuficiência de recursos humanos e materiais.

### 3.3.1 Subcategoria 1: Estresse psicológico no setor de emergência

Como relatado pelos enfermeiros, o bem-estar e a saúde mental do grupo são afetados em função da polivalência, considerando as exigências de cunho assistencial e gerencial. Pelo fato de o serviço ter uma demanda que extrapola o planejamento em termos de recursos humanos e materiais e de o enfermeiro enfrentar situações imprevisíveis, há descontinuidade em relação às atividades realizadas, gerando sentimentos de impotência e estresse. Nessa situação de trabalho, os problemas tendem a se acumular de modo que o trabalho torna-se penoso, sendo a saúde mental afetada diante de queixas de ansiedade e nervosismo.

Já teve dias aqui que eu não consegui dar continuidade ao meu trabalho, você sabe como é, muito sofrimento. [...] E isso afetou meu bem-estar pelo período de pelo menos uma semana, que eu fiquei pensando nisso. (E1)

O meu bem-estar e a minha saúde mental sofrem com isso. A gente fica estressado, às vezes sem vontade de vir trabalhar. (E15)

Eu vou guardando aquilo, eu vou engolindo aquilo o dia todo, me sinto impotente, [...] fico assim bem nervosa, bem ansiosa. (E6)

O acesso indiscriminado às urgências e emergências provoca tensão nos locais onde é feito o atendimento, resultando em grande estresse e desgaste para os trabalhadores de saúde. Há uma sensação de impotência perante uma demanda de trabalho superior às capacidades de resposta da equipe. Esses profissionais são expostos a grandes cargas físicas e psíquicas de trabalho e vivenciam sentimentos de frustração e impotência, com maior ou menor grau de sofrimento psíquico (ALMEIDA; PIRES, 2007).

O estresse tem sido investigado em diferentes áreas de atuação do enfermeiro, pois a enfermagem é considerada uma profissão estressante. O setor de emergência potencializa o estresse pelas suas peculiaridades: os profissionais assistem pacientes em situações graves ou potencialmente graves; há necessidade de estrutura física, tecnológica; e são indispensáveis habilidades e competências que favoreçam a comunicação eficaz entre os membros da equipe para possibilitar a resolutividade das demandas do setor (PEREIRA et al., 2013).

Para Pai e Lautert (2011), a pressão exercida pela superlotação caracteriza os serviços públicos de pronto-socorro e fragmenta a assistência hospitalar, caracterizada em sua maioria por ações específicas e imediatistas, muitas vezes desarticuladas do cuidado integral em saúde. Nessa conjuntura, os profissionais de enfermagem que atuam no acolhimento revelaram o sofrimento no trabalho, uma vez que compreendem que a sua intervenção junto ao usuário é desprovida de resolutividade e o seu fazer, desprovido de sentido.

O cansaço, o esgotamento, a angústia e o sentimento de impotência estão presentes em trabalhadores que atuam em emergência, devido a sobrecarga de atividades. Assim, esses trabalhadores ficam expostos a desenvolver estresse ocupacional, variando o risco de acordo com o trabalho realizado, o tipo de instituição, o setor onde trabalham, os recursos humanos, equipamentos disponíveis e outras características, de acordo com a organização e a estrutura do ambiente (SALOME; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

A literatura descreve a ocorrência de Transtornos Mentais Comuns em profissionais da enfermagem submetidos aos riscos psicossociais, por meio de estudos epidemiológicos realizados na área da saúde do trabalhador, os quais associam a ocorrência desses transtornos com o trabalho exercido por esses profissionais e com aspectos relacionados ao gênero feminino. Tais estudos evidenciam a vulnerabilidade da categoria aos agentes estressores do ambiente ocupacional (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Fernandes et al. (2012), buscando identificar a síndrome de *burnou* tem profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência, evidenciaram que a maioria

dos profissionais apresenta graus de baixo a moderado em relação às dimensões da síndrome, não se evidenciando a presença da doença. Muitos trabalhadores afirmaram gostar do trabalho que executam e que trabalham por vocação (apenas uma minoria referiu que escolheria outra área para trabalhar), demonstrando assim satisfação e segurança no que fazem. Além disso, o fato de o trabalhador estar em grau médio não significa que o mesmo apresenta uma boa ou má característica, tendo em vista que essa é uma fase intermediária e que devem ser adotadas medidas que minimizem esse grau, afastando o risco do desenvolvimento da síndrome de *burnout* e suas consequências deletérias.

### 3.3.2 Subcategoria 2: Somatização como resposta ao estresse prolongado

A somatização foi referida pelos enfermeiros que atuam na emergência de diferentes formas e, provavelmente em decorrência do estresse prolongado, evidencia a tentativa de resistência do organismo frente os estressores e resulta algumas vezes em adoecimento. Identificam-se manifestações corporais sem um fator causal específico e agravamentos de problemas de saúde pré-existentes, afetando a saúde física e mental dos trabalhadores diante de queixas de alterações orgânicas provenientes do trabalho em emergência.

Já fiz até uma histerectomia, um sangramento, não tinha nada no útero. Para mim foi o estresse, porque às vezes o corpo manifesta alguma coisa não porque eu estava doente, não porque eu tinha um câncer ou um mioma, não tinha nada, mas não parava de sangrar. (E12)

Quando está muito complicado o plantão, veja bem, eu faço problema de alergia e eu sei que fico mais “atacada” da minha alergia devido ao estresse mesmo, o emocional. Tudo isso abala um pouco o nosso sistema hemodinâmico. (E8)

Bom, eu não sei se na verdade são esses problemas que afetam a minha saúde assim, mas, depois que eu entrei para a enfermagem, eu engordei cinquenta quilos. (E9)

O estresse prolongado e consequente somatização acarretam efeitos negativos para a saúde dos trabalhadores, o que pode interferir no desempenho e na qualidade do serviço prestado, afetando desse modo a prática laboral. Logo, diante do acúmulo de sintomas como ansiedade, tristeza, cansaço, tensão, nervosismo, existe o risco de agravamento de uma doença preexistente ou mesmo de desencadeamento de outras doenças. O trabalhador com estresse prolongado pode entrar na fase de resistência, com implicações para as atividades cotidianas,

devido à sensação de desânimo, alterações do padrão de sono, problemas gastrintestinais, taquicardia e alterações da libido (GUERRER; BIANCHI, 2008).

O profissional submetido ao estresse pode desencadear muitas doenças caso não ocorra um diagnóstico e um tratamento adequados para o alívio da tensão. Caso o estressor persista e não se adote medida alguma, a pessoa pode apresentar desde tristeza profunda até uma crise de depressão. Além dos problemas de ordem mental, doenças biológicas podem acometer o trabalhador, como úlceras, hipertensão arterial, herpes, infarto do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos. No entanto, em uma avaliação, deve-se atentar para os fatores de ordem hereditária e genética de cada indivíduo (MARTINS; ROBAZZI, 2009).

Ademais, indivíduos submetidos a estresse prolongado têm maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial, aterosclerose, coronariopatia, infarto agudo do miocárdio e angina. Além de o estresse acometer essa área, existe a possibilidade de agravamento de gastrite, dores de coluna, cefaleia, cólicas, tontura, zumbido e entre outros, caso nenhuma medida seja adotada pelo indivíduo e pela organização (SILVA et al., 2014).

### 3.3.3 Subcategoria 3: Humor depressivo ansioso

São muitos os riscos psicossociais que o enfermeiro enfrenta em serviço de emergência e que, por suas características, podem acarretar no profissional o humor depressivo-ansioso, evidenciado diante de crises de choro, tensão, nervosismo e preocupação. Há de se considerar o grau de responsabilidade envolvido no cuidado de pacientes graves e com risco de morte, cujas ações devem sempre contribuir para melhorar o quadro clínico e minimizar a possibilidade de complicações. Nesse sentido, condições de trabalho inadequadas podem acarretar um grau importante de estresse, de modo afetar o humor dos trabalhadores.

Eu já estava chorando muito. Então foi bem chocante para mim. [...] No final da história as pessoas percebem que eu não estou muito bem, eu fico triste é muito sofrimento. (E1)

Aí eu falei com os colegas de trabalho, se hoje alguém gritar comigo eu choro. Emocionalmente, aquele cenário que a gente estava vivendo no setor naquele momento me desgastou. (E13)

Dependendo do que aconteça, eu choro, às vezes fico sem vontade de vir trabalhar. (E11)



Devido à especificidade de seu trabalho – com a exposição a eventos traumáticos, em geral com o risco de morte dos pacientes –, enfermeiros do setor de emergência estão vulneráveis a transtornos que afetam seu emocional, como a ansiedade, depressão e queixas somáticas (ADRIAENSSENS; DE GUCHT; MAES, 2012).

De acordo com Oliveira, Mazzaia e Marcolan (2015), que buscaram verificar se os enfermeiros do serviço de emergência apresentavam sintomas depressivos, evidenciou-se que 15 (65,2%) profissionais disseram não ter diagnóstico prévio de depressão e 8 (34,8%) tinham. Deste modo, as condições de trabalho influenciam significativamente a saúde do trabalhador, podendo comprometer sua saúde mental e o seu desempenho profissional, em decorrência do cotidiano estressante e exigente, e havendo risco de desenvolver quadros depressivos entre os trabalhadores. Profissionais de enfermagem de serviços de emergência dedicam a maior parte do tempo à assistência direta a indivíduos graves, trabalham no cuidado de suporte a vida do paciente e estão constantemente diante da dualidade vida e morte. Essas situações exigem profissionais capacitados e, da mesma forma, os expõem a sofrimentos e riscos ocupacionais. Nesse sentido, as demandas do trabalho, o esforço dispendido pelos profissionais e a sobrecarga em assumir compromissos estão associados a níveis elevados de ansiedade e depressão desses trabalhadores (MARK; SMITH, 2012).

### **3.4 Categoria3: Enfrentando as adversidades do trabalho em emergência**

Nesta categoria, identificam-se 182 URs (31,3%), cujas unidades de significação contribuíram para a construção das seguintes subcategorias: estratégias de *coping* no trabalho – regulação da emoção e solução de problemas; e estratégias de *coping* fora do trabalho.

Quadro 3 – Enfrentando o sofrimento em serviço de emergência: estratégias de *coping* - Rio de Janeiro – 2015

UR	%	Unidades de Significação	Subcategorias	Categoria
123	67,5	Minimizando o estresse no ambiente ocupacional	1: Estratégias de <i>coping</i> no trabalho: ▪ Regulação da emoção ▪ Solução do problema	Enfrentando o estresse ocupacional em serviço de emergência: estratégias de <i>coping</i>
59	32,5	Minimizando o estresse fora do ambiente ocupacional	2: Estratégias de <i>coping</i> fora do trabalho	
182	100			

Nota: n=22.

O enfrentamento do estresse ocupacional referido pelos enfermeiros diante das dificuldades no trabalho se evidencia mediante estratégias conscientes e voltadas para a minimização do desgaste físico e emocional, contribuindo para a formação das seguintes subcategorias: estratégias de *coping* no trabalho (123 URs = 67,5%) e estratégias de *coping* fora do trabalho (59 URs = 32,5%).

#### 3.4.1 Subcategoria 1: Estratégias de *coping* no trabalho

O trabalho em emergência, devido às próprias características quanto ao tipo de clientela e às exigências em termos de conhecimentos e habilidades, exige que o enfermeiro realize atividades que nem sempre são da sua responsabilidade; também o cuidado de pacientes críticos e o relacionamento com usuários por vezes são permeados por conflitos. Acrescentam-se questões atinentes ao controle do fluxo de pacientes e à superlotação, que podem levar o profissional ao estresse, acarretando desgaste devido a sentimentos de impotência diante de problemas para os quais não possui poder decisório. Neste sentido, os enfermeiros, por se sentirem estressados no ambiente ocupacional, elaboram estratégias individuais e conscientes no intuito de minimizar o estresse e se manter no trabalho.

## Regulação da emoção

Nessa estratégia, os enfermeiros, por se sentirem estressados diante dos inúmeros problemas existentes no ambiente ocupacional (dentre eles, a superlotação, a insuficiência de recursos humanos materiais, a violência no trabalho e do trabalho, o cuidado de pacientes sujeitos a complicações), elaboram estratégias centradas na regulação da emoção. Tais estratégias visam controlar ou minimizar o estresse ocupacional, de modo que o trabalhador, mesmo diante do sofrimento, é capaz de se manter no trabalho.

Eu tento sair daquele problema porque as pessoas que deveriam estar envolvidas e empenhadas para resolver os problemas elas são as primeiras a se esquivar. (E2)

Eu bloqueio tudo que aconteceu anterior para não levar para dentro de casa. Eu quero ver coisas positivas, boas, então eu não vejo noticiários, não leio nem jornal, nada que me faça ver notícia ruim. (E4)

Como evidenciado, as principais estratégias utilizadas são de conteúdo escapista ou de esquiva, cujo objetivo primordial é o de controle da emoção diante de um estressor ou evento para o qual o indivíduo não possui alternativas outras de enfrentamento ou não acredita em mudanças. Nessa estratégia, o alívio do estresse é obtido a partir de uma elaboração mental, evitando pensamentos de ruína ou de culpabilização. Trata-se de uma estratégia que pode ser alterada ou descartada em função de mudanças no próprio ambiente ocupacional. Desse modo, ações e reavaliações cognitivas deveriam se relacionar a estratégias de enfrentamento ou de esquiva da situação estressante (PINHEIRO; TRÓCCOLI; TAMAYO, 2003).

O estresse apresentado por profissionais da emergência deve vir acompanhado por esforços de enfrentamento para gerenciar as consequências das fontes de estresse e para retornar o indivíduo a um nível estável de funcionamento do organismo. Para realizar suas atividades frente às adversidades no serviço de emergência, os profissionais evitam confronto direto e indireto, relatando diversas ações que, quando utilizadas continuamente, podem levar a um relaxamento temporário, mas não modificam a situação geradora de estresse (CALDERERO; MIASSO; CORRADI-WEBSTER, 2008).

## Busca de solução de problemas

Os enfermeiros que atuam no serviço de emergência vivenciam inúmeras situações que demandam resolutividade do profissional. A responsabilidade pela equipe de enfermagem e por outras questões de ordem gerencial e assistencial leva o enfermeiro a intervir na busca de solução dos problemas vivenciados. O enfermeiro, quando o poder decisório não depende dele, busca administrar as situações, relatando no livro de ordens e ocorrências ou comunicando à chefia ou instância superior, embora a tentativa de resolução junto à equipe seja a estratégia mais frequente antes de transmitir o problema para as demais instancias.

Você está de plantão e é o enfermeiro, tem que escrever no livro de ordens e ocorrências e tentar resolver o problema. Se eu não conseguir, eu levo para a chefia; se a chefia não conseguir resolver, ela vai e leva para a coordenação. Mas eu acho que é a última coisa que a gente tem que fazer. (E4)

A gente monta uma reunião, a gente tenta resolver entre a gente aqui. Só se a gente não conseguir que a gente chama a chefia. Uma vez por mês tem reunião com o chefe da divisão de enfermagem. Não tem muito efeito, não. (E9)

Como eu falei para você, eu absorvo aquilo no momento, resolvo e vou conversar com quem é de direito, a chefia, para ter uma solução, porque também não pode ficar nisso sempre. (E3)

Apesar de os trabalhadores elaborarem estratégias no intuito de buscarem a solução de problemas no cotidiano e de controle da emoção, evidencia-se em seus depoimentos a descrença de mudanças. Para Mendes (2007), o sofrimento vivenciado diante de uma realidade que não oferece possibilidades de ajustamento das necessidades do trabalhador pelas imposições e pressões no contexto de trabalho não se instala de uma forma permanente, não é patológico e pode funcionar como um sinal de alerta para evitar o adoecimento que acontece quando o trabalhador não consegue utilizar estratégias para resolver as 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 físico e mental se acumulam e podem consumir o trabalhador ao *burnout*.

### 3.4.2 Subcategoria 2: Estratégias de *coping* fora do trabalho

Por se sentirem estressados, enfermeiros – além de utilizarem no ambiente laboral estratégias de  *coping* centradas ora no controle da emoção, ora na solução de problemas, mesmo fora do ambiente laboral– recorrem a estratégias que, sob o ponto de vista dos profissionais, são eficazes por permitirem um distanciamento dos problemas enfrentados. Logo, os enfermeiros, em suas vivências com pessoas do seu meio social – incluindo amigos e familiares – buscam realizar atividades de lazer, leitura, religião e atividade física na tentativa de minimizar as tensões advindas do trabalho e preservar a sua saúde mental.

Eu vou atrás de coisas boas para o meu dia! Desde assistir um filme como também sair me divertir, vamos dizer assim. (E4)

Eu malho, eu faço ginástica, eu fico com meu marido, passeio, leio livros, converso com meus amigos que são da área. Eu tento buscar a Deus, principalmente. (E1)

O que posso te dizer que eu faço é ir ao cinema. Também consigo estar um pouco com a família, apesar do pouco tempo. (E13)

De acordo com Batista e Biachi (2006), a maioria dos trabalhadores de enfermagem de um hospital geral relatou que o lazer é uma das maneiras de enfrentar o estresse ocasionado no ambiente hospitalar. O lazer é a melhor forma de reduzir o estresse, renovar as energias, esquecer as dificuldades do trabalho, estar perto das pessoas que ama, ter momentos de prazer e sentir-se motivado, suprimindo então as necessidades afetivas, de segurança e sociais.

Alguns enfermeiros relataram na entrevista que realizam atividade física, prática cujos benefícios são reconhecidos pelo Ministério da Saúde no Plano de Promoção à Saúde do Trabalhador. O Programa relata que os exercícios físicos são estratégias de contribuição para o aumento da qualidade de vida das pessoas, melhorando a saúde mental, diminuindo o estresse e a ansiedade em curto prazo, e a depressão, as alternâncias de humor e a melhora da autoestima, em longo prazo (BRASIL, 2002c).

Ao se refletir sobre as estratégias adotadas pelos enfermeiros frente aos riscos presentes no ambiente ocupacional, Guido et al. (2011) indicam que não existe  *coping* efetivo, pois a escolha pelas diferentes estratégias depende do indivíduo, que pode agir de modo diverso diante de um mesmo estressor. Dessa maneira, torna-se fundamental respeitar as características pessoais, culturais e sociais de cada profissional, valorizando os saberes e as experiências na busca de minimizar o estresse.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidencia que há diferentes riscos psicossociais presentes no serviço de emergência, tais como superlotação devido a um controle ineficaz do fluxo de atendimento e também pelo excesso de pacientes; condições inadequadas de trabalho no que diz respeito ao *déficit* de materiais; necessidade constante de realizar improvisos; e dificuldades no que diz respeito a aquisição e manutenção de materiais permanentes. Acrescentam-se a violência no trabalho perpetrada pelos usuários e a intensificação do trabalho decorrente do número reduzido de trabalhadores e dos cuidados dispensados a pacientes críticos que necessitam de observação e intervenções diante do risco de morte. A violência laboral tanto física quanto psicológica também foi encontrada no estudo.

Diante dos riscos presentes no ambiente laboral, os enfermeiros relatam ter a sua saúde mental afetada, com queixas de estresse, nervosismo, ansiedade (estresse psicológico) somatizações e labilidade emocional. Tais expressões de sofrimento evidenciam que os riscos psicossociais acarretam repercussões de ordem subjetiva e objetiva, refletindo de forma negativa no bem-estar e na qualidade de vida no trabalho.

Desse modo, torna-se evidente a necessidade de os trabalhadores elaborarem estratégias de enfrentamento na tentativa de minimizar os efeitos deletérios dos riscos psicossociais no cotidiano de trabalho e fora dele. Nesse sentido, os profissionais utilizam estratégias de *coping* centradas na regulação da emoção (esquiva) e na solução de problemas, com menor dispêndio de energia. Apesar de o grupo tentar minimizar o sofrimento advindo do trabalho, há necessidade de ações mais efetivas por parte dos próprios trabalhadores e da gerência, considerando que, pelo fato de os problemas se repetirem, existe a possibilidade de absenteísmo e adoecimento no trabalho, aumentando então os encargos sociais e econômicos para o próprio trabalhador e a organização.

A organização do trabalho precisa, então, se debruçar sobre os riscos referidos pelos enfermeiros em serviço de emergência juntamente com os Serviços de Saúde do Trabalhador do município e com os gestores, que devem intervir na busca de melhorias. A insatisfação do trabalhador com as condições de trabalho acarretam prejuízos na sua vida pessoal e profissional, gerando adoecimento. Então, os riscos psicossociais presentes no ambiente ocupacional geram nos profissionais a sensação de impotência frente à incapacidade de resolução de problemas, principalmente no que diz respeito à superlotação do serviço e à insuficiência de recursos humanos e materiais.

O enfermeiro do serviço de emergência possui papel relevante na identificação dos riscos psicossociais e também dos mecanismos de enfrentamento adotados na busca de solução junto às demais instâncias. Trata-se de profissional com grande responsabilidade em relação à qualidade do cuidado prestado, por acumular a função gerencial e assistencial e por conhecer de perto os problemas presentes no serviço. Por outro lado, deve-se considerar que a sua participação em termos de poder decisório é limitada diante dos constrangimentos políticos e econômicos que têm atravessado os serviços de saúde.

A organização do trabalho reduz o impacto dos riscos psicossociais quando oferece autonomia ao enfermeiro, respaldando as decisões tomadas pelos profissionais. É preciso proporcionar ações educativas visando orientação, além de um espaço de discussão para que os trabalhadores exponham suas dificuldades, dando lugar à expressão da subjetividade. Assim, valoriza-se a participação dos enfermeiros no planejamento e na organização do trabalho, ouvindo sugestões referentes aos problemas encontrados e compartilhando os problemas com a categoria, órgãos de classe, demais trabalhadores e usuários.

A pesquisa encontrou limitações por ter sido realizada em uma única instituição e por abordar apenas enfermeiros, não possibilitando generalizar os resultados. Diante dos achados, acredita-se que o caminho para tentar superar as falhas do modelo vigente nos serviços de emergência requer uma intervenção em nível de políticas públicas, gestão de materiais e recurso humanos. Os fluxos de pacientes na emergência devem ser trabalhados como um problema que afeta todo o serviço e, portanto, requer a participação de todas as equipes dentro e fora da instituição, o que pode minimizar a superlotação e os problemas decorrentes da mesma.

A superlotação, por afetar o processo de trabalho e a saúde do enfermeiro em decorrência do desgaste mental e físico, é um reflexo das políticas públicas do macrossistema de saúde e requer, por parte da organização, uma interlocução com os demais serviços de referência e contrarreferência, de modo que as estratégias de acolhimento sejam adotadas por parte da rede básica de saúde e demais serviços.

No que tange aos recursos humanos e materiais, há de se considerar que, assim como em outros estudos, esses problemas afetam substancialmente a saúde mental do enfermeiro devido ao fato de ser um serviço que funciona diuturnamente, obrigando o profissional a recorrer a improvisação e ao risco de erros e iatrogenias, expondo de forma crítica o seu exercício profissional e a saúde daqueles que cuidam.

## REFERÊNCIAS

- ADRIAENSSENS, J.; DE GUCHT, V.; MAES, S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: finding from a questionnaire survey. **Int. J.Nurs. Stud.**, Oxford, v. 49, n. 11, p. 1411-1422, 2012.
- ALBINO, R. M.; GROSSEMAN, S.; RIGGENBACH, V. Classificação de risco: uma necessidade inadiável em um serviço de emergência de qualidade. *ACM Arq. Catarin. Med.*, Florianópolis, v. 36, n. 4, 2007.
- ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 617-629, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 27 maio 2014.
- ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 2, p. 195-200, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a14.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- ANDRÉ, M. **Pesquisa qualitativa**. São Paulo: Cortez, 2006.
- ARAÚJO, A. et al. **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2004.
- ARAUJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 5, n. 3, p. 337-348, jul./set. 2005.
- AZAMBUJA, E. P.; KERBER, N.P.C.; KIRCHHOF, A. L. A saúde do trabalhador na concepção de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, 2007.
- BAGGIO, M. A. et al. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 381-386, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a04v61n5.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2014.
- BAKKER, A. B. et al. Workaholism and relationship quality: a spillover-crossover perspective. **J. Occup. Health Psychol.**, Washington, v. 14, n. 1, p. 23-33, Jan. 2009.
- BARBOSA, R. et al. Violência psicológica na prática profissional da enfermeira. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 26-32, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000100004&script=sci_arttext)>. Acesso em: 17 out. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.



BARROS, L. M. O objetivo de se fazer pesquisa e o objeto da pesquisa que se faz. **Revista Comunicare**, São Paulo, ano 1, n. 1, 2002.

BATISTA, K.M.; BIANCHI, E.R.F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000400014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400014&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] União**, Rio de Janeiro, 9 ago. 1943. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>>. Acesso em: 09 jun 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_1221\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf)>. Acesso em: 03 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho. **Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Normas e Manuais técnicos, n. 114. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco – um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_urgencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. Brasília, DF, 2006a. p. 9-10.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Relatório mundial da saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <[http:// WWW.who.int/whr/](http://WWW.who.int/whr/)>. Acesso em: 13 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **DATASUS**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/cabecalhoreduzidocompetencia.asp?vcod\\_unidade=3304552269384](http://cnes.datasus.gov.br/cabecalhoreduzidocompetencia.asp?vcod_unidade=3304552269384)>. Acesso em: 06 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Gestão hospitalar no Rio de Janeiro**. Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002781.PDF>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de humanização da atenção e gestão do SUS-Trabalho e Redes de Saúde**. Brasília, DF, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física Agita Brasil: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 254-256, 2002c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. Política Nacional de Saúde do Trabalhador. **Consulta Pública nº 4**, de 19 de julho de 2011. 2011.42p. Disponível em: <[http://189.28.128.179:8080/pisast/saude-do-trabalhador/politica-da-saude-do-trabalhador-do-sus/minuta-consulta-publica-politica-do-trabalhador-do-sus\\_com-alteracoes\\_.pdf](http://189.28.128.179:8080/pisast/saude-do-trabalhador/politica-da-saude-do-trabalhador-do-sus/minuta-consulta-publica-politica-do-trabalhador-do-sus_com-alteracoes_.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTb nº 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 6 jul. 1978. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/p\\_19780608\\_3214.pdf](http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/1978/p_19780608_3214.pdf)>. Acesso em: 09 jun. 2014.

BRITO, J. C. B. et al. Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. **Rev. bras. Saúde ocup.**, São Paulo, v. 37, n.126, p. 316-329, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n126/a13v37n126.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BROUGH, P. et al. **Workplace psychological health: current research and practice**. Northampton: Edward Elgar Publishing, 2009.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A. Saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

CALDERERO, A. R. L.; MIASSO, A. I.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto Atendimento. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v.10, n.1, p. 62, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

CALDWELL, J. A.; SCHIMIDT, R. M. Alertness management strategies for operational contexts. **Sleep Med. Rev.**, London, v. 12, n.4, p. 257-273, 2008.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, jan./fev. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_25.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf)>. Acesso em: 13 maio 2015.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 232-240, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5010/3246>>. Acesso em: 05 maio 2014.

- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>>. Acesso em: 13 fev. 2014.
- CAVALCANTE, C. A. A. et al. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 241-248, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a23.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- CEZAR, E. S.; MARZIALE, M. H. P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 217-221, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/24.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2014.
- CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. **Saúde e segurança no trabalho no Brasil**: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. Brasília, DF: Ipea, 2011.
- CHANLAT, J. F. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. In: DAVEL, E.; VASCONCELOS, J. (Org.). **Recursos humanos e subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 72-86.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- COELHO, M. J.; CALDAS, N. P. **O atendimento da emergência no Brasil**. São Caetano do Sul: Yendis, 2006.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução 466**, de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, dez. 2012.
- COSTA, A. L. R. C.; MARZIALE, M. H. P. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em emergência e urgência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 59, n. 3, p. 337-343, maio/jun. 2006.
- COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.
- COSTENARO, R. G. S.; LACERDA, M. R.; FERREIRA, C. L. L. Maus-tratos institucionais no ambiente de trabalho em saúde: propostas que podem modificar essa realidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 481-485, 2008. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/6778/4081>>. Acesso em: 20 maio 2015.
- COX, T.; RIAL-GONZALEZ, E. Work related stress: the european picture. **Magazine**, Luxemburgo, v. 3, n. 5, p. 4-6, 2002.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: um estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 2003. 168 p.

DEJOURS, C. **Travail, usurementale**. Paris: Bayard, 2000.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2014.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

EBLING, S. S.; CARDOSO, L. S. Enfermagem e saúde do trabalhador: uma revisão da literatura científica nacional de 2000-2010. **Rev. Rede Cuid. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 2010.

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

EVANGELISTA, A. I. B. et al. A Saúde do Trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. esp., p. 1011-1020, 2011. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_pdf/a17v12esp\\_n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a17v12esp_n4.pdf)>. Acesso em: 14 set. 2014.

FARIAS, S. M. C. et al. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 722-729, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300025>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

FERNANDES, J. D. et al. Saúde mental e trabalho: significados. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, set./out. 2006. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 09 jun. 2014.

FERNANDES, M. A. et al. Síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 3125-3135, out./dez. 2012. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1900/pdf\\_670](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1900/pdf_670)>. Acesso em: 10 maio. 2014

FONTANELLA, J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.

FRANÇA, S. P. S. et al. Preditores da síndrome de *burnout* em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 68-73, out./jun. 2011.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAUJO JÚNIOR J. L. C. Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 169-174, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/03.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

GARCIA, S. D. et al. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 339-346, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672012000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000200021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2015.

GARLET, E. R. M. S. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-272, abr./jun.2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOYA, B. F. A.; MANSANO, S. R. V. Lacunas entre o trabalho prescrito e o trabalho real: uma análise crítica sobre a formação e a atuação do administrador de empresas. **Rev. Econ. Gestão PUC**, Belo Horizonte, v. 12, n. 30, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/9370/lacunas-entre-o-trabalho-prescrito-e-otrabalho-real--uma-analise-critica-sobre-a-formacao-e-atuacao-do-administrador-de-empresas/i/pt-br>>. Acesso em: 22 maio 2014.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, 2008.

GUIDO, L. A. et al. Estresse, *coping* e estado de saúde entre enfermeiros hospitalares. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1434-1439, 2011. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)>. Acesso em: 18 ago. 2015.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. L. Síndrome de *burnout* em trabalhadores de Enfermagem de um pronto-socorro de hospital universitário. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a12v22n2.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. USP**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 82-89, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/13943/15761>>. Acesso em: 23 out. 2014.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cad. Psicol. Social Trab.**, São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2003. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a06.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

LAURELL, A.; NORIEGA, M. **O estudo da saúde na sua relação com o processo de produção**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LIMA, S. C. C. O Trabalho do cuidado: uma análise psicodinâmica. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 203-216, maio/ago. 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a06.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MAGALHAES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 608-612, 2009. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jul. 2015.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Rev. Est. Psicol.**, Natal, v. 12, n. 1, p. 79-85, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&pid=S0104-1169201300060129000023&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-1169201300060129000023&lng=en)>. Acesso em: 02 jun. 2014.

MARK, G.; SMITH, A. P. Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. **Br. J. Health Psychol.**, London, v. 17, n. 3, p. 505-521, 2012.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 52-58, 2009.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica dejouriana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400036>>. Acesso em: 25 maio 2014.

MARTINS, M. C. A. Fatores de risco psicossociais para a saúde mental. **Millen Rev. ISPV**, Portugal, n. 29, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium29/default.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

MEDEIROS, S.M. et al. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 233-240, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm)>. Acesso em: 17 jun. 2015.

MELLO, M.T. et al. **Trabalhador em turno: fadiga**. São Paulo: Atheneu, 2013.

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

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2014.

MENDES, R.; DIAS, E. C. **Saúde do Trabalhador**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

MENZANI, G.; BIANCHI, E. R. F. Stress dos enfermeiros de pronto-socorro dos hospitais brasileiros. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v.11, n.2, p. 327-333, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>> Acesso em: 20 fev. 2015.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. **A saúde e os processos de trabalho no capitalismo**. Porto Alegre: Psicologia & Sociedade, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27.ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

MININEL, V. A.; BAPTISTA, P. C. P.; FELLI, V. E. A. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 340-347, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_16](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_16)>. Acesso em: 11 maio 2014.

MOLINIER, P. **Les enjeux psychiques du travail**. Paris: Payot & Rivages, 2006.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *burnout* a relação com a enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 255-261, mar./abr. 2005. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 03 maio 2014.

O'DWYER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p.1881-1890, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n5/30.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2014.

OLIVEIRA, E. B. et al. Nursing work in hospital emergency units – psychosocial risks: a descriptive study. **Online braz. J. nurs.**, Niterói, v. 12, n. 1, p. 73-88, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4046>>. Acesso em: 02 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: a psicodinâmica do trabalho. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 179-185, 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n2/v12n2a09.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

OLIVEIRA, E. B.; LISBOA, M. T. L. Análise da produção científica da vertente saúde do trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 24-29, 2004. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

OLIVEIRA, F. P.; MAZZAIA, M. C.; MARCOLAN, J. F. Sintomas de depressão e fatores intervenientes entre enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 209-215, jun. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002015000300209&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000300209&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2015.

OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 19-27, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/10.4/pdf/v10n4a01.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

PAI, D. D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde de profissionais de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.3, maio/jun.2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a12v15n3>>. Acesso em: 16 fev. 2014.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A. Saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupac.**, São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a11v36n123.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2014.

PEREIRA, D. S. et al. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 55-61, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.39824>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; TAMAYO, M. R. Mensuração de *coping* no ambiente ocupacional. **Psicol. Teor. pesqui.** Brasília, DF, v.19, n. 2, p. 153-158, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722003000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722003000200007)>. Acesso em: 12 jul. 2014.

PINHO, P. S.; ARAUJO T. M. Trabalho de enfermagem em uma unidade hospitalar de emergência e transtornos mentais. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 329-336, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a02.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 488 p.

PORTELA, L.; ROTENBERG, L.; WAISSMANN, W. Health, sleep and lack of time: Relations to domestic and paid work in nurses. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, p. 802-808, 2005.

RAFFONE, A. M.; HENNINGTON, E. A. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 669-676, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25542.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

RIBEIRO, M. C. S. **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martinari, 2008.

RIBEIRO, R. P. et al. O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, 2012. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em: 20 maio 2014.



RINALDI, A. **OMS coloca o estresse ocupacional como fator social**. Portal Fundacentro, 2005. Disponível em: <<http://nestuff.blogspot.com.br/2007/07/oms-coloca-o-estresse-ocupacional-como.html>> Acesso em: 18 abr. 2014

RODRIGUES, A. B.; CHAVES, E. C. Fatores estressantes e estratégias de *coping* dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n.1, p, 1-5, 2008.

ROSSETTI, A. C.; GAIDZINSKI, R. R.; TOGEIRO, F. M. Carga de trabalho de enfermagem em pronto-socorro geral: proposta metodológica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 8, jan./fev. 2013. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>. Acesso em: 19 ago. 2015.

SÁ, D. A. **Proposta metodológica para classificação dos hospitais de urgência/emergência do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

SALOME, G.M.; MARTINS, M.F.M.; ESPÓSITO, V.H.C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de Enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, n. 62, v. 9, p. 856-862, nov./dez. 2009.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao protocolo de monitoramento biológico entre trabalhadores de saúde. **Cienc. Enferm.**, Concepcion, v. 15, n. 2, p. 107-113, 2009

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Cienc. Saúde Coletiv.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a11v10n4.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

SCHMIDT, D.R.C.et al. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.18, n. 2, p. 330-337, 2009.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

SEIGER, C. P.; WIESE, B. S. Social support from work and family domains as an antecedent or moderator of work-family conflicts? **J. vocat. Behav.**, New York, v. 75, p. 26-37, 2009.

SILVA JUNIOR, S. H. A. **Avaliação de qualidades psicométricas da versão brasileira do Índice de capacidade para o trabalho**. 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, O. M. et al. Riscos de adoecimento enfrentados pela equipe de enfermagem do SAMU: uma revisão integrativa. **Rev. Saúde Públ.**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 107-121, jan./abr. 2014.

SILVA, S. E. D. et al. Constituição cidadã e representações sociais: uma reflexão sobre modelos de assistência à saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1112-1117, 2010. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em: 05 jun. 2014.

SOUSA, I. F.; ZANINI, H. M. D. S.; NAZARENO, E. Estresse ocupacional, *coping* e *burnout*. **Rev. Estudos**, Goiânia, v. 36, n. 1/2, p. 57-74, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/1018/716>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. J. (Org.). **Psicopatologia e psiquiatria básicas**. São Paulo: Vetor, 2004.

SOUZA, N. V. D. O. et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 17, p. 356-361, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a10.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 156-160, mar./abr. 2005.

SULLIVAN, E.; BISSELL, L.; ADDISON-WESLEY, W. **Chemical dependency in nursing: the deadly diversion**. Menlo Park, California, 2011.

THOFEHRN, M. B. et al. Dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Enferm. Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 90-198, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3423/2814>>. Acesso em: 22 maio 2014.

TOLEDO, A. D. **Acurácia de enfermeiros na classificação de risco em unidade de pronto-socorro de um hospital municipal de Belo Horizonte**. 2009. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 2009.

TRAESEL, E. S.; MERLO, A.R.C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de Enfermagem. **Psico**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p.102-109, jan./mar.2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/3594/4148>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

TREVISAN, M. J.; ROBAZZI, M. L. C. C.; GARANHANI, M. L. Sentimentos de prazer entre enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Ciênc. Enferm.**, Concepcion, v. 15, n. 3, p. 45-53, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art\\_06.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_06.pdf)>. Acesso em: 20 abr.2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

VASCONCELLOS, I. R. R. D.; ABREU, A. M. M.; MAIA, E. L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 167-175, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200024>>. Acesso em: 20 jun. 2015.

VERONESE, M. V. Subjetividade, trabalho e solidariedade. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 105-113, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a10.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

ZEFERINO, M. T. et al. Enfermeiros e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 599-605, out./dez. 2006.

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Dados de identificação

Título do Projeto: O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro.

Pesquisadores Responsáveis: Enfermeira Priscilla Moutella Barroso Araujo (mestranda); Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (orientador). Pertencentes à Instituição Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Telefone para contato: (21)2868-8255

Nome do participante: \_\_\_\_\_ .RG: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ anos.

O(A) Sr.(ª) está sendo convidado(a) a participar de um estudo que possui como objetivos: identificar os riscos psicossociais presentes em serviço de emergência na visão do enfermeiro; descrever as repercussões dos riscos psicossociais para a saúde mental do enfermeiro; e analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelo enfermeiro em serviço de emergência frente os riscos psicossociais.

Nessa etapa da pesquisa, você responderá a um instrumento contendo em sua primeira parte dados sociodemográficos, seguidos de algumas questões sobre o trabalho em emergência e saúde mental. As perguntas serão gravadas e durarão em torno de trinta minutos, podendo o tempo ser prorrogado. A entrevista será realizada no setor, de acordo com a sua disponibilidade, em dia e horário a serem agendados e em local privativo.

Esta pesquisa não representa risco direto para sua saúde ou bem-estar. Os benefícios serão a ampliação dos conhecimentos sobre o trabalho em emergência e as repercussões para a saúde mental do enfermeiro. Caso você queira tirar alguma dúvida ou solicitar outros esclarecimentos, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, através de contato telefônico ou pessoalmente. Poderá também recorrer à Comissão de Ética em Pesquisa da instituição (COEP/UERJ)<sup>1</sup>.

Você não terá custo ao participar deste estudo. Estão garantidos e assegurados o sigilo dos dados e o anonimato. Os resultados do estudo serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo a guarda do mesmo de responsabilidade do pesquisador. Este documento consta de duas vias. Uma via ficará com o(a) senhor(a) e outra, com o pesquisador. 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.

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 responsável por obter o  
Consentimento.

<sup>1</sup>**Nota:** Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (COEP/UERJ). Av. 28 de setembro, nº 77, Térreo. Vila Isabel. Rio de Janeiro/RJ. Tel.: (21)2868-8253.

**APÊNDICE B - Instrumento de caracterização dos participantes**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**1ª PARTE: Instrumento de caracterização do sujeito de estudo**

1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
2. Faixa etária: ( ) Menos de 25 anos ( ) 25 a 34 anos ( ) 35 a 44 anos  
( ) 45 a 54 anos ( ) 55 a 60 anos ( ) Acima de 61
3. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Divorciado ( ) Viúvo
4. Escolaridade: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
5. Tipo de contrato: ( ) Estatutário ( ) Contrato CLT ( ) Outros \_\_\_\_\_
6. Número de vínculos empregatícios: ( ) 1 ( ) 2 ( ) Acima de 3
7. Tipo de jornada nessa unidade: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Plantão diurno  
( ) Plantão noturno
8. Carga horária semanal nessa unidade: ( ) 30 hr. ( ) 40 hr. ( ) >40 hr.
9. Carga horária total considerando outros vínculos: ( ) 40 hr. ( ) 50 hr. ( ) >50hr.
10. Faixa salarial: ( ) 1 a 2 salários mínimos ( ) 3 a 5 salários mínimos  
( ) 6 a 8 salários mínimos ( ) Acima de 8 salários mínimos
11. Realiza tratamento para algum problema de saúde? ( ) Sim ( ) Não  
Qual(is)? \_\_\_\_\_
12. Esteve afastado para tratamento da saúde nos últimos doze meses? ( ) Sim ( ) Não  
Em caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_
13. Faz uso de algum medicamento para tratamento de saúde? ( ) Sim ( ) Não  
Em caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_
14. Já fez algum tipo de acompanhamento psicoterápico? ( ) Sim ( ) Não
15. Atualmente você faz algum tipo de terapia do tipo grupo, acupuntura, ginástica, ioga?  
( ) Sim ( ) Não  
Em caso positivo, especifique: \_\_\_\_\_
16. Já fez uso de algum tipo de ansiolítico (calmante)? Sim ( ) Não ( )
17. Atualmente você faz uso de algum tipo de ansiolítico? Sim ( ) Não ( )
18. Você fuma? Sim ( ) Não ( )
- Você consumiu bebida alcoólica nos últimos 12 meses? Sim ( ) Não ( )

**APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista****UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

- 1.1 Fale-me do seu trabalho como enfermeiro no serviço de emergência.
- 1.2 Quais os problemas (dificuldades) presentes em seu trabalho como enfermeiro em serviço de emergência?
- 1.3 Como você enfrenta as dificuldades presentes em seu ambiente de trabalho?
- 1.4 Como você enfrenta as dificuldades presentes no ambiente de trabalho, fora do local de trabalho?
- 1.5 Como esses problemas afetam o seu bem-estar e a sua saúde mental no trabalho?
- 1.6 Como esses problemas afetam o seu bem-estar e a sua saúde mental fora do trabalho?
- 1.7 Na medida em que o seu bem-estar e a sua saúde mental são afetados, o que você faz para minimizar o estresse no trabalho?
- 1.8 Na medida em que o seu bem-estar e a sua saúde mental são afetados que você faz para minimizar o estresse fora do trabalho?

## ANEXO A – Carta de solicitação de autorização do campo

## CARTA DE SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO CAMPO

## VÍNCULO DO PESQUISADOR PRINCIPAL

**HUPE/UERJ**

( ) Servidor ( ) Contratado ( ) Residente (X) Aluno ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Serviço/Disciplina: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGENF/UERJ). Tel: 2868-8255.

**INSTITUIÇÃO EXTERNA\***

( ) Orientador/Co-orientador do HUPE/UERJ ( ) Indicação da CONEP ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Serviço/Disciplina: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 \*(Apresentar declaração de identificação da Instituição a que está vinculada)

**PROJETO DE**

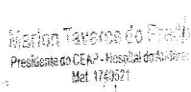
( ) Graduação ( ) Especialização (X) Mestrado ( ) Doutorado ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 Qual Faculdade/Instituição: Faculdade de Enfermagem - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF/UERJ)

**Declaração de ciência**

Declaro para os devidos fins que a (o) responsável pelo Serviço de Emergência do Hospital Federal do Andaraí, sabe do interesse na realização da pesquisa: “O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro”, sendo os responsáveis a Mestranda Priscilla Moutella Barroso Araujo e o Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira (orientador) e autoriza sua realização. O projeto só deverá começar após avaliação e aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UERJ (COEP/UERJ). Cabe ressaltar que a instituição onde a coleta de dados será realizada não possui Comitê de Ética em pesquisa.

- Período de coleta dos dados: 05/01/15 à 28/03/15 os dados serão coletados através de:

(x) ENTREVISTA ( ) QUESTIONÁRIO ( ) PRONTUÁRIO ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

MARLON MARES DO CARMO  15/08/14  
 \*Nome do responsável da Unidade/Serviço/Disciplina Assinatura com carimbo Data

\*(quando o orientador for também responsável pela Unidade/Serviço/Disciplina há nessa relação um conflito de interesse. Nestes casos solicitamos que este documento seja assinado por outro responsável).

Priscilla Moutella B. Araujo  04/12/14  
 Nome do pesquisador Assinatura Data

**ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP**

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O trabalho em serviço de emergência e os riscos psicossociais: repercussões para a saúde mental do enfermeiro

**Pesquisador:** Priscilla Moutella Barroso Araujo

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37922514.4.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 940.047

**Data da Relatoria:** 26/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

O presente estudo trata-se de um projeto de Dissertação, desenvolvido na Linha de Pesquisa "Trabalho, Formação e Saúde em Enfermagem". Apresenta como objeto de estudo "os riscos psicossociais no trabalho em um serviço de emergência e as repercussões para a saúde mental dos enfermeiros" e como questões norteadoras: - Quais os riscos psicossociais presentes em serviço de emergência na visão do enfermeiro? Quais as repercussões dos riscos psicossociais em serviço de emergência para a saúde mental do enfermeiro? - Quais as estratégias de enfrentamento adotadas pelo enfermeiro em serviço de emergência frente aos riscos psicossociais? Metodologia: estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que terá como campo um hospital público federal situado no município do Rio de Janeiro. Os participantes do estudo serão enfermeiros que desenvolvam atividades assistenciais e gerencias no serviço de emergência, com vínculo de trabalho estatutário ou celetista, que não estejam afastados do trabalho devido a problemas de saúde, férias ou outros tipos de licenças e que desenvolvam suas atividades pelo menos há um ano no serviço. Esta pesquisa será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12. Na coleta de dados será adotada a técnica de entrevista

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900

**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br



Continuação do Parecer: 940.047

mediante roteiro e um instrumento para a caracterização dos sujeitos. Na análise dos depoimentos será aplicada a análise de conteúdo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Identificar os riscos psicossociais presentes em serviço de emergência na visão do enfermeiro; descrever as repercussões dos riscos psicossociais para a saúde mental do enfermeiro; e, analisar as estratégias de enfrentamento adotadas pelo enfermeiro em serviço de emergência frente os riscos psicossociais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não possui riscos, nem benefícios diretos aos participantes da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa encontra-se bem estruturado. A pesquisadora atendeu todas as solicitações/recomendações e prestou os devidos esclarecimentos. Ressalta que o Hospital do Andaraí - campo de pesquisa, não possui CEP (SIC).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos obrigatórios foram apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para janeiro de 2016. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br