



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**NÚBIA DE FÁTIMA CAVALCANTE DE ALENCAR**

**ADOCIMENTO PSÍQUICO:**  
COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL  
PÚBLICO DO ESTADO DO TOCANTINS

PALMAS - TO  
OUTUBRO 2018

**NÚBIA DE FÁTIMA CAVALCANTE DE ALENCAR**

**ADOCIMENTO PSÍQUICO:**

**COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL  
PÚBLICO DO ESTADO DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada ao  
Mestrado Profissional em Ciências  
da Saúde da Universidade Federal  
do Tocantins para obtenção do  
Título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marta  
Azevedo dos Santos

PALMAS - TO  
OUTUBRO 2018

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

- A368a Alencar, Núbia de Fátima Cavalcante de .  
    Doecimento psíquico: compreensão dos profissionais da enfermagem de um hospital público do estado do Tocantins. / Núbia de Fátima Cavalcante de Alencar. – Palmas, TO, 2018.  
    62 f.
- Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) Profissional em Ciências da Saúde, 2018.  
    Orientadora : Marta Azevedo dos Santos
1. Transtorno psíquico. 2. Percepção. 3. Enfermagem. 4. Saúde do trabalhador. I. Título

**CDD 610**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

FOLHA DE APROVAÇÃO

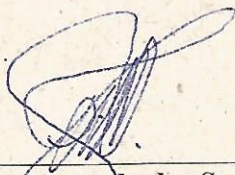
NÚBIA DE FÁTIMA CAVALCANTE DE ALENCAR

ADOCIMENTO PSÍQUICO: COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DA  
ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO ESTADO DO TOCANTINS.

Dissertação apresentada ao Mestrado  
Profissional em Ciências da Saúde da  
Universidade Federal do Tocantins para a  
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: 16/10/2018

BANCA EXAMINADORA

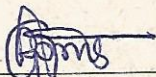


---

Dr.<sup>a</sup> **Marta Azevedo dos Santos**

Orientadora

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



---

Dr.<sup>a</sup> **Giselle Pinheiro Lima Aires Gomes**

Examinadora Externa

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS



---

Dr.<sup>a</sup> **Leila Rute Oliveira Gurgel do Amaral**

Examinadora Interna

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

*Dedico esse trabalho aos profissionais de enfermagem que participaram dessa pesquisa e me confiaram suas histórias de vida, alegrias e tristezas, que muito contribuíram nos resultados.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus toda honra e glória por todas as minhas vitórias e por nunca desistir de mim. Gratidão a minha família, meu alicerce, em especial a minha amada mãe Marinalde Cavalcante que sempre acreditou nos meus sonhos, a meu esposo Wanderson Paula pelo companheirismo e parceria.

Aos meus amigos que acreditaram no meu potencial e me estimulam a persistir minha admiração à Carla Olenski, Junia Gomes e Monica Fontes, meninas que sempre têm palavras de conforto e uma mão amiga.

A minha parceira de mestrado Ana Célia Tavares que sempre esteve à disposição para me ajudar e pelas palavras de estímulo e motivação.

A minha orientadora querida Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marta Azevedo, pela paciência na orientação, incentivo, humildade e carinho com que me guiou no caminho até aqui, me senti privilegiada pelo seu apoio.

À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Leila Gurgel e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Giselle Pinheiro, pela disposição de aceitarem o convite e contribuírem no meu crescimento.

Aos corajosos profissionais de enfermagem minha admiração e apreço verdadeiros cuidadores, guerreiros de todos os dias.

“No fundo da prática científica existe um discurso que diz: "nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que, no entanto está somente à espera de nosso olhar para aparecer, à espera de nossa mão para ser desvelada. A nós cabe achar a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em todo lugar.”

(Michel Foucault)

## **ADOCIMENTO PSÍQUICO:**

### **Compreensão dos Profissionais da Enfermagem de um Hospital Público do Estado do Tocantins**

#### **RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo compreender a percepção que o profissional de enfermagem tem frente ao seu adoecimento psíquico, bem como identificar quais variáveis podem ser consideradas influenciadoras para esse adoecimento. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, de natureza analítica. As informações foram coletadas em entrevistas semiestruturadas, contendo doze questões abertas, aplicadas para sete profissionais da área da enfermagem pertencentes aos cargos de auxiliar de enfermagem, enfermeiro e técnico de enfermagem, atuantes em um hospital público de Palmas/Tocantins, e que já se afastaram para tratamento de saúde por transtornos psíquicos. Nos resultados encontrados, os transtornos depressivos foram os que geraram o maior número de afastamentos. Quanto à autopercepção verificou-se que esses profissionais demonstram dificuldade de aceitação do processo de adoecimento, respaldado pela função social de cuidador que eles exercem. No tocante as variáveis influenciadoras constatou-se que o clima organizacional e estrutura institucional foram categorias relatadas como estressoras, o estilo de vida foi considerado como aspecto motivador para a maioria dos entrevistados e o reconhecimento do trabalho por parte dos pacientes/familiares, foi elencado como fator retroalimentador do seu papel de cuidador. O cenário investigado revela um ambiente laboral adoecedor, necessitando uma intervenção com vistas à orientação sobre os processos de trabalho e de educação em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Percepção, Saúde do Trabalhador, Transtorno Psíquico, Enfermagem.



**PSYCHIC ADVOCACY:  
Understanding Nursing Professionals at a Public Hospital in the State of  
Tocantins**

**ABSTRACT**

The present study aims to understand the perception that the nursing professional has to face his psychic illness, as well as to identify which variables can be considered influencers for this illness. This is a quantitative-qualitative research of an analytical nature. The information was collected in semi-structured interviews, containing twelve open questions, applied to seven nursing professionals, belonging to the positions of nursing assistant, nurse and nursing technician, who work in a public hospital in Palmas / Tocantins. medical treatment for psychic disorders. In the results found, the depressive disorders were the ones that generated the greatest number of departures. Regarding self-perception, it was verified that these professionals demonstrate difficulty in accepting the process of illness, supported by the social role of caregiver that they exercise. Regarding the influencing variables, it was found that the organizational climate and institutional structure were categories reported as stressors, the lifestyle was considered as motivating aspect for most of the interviewees and the recognition of the work by the patients / relatives was listed as factor of their caregiver role. The scenario investigated reveals a sickening work environment, necessitating an intervention with a view to the orientation on work processes and health education.

**Key words:** Perception, Worker's Health, Psychic Disorder, Nursing.

## **LISTA DE SIGLAS**

<b>CAAE</b>	<b>Certificado de Apresentação de Apreciação Ética</b>
<b>CEP</b>	<b>Comitê de Ética em Pesquisa</b>
<b>CID</b>	<b>Código Internacional de Doenças</b>
<b>CONSAD</b>	<b>Conselho Nacional dos Secretários de Administração</b>
<b>COFEN</b>	<b>Conselho Federal de Enfermagem</b>
<b>COREN</b>	<b>Conselho Regional de Enfermagem</b>
<b>CONEP</b>	<b>Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa</b>
<b>DORT</b>	<b>Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho</b>
<b>HGP</b>	<b>Hospital Geral de Palmas</b>
<b>IGEPREV</b>	<b>Instituto de Gestão Previdenciária</b>
<b>INSS</b>	<b>Instituto Nacional de Seguro Social</b>
<b>JMOE</b>	<b>Junta Médica Oficial do Estado</b>
<b>SECAD</b>	<b>Secretaria de Administração do Estado</b>
<b>SESAU</b>	<b>Secretaria de Estado da Saúde</b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>TCLE</b>	<b>Termo de Consentimento Livre Esclarecido</b>
<b>UFT</b>	<b>Universidade Federal do Tocantins</b>
<b>UTI</b>	<b>Unidade de Tratamento Intensivo</b>

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação das unidades de registro das entrevistas .....	32
Quadro 2	Apresentação das unidades de registro e unidade de contexto .....	33
Quadro 3	Apresentação das categorias finais elaboradas após análise das entrevistas.....	34

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Licenças médicas concedidas aos profissionais de enfermagem do HGP.....	27
Tabela 2	Cargos, vínculo empregatício e quantitativo das concessões de licenças para tratamento de saúde concedido aos profissionais de enfermagem do HGP.....	27
Tabela 3	Patologias de acordo com a CID-10, quantidade e porcentagem de licenças para tratamento de saúde concedida aos profissionais da enfermagem do HGP.....	28
Tabela 4	Transtornos mentais e comportamentais geradores das licenças médicas concedidas aos profissionais de enfermagem e o quantitativo de licenças concedidas .....	29
Tabela 5	Identificação dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa .....	31

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1</b>	<b>Percepção.....</b>	<b>11</b>
<b>1.2</b>	<b>Trabalho.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3</b>	<b>Adoecimento Psíquico.....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1</b>	<b>Dados estatísticos das licenças médicas concedidas.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2</b>	<b>Resultados da análise das entrevistas.....</b>	<b>30</b>
4.2.1	Categoria I: Percepção sobre adoecimento.....	34
4.2.2	Categorias II: Estilo de Vida.....	37
4.2.3	Categoria III: Clima organizacional.....	43
4.2.4	Categoria IV: Estrutura institucional.....	46
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXO 1.....</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO 2.....</b>	<b>61</b>
	<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

São crescentes os afastamentos para tratamento de saúde de trabalhadores da área da saúde e entre esses os adoecimentos de origem psíquica tem se destacado, é o que afirmam Merlo, Bottega e Peres (2014); Alves, et. al.(2015); Almeida, et. al.(2016) e Bastos et. al. (2018). Esse assunto passou a ser discutido para além do âmbito de tratamento de saúde, pois diante das demandas apresentadas, passou a ser interesse dos gestores por se tratar de uma das principais causas de afastamento.

Os transtornos mentais são considerados alterações do funcionamento da mente que tem como consequências prejuízos no desempenho familiar, social, pessoal, no trabalho. Esse conjunto de sinais e sintomas pode ser resultante de vários fatores, sendo que atualmente, se discute o nexos causal entre saúde e trabalho, e para Codo e Gazzotti (1999) e Jacques e Codo (2002), muitas são as razões que justificam essas representações.

Estudos realizados por Santos, Alves e Rodrigues (2009), apontam que as exigências de atividades laborais que envolvem uma alta demanda psicológica com baixo controle sob o trabalho, apoio social inadequado, baixa remuneração e uma sobrecarga de trabalho, podem levar a alterações psíquicas que trazem muitos trabalhadores a um estado de exaustão emocional, perda de interesse pelas pessoas que teriam que ajudar, e por fim baixo rendimento profissional e pessoal, com a crença de que o trabalho não vale à pena. Assim o trabalho da enfermagem pode flutuar entre fonte de prazer ou sofrimento dependendo das variáveis observadas, uma vez que é fonte de prazer quando se permite desenvolver suas potencialidades e atividades laborais, ou fonte de sofrimento quando se tem por fim único à mercadoria ou serviço prestado. De acordo com Paula et. al. (2012), essas relações também são entrelaçadas a outras variáveis como a vivência do profissional, sua percepção das relações de trabalho e processos histórico, social, organizacional e psicológico.

As atividades que exigem maior investimento de energia afetiva são, de acordo com Alencar e Corgonzinho (2008), aquelas relacionadas ao cuidado e a promoção do bem-estar do outro, assim dentro do quadro de profissionais da saúde, os pertencentes ao corpo da enfermagem, lidam diretamente com essa descarga de energia que envolve estresse, angústias, lutos e perdas. Todo esse quadro reflete na vida do trabalhador e principalmente na sua saúde, devido ao seu grau de prejuízo psicológico, emocional, familiar, financeiro, social e profissional, levando em muitos casos a uma aposentadoria precoce devido às consequências

destes transtornos.

No levantamento realizado por Almeida (2010) os afastamentos concedidos para tratamento de saúde aos servidores da Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins/SESAU, no interstício 2006/2008, o contingente que correspondente aos de origem psíquicas são de 17,37%, todavia o corpo da enfermagem é o mais representativo equivalendo a 50% desses afastamentos, demonstrando a importância de se observar, dentro da percepção do profissional de enfermagem, quais as possíveis variáveis que contribuem para o adoecimento psíquico.

A escolha do profissional de enfermagem deu-se devido à representação quantitativa da classe, em relação a outros profissionais atuantes no hospital e da necessidade de estarem vinte e quatro horas na assistência ao paciente, sendo também o profissional que flutua entre todas as equipes do hospital e relaciona-se também com pacientes e familiares, representando uma classe que permeia em todo o ambiente hospitalar, vivenciando as vicissitudes e intensidades das inter-relações.

Para Dejours (1992) as doenças psicossomáticas têm relação e influência da percepção que o sujeito tem sobre si e a sua relação como o trabalho, assim não são somente as variáveis organizacionais que podem contribuir para o adoecimento do trabalhador, mas também os fatores voltados à compreensão do indivíduo.

## **1.1 Percepção**

A percepção é um processo fisiológico e cognitivo que define a forma do indivíduo perceber a realidade. Refere-se à maneira que o indivíduo compreende a sua condição física e psicológica, sobre a interferência de vários fatores. Em conformidade com Merleau-Ponty (1996) pode ser considerado o fundo sobre o qual as ações se sobressaem, sendo pressuposta por elas, ou seja, o indivíduo pensa a partir daquilo que ele é, pois a estrutura não é uma realidade física, mas objeto da percepção e por ela o homem converte o processo fenomenológico em uma modalidade existencial. Pertence às funções psicológicas superiores que são essenciais para a sobrevivência do homem, servem como guia para o comportamento humano, levando o indivíduo a atuar no mundo de forma mais adaptável, Pimenta e Calda (2014) citam que seu produto pode evoluir para processos de pensamento. Por sofrer modificações, a percepção adulta se diferencia da infantil em particularidades psíquicas.

Na definição de Luria (1981) é um processo composto pela atividade receptora do sujeito e que está ligada à comparação da informação obtida por experiências. É um movimento ativo que envolve a procura das informações, a distinção dos aspectos essenciais de um objeto, a comparação e a formulação de hipóteses. É um fenômeno integrando realidade, e se liga tanto com a percepção do mundo externo quanto do interno. Tem a ver com os sentidos e pode ser auditiva, visual, olfativa, gustativa, tátil, temporal, espacial.

A relação do indivíduo com o ambiente social faz com que se interiorize o que é absorvido do mundo e exteriorizado em seus comportamentos, para Lane e Codo (1984) esse movimento obedece a um sentido em que a percepção do mundo se faz de acordo com o que já foi interiorizado e a exteriorização se faz conforme a sua percepção das coisas existentes, assim a capacidade de adaptação do indivíduo é consequência da sua adaptação do meio, sendo que as atividades tendem a se repetir, quando os resultados são positivos, fazendo com que as atividades se tornem hábitos.

Olhando pelo âmbito da institucionalização, quanto mais os hábitos forem solidificados e definidos mais eficientes se tornam no controle da sociedade sobre o indivíduo, assim a definição de papéis torna o comportamento cristalizado, dessa forma o mundo social e institucional é construído e moldado pelo homem, e sua vivência é o suporte da construção de sua percepção do mundo que os cerca. Nesse contexto a percepção de trabalho tem a ver com a forma que o indivíduo percebe o mundo, assim a percepção que o indivíduo tem do seu trabalho enquanto atividade essencial do ser humano contribui para a formação da sua identidade social.

## 1.2 Trabalho

O conceito da palavra trabalho foi se modificando de acordo com a evolução da humanidade, proporcionalmente a importância que foi conquistando dentro da sociedade e as transformações ocorridas na história. Tem origem do latim *tripalium*, termo formado pela junção dos elementos *tri*, que significa “três”, e *palum*, que quer dizer “madeira”, o termo definia um instrumento composto por três estacas que servia para prender animais e de acordo com Albornoz (2006) eram também usados como instrumentos de tortura nos escravos e os pobres que não podiam pagar os impostos e eram as pessoas que trabalhavam, pois não detinham posses.

A definição de trabalho anda junto com a história da humanidade, assim no primeiro estágio da economia extrativa primitiva era usada para complementar a função da natureza, posteriormente com o advento da agricultura, o plantio exigiu o afinamento dessa definição, agregando a noção de propriedade e comércio.

Os gregos consideravam que o trabalhar tinha um sentido de desprezo, Vieira e Pinto (2008) justificam que era por se tratar de uma ação não política, buscando somente a subsistência do indivíduo, representando assim um ato punitivo, os trabalhadores da época eram os povos escravizados nas guerras, pois o trabalho não era digno para o homem, sendo a cultura mais importante, pois para ser culto era necessário ser rico e ocioso.

Na idade média a religião considerava o trabalho um mecanismo de perdão dos pecados e obtenção de riquezas, associando-se a ideia oposta a do ócio. Com a reforma protestante ocorrida no cristianismo, no século XVI, o trabalho passou a ser percebido como um meio de buscar a salvação, obedecendo à vontade celestial. As religiões orientais consideram ser um caminho que busca a concordância entre o homem e a natureza para desenvolver seu caráter.

No feudalismo, que perdurou entre os séculos X e XIII, considerado um período intermediário entre a escravidão e a servidão, o trabalho trazia benefícios diretos somente aos donos das terras, os servos, que eram os trabalhadores da época, recebiam como pagamento somente a habitação, alimentação e vestimentas, as leis e regras impostas nesse período eram voltadas apenas para o pagamento de tributos, disciplinares e criminais.

Ato contínuo, na ascensão da classe burguesa, que seria uma categoria ociosa, porém detentora das posses oriundas do trabalho dos menos favorecidos, chegamos a revolução francesa em que a classe emergente da burguesia se opunha a classe privilegiada da nobreza e do clero, nessa fase o trabalhador ganhou mais autonomia e direitos e a definição de trabalho ganhou uma conotação social e de busca dos próprios direitos.

Dando continuidade chegamos à revolução industrial e ao mercantilismo onde o sentido da palavra trabalho passa a ser sinônimo de riqueza e progresso, com uma resignificação do termo devido à quebra dos vínculos feudais, sendo então norteado pelo mercado.

No século XX com o advento industrial, surgiram modelos de organização. O fordismo criado por Henri Ford e caracterizado pelo aumento da produção com custos mais baixos, essa produção em massa tornava o trabalho um ato mecânico, e o trabalhador era selecionado para uma atividade fixa e repetitiva. Em seguida veio o modelo criado por Frederick Taylor, onde o objetivo inicial era eliminar o desperdício nas indústrias americanas,



aumentando a produtividade, com menores custos e com menos margem de lucro para enfrentar a concorrência de mercado, a ênfase era nas tarefas para o aumento da eficiência do nível operacional com a racionalização do trabalho. Por conseguinte, o toyotismo surge como um modelo voltado ao não uso de estoque de mercadorias, buscando evitar o desperdício com fluxos e processos de trabalho embasados em métodos científicos, produzindo de acordo com a demanda que surge.

O desenvolvimento do capitalismo trouxe consigo novas definições, considerando o trabalho como moeda de troca e ao mesmo tempo mercadoria do operário assalariado, negociada em busca de sua sobrevivência, numa relação de uso e valor de troca. Marx (1982) considera essa uma atividade vital do operário e ao mesmo tempo uma forma de manifestação desse trabalhador, pois as relações sociais são oriundas das relações de produção, assim ao produzir o homem atua sobre a natureza e sobre os outros indivíduos. Todavia ele pondera que o modo de produção capitalista gera uma alienação do trabalho devido à perda de controle do processo produtivo, pelo trabalhador.

Com ascensão do capitalismo, o trabalho passou a ser um elemento de inserção social, Carmo (2001) acrescenta a esse conceito a característica de atividade humana que transforma a natureza pela inteligência, gerando relações sociais através do relacionamento com outros indivíduos. Albornoz (2006) ressalta que cada vez mais o indivíduo moderno tem dificuldade em dar sentido à vida se não for pela ação do trabalho, na visão da sociologia clássica marxista ele ocupa a centralidade das sociedades.

Numa definição elaborada através da analogia a cultura grega antiga e uma crítica ao mundo moderno Arendt (2008) define que são três atividades necessárias para existência humana, sendo o trabalho, labor e ação. O trabalho seria a referência ao artificialismo da existência do ser pelo qual se produz o artificial e a produção do trabalho a garantia da vida, ou seja, a produção do mundo não natural que vai além da existência individual, diferindo do labor que é a ação como atividade primária da vida humana a qual remete a atividade biológica determinada pelo corpo humano, seria o processo biológico definido pelo desenvolvimento do ser humano do nascimento até o declínio final da vida, no qual é responsável pela produção de bens permanentes, duráveis e por fim a ação, que cria a condição para a lembrança. A autora discorda da ideia de que o labor seria a origem da produtividade e a expressão da humanidade do homem e que labor e trabalho tem o mesmo significado.

Nas considerações de Kubo, Gouvêae Mantovani (2013) dentro dos modelos elaborados para definição de trabalho, foram estabelecidos três construtos básicos: o conceito de centralidade do trabalho ,que se refere grau de importância dentro da vida do indivíduo em determinado momento; os objetivos e resultados valorizados são as funções recebidas do trabalho o qual tem valor para o indivíduo, ou seja, seriam os fatores motivacionais e tem relação com satisfação, por fim o conceito das normas sociais que remetem aos deveres e responsabilidade do indivíduo com a unidade social através do trabalho são as normas socialmente aceitas que norteiam as avaliações individuais acerca das recompensas eminentes do trabalho. Complementando essas definições, Albornoz (2006) afirma que quanto mais clara for à intenção e a direção do seu esforço, o trabalho apresenta-se com mais nitidez, ou seja, um esforço direcionado para alcançar um objetivo, onde o caminho utilizado para atingir esse fim pode ser também chamado de trabalho, assim é constituído de esforço, construção enquanto processo e pelo resultado em si.

Na definição de Marx (2013) o que diferencia os seres humanos dos animais é a categoria trabalho, pois somente o homem pode realizar previamente a ideação e posteriormente a objetivação produzindo os seus meios de forma intencional, já os animais o fazem tão somente pela sobrevivência, apenas utilizando e modificando a natureza com sua presença, existindo assim um limite entre evolução orgânica e histórica, tendo como referência o uso de instrumentos de trabalho. Marx (1982) faz referência, quanto ao processo de trabalho, a dois fatores que permeiam essa relação de consumo, onde o trabalhador desenvolve suas funções laborais, sob o comando do capitalista, que se movimenta no intuito cronometrado de resguarda e preservação do instrumento de trabalho e matéria prima, mas o produto do trabalho é propriedade exclusiva do capitalista e não do seu produtor que é o trabalhador.

Para Costa, Borges e Barros (2015) buscando a compreensão do nexos entre saúde e trabalho apresenta, na abordagem psicossociológica, a ideia da interdisciplinaridade. Nessa análise são priorizados os seguintes aspectos: as características individuais dos sujeitos detentores de uma história e de características biopsicossociológicas, as relações no trabalho, à organização do processo de trabalho e as condições em que o indivíduo executa suas atividades, as ações de prevenção, atenção e reabilitação e as culturas instituídas no grupo, as quais buscam o equilíbrio da classe.

A psicodinâmica do trabalho aborda a concepção de trabalho como o local onde o indivíduo realiza seus projetos profissionais e constrói sua identidade social e conforme

Dejours (1992) funciona como elo entre o indivíduo e a sociedade. É a forma de o homem sobreviver e realizar-se através da própria ação. Trabalhar é engajar sua subjetividade num mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo, perpassado pela luta para a dominação, Arendt (2008) reforça dizendo que cada vez mais o homem apresenta uma alma operária.

*A partir do olhar clínico, o trabalho é aquilo que implica do ponto de vista humano, o fato de trabalhar: gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, etc. (Dejours, 2004, pg.28)*

Todo trabalho tende para um fim e esforço, todavia, este fim pode ser também fonte de adoecimento do trabalhador. Um dos motivos pelos quais acarreta a necessidade de se investigar as causas do processo de adoecimento relacionado ao trabalho.

### **1.3 Adoecimento Psíquico**

O estado moderno nomeou a saúde como um valor, referenciando poder e riqueza no intuito de fortalecer o estado e conforme identifica Foucault (1982) serviu para alicerçar o capitalismo emergente da época. Atualmente, a concepção de saúde não define somente a ausência de doenças, mas ampliou-se como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, esse conceito foi firmado com a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1986, essa visão assinala para os recursos sociais e as aptidões físicas, todavia exclui os determinantes externos, não considerando as vicissitudes constitutivas do dia a dia, os conflitos e sofrimentos resultantes das relações. A Declaração de Sundsvall, elaborada na 3ª conferência internacional sobre promoção da saúde (1991), acrescentou a essa definição que a relação entre um ambiente favorável e saúde são fatores interdependentes e inseparáveis.

Na contemporaneidade, há uma nova proposta do conceito de saúde que considera a adaptação do homem ao ambiente, seria então a capacidade que o indivíduo tem de responder a situações novas, conflituosas, empoderando-se na busca da resolução dos problemas e superação das adversidades que permeiam os processos da vida. Vai além de um estado de equilíbrio ou capacidade adaptativa, remete a uma capacidade de reestruturação frente a situações nova. Para Nery et. al.(2008) seria a tolerância (biológicas, psicológicas e sociais) do indivíduo, as variações da vida, agregada a competência de lidar com essas variáveis.

Podemos acrescentar a essa concepção os determinantes sociais do processo saúde-doença que remetem as políticas públicas, diretamente relacionados a fatores sociais, econômicos, culturais, éticos/raciais, psicológicos e comportamentais, que mediam entre si e incidem sobre a situação de saúde dos indivíduos, não sendo somente uma relação direta entre causa-efeito, mas uma condição dialética que estabelece relações com outros determinantes.

Para Dejours, Dessors e Desrioux (1993) saúde não é um estado, mas um objetivo que se deseja alcançar. Com relação ao binômio saúde-doença, isso se torna um fato social, pois a doença vai além de fatores biológicos e engloba uma realidade formada pela história do sujeito. Na inter-relação entre saúde-doença-trabalho, o que é normal e o que é patológico levantam questionamentos que, de acordo com Batistella (2007) e Minayo (1988) perpassam os discursos e concepções atuais. A enfermidade, continuamente, incorpora a experiência e a percepção individual, direcionando ao processo de significação da doença.

A OMS (2018) considera que a boa saúde mental está relacionada com o bem-estar mental e psicológico e os determinantes da saúde mental e de transtornos mentais incluem não apenas atributos individuais, mas também fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida e condições de trabalho e apoio da comunidade.

As mudanças significativas que ocorreram na organização trabalho nos tempos atuais, tanto no campo do material quanto no subjetivo, advêm das transformações procedentes do capitalismo e Flach (2009) acrescenta também as inovações políticas e ideológicas como contribuintes dessas renovações. O fordismo trouxe consigo a fase das novas estruturas de produção e o neoliberalismo, linearmente o toyotismo apresentou uma produtividade arqueável, solidificando a terceirização e como consequências têm a precarização da mão de obra, desigualdades econômicas e instabilidade social, solidificando a ascensão do capitalismo sobrepondo-se ao trabalhador que, em contra partida, se reinventou através de estratégias multifacetadas e dinâmicas, buscando superar ou mesmo sobreviver ao domínio do sistema capitalista. Essas estratégias foram tentativas de buscar o equilíbrio, dentro das recorrentes transformações ocorridas no mundo do trabalho, e todas essas mudanças e adaptações podem levar ao adoecimento psíquico do trabalhador, que em eminente processo de mutação, tenta se ajustar ao meio, como forma de sobrevivência, assim é justificável e histórica a definição de saúde como uma forma de adaptação do indivíduo ao ambiente podendo, ser o adoecimento, uma forma de desequilíbrio adaptativo.

O sofrimento é para Dejours (1992), uma mediação entre a doença mental e o conforto psíquico, uma maneira de se defender das frustrações com a organização do trabalho. O

sofrimento que desencadeia o desgaste físico e mental gera o esgotamento mental. O sofrimento gerado pela falta de reconhecimento desencadeia a insatisfação e descontentamento e também causa o adoecimento psíquico. No conteúdo significativo do trabalho, podemos ter duas percepções: em relação ao sujeito e em relação ao objeto. Quando ocorre o bloqueio dessa relação o sofrimento se instala, podendo ser físico, psíquico ou ambos, assim o adoecimento é o processo de resposta às pressões e estresses sofridos no ambiente organizacional e os fatores psicossociais tornam-se variáveis representantes de risco quando potencializam danos psicológicos, físicos e sociais.

O sofrimento pode se transformar em adoecimento psíquico, uma vez que para Dejours (2004), o funcionamento psíquico não se altera dentro ou fora do trabalho, mas é contínua e o estresse reflete a sobrecarga, e pode representar estratégia defensiva frente à expressão do sofrimento.

O objeto de estudo da psicodinâmica do trabalho são as relações entre os processos de organização e subjetivação do trabalho que se manifestam através das relações prazer e sofrimento no âmbito laboral. Enquanto o prazer no trabalho pode gerar a realização, o sofrimento pode levar ao bloqueio e conflito, para Dejours (1987), o trabalho confronta o trabalhador com a experiência do real e o sofrimento surge quando se manifesta a impossibilidade de negociação com essa realidade imposta pela organização. As estratégias de defesa quando se tornam coletivas, no âmbito do trabalho, podem gerar processos alienantes dentro da instituição levando a possibilidade de mascarar o sofrimento dentro da organização do trabalho, todavia Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) consideram que em contra partida, o uso de estratégias coletivas de defesa podem levar a um processo de estabilidade nas relações subjetivas.

Conforme Kasarek (2002 apud SERAFIM, 2012) o modelo demanda-controle-apoio social, observa às características psicossociais do trabalho e as tem como variáveis que podem influenciar no adoecimento do indivíduo, considerando a demandas psicológicas, controle e apoio social. As demandas psicológicas nesse modelo são consideradas as exigências do trabalho, o controle refere-se à autonomia do indivíduo em intervir nas decisões relativas ao trabalho e das atividades que depende dessa capacidade de decisão e por fim o apoio social que trata sobre o clima organizacional. Nesse modelo o desequilíbrio entre as demandas, a resposta do indivíduo e as fragilidades do apoio social, levam ao risco dos distúrbios de origem psíquicas. Em contra partida a teoria da psicodinâmica do trabalho preconiza como

objeto de estudo as relações entre processos de subjetivação do indivíduo e a organização do trabalho, todavia no tocante as características que podem influenciar no adoecimento psíquico do trabalhador essas teorias tem afirmações similares, respeitando a nomenclatura específicas de cada uma. Mattos, Araújo e Almeida (2017) também concordam que as relações interpessoais, a autonomia do indivíduo, o ambiente e condições de trabalho, são fatores psicossociais de risco para o adoecimento do trabalhador.

Ponderar sobre a subjetividade do sujeito, para Mendes (1995) é primordial na busca da compreensão do processo saúde doença, uma vez que estabelecer o nexos causal observando somente a doença e os agentes específicos e/ou os grupos de fatores de risco presentes no ambiente laboral é uma forma de limitar a avaliação apenas no âmbito do processo produtivo, numa visão reducionista dos motivos geradores do adoecimento do sujeito.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender a percepção que o profissional da enfermagem tem sobre seu adoecimento psíquico, em um hospital público do estado do Tocantins.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Quantificar o número de afastamentos para tratamento de saúde, causado por adoecimento psíquico, na população dos profissionais de enfermagem;
- Avaliar e categorizar a incidência de afastamentos por transtornos mentais dentre os profissionais de enfermagem;
- Analisar quais variáveis são consideradas influenciadoras ao adoecimento psíquico.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, de natureza analítica que buscou compreender a percepção que o profissional de enfermagem tem sobre seu adoecimento psíquico e conhecer os principais transtornos psíquicos que justificam os afastamentos para tratamento de saúde desses profissionais. Foi realizado estudo transversal utilizando inicialmente os dados coletados a partir de uma análise documental, baseada em levantamento estatístico de informações, recolhidas na Junta Médica Oficial, unidade administrativa pertencente à Secretaria de Administração do Estado e após autorização do Secretário da Pasta. As informações continham os dados das licenças médicas para tratamento da própria saúde, concedidas no ano de 2017, aos servidores lotados no Hospital Geral de Palmas/HGP e que exerceram, nesse período, o cargo de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro. São constantes do relatório, as seguintes informações: código de identificação do servidor (para preservar a identidade), mês de referência do início da concessão da licença, cargo, vínculo empregatício, idade, sexo, período de concessão da licença para tratamento da própria saúde, quantidade total de dias concedidos e a CID (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).

Os dados coletados foram organizados em uma planilha elaborada para esse fim, usando o programa Excel, em seguida os resultados foram expressos pela estatística descritiva dos dados, representados através de tabelas, gráficos e indicadores. A pesquisa quantitativa caracteriza-se pela utilização de dados estatísticos que possibilitam a mensuração de variáveis em proporções numéricas, possibilitando alcançar dados quantificáveis com o uso do raciocínio lógico, assim as representatividades são numéricas.

Para a coleta dos dados qualitativos, foi elaborado instrumento composto por três partes: a primeira com identificação sociodemográfica do entrevistado; a segunda apresentou dados relativos à frequências sobre o afastamento devido ao adoecimento psíquico e por fim a terceira parte forneceu os dados específicos das seguintes categorias: percepção sobre adoecimento; estilo de vida; clima organizacional e estrutura institucional. Na pesquisa qualitativa busca-se analisar o seu significado, utilizando da sua totalidade, o método utilizado foi à análise de conteúdo, preconizada por Bardin (2011) na qual se utiliza um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com procedimentos sistemáticos e objetivos, com base na descrição do conteúdo da linguística, explorando as mensagens, seja elas por meio de falas ou de textos, esses procedimentos sistemáticos buscam levantar os indicadores.

Os dados qualitativos são tratados para extração do conteúdo de uma comunicação e



acordo com Campos e Turato (2009) deve-se considerar o discurso humano complexo e polissêmico, para além dos significados verbais e não verbais, observando as relações, representações, percepções e interpretações dos relatos. Bardin (2011) salienta que os dados a serem analisados dentro do método deve seguir os princípios da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, assim sendo, as fases cronológicas do método de análise de conteúdo, citadas pela autora supracitada subdividem-se em:

a) primeira fase constitui-se da pré-análise que é pautada pela organização do material para ordenação das ideias iniciais, sistematizando em quatro etapas que seriam: leitura flutuante escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos, referenciação dos índices e elaboração de indicadores;

b) a segunda fase delimita-se pela exploração do material e definição das unidades de análise, que é o elemento unitário de conteúdo a ser classificado através da decomposição do conjunto da mensagem: a codificação (transformação dos dados brutos do texto em representação do conteúdo) a classificação e a categorização (classificação de elementos constitutivos de um conjunto de variáveis segundo o grau de proximidade, tendo como regra básica a validade dos dados obtidos através da escolha das unidades de registro, unidades de contexto e finalmente as categorias), Bardin (2011) considera que a codificação é o recorte descritivo do texto, para Gibbs (2009) codificar significa categorizar o texto para estruturas uma ideia temática, constituindo-se nessa fase as unidades de registro e as unidades de contexto num processo progressivo, observando os parágrafos e partes do texto que representam as ideias a serem codificadas através dessas regras de contagem, classificação e agregação das informações a serem categorizadas na forma simbólica ou temática, aferindo também a representação das características do conteúdo, em seguida são agrupadas por temas correlacionados, dando origem às categorias iniciais. Em seqüências essas categorias são novamente agrupadas dando origem às categorias intermediárias e finalmente, tendo por referência as ocorrências dos temas, surgem as categorias finais, o que de acordo com Silva e Fossá (2015) possibilita uma melhor significação e interpretação das mensagens e simbolizam a síntese das significações identificadas nos processos anteriores de análise dos dados. É nesse momento também que as palavras-chaves são selecionadas;

c) a terceira fase consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, com a condensação e a seleção das informações para análise, através de uma análise reflexiva e crítica, captando os temas latentes e manifestos pertencentes ao material coletado, utilizando-se da justaposição das categorias agrupando os semelhantes e discrepantes, sempre respaldado nos referenciais teóricos pertinentes. A diversidade de informações coletadas é representativa

quando, de acordo com Booth, Colomb e Williams (2005) refletem a variedade do meio no qual elas foram adquiridas.

Esta pesquisa foi submetida à aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFT, de acordo com a Resolução 466/12, registrada no CONEP sob CAAE 78549317.0.0000.5519 e aprovada conforme Parecer nº 2.454.565 (anexo). O termo de anuência e compromisso nº 005117, com aval da Secretaria de Estado da Saúde através da Superintendência de Educação na Saúde e Regulação do Trabalho e Diretoria da Escola Tocantinense do SUS (Apêndice A).

O local de realização desta pesquisa foi um hospital público de Palmas/TO, instituição pública de referência terciária, referência para atendimentos de urgência e emergência para todo o Tocantins e estados vizinhos, com uma média de 3.500 (três mil e quinhentos) atendimentos mês, contando com 399 (trezentos e noventa e nove) leitos de internação, divididos da seguinte forma: nove de unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica, 26 (vinte seis) de UTI adulto, 196 (cento e noventa e seis) de especialidades clínicas e cirúrgicas, 120 (cento e vinte) de retaguarda e 20 (vinte) de unidade intermediária, 13 (treze) de sala vermelha, 6 (seis) de sala amarela e 10 (dez) de sala verde.

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem lotados nessa instituição, ressaltando que no período da entrevista, o quadro de servidores constava com 357 (trezentos e cinquenta e sete) enfermeiros e 840 (oitocentos e quarenta) técnicos e auxiliares de enfermagem, atuando na assistência direta ao paciente, o que torna a categoria da enfermagem a mais representativa em um total de 2.510 (dois mil quinhentos e dez) servidores o que corresponde a 47,69% do total de servidores da instituição, não sendo incluso nessa estatística os funcionários terceirizados que prestam serviços nos laboratórios, manutenção e áreas de higienização.

Para a seleção inicial dos participantes, utilizou-se da divulgação verbal, dentro da instituição, no meio dos profissionais de enfermagem e a informação sobre o projeto de pesquisa e o convite para participarem desta pesquisa de forma voluntária, foi também divulgado junto ao projeto “cuidando de quem cuida” (serviço de atendimento ao servidor), realizado pela equipe de humanização do hospital, posteriormente os interessados que aceitaram participar da pesquisa foram selecionados os critérios pré-estabelecidos de inclusão e exclusão, totalizando o quantitativo da amostra de 7 ( sete) profissionais.

No tocante aos critérios de inclusão, foram selecionados os profissionais que atuam diretamente na assistência de enfermagem e que tiveram afastamento por licença médica para

tratamento de saúde por doenças de origens psíquicas no período em que exerciam suas funções laborais no hospital, disponibilidade para entrevista e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido-TCLE (anexo I). Para o critério de exclusão utilizou-se o tempo de exercício nas funções inferior a 1 (um) ano, encontrar-se em afastamento para tratamento de saúde no período da entrevista, possuir outras doenças crônicas ou uso de medicamentos que possam causar transtornos psíquicos e a negativa quanto a participar da pesquisa ou assinatura do TCLE.

Para coleta de dados qualitativos, aplicou-se como instrumento uma entrevista semiestruturada (anexo II), composta por um questionário de 12 (doze) perguntas abertas, elaboradas pela pesquisadora responsável e relacionadas ao objetivo da pesquisa, o roteiro de entrevista semiestruturado é composto por questões norteadoras e abertas baseadas na problemática central do estudo, para Ferreira, Fernandes e Alberti (2000, pg. 48) “[...] o entrevistador deveria usar um questionário consistente e cuidadosamente estruturado de modo a facilitar a análise comparativa [...]”. Agregou-se a entrevista o método denominado de história oral, esse modelo de acordo com Meihy (2005) busca averiguar subjetivamente o conteúdo das entrevistas, valorizando os conteúdos intrínsecos das representações históricas, socioeconômicas, culturais e institucionais que influenciam nesse contexto. As entrevistas foram aplicadas individualmente, pela pesquisadora, no local de trabalho dos entrevistados, em horário previamente agendado com o participante, com tempo de duração médio de 30 (trinta) minutos, numa sala reservada, em ambiente que garantiu a privacidade do participante e o sigilo de informações colhidas em entrevista, sequencialmente as entrevistas foram transcritas em sua íntegra, para depois serem analisadas. Ferreira, Fernandes e Alberti (2000), argumentam a importância de incluir as expressões integrando, assim, nessa análise, os silêncios, as hesitações, os lapsos.

Para preservar a identidade dos entrevistados valeu-se do uso da identificação individual com a letra “E” seguida da numeração sequencial de 1(um) à 7 (sete), de acordo com a ordem cronológica das entrevistas aplicadas, para a caracterização do estudo. O intervalo da aplicação das entrevistas foram os meses de abril a junho de 2018, contabilizando 7 (sete) entrevistas, que é o número total da amostra de profissionais elegíveis para o estudo. Inicialmente a amostra seria de 9 (nove) entrevistados, todavia diante da desistência e férias de 2 (dois) servidores selecionados, foram realizadas as 7 (sete) entrevistas.

Na análise dos dados quantitativos efetivou-se a categorização dos dados que é a classificação dos elementos constitutivos, reunidos em grupos de acordo com características em comum e apresentado nas formas de tabelas e gráficos, selecionados de acordo com o cargo e descrição no CID-10.

Para o relatório qualitativo, foram selecionados os dados passíveis de análise e interpretação para categorização e tabulação, através do método de análise de conteúdo o que conforme Meihy (2005), Minayo (2009) e Moraes (1999) possibilitam o levantamento das prováveis relações entre os dados obtidos e os fenômenos estudados, uma vez que as ideias são reconhecidas e classificadas. Campos (2004) reforça que a produção de inferências justifica a razão de ser do método da análise de conteúdo. A escolha dos métodos de análise de conteúdo e da história oral deu-se diante da importância de ir além dos pressupostos e das hipóteses, buscando levantar inferências sobre as relações que estão além dos discursos, analisando também as figuras de linguagem, reticências e entrelinhas, pois de acordo com Minayo (1992) a ciência é construída numa inter-relação entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta, Maingueneau (2004) entende que a falar não é somente a representação do mundo, é uma aspecto de conduta que atua sobre o outro, pois o discurso sobrepõe à frase.

Os dados estatísticos obtidos na pesquisa quantitativa respaldaram os dados subjetivos levantados na pesquisa qualitativa, uma análise na interpretação validada pela quantificação, mesclando fontes de dados verbais e não verbais, com a interpretação que transita entre duas vertentes distintas que são, de acordo com Silva e Fossá (2015) a exatidão da objetividade e a fecundidade da subjetividade, pois enquanto a abordagem quantitativa busca dados e indicadores, a qualitativa procura aprofundar a complexidade de fenômenos particulares dentro do contexto do grupo estudado.

Assim as informações foram organizadas, analisadas e interpretadas, buscando compreensão que o trabalhador da enfermagem de um hospital público tem sobre seu adoecimento psíquico.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Dados estatísticos das licenças médicas concedidas**

Após tabulação dos dados estatísticos, emitidos pela SECAD, via relatório, foi constatado que no interstício de janeiro a dezembro de 2017, foram concedidos 398 (trezentos e noventa e oito) afastamentos para 238 (duzentos e trinta e oito) profissionais de enfermagem lotados no HGP, para os seguintes tipos de licenças médicas: licença especial, licença maternidade, licença por motivo de doença em pessoa da família, licença para tratamento de saúde, licença a gestante-INSS, aguardando auxílio doença-INSS.

A saber, é importante ressaltar que o cargo efetivo de auxiliar de enfermagem foi extinto do quadro de servidores efetivos a partir do ano de 2012, de acordo com o Art.34 da lei estadual nº 2.670, de 19 de dezembro de 2012, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins nº 3.778, motivo pelo qual os servidores em exercício e detentores desse cargo são todos de concursos anteriores à extinção, não havendo, atualmente, servidores com vínculo de contrato no referido cargo.

Os servidores concursados contribuem para o regime próprio de previdência, no caso do estado do Tocantins, o Instituto Geral de Previdência (IGEPREV), e são regidos por legislação própria. As licenças médicas concedidas a esses servidores são avaliadas pela Junta Médica Oficial do Estado (JM OE), gerência pertencente à SECAD. Os servidores contratados contribuem para o Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) e são submetidos às regras do regime geral de previdência, assim as licenças para tratamento de saúde para o servidor pertencente a esse regime têm seus 15 (quinze) dias de licença iniciais, avaliada e concedida pelo empregador, nesse caso o estado do Tocantins, e havendo necessidade de prorrogação dessa licença médica, a avaliação e concessão serão realizadas pelo INSS.

**Tabela 1** – Licenças médicas concedidas aos profissionais de enfermagem do HGP.

<b>Tipo de vínculo empregatício</b>	<b>Nome da licença</b>	<b>Total</b>
<b>Concursado</b>	Licença para tratamento de saúde	262
<b>Contrato temporário</b>	Licença para tratamento de saúde	39
<b>Total geral</b>		<b>301</b>

**Fonte:** Tabela elaborada pela autora, baseada na tabulação dos dados estatísticos emitidos pela SECAD

Dentro do objetivo do levantamento dos dados estatísticos, filtrou-se somente as licenças para tratamento de saúde e aferiu-se que foram concedidas 301 (trezentos e uma) para 166 (cento e sessenta e seis) profissionais de enfermagem e 86 (oitenta e seis) dessas licenças concedidas, foram prorrogadas para 40 (quarenta) desses servidores. Quanto ao vínculo empregatício, 130 (cento e trinta) desses profissionais são concursados e 36 (trinta e seis) com outros vínculos empregatícios. Quando selecionamos por cargo, o quantitativo de licenças e prorrogações concedidas foram 78 (setenta e oito) para o cargo de auxiliar de enfermagem, 58 (cinquenta e oito) para o cargo de enfermeiro e 165 (cento e setenta e cinco) para o cargo de técnico em enfermagem.

**Tabela 2** – Cargos, vínculo empregatício e quantitativo das concessões de licenças para tratamento de saúde concedido aos profissionais de enfermagem do HGP

<b>Cargo</b>	<b>Vínculo empregatício</b>		<b>Total por Cargo</b>
	<b>Concursado</b>	<b>Contrato</b>	
Auxiliar de enfermagem	78	0	78
Enfermeiro	39	19	58
Técnico de enfermagem	145	20	165
<b>Total Geral</b>	<b>262</b>	<b>39</b>	<b>301</b>

**Fonte:** Tabela elaborada pela autora, baseada na tabulação dos dados estatísticos emitidos pela SECAD

Entre as patologias geradoras das licenças para tratamento de saúde, a maioria são as de origem osteomusculares e do tecido conjuntivo, correspondente a 94 (noventa e quatro) concessões, o que significa 31,23%, caracterizadas pelo desgaste de estruturas musculares principalmente dos membros superiores, região escapular e pescoço, as patologias com predominância são as dorsopatias que são doenças que acometem as costas, tipificando os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), visto o padrão das funções laborais exercidas diariamente pelos profissionais da enfermagem que são caracterizadas, conforme Silva et al. (2017) pela manipulação do paciente e longa permanência em pé.

**Tabela 3** – Patologias de acordo com a CID-10, quantidade e porcentagem de licenças para tratamento de saúde concedida aos profissionais da enfermagem do HGP

Patologias	Códigos do CID-10	Quantidade de licenças concedidas	%
Osteomusculares e do tecido conjuntivo	M05.8 à M93.1	94	31,23%
Transtornos de humor (afetivos)	F31.1 à F33.2	22	13,95%
Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes	F40.8 à F43.2	20	
Outras patologias (gravidez e parto, lesões, doenças de olho e ouvido, doenças do aparelho digestivo, circulatório e geniturinário, etc. códigos nomeados de A à Z, excluídos os supracitados)		165	54,82%

**Fonte:** Tabela elaborada pela autora, baseada na tabulação dos dados estatísticos, emitidos pela SECAD.

Os transtornos mentais e comportamentais ocuparam o segundo lugar e no ano de 2017 um total de 29 (vinte nove) profissionais de saúde se afastaram por esses transtornos, sendo concedidas 42 (quarenta e duas) licenças, correspondente a 13,95% do total de concessões de licença para tratamento de saúde.

Outro dado relevante refere-se ao agrupamento no qual estão alocados os transtornos geradores das referidas licenças, de acordo com a CID-10 todos eles pertencem somente ao agrupamento dos transtornos de humor (afetivos) e transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes, sequencialmente os códigos F30 à F39 e F40 à F48.

Outras patologias somam 54,82%, todavia englobam varias doenças que pertence a 17 códigos do CID-10, com pouca representatividade por código, ou seja, são várias patologias, todavia por serem variadas não tem expressão numérica por patologia especifica.

**Tabela 4** – Transtornos mentais e comportamentais geradores das licenças médicas concedidas aos profissionais de enfermagem e o quantitativo de licenças concedidas

<b>CID-10</b>	<b>Nomenclatura da Patologia psíquica</b>	<b>Quantitativo de licenças concedidas</b>
F31.1	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco sem sintomas psicóticos	1
F32.0	Episódio depressivo leve	2
F32.1	Episódio depressivo moderado	1
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	9
F32.3	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	2
F33.0	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve	5
F33.1	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	1
F33.2	Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	1
F40.8	Outros transtornos fóbico-ansiosos	1
F41.0	Transtorno de pânico [ansiedade paroxística episódica]	5
F41.1	Ansiedade generalizada	2
F41.2	Transtorno misto ansioso e depressivo	9
F43.1	Estado de "stress" pós-traumático	1
F43.2	Transtornos de adaptação	2
<b>Total de licenças concedidas</b>		<b>42</b>

**Fonte:**Tabela elaborada pela autora, baseada na tabulação dos dados estatísticos emitidos pela SECAD.

O adoecimento psíquico pode ter relação com a função que o trabalhador exerce. Os dados estatísticos informam objetivamente que os profissionais de enfermagem adoecem por problemas ortomusculares que remetem a doenças relacionadas ao trabalho (DORT) e transtornos mentais, no agrupamento dos transtornos de humor, que apresenta como principal transtorno classificado o episódio depressivo que é a caracterizado pela baixa autoestima, perda de interesse, pouca energia e dor sem uma causa definida e tende a ser recorrente. Em seguida os transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes.



Os transtornos depressivos são, de acordo com a OMS (2018), os transtornos mentais que mais geram incapacidade em todo o mundo, com cerca de 300 milhões de pessoas afetadas, sendo as mulheres mais que os homens. A depressão pode prejudicar a capacidade de trabalhar e de lidar com a vida cotidiana.

Para Dejours (1987) o objeto de estudo da psicopatologia do trabalho, é o sofrimento mental oriundo das relações cotidianas do trabalho, todavia não é uma relação reduzida a causa efeito, mas de acordo com Dejours, Abdoucheli & Jayet (1994) deve-se observar os mecanismos e processos psíquicos que influenciam o sofrimento do trabalhador. Dejours (1987) reforça ainda que as descompensações psicóticas e neuróticas da estrutura da personalidade não criam doenças mentais específicas, mas tem origem que são anteriores ao engajamento na produção.

#### **4.2 Resultados da análise das entrevistas**

A amostra de participantes é composta por 100% de profissionais da enfermagem pertencente ao sexo feminino, o que reforça os dados da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2015, na qual 84,6% dos profissionais de enfermagem do Brasil são de predominância feminina. Souza (2014) salienta que dentro do universo da enfermagem as divisões sexistas estão presentes e visíveis, uma vez que o processo de feminização dessa profissão é visto como um fato histórico e associado ao cuidado, Lopes e Leal (2005) afirmam que essa tendência surgiu nas instituições de ordem religiosa e já existia nos cuidados domésticos às crianças e aos necessitados, interligado também à figura de mãe cuidadora e detentora dos saberes informais da prática de saúde, transmitido pelas gerações, que foi se consolidando pelo processo de profissionalização, assim a ideia da prevalência feminina no âmbito da enfermagem, inicialmente pautou-se nos valores ideológicos religiosos, e consolidou-se pelos avanços tecnológicos e das organizações de trabalho.

**Tabela 5** – Identificação dos profissionais de enfermagem participantes da pesquisa

Participante	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Cargo	Vínculo Empregatício	Tempo de Serviço na Função
E1	39 anos	F	Casado	Superior	Auxiliar de Enfermagem	Concursado	12 anos
E2	50 anos	F	Casado	Nível Médio	Técnico de Enfermagem	Contrato	8 anos
E3	54 anos	F	Solteiro	Superior	Técnico de Enfermagem	Concursado	30 anos
E4	43 anos	F	Casado	Nível Médio	Auxiliar de Enfermagem	Concursado	13 anos
E5	38 anos	F	Solteiro	Nível Médio	Auxiliar de Enfermagem	Concursado	12 anos
E6	32 anos	F	Casado	Superior	Enfermeiro	Concursado	7 anos
E7	39 anos	F	Casado	Superior	Auxiliar de Enfermagem /Enfermeiro	Concursado/ Contrato	12 anos

**Fonte:** Entrevistas realizadas com os profissionais de enfermagem, do HGP.

As idades variam entre 32 (trinta e dois) e (cinquenta e quatro) 54 anos, sendo que 4 (quatro) apresentam faixa etária entre 32 (trinta e dois) à 39 (trinta e dois) o que corresponde à (57,15%) e 3 (três) apresentam faixa etária entre 43 (quarenta e três) à 54 (cinquenta e quatro anos) correspondendo à (42,85%) das entrevistadas. Quanto ao tempo de serviço, 6 (seis) entrevistadas tem entre 7 (sete) e 13 (treze) anos de exercício na função (85,71%) ressaltando que todas essas apresentaram lotação única no HGP e somente 1 (uma) relata 30 (trinta) anos de exercício laboral (14,29%). Com referência ao estado civil 5 (cinco) das entrevistadas são casadas (71,43%) e 2 (duas) solteiras (28,57%), todas possuem filhos. Embora 4 (quatro) das entrevistadas tenham nível superior (57,15%) e 3 (três) nível médio (42,85%), somente 2 (duas) das participantes (28,57%) exercem o cargo de enfermeira, frisando que 1 (uma) dessas participantes acumula os cargos de auxiliar de enfermagem (contratada) e enfermeira (concursada), assim a representatividade é de 3 (três) profissionais exercendo o cargo de auxiliar de enfermagem (42,85%) , 2 (duas) de técnico em enfermagem (28,57%) e 1 (uma) enfermeira (14,29%), lembrando que 1 (uma) acumula também o cargo de auxiliar de enfermagem (14,29%). Quanto ao vínculo empregatício 1 (uma) servidora é

contratada (14,29%) 5 (cinco)são concursadas (71,43%) e 1 (uma) possui os dois vínculos empregatício pois acumula cargos (14,29%).

Os dados demonstram que o perfil da maioria das entrevistadas são de profissionais concursadas, com mais de 7 (sete) anos de exercício na função e lotação única no mesmo hospital, possuindo nível superior, porém exercendo cargo de nível médio. Todas possuem filhos e a maioria é casada.

**Quadro 1** – Apresentação das unidades de registro da entrevista

<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>
1. Indisposição psicológica, física e espiritual
2. Depressão
3. Embotamento afetivo
4. Dificuldade em cuidar de si mesmo
5. Atrasos contínuos
6. Procrastinação
7. Falta de compromisso
8. Trabalho sob pressão
9. Estresse do cotidiano
10. Sentimento de incapacidade
11. Desmotivação
12. Perca da vontade de fazer seu trabalho
13. Limitações das suas funções
14. Não ser resolutivo
15. Atender a necessidade do paciente
16. Prazer na realização do trabalho
17. Importância do seu papel
18. Relacionamento com a equipe
19. Autoestima
20. Cuidar do outro
21. Dificuldade de aceitação do adoecimento
22. Lazer
23. Trabalho em equipe
24. Espiritualidade
25. Relação familiar
26. Sobrecarga do trabalho
27. Falta de reconhecimento do trabalho
28. Descontentamento com a gestão
29. Ausência do setor de Recursos Humanos
30. Humanização do atendimento
31. Grande demanda de atendimentos
32. Déficit de pessoal
33. Falta de medicamentos, equipamentos e material
34. Estrutura física inadequada

**Fonte:** Entrevistas realizadas com os profissionais de enfermagem, do HGP no interstício de abril a maio/2018.

As unidades de registros selecionadas tiveram como referência as entrevistas semiestruturadas das quais foram observados os temas, palavras ou frase que de acordo com sua frequência de citações. De acordo com as unidades de registros, foram elaboradas as unidades de contexto, observando as frações do texto que pudessem auxiliar na compreensão da mensagem.

**Quadro 2** – Apresentação das unidades de registro e unidade de contexto.

<b>UNIDADES DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADE DE CONTEXTO</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoestima</li> <li>• Dificuldade em cuidar de si mesmo</li> <li>• Dificuldade de aceitação do adoecimento</li> <li>• Importância do seu papel</li> </ul>	<b>Autopercepção</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afetividade</li> <li>• Lazer</li> <li>• Relação familiar</li> <li>• Religiosidade</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressão</li> <li>• Embotamento afetivo</li> <li>• Indisposição física e psicológica para o trabalho</li> </ul>		<b>Adoecimento físico e psíquico</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrasos contínuos</li> <li>• Falta de compromisso</li> <li>• Procrastinação</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estresse do cotidiano</li> <li>• Trabalho sob pressão</li> </ul>	<b>Fatores Estressores</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender a necessidade do paciente</li> <li>• Cuidar do outro</li> <li>• Desmotivação</li> <li>• Limitações das suas funções</li> <li>• Perca da vontade de fazer seu trabalho</li> <li>• Prazer na realização do trabalho</li> <li>• Resolutividade</li> <li>• Sentimento de incapacidade</li> </ul>		<b>Motivação</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamento com a equipe</li> <li>• Trabalho em equipe</li> </ul>	<b>Relacionamento Interpessoal</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência do setor de Recurso Humanos/RH</li> <li>• Déficit pessoal</li> <li>• Descontentamento com a gestão</li> <li>• Falta de reconhecimento do trabalho</li> <li>• Grande demanda de atendimentos</li> <li>• Humanização do atendimento</li> <li>• Sobrecarga do trabalho</li> </ul>			<b>Organização do trabalho</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física inadequada</li> <li>• Falta de medicamentos, equipamentos e material</li> </ul>	<b>Estrutura física</b>		

**Fonte:** Entrevistas realizadas com os profissionais de enfermagem, do HGP no interstício de abril a maio/2018.

Após o tratamento do texto, através da interpretação das falas e seus sentidos, foram selecionadas as categorias finais de análise, conforme categorização a seguir:

**Quadro 3** – Apresentação das categorias finais elaboradas após análise das entrevistas

<b>UNIDADE DE CONTEXTO CATEGORIAS FINAIS DE ANÁLISE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoecimento físico e psíquico</li> </ul>	<b><i>I. Percepção sobre adoecimento</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autopercepção</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores estressores</li> </ul>	<b><i>II. Estilo de vida</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivação</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepção do Cotidiano</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização do trabalho</li> </ul>	<b><i>III. Clima organizacional</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamento Interpessoal</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenteísmo</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura física</li> </ul>	<b><i>IV. Estrutura institucional</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insumos</li> </ul>	

**Fonte:** Entrevistas realizadas com os profissionais de enfermagem, do HGP no interstício de abril a maio/2018.

As análises dos dados apontam para as seguintes categorias:

- I. Percepção sobre adoecimento
- II. Estilo de vida
- III. Clima organizacional
- IV. Estrutura institucional

Análise e esclarecimentos sobre as categorias:

#### 4.2.1 Categoria I: Percepção sobre adoecimento

O homem é o centro das discussões sobre o conhecimento que o mesmo produz e de como essa produção pode transformar sua percepção, num processo fenomenológico. Assim para Merleau-Ponty (1996) o conhecimento traz consigo a capacidade de perceber o que nos cerca, dando significado ao que foi absorvido pelos sentidos e assim realizar as junções necessárias para então dar sentido ao que foi percebido. Dentro desse contexto outras variáveis contribuem na formação da percepção, pois a forma que o indivíduo percebe o mundo está diretamente ligada à forma que ele se percebe, e essa autopercepção é produto da soma de variáveis que incluem a identidade social do indivíduo.

Para o trabalhador de enfermagem o cuidar do paciente e a forma que esse compreende o sentido do que seria adoecer, varia de acordo com sua percepção do mundo que

o cerca. Ao cuidar do outro, ele se depara com suas limitações, e muita das vezes se percebe adoecendo:

“É a indisposição psicológica, física, espiritual, acho que tudo isso é quando você tem uma indisposição ai você vai ver as causas, acaba descobrindo que está doente” (E1).

“é algo que tá me acontecendo constantemente [...] eu tô adoecendo bastante.” (E5)

[...] é simplesmente a gente se tornar uma pessoa incapaz de fazer qualquer coisa, uma pessoa desnecessária, [...]” (E7)

De acordo com esses profissionais, adoecer pode ser uma indisposição, uma constância ou remete a uma incapacidade que o torna dispensável, excluído, obsoleto, em concordância com a afirmação de Pitta (1999) na qual o adoecimento é visto como um ato vergonhoso, pois interfere e dificulta a produção imposta pela sociedade capitalista.

Conforme resolução do (COFEN) nº 0564/2017, o profissional de enfermagem tem entre suas responsabilidades, a promoção e restauração da saúde, prevenção de agravos e doenças e o alívio do sofrimento e proporcionar cuidados à pessoa, à família e à coletividade. Assim, historicamente e resguardado pela legislação, esse profissional atua com uma identidade social de cuidador e se percebe dessa forma. O adoecer do cuidador é um momento de crise, pois a doença faz parte do seu cotidiano de trabalho, porém ela pertence ao outro, o paciente, seu objeto de trabalho. Essa negação é vivenciada nas falas, Dejours (1992) afirma que essas estratégias defensivas são usadas pelo indivíduo para negar ou minimizar o sofrimento causado pela percepção da sua realidade.

[...]“porque é muito fácil cuidar do outro né... mas cuidar da gente, saber que todo dia se tem que acordar, você tem que fazer alguma coisa para você, porque senão o seu dia não vai transcorrer bem né... todo dia sem você saber o que você tem... outra tarefa para cumprir, mas outra e você vai ter que cumprir se não você não melhora...” (E1)

“eu não me vejo doente [...] sou uma pessoa muito ativa, tenho responsabilidade com tudo em casa, se eu chegar adoecer para mim é uma tristeza, eu dispero a chora e desmotivado todinha [...] para mim é o fim [...]eu fico deprê começo a sentir que eu to entrando em depressão [...] não posso cair, eu sou uma pessoa muito animada e a doença para mim é o fim.” (E4)

Para Baggio (2006 apud SILVA;GIMENES, 2000) cuidar é o ato de ofertar ao outro os resultados, talentos e escolhas, é o se oferecer ao outro, como forma de serviço. E quando essa moeda de troca não está disponível, em virtude do adoecimento do trabalhador, outras questões e discussões vêm à tona, pois além da dificuldade de se perceber doente, os relatos das entrevistadas também demonstram que há resistência para adesão a seu próprio

tratamento, o que pode evidenciar a continuidade da negação de um fato que não se pode manter sob controle ou ter garantias.

“eu não gostaria de estar me tratando porque se eu estou me tratando é porque eu adoeci né... então eu não gostaria [...]“ (E1)

[...] “no começo eu não queria aceitar que eu tava com começo de depressão [...] não sentia vontade de voltar ao serviço, de vir trabalhar, sabe, quando eu chegava me dava vontade de chorar, querer voltar, quando eu subia essa rampa era... ai não... eu vou procurar um psiquiatra, minha colega indicou ai eu fui ai ela falou [...] você tá com começo de depressão”[...] (E4)

Por conseguinte, verifica-se uma estreita relação do significado do adoecer com a impossibilidade de trabalhar, como se adoecer tivesse como principal consequência negativa a indisponibilidade para o serviço e conseqüentemente a improdutividade laboral como perda primordial do adoecimento, em detrimento a importância do cuidar de si mesmo e da importância desse tempo que deve ser despendido para o autocuidado, Dejours, Dessors e Desrioux (1993) identificam o trabalho como uma forma de inserção social onde os aspectos físicos e psíquicos se entrelaçam e diante dessas relações sua concepção de saúde também será implicada. Segundo Brant e Minayo-Gómez (2007) o sofrimento no trabalho só passa a ser admitido quando se transforma no adoecer.

“É quando você perde a vontade de fazer seu trabalho, não se sente bem [...] fisicamente, mentalmente.” (E2)

[...] “limitações das suas funções que são rotineiras, [...] é o que te tira do seu trabalho diário, tanto no trabalho mesmo como em casa nas outras obrigações tuas [...] é um adoecer.” (E3)

[...] “eu não suportava mais olhar para cara de paciente, eu não suportava mais olhar para esse hospital, minha vontade que eu tinha era pegar aquelas bombas, aquele respirador e jogar tudo janela abaixo, aquela vontade de morrer, sabe, chorar, vivia chorando, quando era dia de eu ir para cá eu amanhecia o dia era cedo, chorando, eu chorava, chorava, chorava.” (E4)

[...] “para mim esta aqui no trabalho não é tão ruim, você entende, eu trabalho sem problema, mas para eu sair de casa para vir tem vez que eu venho chorando, você tá entendendo, é muito ruim [...] porque eu gosto de ficar dentro de casa, muito quieta, [...] não gosto de ir para lugar nenhum, de ver gente, eu gosto de ficar isolada, sem barulho sem nada, dentro do quarto [...] foi à tentativa de suicídio [...] mas tem dias que tá ruim.”(E5)

A percepção sobre o adoecer, sofre a influência do meio em que o trabalhador está inserido, e em se tratando do profissional de enfermagem os discursos demonstram a singularidade do papel de cuidador inserida na percepção do adoecer desse profissional.

Maingueneau (2004) considera que todo discurso é contextualizado numa fala que expressa à ação sobre o outro e não apenas uma representação sobre o mundo, assim quando o profissional não se percebe doente ou identifica a doença como a ausência de capacidade laboral, correlaciona o trabalho a sua vida social e pessoal.

#### 4.2.2 Categorias II: Estilo de Vida

Caracteriza-se pelos hábitos aprendidos e adotados durante a vida. É a maneira como o indivíduo se percebe nas questões psicológicas, físicas e profissionais, faz referência as suas escolhas. Estabelece relação com os seus contextos de vida, cultura, hábitos que podem ser adquiridos no ambiente familiar e social. Gonçalves (2004) menciona que devem ser considerados elementos ligados ao bem-estar pessoal, controle do estresse, a nutrição, a atividade física, os cuidados com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais.

O estilo de vida também se associa com a relação saúde-doença e os transtornos mentais vivenciados pelo indivíduo, por exposição a fatores psicossociais podem contribuir para a efetivação de um quadro de doença. As variáveis que contribuem para o estresse podem ser de origem ocupacional, familiar ou mesmo de conflitos existentes entre o indivíduo, seus princípios e concepções Dejours, Dessors e Desrioux (1993) apontam que o bem-estar psíquico advém do livre funcionamento em relação ao conteúdo das tarefas realizada pelo individuo assim o trabalho deve favorecer esse fluir para o equilíbrio, o contrário é sofrimento e adoecimento.

Entre os fatores que são causadores de estresse laboral, foram citados pelos entrevistados, a incapacidade de resolver problemas e impossibilidade de um bom atendimento devido à ausência de materiais e pessoal, conflitos interpessoais e cobranças. O estresse é considerado uma reação de adaptação, todavia esse processo pode causar desequilíbrio físico e emocional, assim o estresse ocupacional é oriundo de fatores ligados ao trabalho e são considerados ameaçadores ao seu equilíbrio. Desde meados dos anos 90, ele é considerado doença ocupacional pela legislação vigente (Lei nº 3.048 de 06/05/1999).

[...]“não conseguir resolver... me causa ...[...] incômodo transtorno e eu sofro muito com isso.” (E1)

“o que me causa mais estresse no meu trabalho é eu não poder atender o paciente certo [...] porque eu poderia fazer mais, e eu não posso.”(E6)



“quando eu não consigo realizar alguma coisa, [...] fazer o que eu tento, o que eu preciso fazer”[...] (E7)

“É pessoas mal humoradas, né, aí me abala muito, a maneira de falar.” [...] (E2)

[...] “e cobrança, aqui ultimamente tem tido muita cobrança, né... aí começa a cobrar e aquilo me irrita dum tanto, muita cobrança, pra mim é só... cobrança.” (E4)

“cobrança, eu me sentir pressionada”[...] (E5)

Os conflitos familiares também foram relatados como variáveis causadoras do estresse, juntamente com as dificuldades financeiras e sobrecarga de trabalho, trazendo junto o sentimento de frustração. Minayo (1988) menciona que o ambiente onde os conflitos emocionais são eminentes é o das relações familiares e no ambiente de trabalho.

[...] “ eu tenho muita dificuldade.. em casa [...] eu tenho muita dificuldade com meu marido, ele é um homem muito difícil,sabe ”[...] (E4)

[...]“os trabalhos e cuidar das crianças sozinha, parte financeira porque pesa bastante, se eu pudesse trabalhar somente um serviço para ficar mais tempo em casa com elas [...]e às vezes assim, eu trabalho tanto e ainda não supre tudo que eu preciso, ainda passo por algumas dificuldades, então isso me deixa mais frustrada ainda, me sinto incapaz [...] como se minha vida não tivesse muito sentido, não vivesse para muita coisa.” (E5)

Os fatores motivacionais também foram citados como influenciadores no estilo de vida do profissional de enfermagem e apresentam uma colocação ambivalente, pois ao mesmo tempo em que há a idealização do trabalho de cuidar do outro, as questões que envolvem a administração desses cuidados são relatadas como desmotivadoras.

Para Zanelli et. al., (2004) motivação seria um processo psicológico que justifica as diferentes ações individuais que são fomentadas pelas necessidades, emoções, valores, metas e expectativas. Bock (2001) identifica três constantes influenciadoras, que são: o ambiente, as forças internas do indivíduo e o objeto. Assim a motivação é um processo que instiga o indivíduo para a ação, levando em conta as relações entre as variáveis relacionadas tendo por base as necessidades, desejos e intenções na busca da satisfação de uma necessidade. Martinelli (2014) acrescenta a essa definição o componente energético da ação do indivíduo que focaliza na direção em busca de um objetivo, e quando o objeto não é alcançado obtemos a frustração. Para Mendes (1995) o estudo dos aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho está intimamente ligado ao do prazer-sofrimento na organização do trabalho, numa retórica que deve ser observada por se completarem.

[...]“quando eu sinto que tá todo mundo envolvido na mesma causa, porque na verdade no momento eu tô sofrendo muito com essas questões” [...] (E1)

“trabalhar, cuidar dos pacientes, gosto muito, gosto demais da conta, levar uma palavra amiga, cuidar bem deles, tanto que todos que eu cuido eles gostam muito de mim, muito tempo eles ainda me ligam” [...] (E2)

“Não me vem nada na mente [...] aí não, só estresse.”(E5)

“é sempre a melhora do paciente, se não é, pelo menos, uma qualidade de vida, cuidados paliativos, que ele tenha um final digno.” (E6)

[...] “quando eu saio de casa falando “tô indo trabalhar” por incrível que pareça eu sinto assim, eu sei que é até errado falar “a meu emprego é terapia”, mas para mim é terapia porque eu amo o que eu faço, sou apaixonada pelo que eu faço. ”[...] (E7)

Isso posto, a relação entre o trabalho realizado no hospital e a possibilidade desses atos causarem prazer e realização, é considerado por Pitta (1999) um processo de sublimação, pois esse mecanismo de defesa aflora pela possibilidade da realização de atos valorizados pela sociedade, em que a sensação de prazer é utilizada para compensar as frustrações sofridas. No discurso das entrevistadas percebe-se o reforço da ideia de realização pessoal, e também dos conflitos latente, dando ênfase ao estresse laboral. Mendes (1995) acrescenta que esse mecanismo de sublimação não se reporta diretamente a resistência às mudanças nem é um posicionamento inativo e alienado diante das resistências do trabalho, mas tão somente uma mediação entre as pulsões inconscientes do sujeito e a sua realidade. Para Dejours (2004) o real do trabalho, se entrelaça com o mundo objetivo e o mundo social do trabalhador.

[...] “mas a questão de não conseguir resolver as questões e saber que as pessoas não... não busca resolver também ainda me deixa angustiada e eu ainda não me controlo diante disso, sabe porque é de mim...é de mim a resolver, é de mim deixar as coisas resolvidas, eu não o consigo, [...] (E1)

“Não consigo ir para o repouso, e não tenho, não é porque as pessoas não são capazes, eu não gosto de deixar meus pacientes com ninguém, num vou no repouso não, fico por ali mesmo.” (E2)

A prática do cuidado, realizada pelo profissional de enfermagem, ao paciente objetiva diretamente a manutenção, suporte, amparo do outro, e representa conforme aponta Baggio (2006) uma troca que trás para o cuidador sentimento de prazer e satisfação, evidenciando um cuidado verbal e não verbal, atendendo aspectos físicos e emocionais, com funções terapêuticas, que se bem canalizada, fortalece as estruturas emocionais das partes envolvidas no processo. O envolvimento com os pacientes também é citado como um importante fator

retroalimentador, sendo considerados pontos positivos com a melhoria do paciente e sensação de cumprimento da missão por parte do profissional de enfermagem.

[...] “tanto que todos que eu cuido eles gostam muito de mim, muito tempo eles ainda me ligam [...] eles pegam meu telefone, esses dias mesmo um que teve internado aqui me ligou frou que queria me ver [...] ai ela falava: me ajudou muito, eu gosto muito, muito daqui.”(E2)

[...] “a gente encontra uns paciente assim, na rua e eles falam, cumprimentam[...] Essas situações da gente vir trabalhar e ver o resultado, porque aqui a gente vê o resultado que a gente fez às vezes a gente chega [...] e tá uma situação... a gente sai no outro dia [...] e tá em outra situação”[...] (E3)

“Saber que eu sou necessária, em algum lugar, saber que quando eu faço alguma coisa, eu posso fazer o melhor dou o meu melhor, eu dou o melhor de mim”. (E7)

“quando eu ganho elogios, quando alguém me elogia [...]você é tão legal, você me ajuda tanto, você é tão inteligente, isso me dá uma motivação [...]ai que eu quero fazer mesmo, trabalhar [...]agora uma pessoa que te olha bem assim, que não te elogia, você faz tudo, e não elogia em nada... [...]” (E4)

Os elogios e reconhecimento são para Mendes e Ferreira (2007) reforçadores positivos, pois o prazer no trabalho pode favorecer o equilíbrio psíquico do trabalhador. São fatores motivadores das relações no trabalho e essa retroalimentação é descrita pelos entrevistados como fonte de prazer e realização pessoal.

As maiorias dos entrevistados trabalham no turno noturno, porém quando questionadas sobre a influência do trabalho noturno sobre sua rotina, as respostas foram ambíguas, pois enquanto algumas consideraram o turno uma variável prejudicial a sua saúde, outras consideraram que a variável turno não causou interferência na sua relação saúde-doença, respaldando os dados de Laville e Dionne (1999) onde os comportamentos e ações humanas não estão predispostos a cálculos ou regras, mas utiliza-se de outros fatores que variam de acordo experiências e percepções cotidianas.

[...] “eu sinto que trabalhar a noite fez um mal muito grande [...] tanto que eu sinto a minha memória falhar, [...] quando eu vou contar uma história às vezes eu esqueço algumas partes e eu sinto que é do trabalho noturno, porque eu sigo rigorosamente o horário do repouso eu não consigo cochilar na cadeira, [...] e às vezes quando eu chego em casa eu também não durmo” [...] (E1)

[...] “pois é era no plantão noturno, ai eu achei que passar para o dia eu melhorava, mas não foi não, foi por causa do estresse do trabalho mesmo, não era relacionado ao plantão noturno não, por isso que eu passei para o dia, e ficou a mesma coisa, passei para a noite e fiquei do mesmo jeito.”[...] (E6)

Consoante a afirmação de Dejours (1987) só há possibilidade de saúde, se houver o cuidado de si e de usufruir da vida, assim a psicopatologia do trabalho defende a necessidade de uma vida fora do ambiente de trabalho. Todavia o próprio Dejours (2004) afirma que o real do trabalho, integra também o mundo objetivo e o real do mundo social.

[...] “eu tenho momento de lazer, sou religiosa, levo os meus filhos para a igreja, passeio com meu esposo, com todo mundo, cuidado da casa e isso me dá muito prazer, né... aí eu consigo conciliar, esse emprego, com, o trabalho da minha casa”[...] (E1)

“Tenho a igreja todo final de semana, [...] a gente sai com o pessoal da igreja ou com alguma amiga [...] e no domingo quando não vem trabalhar às vezes vou para a fazenda com meu filho [...] sempre tenho um lugar para ir, convites demais, muitos amigos.”[...] (E2)

[...] “trabalho de hospital é no hospital, quando eu saio hospital, vou para minha casa, é minha casa, [...] Viajar, amo viajar, não viajo mais porque o tempo não dá, eu procuro muito viajar, ou então a gente vai, caça um lugarzinho para ir, a praia, taquaruçu, sei lá... para a gente descansar” [...] (E3)

“Eu tento me organizar da melhor maneira possível nos finais de semana que eu tenho folga eu procuro organizar alguma coisa com eles, nem que seja no cesamar, qualquer coisa simples, mas eu nunca deixo de estar com eles, na igreja, eu sempre tento alguma coisa assim, a gente se diverte, sai.”(E6)

“Agora mudou tudo né, agora eu sei que na hora de trabalhar, é hora de trabalhar[...] nos vamos ter o horário do lazer, horário de dar atenção pro meus filhos, agora eu sei dividir uma coisa da outra, e procuro viver mais com a família, eu tava perdendo minha família para o meu emprego, hoje em dia eu sei dar valor nisso, hoje em dia eu vivo para o meu marido, eu não vivo para o meu emprego, eu sei dividir.”[...] (E7)

Os conflitos familiares também foram mencionados no discurso de algumas entrevistadas, como eventos do passado ou como algo presente no seu cotidiano. As relações familiares interferem diretamente na vida do trabalhador, sendo também a causa do sofrimento, uma vez que a família é considerada a ligação direta do trabalhador com o mundo externo e quando essa troca não ocorre pode ocorrer o desequilíbrio emocional.

A religiosidade foi descrita como parte do cotidiano dos entrevistados, juntamente com o lazer e família. A espiritualidade faz parte da experiência humana e Menezes (2017) destaca os aspectos cognitivos, experienciais e comportamentais, considerando três aspectos importantes que são a percepção daquilo que se busca como sentido da vida, a transcendência e a abordagem da espiritualidade diante de situações de vida e morte. A crença numa cura divina também foi indicada em relação à cura do adoecimento psíquico, reforçando a importância da espiritualidade no processo saúde-doença e tratamento. Silva e Siqueira (2009)

reforça que a religiosidade remete a dimensão pessoal, incluindo suas experiências dentro de um contexto social, a busca pelo sagrado está voltada aos aspectos subjetivos, o que pode ser um mecanismo de enfrentamento do sofrimento e de outras questões voltadas à espiritualidade do indivíduo, Minayo (1988) enfatiza que os indivíduos que estão ligados à fé cristã, mencionam Deus como a justificativa para a cura das doenças, todavia também correlacionam com outras causas de origem sócio-econômicas, emocionais ou naturais para o surgimento das enfermidades.

[...] “porque a vida da gente sem Deus é nada, [...], eu realmente fui curada, não fui curada pelo remédio [...] eu fui curada por Deus mesmo, hoje eu não tenho vestígio de nada, [...] todas essas medicações forte eu usei, [...] hoje eu não tenho problema nenhum com insônia, nunca tomo nada mais, nada,”[...] (E6)

Com o trabalho em posição central do cotidiano, a qualidade de vida é prejudicada, demonstrando através de uma rotina intensa de trabalho, o que reflete diretamente no dia a dia, sacrificando o lazer e as inter-relações, Ignatti (2012) citar o isolamento e a sublimação como mecanismos de defesa utilizados para um distanciamento de si mesmo, numa despersonalização do eu. Outra variável significativa é o acúmulo de responsabilidade da mulher na dupla jornada de trabalho, acumulando as funções domésticas, o que gera sobrecarga de trabalho em detrimento ao descanso necessário para manutenção da saúde física e mental.

[...] “eu não tô tendo lazer, só trabalho e casa [...]eu não dou conta de chegar em casa, tomar um banho e deitar [...] ai eu começo, casa, lavar louça, lavar roupa, fazer comida, preocupar o que eu vou jantar, preocupar o que eu vou fazer amanhã, sabe[...] eu tenho muita ansiedade e isso acaba me prejudicando” [...] (E4)

[...]“é muito pesado, puxado pra mim, tem dia que eu chego em casa, que eu não tenho força, animo para nada, [...]tenho que lavar roupa, limpar casa, fazer tudo porque sou sozinha.”(E5)

[...]“estresse do cotidiano, do dia a dia, de casa, porque minha vida é bem corrida”. (E5)

Os discursos são produzidos pelas relações entre saber e poder e juntamente com o conhecimento estão entrelaçados as práticas sociais. Assim os relatos dos discursos dos entrevistados, apresentam opiniões e valores distintos sobre o mesmo assunto, uma vez que não é tão somente uma fala, mas um discurso repleto de significados, podendo justificar a diferença de opiniões e posicionamentos dos entrevistados.

### 4.2.3 Categoria III: Clima organizacional

A organização do trabalho é, na explicação de Dejours (1987) a divisão das tarefas, que conduz alguns indivíduos a definirem o trabalho a ser executado por outros, delimitando também o modo operatório e o ritmo a seguir, e verticalmente é a divisão dos homens por hierarquia de comando que delegam as relações de trabalho e suas responsabilidades.

O Clima organizacional é definido por Fleury e Sampaio (2002) como a percepção que se tem da organização tendo como referência a qualidade do ambiente que esta diretamente ligada ao comportamento e pode ser modificada por variáveis internas ou externas à organização.

O relacionamento interpessoal pertence à categoria de variáveis que influenciam no clima organizacional e sofre influência de todos, Chiavenato (2010) lembra que as pessoas não atuam sozinhas, mas dependem das interações entre si, e isso faz parte do comportamento humano, é o que gera o trabalho em equipe, para alcançar algum objetivo.

[...]... é de mim resolver, é de mim deixar as coisas resolvidas, eu não o consigo... saber que poderia ser resolvida e ficar tranquila e ir embora para casa como que eu tiver feito o meu trabalho e não fiz,[...]se não mudar eu vou relatar muito e vou ser muito relatada, porque tá difícil, [...] e para você não entrar em atrito com todo mundo, você acaba ficando quieta”[...] (E1)

[...] “É pessoas mal humoradas, né, ai me abala muito, a maneira de falar, porque eu sou muito meiga, ai já me abala [...] Se falar alto comigo eu já choro [...]” (E2)

“é bom, procuro assim, melhorar o máximo possível para ficar tranquilo”. (E3)

[...] “eu tenho uma boa relação, gosto de fazer amizade, sabe, eu não sou de ofender ninguém, a não ser que pise no meu calo, mexa comigo, [...] levantar o astral, agora ultimamente que eu não tô de sorrir brincar não”[...] (E4)

“é boa, é boa, graças a Deus.” (E5)

[...] “indo jantar junto para se aproximar mais, ter um relacionamento interpessoal, mais, né, tentar uma aproximação assim... tá dando certo, converso, ajudo, sempre ajudo no que eu puder.” (E6)

Nesse contexto, as relações entre os colegas de trabalho são referidas como boas, porém quando o assunto é trabalho em equipe, relatam conflitos, que sem sua maioria tem origem na execução das funções laborais, situações que geram estresse e questões voltadas à gestão.

A relação entre prazer e sofrimento no trabalho esta intimamente ligada à forma de organização do trabalho, Dejours (2004) correlaciona o sofrimento com a criatividade no trabalho, ou seja, a capacidade do trabalhador utilizar mecanismos internos que promovam o prazer e proporcionem o equilíbrio psíquico, todavia o desequilíbrio correlacionado ao adoecimento, e a relação entre o mundo psíquico e o mundo do trabalho é denominado como ressonância simbólica.

A representatividade da queixa sobre o presenteísmo é relevante. A definição de Paschoalin (2012) para o presenteísmo seria a baixa ou perda de produtividade do profissional em virtude de problemas físico ou mental, comprometendo o serviço prestado, ou seja, o trabalhador esta presente fisicamente, porém não consegue exercer com êxito suas atividades laborais.

[...] “no serviço tá mais difícil, [...] não vejo colaboração, não vejo as coisas acontecerem, não vejo, não vejo, e é uma coisa tão simples[...]porque assim o primordial às vezes é o paciente, né?e às vezes deixa muito a desejar, né... e isso é ruim...[...] É as outras pessoas dizem: é assim mesmo, não tem jeito, vamos fazer o quê? Mas eu sempre acho que tem jeito, tem o que fazer[...]eu acho que isso tá sendo característica do local do trabalho [...] quem entra... entra de um jeito e acaba se moldando as pessoas daquele lugar e eu não quero isso”[...] (E1)

“Pessoas que trabalham com má vontade que não tem aquele amor pelo próximo, que cuida como se fosse qualquer pessoa, eu fico muito triste com isso [...] são pessoas mesmo que não tem aquele amor pelo seu trabalho, não tem aquela dedicação, parece que não tem sentimentos.”(E2)

[...]“colega que atrasa muito[...] porque eu acho que a gente tem de ter compromisso, [...] eu aprendi a trabalhar dentro das normas certinho, você tem que ter aquele compromisso, então aquela pessoa que não tem compromisso de chegar na hora, deixa ficar medicação, ta lá para fazer e vai ficando, vai ficando, isso eu acho muito chato,”[...] (E3)

[...]“tem muita gente que trabalha por trabalhar, vem desmotivado, desconta suas frustrações nos colegas, desconta suas frustrações no pior, que eu não concordo, no coitado do paciente que já tá ali debilitado, então é muito deficiente, eu acho que nesse ponto a gente tinha de fazer uma peneira, para procurar melhorar a...o atendimento.” [...] (E7)

O Presenteísmo reflete diretamente na produtividade e sobrecarga de trabalho para os pares, Umann, Guido e Grazziano (2012) ressaltam que esse transtorno reproduz negativamente na equipe e na instituição, trazendo também as consequências dos erros e descuidos que possam causar para terceiros, tornando-se um problema institucional. São muitas as variáveis que podem estar relacionados ao desencadeamento desse problema como: ambiente de trabalho, fatores pessoais, condição financeira e demandas psicológicas. A falta de motivação, cansaço e irritabilidade podem se apresentar como sintomas e afetar diretamente o trabalhador nas suas relações de forma geral, ficando mais expressivo nas

relações pessoais e profissionais, levando a uma diminuição da autoestima e desencadeando doenças físicas e psicossomáticas como a depressão, ansiedade e outros transtornos mentais.

Ainda que os sintomas estejam presentes, presenteísmo é uma situação de adoecimento no trabalho, difícil de ser diagnosticado uma vez que a presença do trabalhador no seu ambiente de trabalho pode mascarar o reconhecimento.

Na busca pela produtividade, o capitalismo tende a explorar o indivíduo e desprezar a sua subjetividade que envolve aspectos afetivos nas suas inter-relações, aflorando sentimentos ambivalentes positivos e negativos dentro das relações de trabalho. Para Foucault (1979) as instituições interiorizam as regras de controle, buscando alicerçar essas leis como regras gerais.

“Eu falava como o coordenador e ele falava que não podia fazer nada por mim que eu tinha que trabalhar: eu não posso fazer nada por você, [...] “ele (*o médico psiquiatra*) falou que eu havia surtado de ter ficado cuidando desse paciente, eu não conseguia dormir mais e eu ficava só chorando, ai fiquei usando essas medicações [...] desde esse tempo eu nunca voltei a ser normal assim qualquer coisa eu fico triste, mas tô seguindo a vida.” (E2)

[...] “a coordenação, a menina lá... ela é bem exigente, ela fala: “minhas funcionárias”, é onde eu não dava conta porque eu não sou funcionária dela, [...] na verdade nós somos funcionários do estado”[...] (E4)

“o serviço não é tão pesado, tão forte, mas... a pressão lá, psicológica é muito grande, aquilo deixa a gente, qualquer um dos que trabalha apreensivo o tempo todo porque a coordenadora lá é de peso pesado, é terrível” [...] (E5)

Os relatos são de excesso de autoridade, negligência da escuta e pressão psicológica, fatores que causam a insegurança e o sofrimento psíquico do trabalhador, o que pode ser considerada uma violência ocupacional, que pode ocorrer de várias formas, inclusive pela precariedade das condições de trabalho, podendo resultar, destaca Dejours (2004) no agravamento das patologias mentais decorrentes do trabalho.

Consequentemente a queixa do déficit de servidores foi recorrente, todos os entrevistados a citaram nos seus relatos, direta ou indiretamente. A inexistência do setor de recursos humanos no hospital corrobora com essa realidade e seria a justificativa para vários problemas apresentados pela instituição como servidores sem perfil para o trabalho em setores específicos, sobrecarga de trabalho, prejuízo direto ao bom atendimento do paciente, entre outros. Lapassade (1977) considera que se quisermos analisar o que se passa no grupo, devemos observar que o sentido do que vigora nesse grupo e remete ao contexto institucional onde se apresenta. Lane e Codo (1984) reforçam, afirmando que a linguagem reproduz a visão do mundo produzida pelas relações a partir do trabalho produtivo, trazendo representações, significados e valores, pertencentes a um grupo social.



[...] “eu acho que onde eu estou ainda não é meu lugar, aí eu ainda vou pedir para ser remanejada [...] Tô na busca... porque lá não é não tenho perfil para ficar lá. [...] Olha eu acho que, teria que ter um trabalho, que bom q seria se tivesse um trabalho voltado para nós [...]a gente pensa que tá tudo bem né, e a quantidade de atestados que tem não é normal em todos os setores, é assim, [...] então alguma coisa tá errada, quem pode fazer alguma coisa? [...] recursos humanos ruins.” (E1)

[...] “tem um setor que você se adapta melhor, eu acho que deveria ser assim, não só para aqui, mas para todos os setores, porque você vê que tem colegas que tão aqui porque colocou aqui, mas ela não tem aquele, sabe? Aquele local tem outro local que ela se adapta melhor, acho que iria desenvolver um trabalho melhor [...] a pessoa se cansa mais quando você tá num local que você não tá gostando fica mais pesado”. (E3)

[...] “fica complicado, não dá porque a falta de funcionário é grande, aí sobrecarrega, a gente fica cansada, tem dia que a gente sai daqui, as pernas estão... o corpo tá, as pernas tá... parece que você tá assim flutuando, muito cansativo.” (E5)

[...] “mais para o lado pessoal, trabalhar muito com cada funcionário, para que ninguém venha trabalhar frustrado, trabalhar no lugar que não deseja [...] tem gente que tá num local de cara fechada, atrapalha o desenvolvimento e o andar do serviço.” (E7)

A lacuna na ausência do cuidado com o profissional de saúde gerou um discurso de queixas, porém com propostas de soluções, pois eles definem a função do setor de recursos humanos e trazem a ideia, como argumento, para sanar problemas do cotidiano que afetam o seu labor. Verifica-se também que o mau dimensionamento de servidores acarreta a sobrecarga de trabalho e consequente desgaste físico e mental do profissional, o que são variáveis adoecedoras. Dejours (1992) pontua que o sofrimento tem origem nas pressões e imposições da organização do trabalho e isso reflete no trabalhador na forma de sentimento de incompetência e incapacidade frente à realidade.

#### 4.2.4 Categoria IV: Estrutura institucional

A estrutura institucional engloba um sistema composto pela organização e instituição, de acordo com a definição de Lapassade (1977) na organização as relações são governadas por estatutos e delimitam-se a espaços físicos e a instituição está acima da organização e não são materialmente definidos, porém regem todo esse sistema social, conforme Lourau (2004) são as normas, leis, etc. As relações institucionais também apresentam vários atores que ocupam papéis significativos no processo, Lapassade (1977) define o instituinte como aquele que está na fase mais produtiva da instituição, na qual as ações ainda estão em movimento e

constituição e o instituído é aquele que reflete a cristalização do processo e se confunde com a própria instituição.

A divisão de poder é especificada pela burocracia que rege os grupos de decisão e execução da prática institucional, distintas em seus objetivos, trazendo a obediência como regra e a divergência entre os interesses dos grupos e sujeitos, antepondo-se a autonomia. É a organização da separação pelo poder de decisão.

A estrutura física faz parte da organização do trabalho bem como a disposição das ferramentas de trabalho, o profissional de enfermagem participa do processo laboral disponibilizando os seus conhecimentos e habilidades, respaldado pelas leis e normas que regem sua profissão, a prestação da assistência aos usuários através de ações terapêuticas é o produto final nas instituições de saúde, e os recursos materiais são fundamentais e compõe a infraestrutura para a produção de bens e serviços.

A falta ou deficiência de materiais influenciam diretamente no suporte ao paciente doente. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), consideram que o sofrimento do trabalhador surge das frustrações geradas pela expectativa versus realidade da organização do trabalho.

“Precisava de uma boa melhoria.” (E3)

[...] “eu tô achando até bom, essa ala aqui que a gente tá, nova, mas onde a gente tava antes de abrir essa ala, lá embaixo, tava péssima e ainda tá, tá péssimo precisando dá uma melhorada.” (E4)

“O que me aborrece [...]eu não conseguir fazer,porque eu não tenho ferramentas para ajudar o paciente, [...] eu me sinto impotente para isso, falta das coisas.” [...] (E6)

“A estrutura física do hospital, eu considero razoável, que podia melhorar, principalmente os elevador, sempre tem problema e no caso de uma urgência você não tem nenhuma rampa, se você tem uma rampa você desce correndo, sei lá alguma coisa nesse sentido, acessibilidade.” (E6)

“Deficiente, infelizmente, muito deficiente ainda, é um lugar que eu gosto, mas é um lugar que falta muita coisa [...]tanto para nos funcionário e também para o paciente [...] equipamento, medicação”, [...] (E7)

Apesar de estar passando por reformas na sua estrutura física, o hospital, ainda apresenta a falta de materiais de trabalho, equipamentos e medicação, o que traz para o servidor o sentimento de incapacidade. Para Oliveira e Fontana (2012) o cuidador é detentor do saber/fazer, todavia se depreciado na sua função social, sendo exposto a condições deficitárias para execução de suas atividades laborais, predispõe o mesmo a práticas laborais escassas.

A debilidade das condições de trabalho, falta de material, longa jornada do trabalhador e sobrecarga de trabalho, são relatadas pelos entrevistados, o que conforme Oliveira e Cunha (2014) estão entre os principais fatores que colaboram com o aparecimento do estresse.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta à questão de pesquisa, verificou-se que a percepção do profissional de enfermagem tem sobre seu adoecimento psíquico é permeado de valores que envolvem seu papel de cuidador, sendo transposto por um processo histórico e dinâmico que envolve o papel social desse profissional e as variáveis influenciadoras desse adoecimento, englobando tanto o âmbito pessoal quanto institucional.

A autopercepção dos entrevistados é influenciada por fatores que interferem na forma desses perceberem seu adoecer, havendo uma barreira entre sua função profissional e sua condição biológica e psíquica de se ver doente, e estendendo esse comportamento a sua percepção de necessidade e importância por optar ou buscar um tratamento para os sintomas que os acometem. O significado do adoecimento sugere como característica principal a ausência ao trabalho em detrimento à necessidade do autocuidado, ou seja, o indivíduo não se percebe adoecido ou não se permite adoecer. As estratégias de defesa utilizadas em alguns discursos foram de negação, sublimação, introjeção e isolamento, observando o contexto de histórico individual, profissão, relações interpessoais, percepção do cotidiano, predisposições, relações familiares, religiosidade e outros fatores externos.

Evidenciou-se que os trabalhadores de enfermagem enfrentam dificuldade no âmbito da organização do trabalho com a inexistência do setor de recursos humanos, conflito com a gestão, falta de reconhecimento no trabalho, déficit de material e pessoal e consequente sobrecarga de trabalho, que são fatores estressores, os quais favorecem para o adoecimento da classe, reforçado pelos dados estatístico da pesquisa, que apontou os transtornos depressivos como principal causa para os afastamentos de origem psíquica.

A procrastinação e o presenteísmo de colegas de trabalho são citados como fatores desmotivadores no exercício das funções laborais.

O estilo de vida fora do ambiente hospitalar é primordial para a manutenção do processo saúde-doença, e alguns entrevistados demonstraram desgaste físico e mental, com poucos momentos de lazer, e redundante discurso poliqueixoso e depressivo.

Apesar dos riscos relatados, o profissional de enfermagem considera como fator retroalimentador, o reconhecimento por parte dos pacientes e familiares, reforçado pelas primícias de sua missão pessoal de cuidador que extrapola o espaço físico do hospital por ser uma função social.

No discurso do profissional há uma manifestação pela importância de um espaço de escuta e de fala, para resignificação desse sofrimento, na busca da promoção a saúde.

Tanto os dados estatísticos dos afastamentos e prorrogações de licença médica, quanto o discurso poliqueixoso dos profissionais, demonstram que o adoecer psíquico é reflexo da cultura da instituição e está se tornando crônica, como se vê nos relatos, pois embora estejam no seu exercício laboral, muito dos entrevistados demonstram características de comportamento que remetem a cronicidade de quadros depressivos.

Os dados dessa pesquisa evidenciam a importância da temática abordada no estudo. Sua relevância junto à área da enfermagem é significativa, visto que não é somente o adoecimento de um profissional, mas retrata uma realidade instituída de sofrimento do trabalhador, que reflete na organização do trabalho e na instituição. Esses resultados permitem afirmar que a queixa do profissional deve dar lugar a um espaço de escuta, pois a subjetividade do discurso e a objetividade dos fatos demonstram a eminência de novos afastamentos por problemas psíquicos.

Assim, sugere-se que dentro da perspectiva de atendimento das demandas, seja ofertado, além do serviço de atendimento psicológico já disponível nessa instituição, outros projetos voltados à saúde do servidor, focando na escuta coletiva do grupo, fomentando a coparticipação desses profissionais na elaboração desses projetos, trazendo para eles a responsabilidade de serem autores de ações que os beneficiam.

A recorrente necessidade de um setor de recursos humanos também é notada nos relatos e demonstra a importância de um serviço de avaliação do perfil do servidor e adequação do dimensionamento desses trabalhadores.

Outrossim, a manifestação do sofrimento nem sempre deve concluir-se em adoecimento, mas canalizar a criatividade do servidor pode gerar resultados que serão retroalimentadores e estimuladores da saúde psíquica. Além disso, os resultados apresentados necessitam de análise das representações que esse profissional faz de seu contexto de trabalho, o que pode ajudar na elaboração de estratégias para promoção e bem-estar da classe.

## REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

ALENCAR, N.F.C; CORGONZINHO, J.A. **Prevalência de transtornos mentais junto ao setor de licenças médicas**. Anais da VIII Jornada de Iniciação Científica do Centro Universitário Luterano de Palmas: CEULP/ULBRA, 2008.

ALMEIDA, L.J.C. **Afastamento por Transtornos Psiquiátricos em Servidores Públicos Estaduais do Tocantins entre 2006 e 2008**. 86f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) – UNB, Brasília, 2010.

ALMEIDA, Larissa Amorim et.al. Generators factors of Burnout Syndrome in health professional. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v.8, n.3, 2016. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505754106035>> Acesso em 25 de set.2018.

ALVES, Ana Paula et.al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. **Revista de Enfermagem**, UERJ. V. 23 n.1, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.8150>> Acesso em: 25 de set.2018.

ARENDT, H. **A condição humana**. Tradução: Roberto Raposo. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 1, 2006. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/949/1164>>. Acesso em: 09 mai. 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luis Antero e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

BASTOS, Maria Luiza, et al. Afastamentos do trabalho por transtornos mentais: um estudo de caso com servidores públicos em uma instituição de ensino no Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**.v.16, n.1, 2018. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/324892520>> Acesso em 25 de set.2018.

BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). O território e o processo saúde-doença (pp. 51-86). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

BOCK, Ana Mercês Bahia et. al. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOOTH, W.; COLOMB, G. C.; WILLIAMS, J. M. **A arte da pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

BRANDT, L.C.; MINAYO-GÓMEZ, C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 465-473, dez. 2007.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 57, n. 5 Oct. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672004000500019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672004000500019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 nov. 2017.

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Content analysis in studies using the clinical-qualitative method: application and perspectives. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, 2009. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200019) &lng=pt&nrm=iso > Acessos em: 25 de set. 2018.

CARMO, P. S. **A ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 2001.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à Teoria das organizações**. São Paulo: Manole, 2010.

Conselho Federal de Enfermagem. **Novo código de ética dos profissionais de enfermagem, CFE, 2017**. Disponível em :<[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)> Acesso em: 09 de julho de 2018.

COSTA, M.T.P; BORGES, L.O; BARROS, S.C. **Condições de trabalho e saúde psíquica: um estudo em dois hospitais universitários**. Revista Psicologia Organizações e Trabalho. Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 43-58, mar. 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572015000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572015000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 abr. 2018.

CODO, W.; GAZZOTTI A. A. **Trabalho e afetividade**. In: Codo, Wanderley (Coord.), Educação: carinho e trabalho. Burnout, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação, Petrópolis, RJ, 1999: Vozes.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, Oboré, 1987.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 5ª. ed. ampliada. São Paulo: Cortez, Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, Fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.33, n.3; p.98-104, jul./set., 1993.

\_\_\_\_\_. ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Subjetividade, trabalho e ação**. Production. São Paulo, vol.14, n.3, set./dez 2004. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004> >. Acesso em: 12 nov.2017.

FERREIRA, MM.; FERNANDES, T.M.; ALBERTI, V. (orgs.) **História oral**: desafios para o século XXI. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. Disponível em: < <https://doi.org/10.7476/9788575412879> >. Acesso em: 15 fev. 2018.

FLACH, Leonardo et. al . Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis , v. 21, n. 2, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822009000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 Set. 2018.

FLEURY, M. T. L; SAMPAIO, J. D. R. **Uma discussão sobre cultura organizacional**. In: Fleury, M. T. L. (org.) As pessoas na organização. 2. ed, São Paulo: Gente, 2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da medicina social**. In: \_\_\_\_\_. 3 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GIBBS, G.b. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.



GONÇALVES, A. **Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida**. In: VILARTA, R. (org.) *Qualidade de Vida 137 e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física*. Campinas, IPES, 2004.

IGNATTI, C. Sofrimento psíquico de enfermeiros: um olhar mitológico. **Revista Científica Integrada**. São Paulo, ano1, nº 1, Março, 2012. Disponível em: <<http://unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/edicao-n-12014/1449-120-390-1-sm/file>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

JACQUES, M. G.; CODO, W. (orgs.). **Saúde Mental & Trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

KUBO, S. H.; GOUVÊA, M. A.; MANTOVANI, D. M. N. **Dimensões do significado do trabalho e suas relações**. Pretexto, v. 14, n. 3, 2013.

LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.). **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do Saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução: Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LOPES, M. J. B; LEAL, S. M. C. Uma persistente feminização na profissional da enfermagem brasileira. **Caderno Pagu**. Campinas, n.24, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>. Acesso em: 10 abr. 2018.

LOURAU, R. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2014.

LURIA, A. R. **Fundamentos de Neuropsicologia**. Tradução: Juarez Aranha Ricardo. São Paulo: USP. 1981.

MAINGUENEAU D. **Análise de textos de comunicação**. Tradução: Cecília P. de Souza e Silva e Décio Rocha. São Paulo: 3ª Ed. Cortez, 2004.

MARTINELLI, S.C. Um estudo sobre desempenho escolar e motivação de crianças. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 53, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n53/13.pdf>. Acesso em 10 dez. 2017.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política**. Livro I: O processo de produção do capital. 7. ed. DIFEL Difusão Editorial S.A., 1982. vol. 1.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Tradução: Rubens Enderle. São Paulo: Boi tempo, 2013.

MATTOS, A.I.S.; ARAÚJO, T.M; ALMEIDA, M.M.G. Interação entre demanda-controle e apoio social na ocorrência de transtornos mentais comuns. **Revista Saúde Pública**. V.51, n.48, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100240&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100240&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: Acesso em 25 de set.2018

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Brasília, vol.15, n.1-3, 1995.Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

\_\_\_\_\_.FERREIRA, M. C. Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento – ITRA: Instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: MENDES,A. (Orgs.). **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MERLO, A.R.C.; BOTTEGA C.G.; PERES, K.V. **Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Porto Alegre: Evangraf, 2014.

MENEZES, T. M. O. Dimensão espiritual do cuidado na saúde e enfermagem.**Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, 2017. Salvador, v.31, n 2, 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22522>>. Acesso em : 10 jan. 2018.

MEIHY, J. C. S. B. Manual de história oral. **5 ed. São Paulo: Loyola**, 2005.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução: Carlos Alberto R. de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol.4, n 4, 1988. Disponível em :<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO102\\_311X9880000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102_311X9880000400003)>. Acesso em: 12 mar.2018.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

\_\_\_\_\_. **Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças**. In Revista Brasileira de Educação Médica – Rio de Janeiro, 2009.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NERY, Adriana Alves et al. Concepção de saúde: visão de adolescentes do ensino fundamental de um município da Bahia. **Saúde.com**, [S.l.], v. 5, n. 1, abr. 2009. ISSN 1809-0761. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/141>>. Acesso em: 01 de out. 2018.

OLIVEIRA, R.J.; CUNHA, T. Estresse do profissional de saúde, no ambiente de trabalho: causas e consequências. **Caderno saúde e desenvolvimento**, v.3, n 2. 2014. Disponível em : <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/download/302/238> . Acesso em: 18 de nov. 2017.

OLIVEIRA C.M; FONTANA, R.S. Violência psicológica: um fator de risco e de desumanização ao trabalho da enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.11, n. 2, 2012. Disponível em:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11951/0>>. Acesso em: 5 jan.2018.

Organização Mundial da Saúde.**Classificação estatística internacional de doenças descrições clínicas e diretrizes diagnósticas: CID-10**. 5 Ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

\_\_\_\_\_. Transtornos Mentais, Desordem Mental. **OMS 2018**. Disponível em:<<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>>. Acesso em: 2 abr.2018.

PASCHOALIN, Heloisa Campos. **Presente no trabalho, mesmo doente: o presenteísmo na enfermagem**.169f. Tese (Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

PAULA, Glaudston Silva de et al. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado è Fundamental Online**, nº suplementar do I encontro pensando em saúde, Rio de Janeiro, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1664>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

PIMENTA, S.B. B.; CALDAS, R. S. Estudo introdutório sobre desenvolvimento da percepção infantil em Vigotski. **Gerais Revista Interinstitucional Psicologia**. Juiz de fora , v. 7, n. 2, p. 179-187, dez. 2014 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198382202014000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198382202014000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mai. 2018.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. Editora Hucitec, 1999.

SANTOS F.E.; ALVES J.A.; RODRIGUES A.B. **Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Einstein. 2009.

SERAFIM, Alessandra da Cruz. et al . Riscos psicossociais e incapacidade do servidor público: um estudo de caso. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 3, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300013&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 25 de set. 2018.

SILVA, A.H; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica** Campina Grande, v. 16, n. 1, may 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403>>. Acesso em: 08 jul 2018.

SILVA, Rayane Ferreira et al. Presença de Distúrbios Osteomusculares em Enfermeiros de Unidades de Pronto Atendimento. **Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde**. Jul/Dez 2017; 6(2):2-11. Disponível em: <[http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2081/pdf\\_2](http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2081/pdf_2)> . Acesso em 8 Jun. 2018.

SILVA, R. R. SIQUEIRA, D. Espiritualidade, religião e trabalho, no contexto organizacional. **Psicologia em Estudo Online**, V. 14, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org:9081/home.oa?cid=1149462>. Acesso em 25 de set.2018.

SOUZA, L. L. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, jul. 2014. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908>> . Acesso em: 08 abr. 2018

UMANN, J.; GUIDO, L. A.; GRAZZIANO, E. S. Presenteísmo em enfermeiros hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.20, n.1, jan.-fev.2012. Disponível em :<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SO104-11692012000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO104-11692012000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 5 de fev.2018.

VIEIRA, M. G.; S.R.Visões e significados do trabalho: um olhar histórico. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 2, 2008.

ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E. E BASTOS, A. V. B. (2004). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed.

## ANEXO 1

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa "**Adoecimento psíquico: Compreensão dos Profissionais da Enfermagem de um Hospital Público do Estado do Tocantins**" sob a responsabilidade da pesquisadora Núbia de Fátima Cavalcante de Alencar e como orientadora a Professora Dr<sup>a</sup> Marta Azevedo dos Santos.

Nessa pesquisa pretende-se compreender a percepção que o profissional da enfermagem tem sobre seu adoecimento psíquico uma vez que as atividades que exigem maior investimento de energia afetiva são aquelas relacionadas ao cuidado e a promoção do bem-estar do outro, todo esse quadro reflete na vida do trabalhador e principalmente na sua saúde. O (a) Sr. (a) receberá uma via assinada deste termo, constando o telefone, e-mail e endereço do pesquisador responsável, podendo assim tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que assim desejar.

Sua participação é voluntária e a coleta de dados se dará por meio da aplicação de uma entrevista na qual o participante responde verbalmente as questões da entrevista, sendo gravada em sua íntegra e posteriormente transcrito pela pesquisadora responsável para análise. Caso esses procedimentos possa gerar algum tipo de constrangimento o (a) Sr (a) não precisa realizá-lo. Se aceitar participar, estará contribuindo para melhor entendimento dos fatores que implicam no adoecimento psíquico do profissional de enfermagem, podendo contribuir assim, para a reflexão do processo saúde/doença e das possíveis variáveis que influenciam nesse contexto, permitindo novas ações através de propostas de atuação junto à educação permanente e de ações de políticas para essa unidade hospitalar.

O risco decorrente de sua participação na pesquisa eventualmente poderá ser de algum constrangimento ou desconforto em alguma questão ou alguns riscos frente ao processo emocional ao se deparar com algumas situações que levem a lembranças de situações ou circunstâncias em que possa trazer à tona aspectos relacionados a sua saúde mental em seu espaço de trabalho. Caso isto venha a ocorrer, a entrevista poderá ser interrompida e o (a) Sr (a) poderá ser encaminhado (a) ao serviço de atendimento psicológico existente no hospital e se sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito a indenização.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir

de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para obtenção de qualquer tipo de informação sobre os seus dados, esclarecimentos, ou críticas, em qualquer fase do estudo, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável no endereço 403 Norte, al. 7, casa 30, Plano Diretor Norte, Palmas/TO, ou pelo telefone 63 3224 7567 ou pelo email – [nubiapalmas@hotmail.com](mailto:nubiapalmas@hotmail.com). Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa o(a) Sr (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFT. O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada da forma como você imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da Universidade Federal do Tocantins pelo telefone 63 3232 8023, pelo email: [cep\\_uft@uft.edu.br](mailto:cep_uft@uft.edu.br), ou Quadra 109 Norte, Av. Ns 15, ALCNO 14, Prédio do Almoarifado, CEP-UFT 77001-090 - Palmas/TO, os horários de atendimento durante a semana são: segunda-feira e terça-feira das 14h às 17h, quarta-feira e quinta-feira das 9h às 12h. Você pode inclusive fazer a reclamação sem se identificar, se preferir.

Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas pelo participante e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um desses. Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não receberei nenhum tipo de compensação financeira pela minha participação neste estudo e que posso sair quando quiser. Reclamações e/ou insatisfações relacionadas à sua participação na pesquisa poderão ser comunicadas por escrito à Secretaria do CEP/UFT.

Palmas-TO, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante da pesquisa

---

Assinatura do pesquisador responsável

## ANEXO 2

**Roteiro Semiestruturado Para Entrevista****Dados Pessoais**

Iniciais: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Atividade Ocupacional (Cargo): \_\_\_\_\_

Local de Atuação (setor/unidade): \_\_\_\_\_

Tempo de atuação neste local: \_\_\_\_\_

- 1- O que é adoecer para você?
- 2- Você já se afastou do trabalho para tratamento de saúde? Se positivo por qual doença, e por quanto tempo? Houve recidiva da doença?
- 3- Para você, qual situação lhe causa estresse, aborrecimento ou outro sentimento negativo?
- 4- Com qual frequência?
- 5- Em que situação você se sente motivado?
- 6- Em que situação você se sente menos motivado?
  - 6.1 Enfrenta alguma dificuldade?
- 7- Como você concilia trabalho/casa (família) /lazer?
- 8- Como você organiza sua carga horária?
- 9- Como você vê as condições físicas e de recursos humanos do seu local de trabalho?
- 10- Como são as relações no trabalho com a equipe de enfermagem?
- 11- Como são as relações no trabalho com os outros profissionais?
- 12- Você deseja fazer algum comentário?



## APÊNDICE A

## Submissão de artigo Revista Qualis B1

The screenshot shows a web browser window with the following details:

- Browser Tabs:** Email - Nubia Alencar - Outlook, ScholarOne Manuscripts.
- Address Bar:** <https://mc04.manuscriptcentral.com/rbso-scielo>
- Page Content:**
  - Submission Confirmation** (with a Print button)
  - Thank you for your submission**
  - Submitted to:** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
  - Manuscript ID:** RBOS-2019-0049
  - Title:** Adoecimento Psiquico: Compreensão dos Profissionais da Enfermagem de um Hospital Público do Estado do Tocantins
  - Authors:** ALENCAR, NUBIA SANTOS, MARTA
  - Date Submitted:** 23-Feb-2019
  - Author Dashboard** (button)
- Taskbar:** Includes icons for Windows, Internet Explorer, Outlook, and other applications. System tray shows PT, 12:49, and 23/02/2019.